

Statusrapport for luftveisinfeksjoner

Uke 14 (2025)

Publiseringsdato 10.04.2025



Innhold

Sammendrag	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt	5
Influenalignende sykdom (ILS).....	7
Testing og påvisninger.....	10
Luftveisagens.....	10
Meldte tilfeller av kikhoste gjennom MSIS	16
Luftveivirus gjennom fyrtårnsystemet.....	17
Overvåking av virus	21
Sirkulerende influensavirus i Norge	21
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge.....	30
Sirkulerende RS-virus i Norge	32
Resistens mot antivirale midler.....	34
Influensavirus	34
SARS-CoV-2.....	34
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon.....	35
Sykehusinnleggelser	36
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter	36
Innleggelser i intensivavdeling	39
Intensivinnleggelser med covid-19.....	39
Intensivinnleggelser med influensa.....	40
Dødelighet	41
Totaldødelighet	41
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	42
Vaksinasjon mot covid-19	44
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	44
Vaksinering – uke for uke	45
Vaksineeffekt.....	46
Vaksinasjon mot influensa	48

Vaksinedistribusjon	48
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	48
Vaksinering – uke for uke	49
Vaksineeffekt.....	50
Luftveisinfeksjoner globalt	51
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	52
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	52
Innleggelser i intensivavdeling	52
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	52
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	52
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	52
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	53
Totaldødelighet	53
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	53
Virologisk overvåking	53

Sammendrag

- Vinterens influensautbrudd er i nedgang, men det må fortsatt ventes noe influensasmitte de nærmeste ukene. Blant andre luftveisinfeksjoner er det nå mest rhinovirus- og RS-virusinfeksjoner.
- Influenza: Forekomsten av influensa er i nedgang etter hovedtoppen i vinterferieukene. Andel konsultasjoner med influensalignende sykdom i primærhelsetjenesten er i nedgang. Andel prøver med påvist influensavirus gikk ned til 14 % i uke 14, etter 18 % i uke 13. Det er influensa A-virus som har dominert så langt denne sesongen, med mer A(H1)- enn A(H3)-virus. Andel prøver med påvist influensavirus er høyest i aldersgruppen 5-14 år, og i denne gruppen er det influensa B som er vanligst. Det er rapportert omtrent 210 prøver med påvist influensavirus blant innlagte i uke 14, etter omtrent 300 i uke 13. Det er foreløpig rapportert om 3 innleggelser i intensivavdeling med influensa i uke 14, 6 i uke 13 og 10 i uke 12. Antallet for siste uker kan bli etterjustert. Det er varslet noen utbrudd med influensa fra helseinstitusjoner de siste ukene.
- Rhinovirusinfeksjon: Forekomsten av rhinovirusinfeksjon er økende, som normalt for årstiden. Andel prøver med påvist rhinovirus var på 13 % i uke 14, etter 11 % i uke 12. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0–4 år, hvor andel prøver med påvist rhinovirus var på 30 % i uke 14.
- RS-virusinfeksjon: Forekomsten av RS-virusinfeksjoner er stabil. Andel prøver med påvist RS-virus var på 10 % de siste 4 ukene. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0–4 år, hvor andel prøver med påvist RS-virus var på 28 % i uke 14. Det er rapportert omtrent 150-170 prøver med påvist RS-virus blant innlagte per uke de siste åtte ukene. Det er RSV-B som dominerer denne sesongen.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 er på et svært lavt nivå (rundt 1 % siste sju uker). Rekombinanten XEC er den hyppigst forekommende enkeltvarianten.
- Totaldødeligheten har falt de siste ukene og er innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Nedgangen i totaldødelighet har sammenfalt med en nedgang i antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon.
- Vaksinasjon mot influensa: Det er registrert over 1,3 millioner vaksinasjoner i Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, hvorav over 686 000 er i aldersgruppen over 65 år. Per 6. april er 65 % i denne aldersgruppen vaksinert. Dette er på nivå med dekningen på samme tid forrige sesong.
- Vaksinasjon mot covid-19: Per 6. april er 50 % i aldersgruppen 65 år og eldre vaksinert. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn på samme tid forrige sesong.
- Vaksine- og smittevernråd: Hovedmålet med smittevernrådene er å redusere smitte til personer som har høyere risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner, som spedbarn, kronisk syke og eldre. Se [Luftveisinfeksjoner – råd og informasjon til befolkningen](#) og [Råd til personer med risiko for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner](#). Beskyttelse av risikogrupperne gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot [covid-19](#), [influenza](#) og [pneumokokksykdom](#).
- Antiviralia mot influensa: Antiviral behandling kan redusere risikoen for alvorlig sykdomsforløp. Personer med risiko for alvorlig influensasykdom kan sammen med sin lege vurdere behovet for antiviral behandling så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Se [Bruk av antiviralia mot influensa](#). Sykehus, sykehjem og apotek bør normalt ha antivirale legemidler mot influensa tilgjengelig.

Tabell 1. Status og utvikling – hovedindikatorer fra de ulike overvåkingsystemene siste seks uker.

Sykdom	Uke						Fra 12 til 14 Endring (95 % KI)
	9	10	11	12	13	14	
Luftveisinfeksjoner							
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	16,8 %	15,1 % ▼	13,7 % ▼	13,1 % ▼	12,3 % ▼	11,6 % ▼	-6,9 % (-7,8 %, -6 %)
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	174 ▲	183	167 ▼	158 ▼	136 (136-141)*	112 (112-157)*	-13,5 % (-26,9 %, 3,1 %)
Covid-19							
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	1,3 %	0,96 % ▼	1 % ▼	1,1 %	1,1 %	1,1 %	-0,7 % (-12,8 %, 11,3 %)
Antall covid-19 tilfeller meldt til MSIS	206 ▼	127 ▼	123	124	127 (127-128)*	115 (115-128)*	-2,9 % (-15,8 %, 10,1 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 (Fyrtårnsystemet)	0,99 %	1 %	0,83 %	1,3 %	2,5 %	1,7 %	12,9 % (-119,3 %, 145,2 %)
Antall positive prøver for SARS-CoV-2 blant innlagte	33 ▼	26	15	25	15	21	-10 % (-40,7 %, 19,6 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med covid-19	0	0	0	0	0	0	-
Influensa							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	2,8 % ▲	2,4 % ▼	1,8 % ▼	1,5 % ▼	1,2 % ▼	0,95 % ▼	-23,5 % (-26,2 %, -20,7 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede (MSIS labdatabasen)	31,3 %	26,4 % ▼	22,3 % ▼	20,1 % ▼	17,7 % ▼	14,2 % ▼	-20,7 % (-24 %, -17,4 %)
Andel positive prøver for influensavirus (Fyrtårnsystemet)	36,6 %	32,7 %	31,4 %	26,3 %	15,9 % ▼	13,6 % ▼	-44,4 % (-91,2 %, -0,029 %)
Antall positive prøver for influensavirus blant innlagte	607	455 ▼	403 ▼	279	296 ▼	207 ▼	-14,4 % (-28,2 %, -0,61 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med influensa	28	16	15	10 (10-15)*	6 (6-17)*	3 (3-39)*	0,1 % (-78,4 %, 80,9 %)
RS-virusinfeksjon							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	8,6 % ▲	9,2 % ▲	10,6 % ▲	9,9 % ▲	9,9 %	9,9 %	0,2 % (-4,2 %, 4,6 %)
Andel positive prøver for RS-virus (Fyrtårnsystemet)	9,9 %	6,1 %	8,3 %	6,6 %	7,4 %	6,8 %	2,1 % (-66,1 %, 69,1 %)
Antall positive prøver for RS-virus blant innlagte	155	172	167	152	150	152	0,006 % (-11,1 %, 11,4 %)
Rhinovirusinfeksjon							
Andel positive prøver for rhinovirus blant de testede	5,4 % ▼	6,2 %	7,7 % ▲	8,2 % ▲	10,8 % ▲	12,7 % ▲	24,5 % (19,8 %, 29,2 %)
Antall positive prøver for humant rhinovirus blant innlagte	78	67	64	79	82	87	4,9 % (-10,5 %, 19,5 %)
Kikhoste							
Andel positive prøver for <i>Bordetella pertussis</i> blant de testede	0,78 %	0,65 % ▼	0,88 %	0,93 % ▲	0,91 %	1,1 %	10,7 % (-3 %, 24,4 %)
Antall kikhostetilfeller meldt til MSIS	125	90	117	107	100 (100-101)*	112 (112-123)*	3,3 % (-10,1 %, 17 %)
M. pneumoniae-infeksjon							
Andel positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant de testede	3,4 % ▼	3,8 %	3,7 %	3,7 %	3,6 %	3,1 % ▼	-9,2 % (-16,4 %, -2 %)
Antall positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant innlagte	14 ▼	22	12	15	14	11	-15,8 % (-53,5 %, 23,6 %)

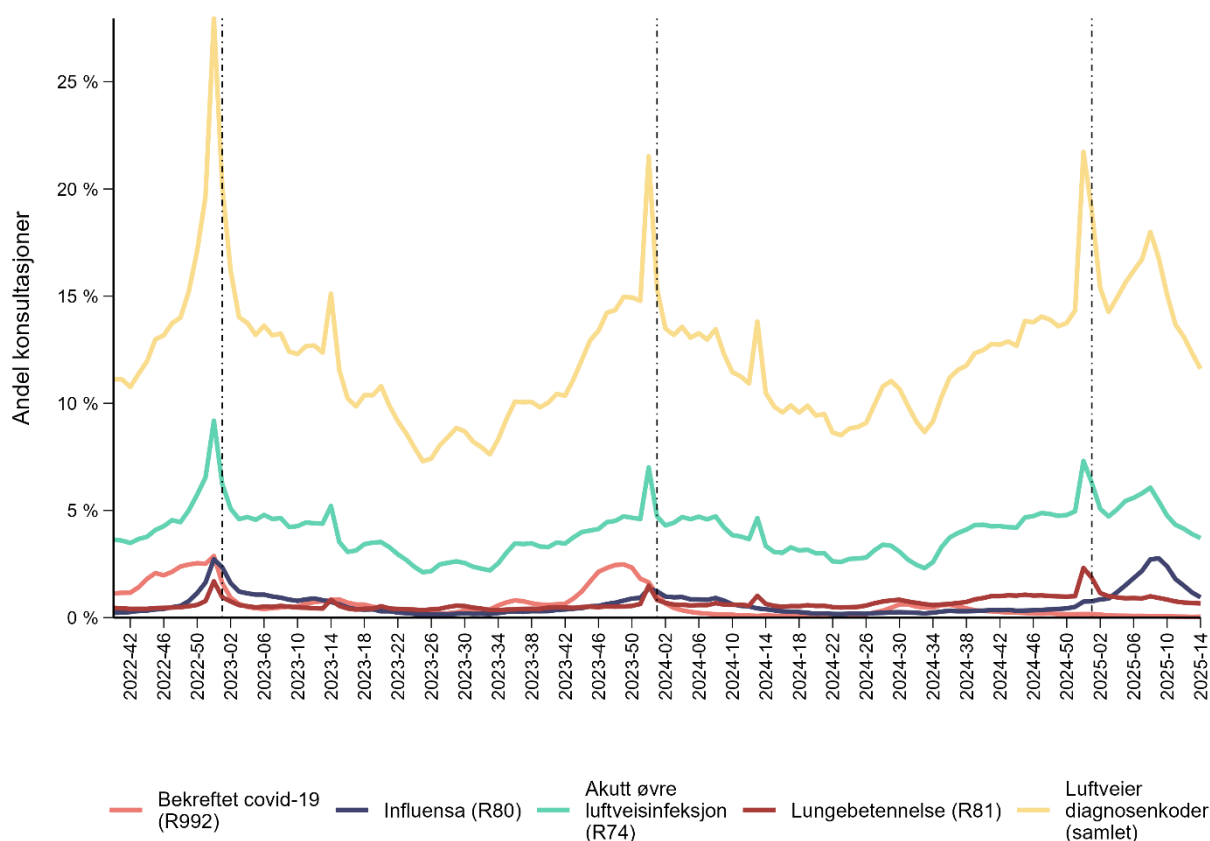
*Det er forsinkelse i rapporteringen. Antall tilfeller oppgitt som intervall i parentes viser korreksjon for tid mellom innleggelses- eller prøvedato og dato for registrering (nowcasting). For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten ikke er signifikant økende eller synkende. Endring er angitt i henhold til estimert vekstrate siste 3 uker og er oppgitt med 95 % konfidensintervall (KI).

Konsultasjoner ved legekontor og legevakt

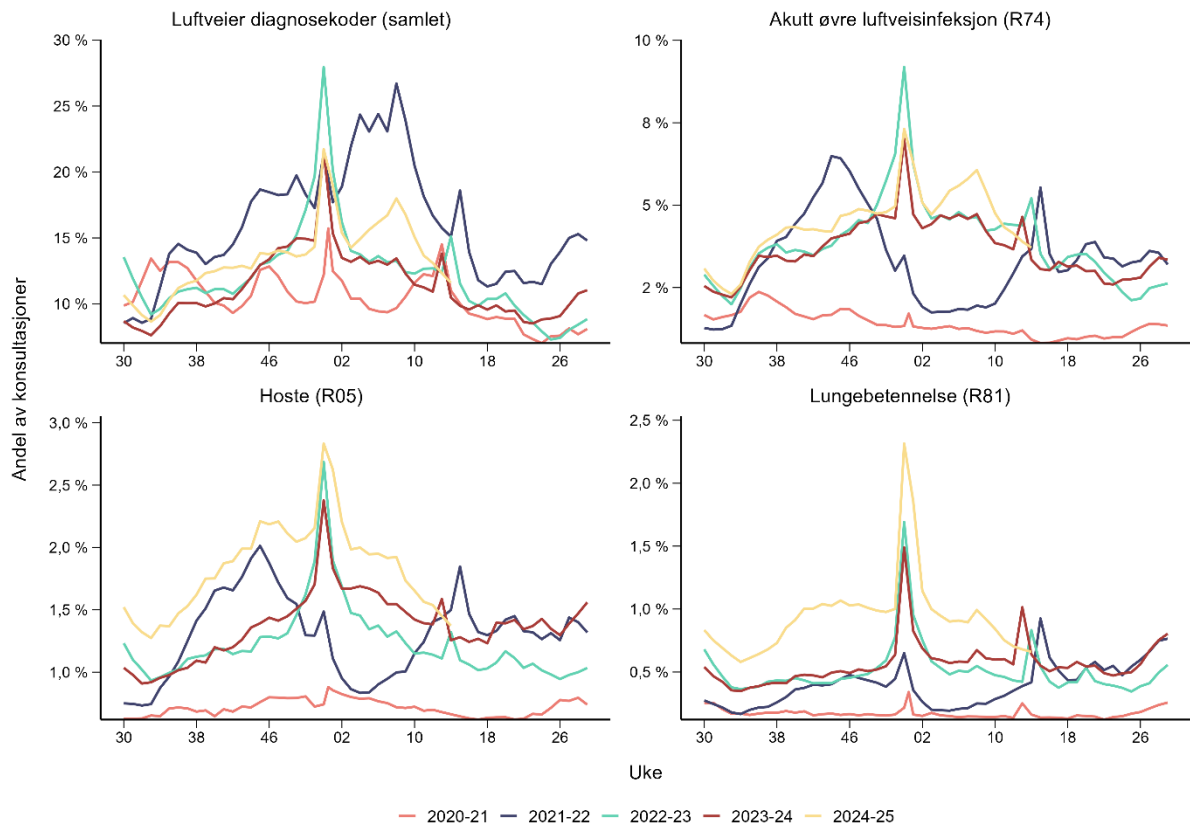
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekontor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) som er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. Overvåkingen gir en indikasjon på sykdomsutviklingen i befolkningen og oversikt over eventuelle utbrudd, uten å gi et nøyaktig antall syke. Oppmerksomhet rundt utbrudd kan påvirke nivået av legesøkning i primærhelsetjenesten og tallene bør derfor tolkes med forsiktighet. Det er forsinkelse i rapporteringen og resultatene under vil derfor kunne endre seg, spesielt de siste ukene. Data for konsultasjoner omkring jul og nyttår må tolkes med varsomhet på grunn av endret legesøkingsadferd.

I denne rapporten brukes data for konsultasjoner med covid-19, influensa og et utvalg luftveisdiagnosekoder. Resultatene er basert på et datasett fra NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet, oppdatert 09.04.2025.

Nivåinndelingene for influensaaktivitet baseres på data fra foregående sesonger. Sesongens influensautbrudd defineres normalt som i gang når andelen influensa (R80)/ influensalignende sykdom (ILS) overskrider terskelen for «lav» intensitet. Dette gjelder for figurene som viser nivå av influensaaktivitet nasjonalt og per fylke.

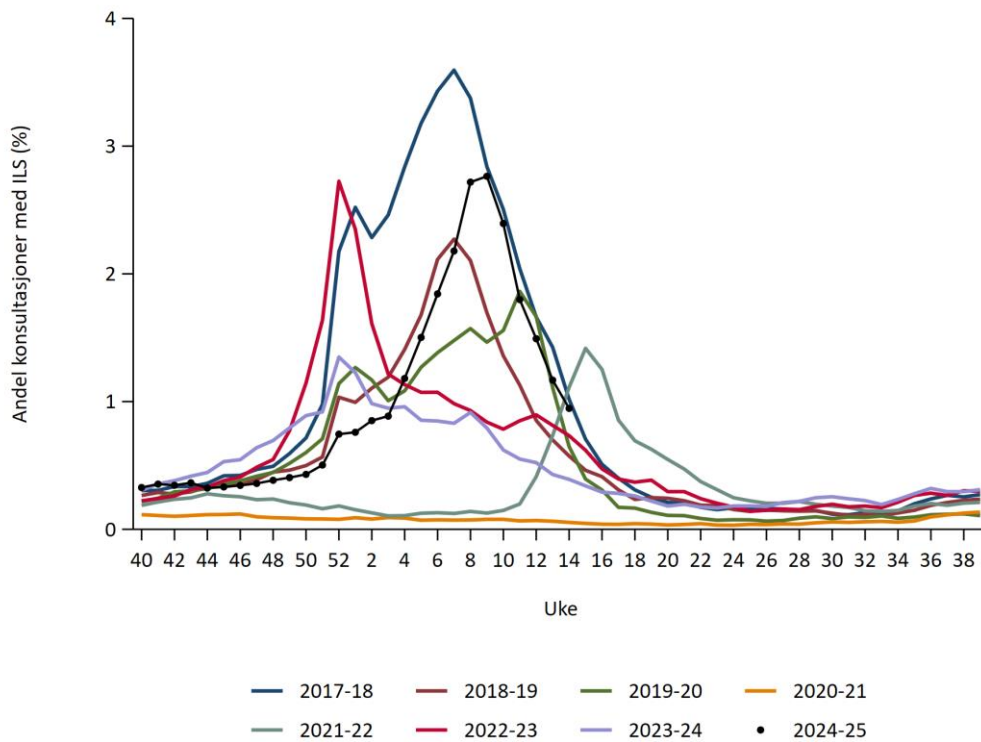


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet), 09.03.2020 - 06.04.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023 og 2024. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveierdiagnosekoder (samlet)» er følgende ICD-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

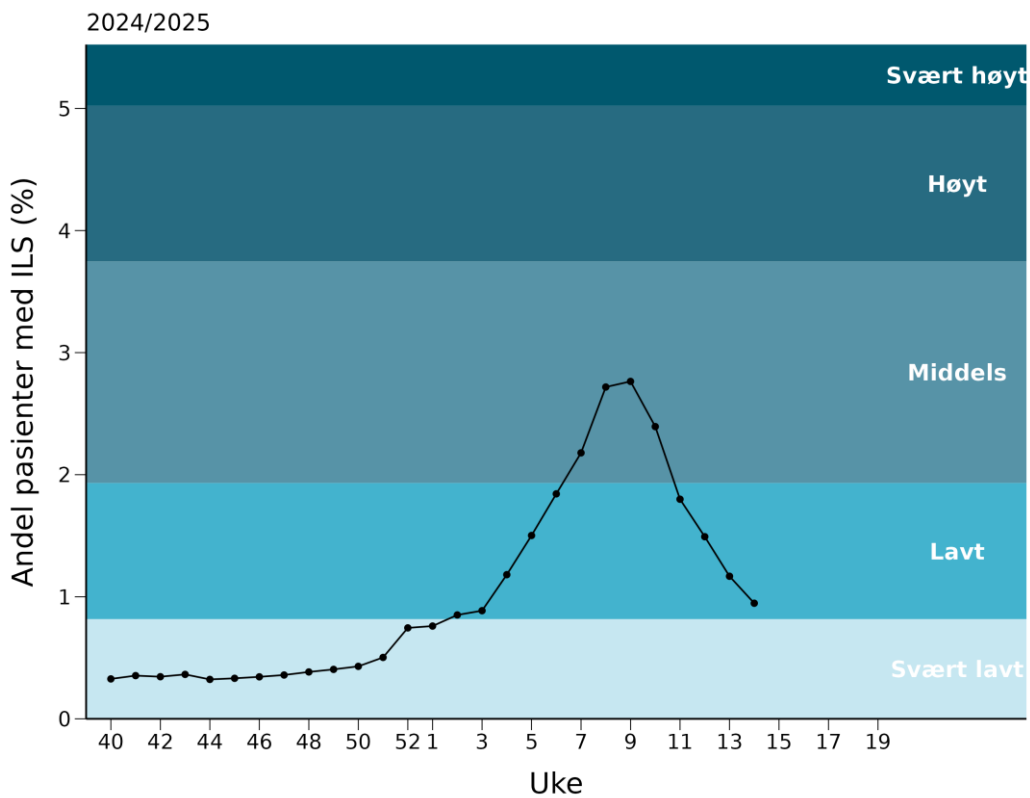


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 20.07.2020 - 06.04.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisdagnosekoder samlet» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Influensalignende sykdom (ILS)

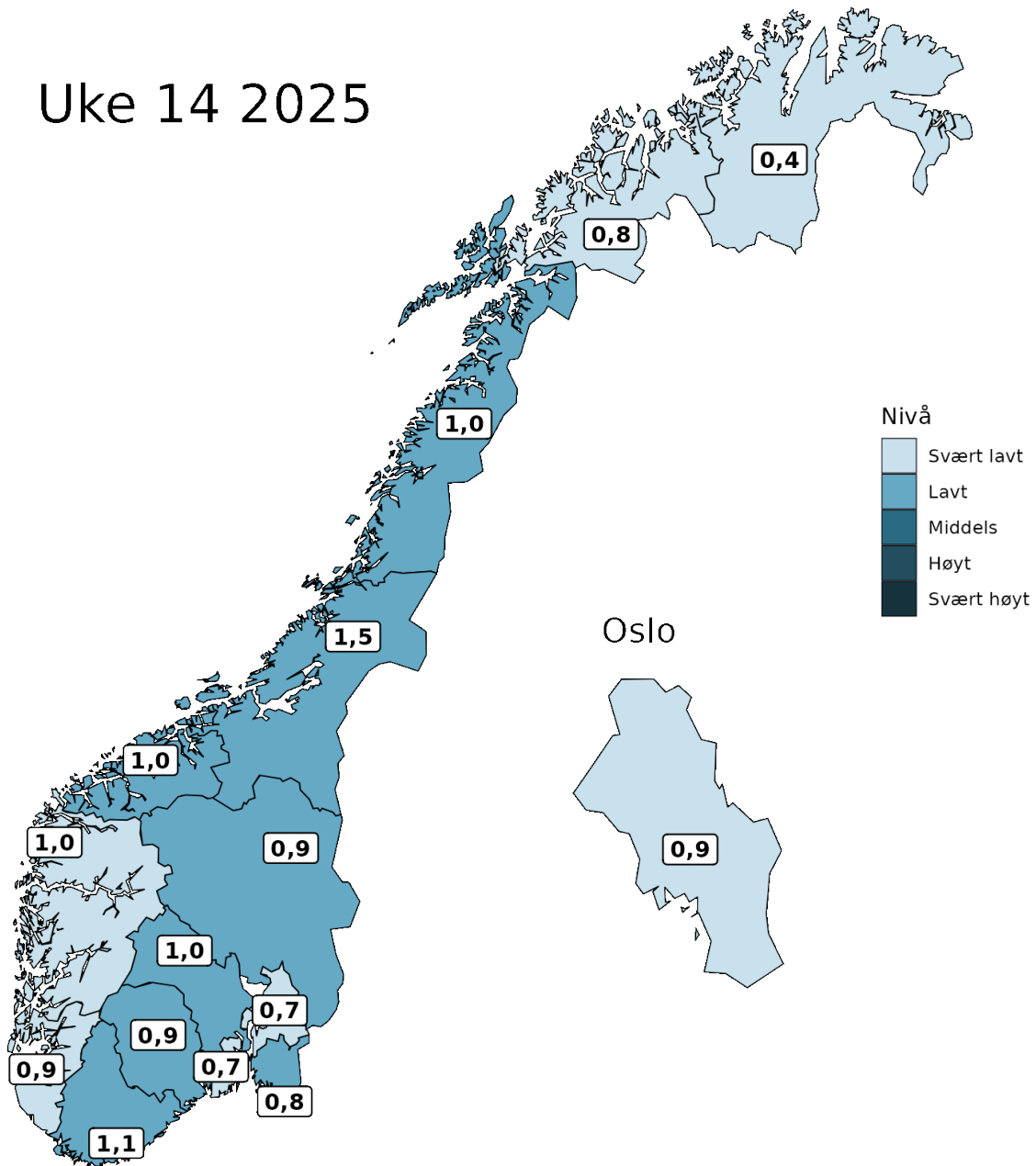


Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 02.10.2017 - 06.04.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



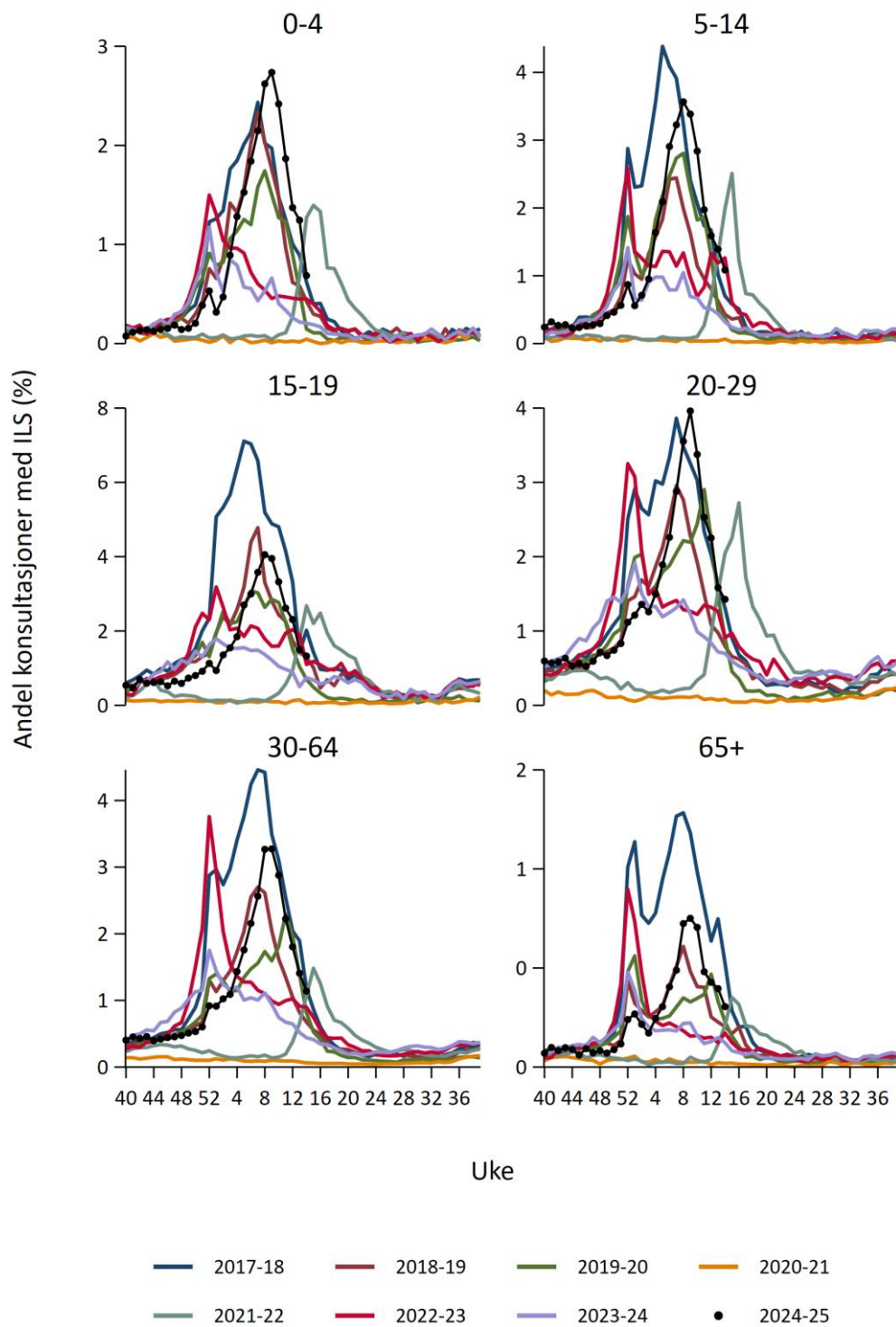
Figur 4. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), nasjonalt, 30.09.2024 – 06.04.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Uke 14 2025



Oppdatert 09.04.2025

Figur 5. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), per fylke, 31.03.2025 - 06.04.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 6. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong og aldergruppe, 02.10.2017 - 06.04.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

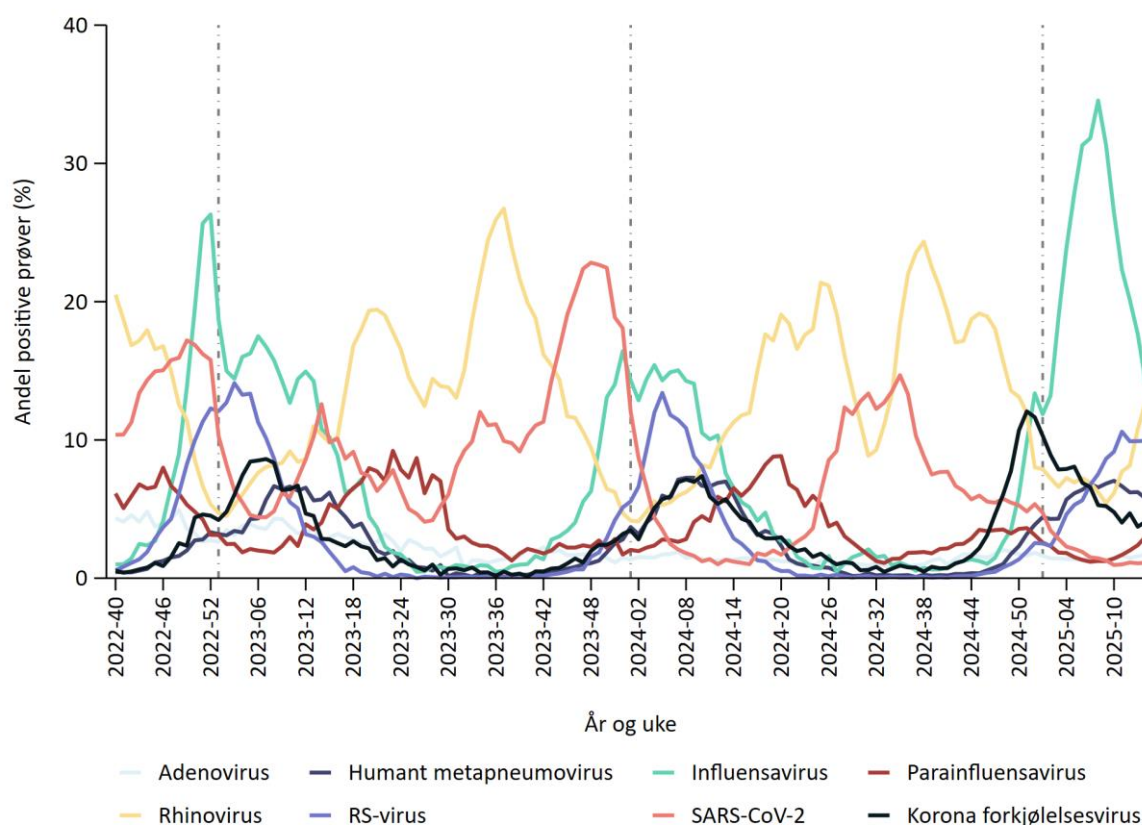
Testing og påvisninger

Luftveisagens

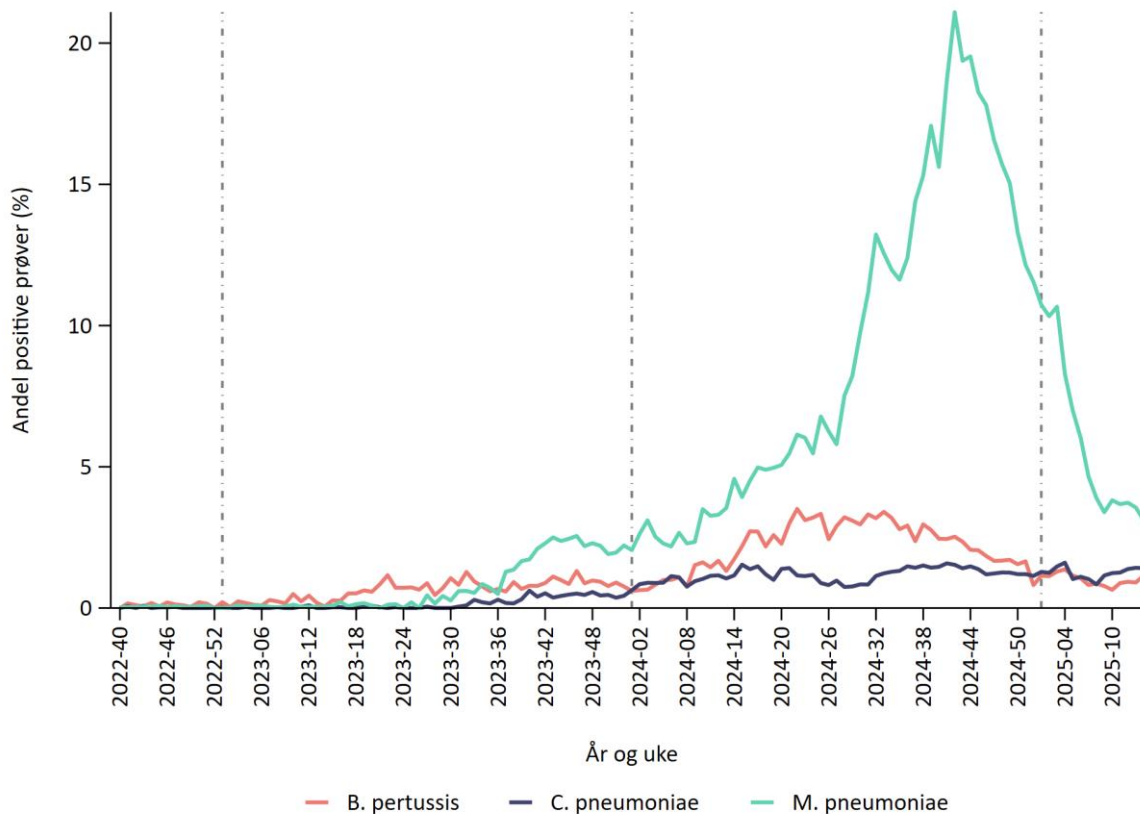
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* fra landets medisinske mikrobiologiske laboratorier meldes fortløpende elektronisk til MSIS-laboratoriedatabasen. Datagrunnlaget for korona forkjølelsesvirus er ikke komplett, da én av landets 26 medisinske mikrobiologiske laboratorier ikke rapporterer dataene ennå. Tallene i rapporten baserer seg på prøvedato og presenterer antall PCR-analyser gjort for smittestoffene nevnt over. En person kan ha blitt testet flere ganger, og vil dermed telles flere ganger. En prøve kan ha blitt analysert for flere smittestoff, og vil dermed også telles flere ganger. Etterjusteringer kan forekomme. Innholdet i rapporten kan variere fra uke til uke, avhengig av hvilke smittestoff som sirkulerer. Omtale av de ulike smittestoffene finnes i Smittevernhandboka.

Merk at for *Bordetella pertussis*, bakterien som forårsaker kikhoste, kan tallene avvike noe fra det som blir rapportert til MSIS-registret. MSIS labdatabasen inneholder informasjon om PCR-prøver, mens til MSIS-registret meldes også kikhostetilfeller som har testet positivt ved andre undersøkelser og mistenkte tilfeller i henhold til [meldingskriteriene til MSIS](#).

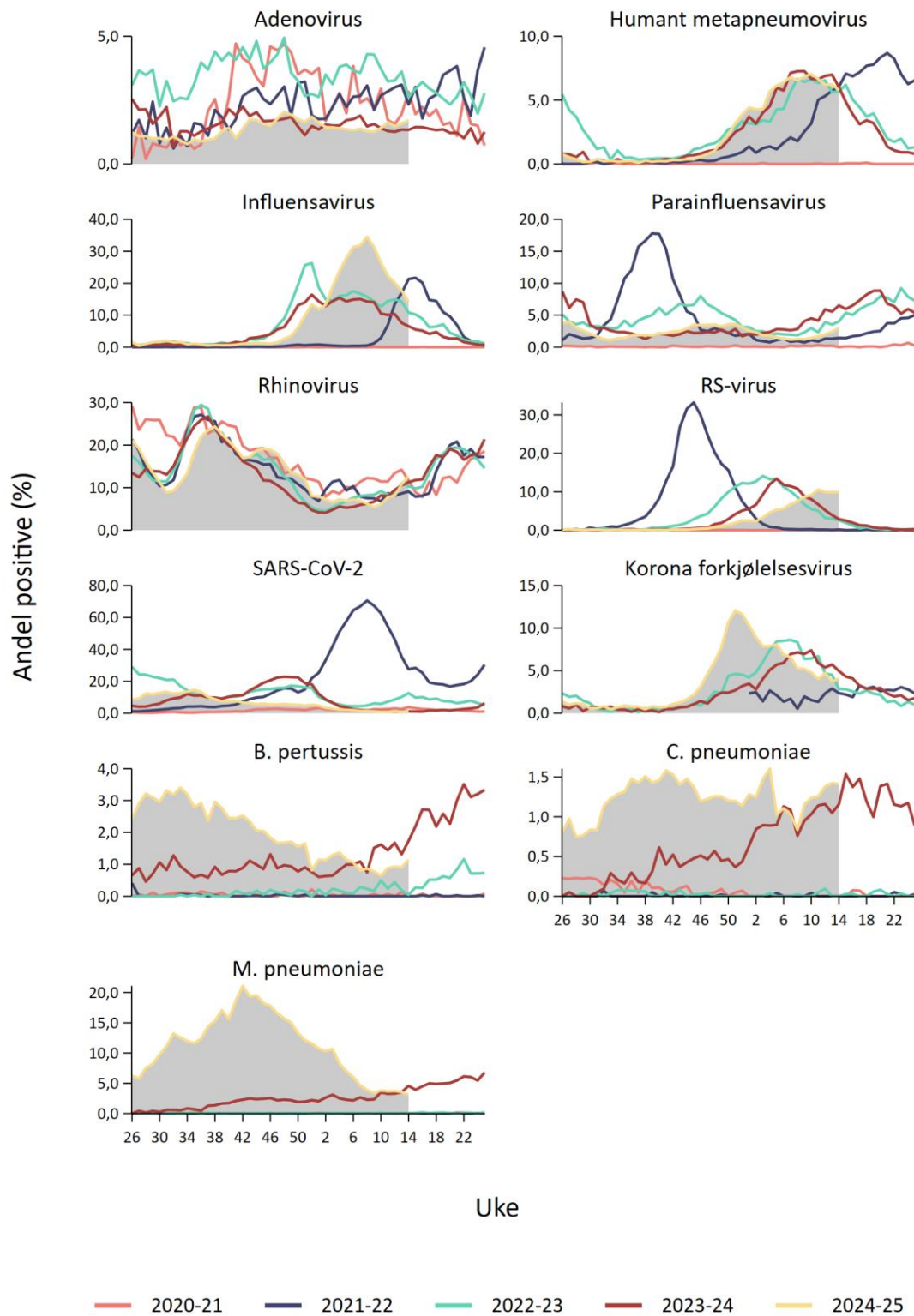
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 09.04.2025.



Figur 7. Andel PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 03.10.2022–06.04.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MS IS-laboratoriedatabasen.

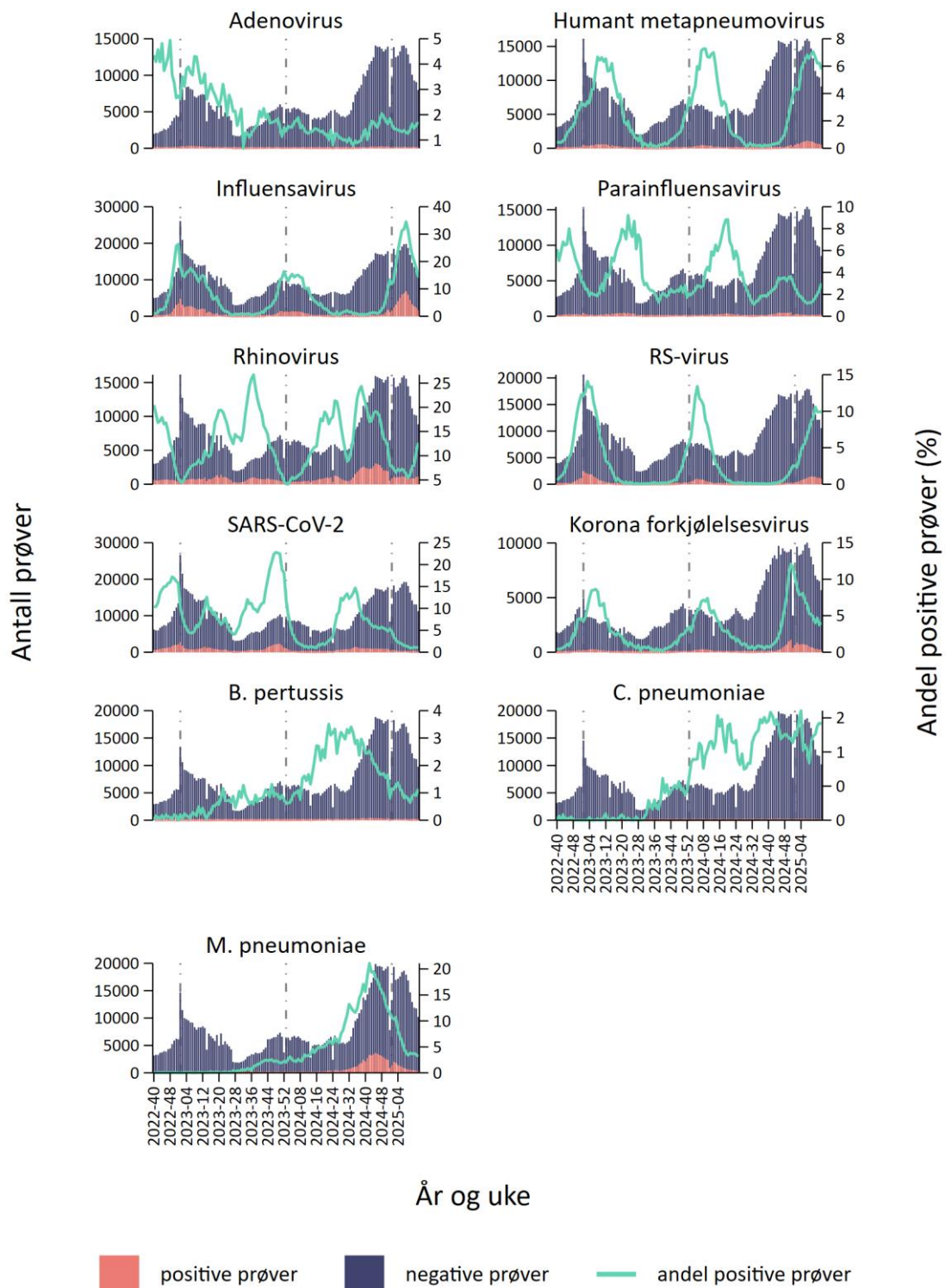


Figur 8. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, Norge, 03.10.2022 – 06.04.2025. Svart stiplede linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 9. Andel analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 31.08.2020 – 06.04.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 10. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influenzavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 03.10.2022 – 06.04.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Tabell 2. Andel positive PCR-analyser og antall PCR-analyser gjort samt antall positive analyser, Norge, siste seks uker, 24.02.2025 – 06.04.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 12-14
		9	10	11	12	13	14	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,3 %	1,4 %	1,6 % ▲	1,5 %	1,6 %	1,7 %	7,6 % (-4,3 %, 19,6 %)
	Antall positive	163	164	165	137	144	137	-
	Antall tester	12 856	11 607	10 064	9 274	9 073	7 985	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	6,8 %	7,1 %	6,7 %	6,2 % ▼	6,2 %	5,8 %	-3,7 % (-9,6 %, 2,1 %)
	Antall positive	1 005	933	758	659	650	525	-
	Antall tester	14 686	13 228	11 384	10 612	10 429	9 094	-
Influenzavirus	Andel positive	31,3 %	26,4 % ▼	22,3 % ▼	20,1 % ▼	17,7 % ▼	14,2 % ▼	-20,7 % (-24 %, -17,4 %)
	Antall positive	5 858	4 434	3 262	2 717	2 359	1 612	-
	Antall tester	18 702	16 781	14 621	13 496	13 356	11 367	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	1,2 %	1,4 %	1,7 % ▲	2 % ▲	2,4 % ▲	3 % ▲	20,8 % (11,4 %, 30,2 %)
	Antall positive	175	180	181	201	234	256	-
	Antall tester	14 030	12 574	10 710	9 976	9 790	8 492	-
Rhinovirus	Andel positive	5,4 % ▼	6,2 %	7,7 % ▲	8,2 % ▲	10,8 % ▲	12,7 % ▲	24,5 % (19,8 %, 29,2 %)
	Antall positive	784	799	862	836	1 091	1 122	-
	Antall tester	14 421	12 984	11 168	10 257	10 127	8 832	-
RS-virus	Andel positive	8,6 % ▲	9,2 % ▲	10,6 % ▲	9,9 % ▲	9,9 %	9,9 %	0,19 % (-4,2 %, 4,6 %)
	Antall positive	1 444	1 385	1 395	1 199	1 204	1 048	-
	Antall tester	16 705	15 134	13 159	12 104	12 142	10 543	-
SARS-CoV-2	Andel positive	1,3 %	0,96 % ▼	1 % ▼	1,1 %	1,1 %	1,1 %	-0,74 % (-12,8 %, 11,3 %)
	Antall positive	234	156	142	149	141	126	-
	Antall tester	18 134	16 295	14 153	13 112	13 064	11 222	-
Korona forkjølelsevirus	Andel positive	5,2 % ▼	4,8 %	4 % ▼	4,7 %	3,7 %	4,1 %	-8,1 % (-17 %, 0,75 %)
	Antall positive	456	384	282	312	243	232	-
	Antall tester	8 735	8 024	7 010	6 633	6 516	5 670	-
<i>B. pertussis</i>	Andel positive	0,78 %	0,65 % ▼	0,88 %	0,93 % ▲	0,91 %	1,1 %	10,7 % (-3 %, 24,4 %)
	Antall positive	124	90	108	105	101	112	-
	Antall tester	15 941	13 927	12 206	11 284	11 156	9 764	-
<i>C. pneumoniae</i>	Andel positive	1,2 %	1,2 % ▲	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,1 % (-10,1 %, 12,3 %)
	Antall positive	194	181	162	164	167	144	-
	Antall tester	16 818	14 631	12 890	11 869	11 724	10 204	-
<i>M. pneumoniae</i>	Andel positive	3,4 % ▼	3,8 %	3,7 %	3,7 %	3,6 %	3,1 % ▼	-9,2 % (-16,4 %, -2 %)
	Antall positive	572	560	476	443	418	317	-
	Antall tester	16 868	14 678	12 939	11 881	11 737	10 207	-

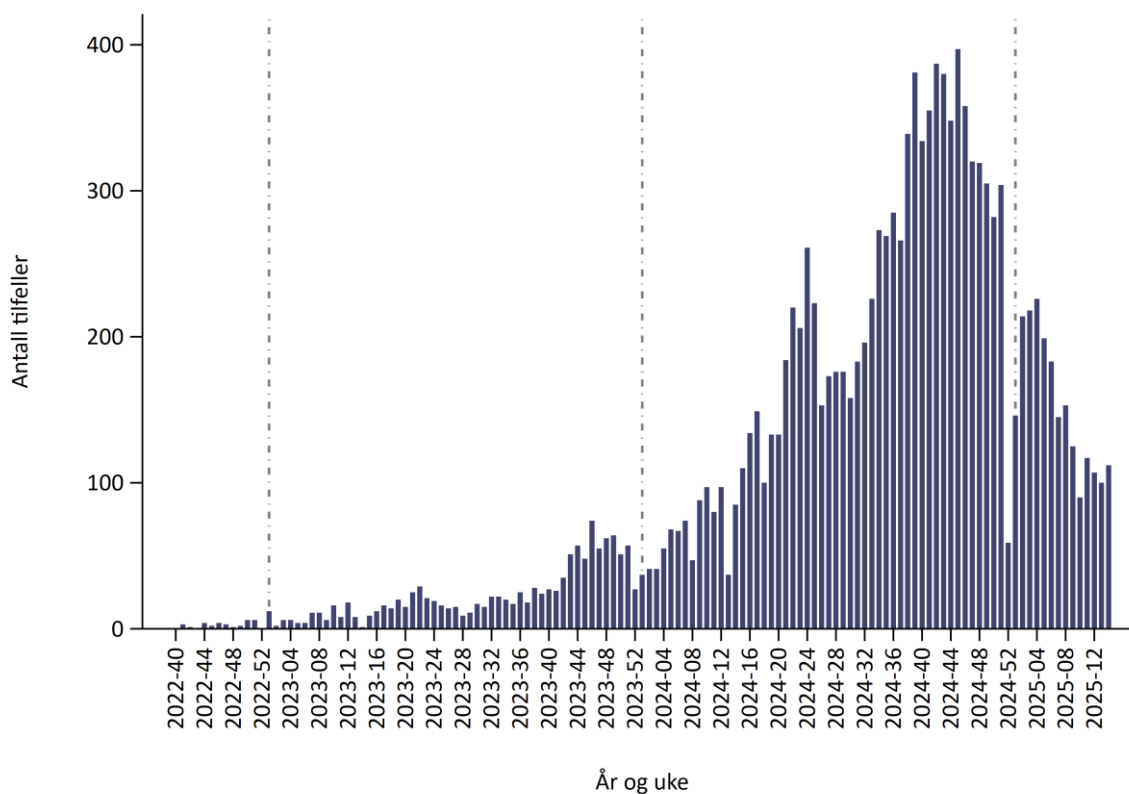
¹ For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten ikke er signifikant økende eller synkende. Endring er angitt i henhold til estimert vekstrate siste 3 uker og er oppgitt med 95 % konfidensintervall (KI).

Tabell 3. Antall analyser gjort, antall analyser positive, andel analyser positive for humant metapneumovirus, influensavirus, rhinovirus, respiratorisk syncytialvirus (RSV) og *Mycoplasma pneumoniae* etter alder de siste 2 ukene, 24.03.2025 – 06.04.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Alder (år)	Uke 13			Uke 14		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
Humant metapneumovirus							
	0-4	1 013 (368,3)	73 (26,5)	7,2	915 (332,7)	59 (21,5)	6,4
	5-14	885 (141)	39 (6,2)	4,4	778 (124)	33 (5,3)	4,2
	15-29	1 500 (143,7)	83 (8)	5,5	1 304 (124,9)	66 (6,3)	5,1
	30-64	4 248 (164,2)	267 (10,3)	6,3	3 644 (140,8)	203 (7,8)	5,6
	65-79	1 841 (233,1)	126 (16)	6,8	1 606 (203,3)	110 (13,9)	6,8
	80+	942 (348,2)	62 (22,9)	6,6	846 (312,7)	54 (20)	6,4
Influensavirus							
	0-4	1 158 (421)	186 (67,6)	16,1	1 004 (365)	123 (44,7)	12,3
	5-14	1 041 (165,9)	326 (51,9)	31,3	864 (137,7)	239 (38,1)	27,7
	15-29	1 783 (170,8)	358 (34,3)	20,1	1 508 (144,5)	269 (25,8)	17,8
	30-64	5 295 (204,6)	975 (37,7)	18,4	4 412 (170,5)	630 (24,3)	14,3
	65-79	2 547 (322,5)	328 (41,5)	12,9	2 239 (283,5)	236 (29,9)	10,5
	80+	1 532 (566,3)	186 (68,8)	12,1	1 339 (494,9)	115 (42,5)	8,6
Rhinovirus							
	0-4	950 (345,4)	252 (91,6)	26,5	851 (309,4)	257 (93,4)	30,2
	5-14	856 (136,4)	143 (22,8)	16,7	768 (122,4)	145 (23,1)	18,9
	15-29	1 471 (140,9)	161 (15,4)	10,9	1 277 (122,3)	193 (18,5)	15,1
	30-64	4 180 (161,5)	386 (14,9)	9,2	3 594 (138,9)	355 (13,7)	9,9
	65-79	1 777 (225)	108 (13,7)	6,1	1 541 (195,1)	128 (16,2)	8,3
	80+	893 (330,1)	41 (15,2)	4,6	800 (295,7)	44 (16,3)	5,5
RS-virus							
	0-4	1 133 (411,9)	358 (130,2)	31,6	991 (360,3)	270 (98,2)	27,2
	5-14	999 (159,2)	50 (8)	5,0	854 (136,1)	65 (10,4)	7,6
	15-29	1 660 (159)	106 (10,2)	6,4	1 449 (138,8)	101 (9,7)	7,0
	30-64	4 830 (186,7)	359 (13,9)	7,4	4 153 (160,5)	317 (12,3)	7,6
	65-79	2 246 (284,4)	207 (26,2)	9,2	1 992 (252,2)	192 (24,3)	9,6
	80+	1 274 (470,9)	124 (45,8)	9,7	1 103 (407,7)	103 (38,1)	9,3
<i>M. pneumoniae</i>							
	0-4	1 076 (391,2)	24 (8,7)	2,2	923 (335,6)	18 (6,5)	2,0
	5-14	1 012 (161,3)	135 (21,5)	13,3	890 (141,8)	110 (17,5)	12,4
	15-29	1 719 (164,7)	105 (10,1)	6,1	1 506 (144,3)	79 (7,6)	5,2
	30-64	4 930 (190,5)	143 (5,5)	2,9	4 192 (162)	94 (3,6)	2,2
	65-79	1 992 (252,2)	7 (0,9)	0,4	1 779 (225,2)	15 (1,9)	0,8
	80+	1 008 (372,6)	4 (1,5)	0,4	916 (338,6)	1 (0,4)	0,1

Meldte tilfeller av kikhoste gjennom MSIS

Tilfeller av kikhoste blir meldt fortløpende til MSIS basert på meldingskriteriene definert [her](#). Resultatene er basert på et datasett fra MSIS oppdatert 09.04.2025.



Figur 11. Ukentlig antall meldte tilfeller av kikhoste, 03.10.2022 – 06.04.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS.

Tabell 4. Antall meldte tilfeller av kikhoste etter aldersgruppe, 24.02.2025 – 06.04.2025. Kilde: MSIS.

Alder (år)	Uke					
	9	10	11	12	13	14
	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)
0	0 (0)	2 (3,8)	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (3,8)	1 (1,9)
1-6	18 (5,3)	14 (4,1)	19 (5,6)	13 (3,8)	12 (3,5)	10 (2,9)
7-14	36 (7)	24 (4,6)	39 (7,5)	36 (7)	24 (4,6)	38 (7,3)
15-19	9 (2,7)	6 (1,8)	16 (4,8)	11 (3,3)	12 (3,6)	11 (3,3)
20-39	24 (1,6)	21 (1,4)	15 (1)	18 (1,2)	20 (1,3)	17 (1,1)
40-64	26 (1,5)	13 (0,7)	19 (1,1)	20 (1,1)	25 (1,4)	25 (1,4)
65+	12 (1,2)	10 (1)	8 (0,8)	8 (0,8)	5 (0,5)	10 (1)
Totalt, alle	125 (2,3)	90 (1,6)	117 (2,1)	107 (1,9)	100 (1,8)	112 (2)

Luftveivirus gjennom fyrtårnsystemet

Sentinel fyrtårnsystemet er en integrert overvåking av de mest aktuelle luftveivirus og ikke kun influensavirus og SARS-CoV-2. Overvåkingen er basert på et nettverk av fyrtårnleger (fastleger og legevakter) som sender inn prøver fra pasienter med symptomer på akutt luftveisinfeksjon for utvidet luftveivirus påvisning, samt klinisk informasjon om pasientene. Dette gjøres for å få en bedre samlet oversikt over luftveivirusinfeksjoner blant pasienter i primærhelsetjenesten, og for å kunne se på samspillet mellom disse virusene gjennom sesongen og forskjeller i kliniske symptomer. Et visst forbehold må tas i tolkning av data da det enkelte uker kan være få prøver gjennom dette systemet.

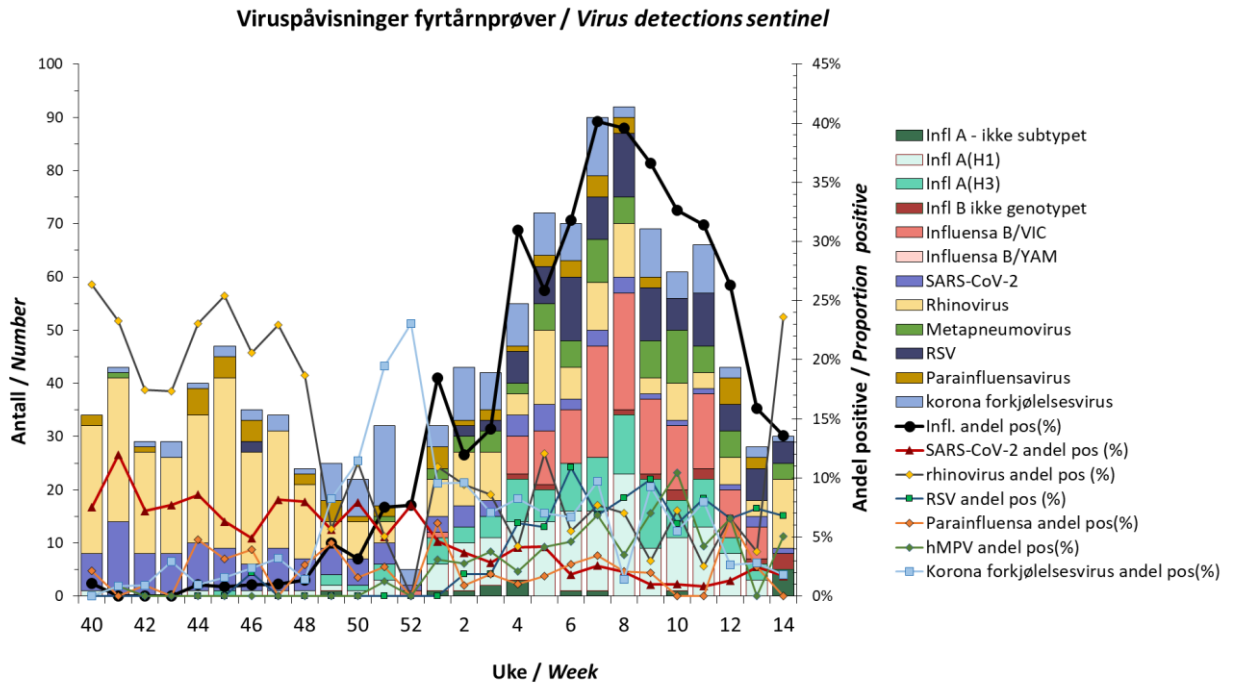
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 09.04.2025.

For uke 14/2025 er det hittil analysert 59 fyrtårnprøver i utvidet luftveivirusovervåking og av disse er det påvist luftveivirus i 50 % av prøvene. Det har vært en nedgang i påviste influensavirus siden en topp i uke 7-8 da andelen positive lå rundt 40 %; i uke 14 var andelen 13,6 % (hvorav 8,5 % for influensa A og 5,1 % for influensa B). Influensa A-virus har falt mest og ligger altså nå nesten jevnt med influensavirus B. Blant influensa A-virusene har subtype H1 vært i flertall gjennom sesongen. De aller fleste influensa B-virusene har blitt undersøkt med tanke på slektslinje, og de har alle vært B/Victoria.

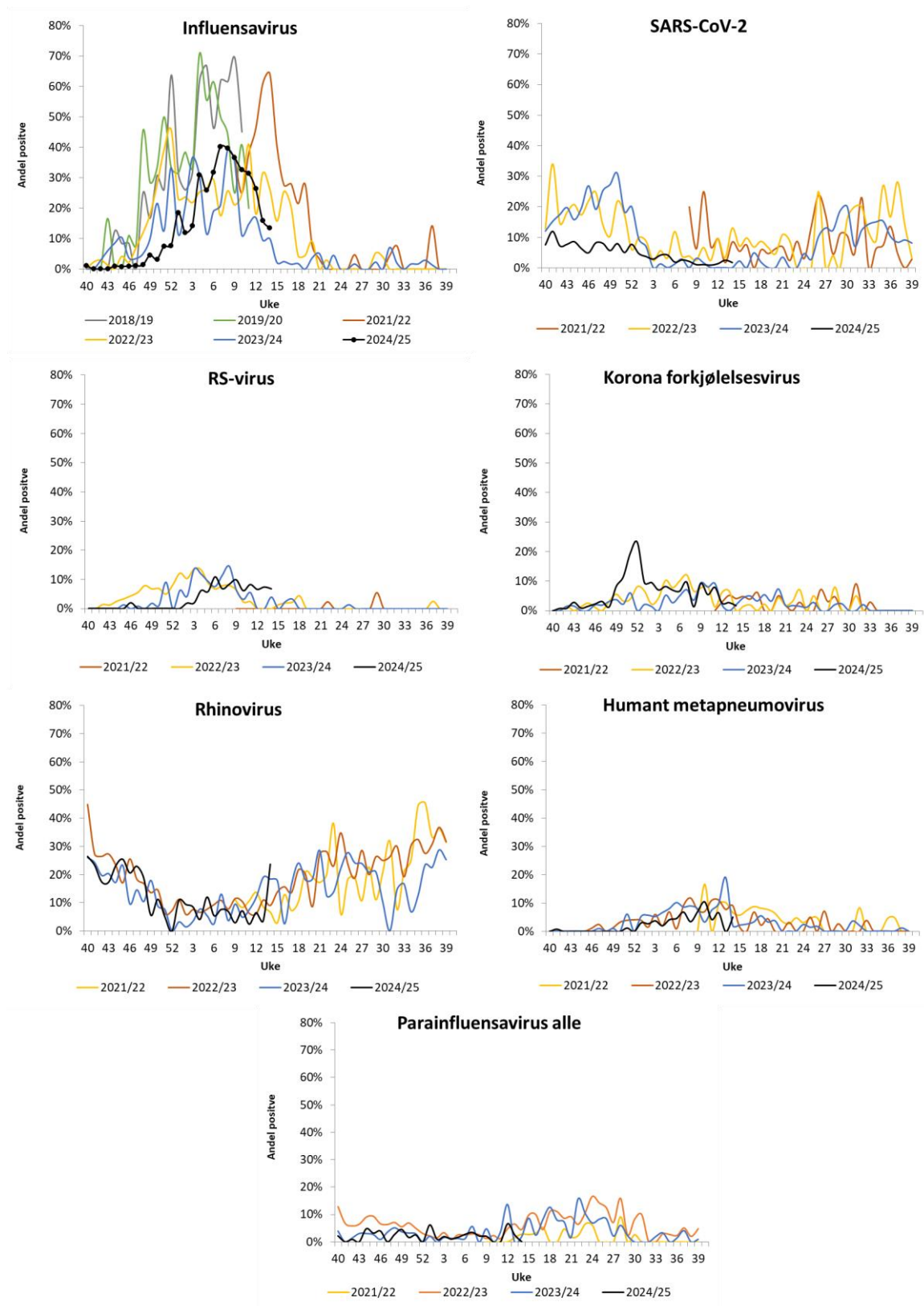
Blant andre luftveivirus enn influensa var det en markant økning av rhinovirus i uke 14, opp til 24 %. De øvrige har mye lavere forekomst. I uke 14 lå RSV og humant metapneumovirus rundt 5 – 7 % positive, mens både SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus så under 2 % av de testede. (Tabell 5 og Figur 12).

Så langt i denne sesongen er det undersøkt 2 582 fyrtårnprøver. Det er tatt flest prøver i aldersgruppen 30-64 år, med totalt 1 167 prøver, etterfulgt av 15-29-åringer (563), 5-14-åringer (346), 65-79-åringer (276), med lavest antall i 0-4-åringer (130) og de over 85 år (100).

Sammenlignet med tidligere sesonger (Figur 13) kom økningen av influensa litt senere enn mange foregående sesonger. Andel positive var i uke 7-8 på ganske høyt nivå, men langt fra toppnoteringer fra før covid-19-pandemien. Dette kan ha sammenheng med at vi tidligere ba om prøver fra pasienter med influensalignende symptomer, mens vi i forbindelse med bredere integrert sentinelovervåking har utvidet til akutt luftveisinfeksjon som prøvetakingsgrunnlag. For de øvrige virusene har vi kun sammenhengende statistikk fra og med 2021-2022-sesongen. SARS-CoV-2 har denne sesongen ligget lavere enn de foregående sesongene. Med unntak fra en topp med korona forkjølelsesvirus rundt nyttår og en forholdsvis sen oppvekst av RSV har forekomsten for de andre luftveivirusene ligget på lignende nivå som i disse tidligere sesongene.



Figur 12. Antall laboratoriebekreftede luftveivirusinfeksjoner blant fyrtårnprøver pr uke sesongen 2024-25, samt andel positive for en rekke luftveivirus. Siste ukens data er ukomplette. Kilde: MSIS Laborieredatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet.



Figur 13. Andel viruspositive fyrtårnprøver fra siste sesong (inkludert uke 40/2024), sammenlignet med foregående sesonger. Siste ukens data er ukomplette. Grunnet testpraksis under covid-19-pandemien var Fyrtårnsystemet ikke operativt i perioden fra våren 2020 til midtvinters 2022. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter.

Tabell 5. Ukentlig antall fyrtdårprøver og andel positive (%) luftveisvirus seks siste uker. Data for siste uke er ikke komplette, og for noen virus kan antall testede være mindre komplett. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Uke	9	10	11	12	13	14
Antall prøver	101	98	121	76	82	59
Influenzavirus	36,6 %	32,7 %	31,4 %	26,3 %	15,9 %	13,6 %
Influenza A-virus	21,8 %	18,4 %	18,2 %	14,5 %	7,3 %	8,5 %
Influenza B-virus	14,9 %	14,3 %	13,2 %	11,8 %	8,5 %	5,1 %
SARS-CoV-2	1,0 %	1,0 %	0,8 %	1,3 %	2,5 %	1,7 %
RS-virus	9,9 %	6,1 %	8,3 %	6,6 %	7,4 %	6,8 %
Rhinovirus	3,0 %	7,2 %	2,5 %	6,6 %	3,8 %	23,6 %
Parainfluenzavirus	2,0 %	0 %	0 %	6,6 %	2,5 %	0 %
Humant metapneumovirus	7,0 %	10,4 %	4,2 %	6,6 %	0,0 %	5,1 %
Korona forkjølelsesvirus	8,9 %	5,1 %	7,4 %	2,6 %	2,4 %	1,7 %

Overvåking av virus

Folkehelseinstituttet er WHO nasjonalt influensasenter og nasjonalt referanselaboratorium for både influensa, for koronavirus med alvorlig utbruddspotensiale og for RS-virus. Referanselaboratoriet gjør opp status på forekomst av influensavirus og utfører utvidet subtyping og linjebestemmelse av influensavirus som sendes til Folkehelseinstituttet fra primærlaboratoriene eller fra allmennpraktiserende leger i Norge. I tillegg utfører laboratoriet dybdeanalyse av virusgenomet med helgenomsekvensering for å kunne karakterisere virusene ytterligere og undersøke for varianter og spesifikke mutasjoner (Se avsnitt om Virologisk overvåking). Det utføres også resistensanalyser og virusdyrking og nøytralisasjon for bedre å forstå virusenes funksjoner.

Prøvesvar fra medisinsk-mikrobiologiske laboratorier inngår i den nasjonale laboratoriedatabasen MSIS-laboratoriedatabasen ved Folkehelseinstituttet, som gir dataene om laboratoriebekreftet influensa. Data som er i databasen tirsdag kveld samt ferske subtypingsdata fra referanselaboratoriet blir med i oppsummeringen.

Influenza A(H1N1) pdm09 virus er i denne rapporten benevnt som A(H1N1) eller A(H1). Folkehelseinstituttets influensarapporter til WHO er ellers samlet på FHI.no: [Norske influensa-rapporter til WHO - FHI](#). Tidligere influensasasjoner er beskrevet i Folkehelseinstituttets influensa [sesongrapporter](#).

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet, oppdatert 09.04.2025.

Genetisk karakterisering av luftveivirusene

Forekomst og endringer i virus undersøkes med helgenomsekvensering av prøver som sendes inn gjennom luftveivirus overvåkingssystemene til det aktuelle nasjonale referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet. Datauttrekk og analyse for SARS-CoV-2 og influensa gjøres månedlig, for RS-virus noe sjeldnere. Genetisk karakteriseringsdata vil derfor framover hovedsakelig oppdateres i rapporten en gang i måneden. Oppdaterte tall fra Norge på ECDC hovedkategorier av SARS-CoV-2 varianter ([VOC](#), [VOI](#) og [VUM](#)) kan også finnes her: [FHI Statistikk](#).

Helgenomsekvenser fra overvåkingen publiseres også månedlig i GISAID databasene EpiCoV, EpiFlu og RS-virus i EpiRSV. Analysetilgang for samlede norske SARS-CoV-2, influensa og RS-virus sekvenser (også sekvenser som ikke er offentlig tilgjengelig gjennom GISAID) er tilgjengeliggjort i Folkehelseinstituttets eget NextStrain analyserom: <https://nextstrain.org/groups/niph>.

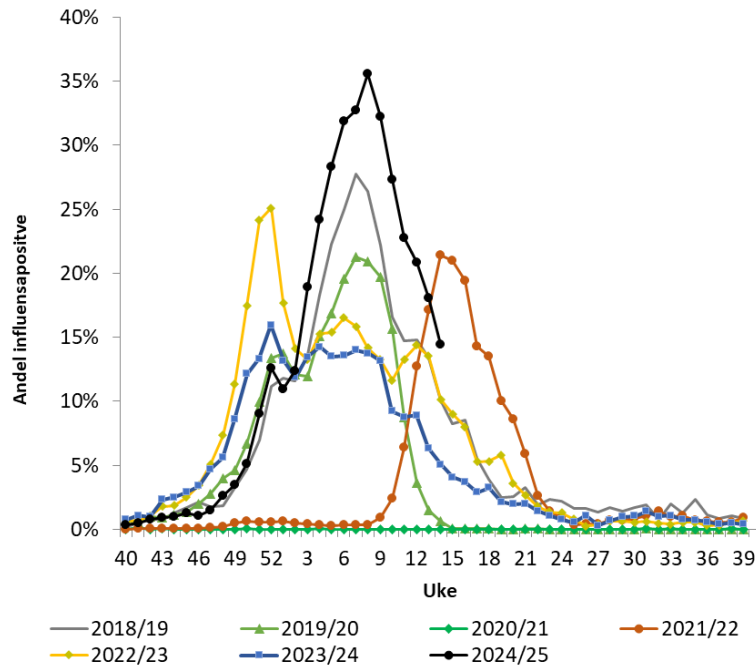
Sirkulerende influensavirus i Norge

Utfyllende rapport til WHO's influensa vaksinemøte i februar, om norske influensavirus så langt i sesongen, er å finne her: [Norske influensa-rapporter til WHO - FHI](#)

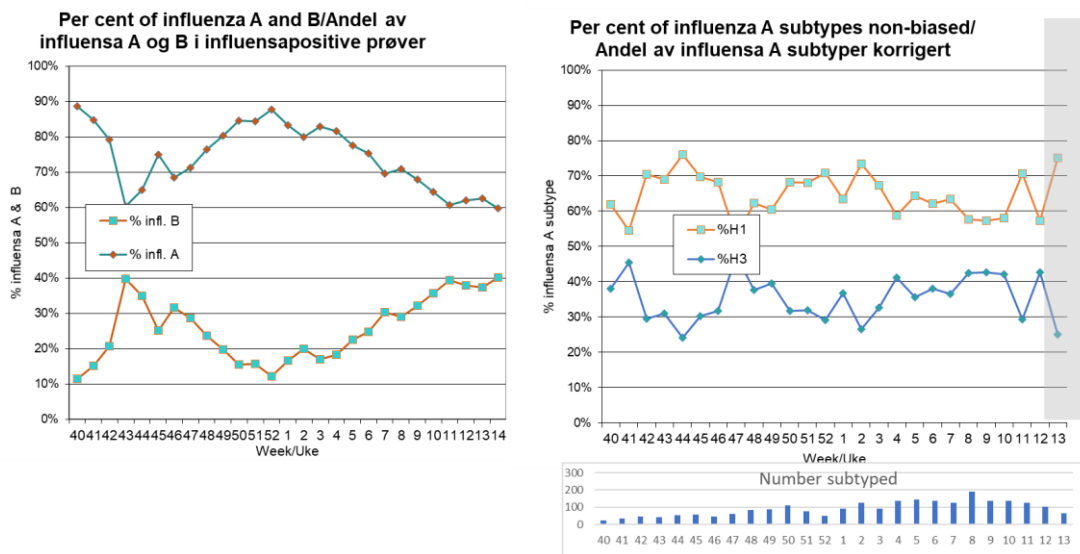
Siden uke 40, som markerte sesongstart, er prøver fra 402 142 pasienter undersøkt for influensavirus, noe som er uvanlig høyt. Dette kan skyldes stort behov for testing i forbindelse med det store mykoplasmautbruddet i høst, men ser i de siste månedene ut til å være mer holdt oppe av mange prøver fra influensasyke. Antallet testede har gått vesentlig ned siden uke 9.

Den første tydelige økningen i påvisninger kom rundt uke 49, med kryssing av terskelen for utbrudd på landsbasis (10 % positive) i uke 52. Etter en liten stagnasjon tidlig i januar fortsatte stigningen og andelen positive nådde i uke 8 35,6 % (Figur 14). Den uken ble det påvist hele 6 495 influensapositive pasienter blant de 18 244 testede, hvorav 4 605 influensavirus A (25,2 % positive) og 1 890 influensavirus B (10,4 % positive). Det har siden vært fallende tall, med nedgang i alle deler av landet (Tabell 6). I uke 14 var andelen influensapositive falt til 14,5 % (8,7 % for influensa A og 5,8 % for influensa B). Influensavirus type A utgjorde i perioden november-januar rundt 80 % av

influensapåvisningene, men det har siden vært økende andel influensa B (Figur 15). Blant barn i aldersgruppen 5-14 år er influensa B nå mer vanlig enn influensa A, mens påvisningene hos de eldre nesten utelukkende har vært influensa A (Tabell 7). Blant type A-virus har subtype H1 vært i klart flertall siden i høst (Figur 15). Alle 1 542 hittil undersøkte type B-virus tilhører B/Victoria-slektslinjen.



Figur 14. Ukentlig andel prøver med influensaviruspåvisning nåværende og siste seks tidligere sesonger. Sesongene som har vært berørt av covid-19-pandemien (siden 2019/20) er markert med symboler på linjene. Kilde: MSIS Laboratedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 15. Laboratiebekreftede influensatilfeller fra uke 40/2024, andel per type (venstre) og influensa A subtype (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 viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukens subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Kilde: MSIS Laboratedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Tabell 6. Ukentlig andel influensapositive (%) av testede pasienter, pr landsdel. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen.

Uke	Østlandet	Sørlandet	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge	Hele landet
2024-40	0,3	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4
2024-41	0,6	1,2	0,4	0,4	0,7	0,5
2024-42	0,6	0	1	1,6	0,8	0,8
2024-43	0,9	1,2	1,3	1	0,4	1
2024-44	0,8	1,1	1,1	0,7	1,8	1
2024-45	0,8	1,4	0,6	0,8	2,1	0,8
2024-46	0,9	0,3	0,6	0,8	1,2	0,8
2024-47	1,5	0	1,1	1,4	1,3	1,3
2024-48	2,3	1,6	1,8	1,9	1,5	2,1
2024-49	3,2	2,6	2,3	2,1	2,1	2,8
2024-50	5,7	4,1	4,3	4,5	5	5,1
2024-51	11,2	6,1	7,5	5,5	3,7	9
2024-52	15,8	11,4	9	7,1	8,5	12,4
2025-01	12,7	10,2	9,3	6,8	9,1	10,8
2025-02	14	14,5	10,9	8	12,2	12,3
2025-03	19,2	21,7	18,6	14,3	14,3	18,2
2025-04	25,4	30,4	21,8	17,7	19	23,3
2025-05	30,3	33,9	26	21,7	23,2	27,8
2025-06	32,4	38,1	30,8	25,7	28,4	31,1
2025-07	32	38,3	33	27,6	29,8	31,9
2025-08	33,7	40	36,5	33,3	27,8	34,3
2025-09	29,3	39	34,3	30,5	29,8	31,3
2025-10	25,7	33	25,9	25,7	27,6	26,2
2025-11	21,4	29,7	19,5	22,5	24,5	21,6
2025-12	18,4	29,3	18,2	23,2	21	19,7
2025-13	15,9	25,2	16,1	20,1	19	17,2
2025-14	12,8	17,4	13,8	17,5	16,9	14,3

Tabell 7. Ukentlig andel (%) positive for henholdsvis influensa A og B av testede pasienter, pr aldersgruppe. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen

Uke	Aldersgruppe, Type												Total	
	0-4		5-14		15-29		30-64		65-79		80+			
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
2024-40	0,5	0,0	0,2	0,5	0,5	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
2024-41	0,4	0,0	0,3	0,3	0,6	0,0	0,6	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0	0,5	0,1
2024-42	1,1	0,5	0,3	0,3	0,4	0,2	0,9	0,1	0,5	0,1	0,6	0,1	0,6	0,2
2024-43	0,4	0,7	0,6	0,5	0,8	0,5	0,6	0,4	0,6	0,1	0,2	0,2	0,6	0,4
2024-44	0,8	0,4	0,7	0,5	0,6	0,3	0,6	0,3	0,7	0,3	0,7	0,2	0,6	0,3
2024-45	1,1	0,2	0,5	0,5	0,6	0,2	0,7	0,2	0,5	0,0	0,6	0,1	0,6	0,2
2024-46	1,1	0,3	0,5	0,5	0,3	0,4	0,7	0,2	0,3	0,1	0,6	0,0	0,6	0,3
2024-47	1,8	0,2	1,3	0,9	0,7	0,5	0,8	0,3	0,9	0,0	0,9	0,1	1,0	0,4
2024-48	2,0	0,4	1,3	1,6	1,5	0,5	1,7	0,4	1,5	0,0	1,1	0,0	1,6	0,5
2024-49	2,7	0,5	1,8	1,4	2,3	0,7	2,5	0,3	2,1	0,0	2,2	0,0	2,3	0,5
2024-50	4,7	0,4	3,2	2,3	4,2	0,9	5,0	0,7	4,0	0,1	2,8	0,1	4,3	0,8
2024-51	8,4	1,2	7,6	4,1	7,2	1,9	8,7	1,3	5,9	0,1	5,8	0,1	7,7	1,4
2024-52	13,7	1,2	12,3	4,6	9,9	3,2	12,7	1,7	10,0	0,1	7,8	0,1	11,1	1,5
2025-01	10,9	4,3	7,0	3,5	10,2	3,6	10,5	1,8	7,0	0,3	7,1	0,1	9,1	1,8
2025-02	11,2	2,6	8,5	3,0	10,6	5,6	11,5	2,5	7,1	0,3	7,1	0,1	9,9	2,5
2025-03	19,2	2,7	16,6	6,3	15,1	7,0	17,2	2,9	8,9	0,2	9,8	0,1	15,0	3,2
2025-04	20,8	3,0	22,7	10,5	18,3	8,8	20,6	3,7	13,3	0,1	13,4	0,2	18,9	4,4
2025-05	21,9	4,1	22,9	16,4	21,7	11,4	23,9	5,3	16,0	0,5	15,2	0,2	21,5	6,4
2025-06	23,3	5,3	24,1	18,8	21,0	14,3	25,2	6,9	21,3	0,5	18,8	0,3	23,2	7,9
2025-07	23,2	6,8	22,5	24,2	21,1	15,8	24,1	8,2	19,9	1,2	20,2	0,5	22,4	9,5
2025-08	23,4	8,6	22,9	26,8	24,2	15,9	26,6	9,4	22,7	0,7	22,3	0,3	24,6	9,7
2025-09	21,2	10,0	19,5	27,9	21,6	15,2	22,0	10,0	22,3	1,1	18,5	0,9	21,4	9,9
2025-10	18,1	10,0	17,5	25,6	15,1	13,8	17,7	9,4	17,6	0,8	14,8	0,6	17,1	9,1
2025-11	13,6	7,9	11,0	24,5	12,5	12,4	14,3	8,7	14,0	0,8	10,9	0,5	13,3	8,3
2025-12	11,5	6,9	12,9	20,9	12,5	10,5	12,8	7,9	12,2	0,8	12,9	0,2	12,5	7,2
2025-13	9,2	5,5	9,0	21,3	9,7	9,7	11,5	6,6	12,5	0,3	11,0	0,4	11,0	6,3
2025-14	7,1	5,6	6,5	20,3	7,3	10,5	9,0	5,3	10,5	0,1	7,9	0,6	8,6	5,7
Total	11,5	3,7	9,0	8,8	9,3	6,0	11,0	3,6	9,3	0,4	8,8	0,2	10,1	3,8

Genetisk karakterisering av influensavirus

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 11.03.2025.

Info om stamme anbefalinger for neste sesongs vaksine lagt til 27.03.2025.

Virusene karakteriseres for å undersøke hvilke undergrupper av virus som sirkulerer i Norge, hvordan virusene sprer seg, om virusene passer med vaksinen og om det oppstår resistensmutasjoner mot antiviralia for behandling. Fylogenetiske sammenstillinger av norske influensavirus sammen med virus fra andre land er tilgjengelig i [NextStrain](#).

Siden uke 40 i 2024 har vi sekvensert, dybde analysert og karakterisert 318 influensavirus.

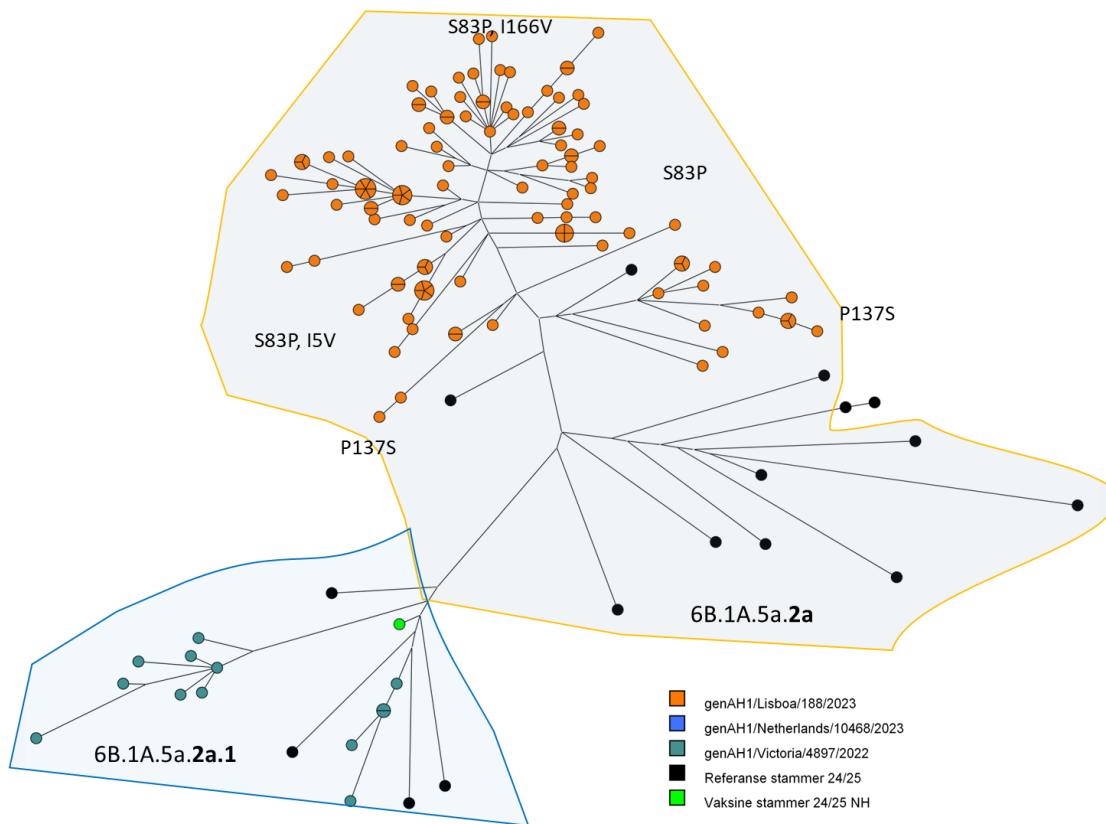
A(H1N1)-virus

Så langt i løpet av influensasesongen 2024/25 tilhører flertallet av influensa A(H1N1)-virusene som sirkulerer i Norge hovedsakelig kladen 6B.1A.5a.2a, 88 % (127/145) av de analyserte virusene. Bare 12 % (18/145) er klassifisert som kladen 6B.1A.5a.2a.1, noe som indikerer en begrenset sirkulasjon av denne linjen (Figur 16, Tabell 8).

Alle virusene i 6B.1A.5a.2a-kladen er klassifisert som *genAH1/Lisboa/188/2023-lignende* og delt inn i flere subklader, inkludert C.1.9, C.1.9.1, C1.9.3 og C.1.9.4. Den mest utbredte subkladen er C.1.9.3, som utgjør 63 % (92/145). Denne subkladen er kjennetegnet ved substitusjonene HA:T120A, HA:K169Q og HA:S83P. C.1.9-subkladen, som har sirkulert fra forrige sesong, er genetisk mangfoldig, men viste ingen definerende mutasjoner. C1.9.1-subkladen, som hovedsakelig ble oppdaget tidlig i sesongen, ble kjennetegnet ved HA:P137S-substitusjonen.

I tillegg er det sporadisk påvist H1N1-virus fra 6B.1A.5a.2a.1-kladen, klassifisert som *genAH1/Victoria/4897/2022* (subklade D og D.5), som også sirkulerte forrige sesong ([sesongrapport for 2023-24](#)).

H1-vaksinekomponenten for sesongen 2024-25 er et *A/Victoria/4897/2022-lignende* 6B.1A.5a.2a.1 virus. Per nå tilhører majoriteten av påviste H1N1-virus i Norge *genAH1/Sydney/5/2021-lignende* virus innenfor 6B.1A.5a.2a-gruppen. Disse virusene er forløpere til viruset som vaksinekomponenten er avledet fra, og ventes derfor være godt dekket av vaksinen. Samme vaksinstamme er også anbefalt for neste sesongs vaksine.



Figur 16. Fylogenetisk sammenstilling av H1N1 virus i Norge, Maximum parsimony tre fra helgenomseveksering. Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til H1N1 -influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for nordlige halvkule (NH), fargekodet på ECDC rapporteringskategorier. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

A(H3N2)-virus

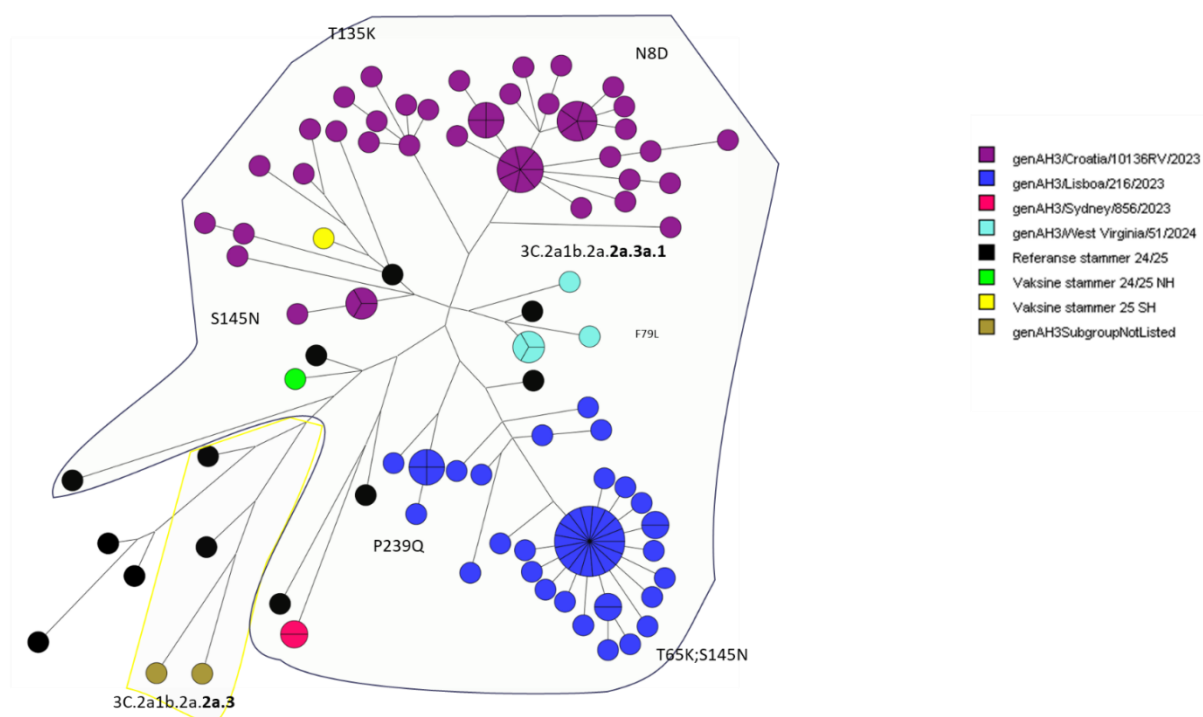
Så langt denne sesongen har 104 influensa A(H3N2) virus gjennomgått videre genetisk karakterisering. H3N2-virusene som sirkulerer i Norge under influensas sesongen 2024/25 tilhører for det meste (102/104, 98%) kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a.1, med kun to deteksjoner (2/104, 2%) av kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a (Figur 17, Tabell 8).

Innenfor 3C.2a1b.2a.2a.3a.1-kladen er to hovedgrupper av virus påvist. Den største gruppen med 47/102 (46 %) ble klassifisert som *genAH3/Lisboa/216/2023* (J.2.2 subklade +HA:S124N). Den nest største gruppen ble klassifisert som *genAH3/Croatia/10136RV/2023* (J.2 subklade +HA:N122D og HA:K276E). Sporadiske deteksjoner av *genAH3/West Virginia/51/2024* som tilhører J.2 og J.2.1 subkladene ble hovedsakelig observert tidlig i sesongen.

I tillegg ble to 3C.2a1b.2a.2a.3a A/Finland/402/2023-lignende virus, som tilhører G.1.3.1 subkladen påvist. Virus som tilhører denne kladen er tidligere sett sporadisk i 2023/24-sesongen.

WHO anbefalte i september en oppdatering av H3 influensavaksinekomponenten for den sørlige halvkule på grunn av oppdagelsen av HA:S145N, HA:N158K og HA:K189R-substitusjoner i J.2 subklade. Tidlig i sesongen var forekomsten av H3N2-virus som bærer HA:S145N-substitusjonen (J.2.2) lav. Imidlertid representerer nå J.2.2-virusene flertallet av deteksjonene totalt. Den samme H3N2-komponenten, som bærer S145N-mutasjonen, er i februar også anbefalt for vår i influensavaksine til høsten, for å sikre bedre beskyttelse mot disse driftede H3-virusene.

Les mer om disse mutasjonene og vaksineanbefalingen her: [Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2025-2026 northern hemisphere influenza season.](#)



Figur 17. Fylogenetisk sammenstilling av H3N2 virus i Norge, Maximum Parsimony tre fra helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til H3N2-influensa grupperer genetisk med referansevirus og vaksinstammer fra nordlige (NH) og sørlige halvkule (SH), fargekodet på ECDC rapporteringskategorier. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

B/Victoria-virus

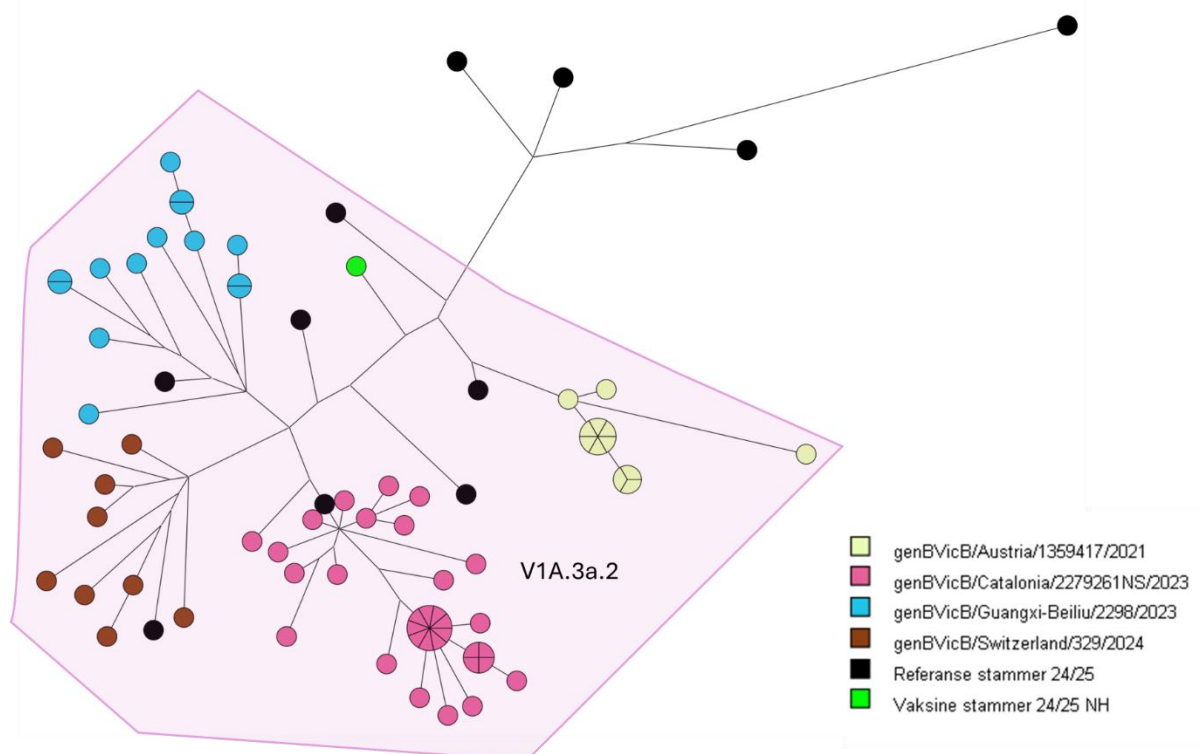
I løpet av influensas sesongen 2024/25 tilhørte alle influensa B/Victoria-virusene som sirkulerte i Norge kladen **V1A.3a.2** (69/69, 100%) (Figur 18).

Innenfor kladen **V1A.3a.2** ble to hovedgrupper av virus detektert. Den største gruppen ble klassifisert som *genBvicB/Catalonia/2279261NS/2023*, tilhørende C.5.1 subkladen (32/69, 46%), og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N.

Den nest største gruppen av detekterte virusene i V1A.3a.2-kladen ble klassifisert som *genBvicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023* ble detektert 18/69 (26%) og tilhører subkladen C.5.7, definert ved substitusjonene HA:D197E, E183K og E128G.

Andre virusgrupper er også blitt detektert, men i lavere frekvenser. Disse inkluderer bl.a. *GenBvicB/Austria/1359417/2021*, som tilhører B/Moldova/2030521/2023-lignende virus. Denne gruppen er definert av C.3 subkladen og inneholder substitusjonene HA:E128K, A154E og S208P. *GenBvicB/Switzerland/329/2024* tilhører C.5.6 og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N.

For influensa B (Victoria) er vaksinekomponenten for sesongene 2024-25 B/Austria/1359417/2021-lignende virus, som tilhører den samme genetiske kladen (**V1A.3a.2**) som de virusene som ble påvist i Norge. Denne vaksinstammen videreføres i vaksineanbefalingen for neste sesong.



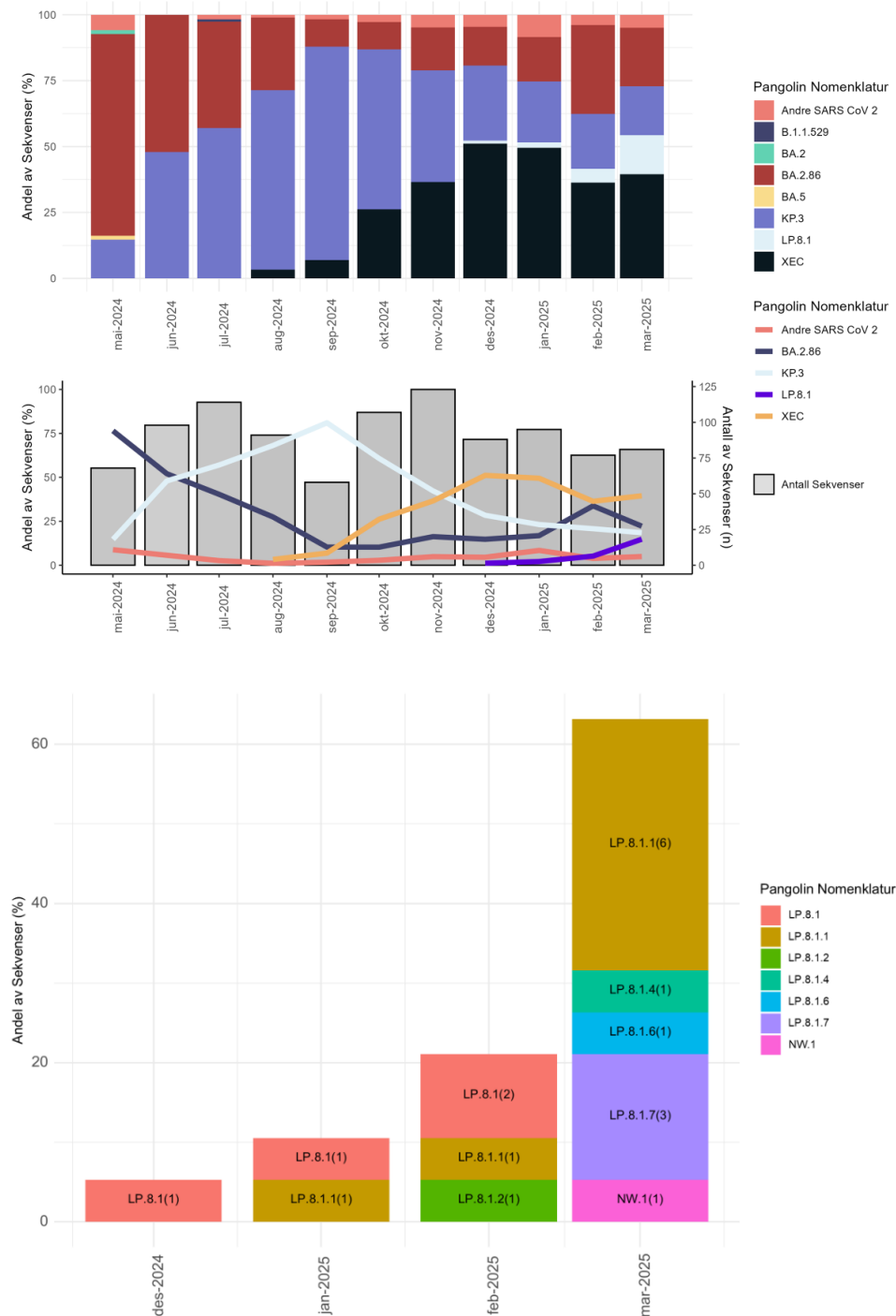
Figur 18. Fylogenetisk sammenstilling av Influenza B Victoria virus i Norge, Maximum parsimony tre på helgenomsekvenser. Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til B Victoria influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer fra nordlige (NH), fargekodet på ECDC rapporteringskategorier. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet

Tabell 8. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus siste tre måneder sesongen 2024-25, klade og subklade. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	Jan-2025	Feb-2025	Total
A/H1N1	-	-	46	18	145
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9	0	0	18
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.3	37	10	92
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.1	3	3	16
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.4	0	0	1
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.1	0	1	1
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.3	6	4	12
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.5	0	0	5
A/H3N2	-	-	36	14	104
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	20	9	48
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	13	5	47
genAH3/Sydney/856/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.1.1	2	0	2
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	0	0	1
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.1	0	0	4
genAH3SubgroupNotListed	3C.2a1b.2a.2a.3a	G.1.3.1	1	0	2
B/Victoria	-	-	31	6	69
genBVicB/Austria/1359417/2021	V1A.3a.2	C.3	0	0	11
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5.1	17	2	31
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5	1	0	1
genBVicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023	V1A.3a.2	C.5.7	10	4	18
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6	3	0	8

Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 09.04.2025.



Figur 19. Fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hoved varianter (øvre figur). De grå stolpene i midterste figur representerer antall sekvenser per måned, mens linjene viser den dominerende undertypen for hver periode. Vær oppmerksom på at i perioder med lavt antall sekvenser kan dataene endres på grunn av større usikkerhet. Nederst: Fordelingen av genetiske undergrupper av nyere variant under monitoring (VUM) LP.8.1.

Siden oktober har XEC-variantene, som er rekombinanter av to BA.2.86 JN.1-virus og klassifisert av ECDC som en variant under overvåking (VUM), økt gradvis og er nå den dominerende enkeltvarianten i Norge. Disse virusene bærer **FLuQE-mutasjonene**, en kombinasjon av **F456L, Q493E og V1104L** som kunne ha en antigen fordel over andre varianter (Figur 19). I tillegg har en nylig klassifisert VUM, **LP.8.1**, en BA.2.86-undervariant KP1.1.3, begynt å dukke opp. Denne varianten bærer dFLiRT-konstellasjonen av mutasjoner – inkludert **S31**-delesjonen og aminosyresubstitusjonene **F456L** og **R346T** sammen med **Q493E**. Selv om utbredelsen fortsatt er lav, følges varianten nøye på grunn av dens mutasjoner og mulig noe økt spredningsevne.

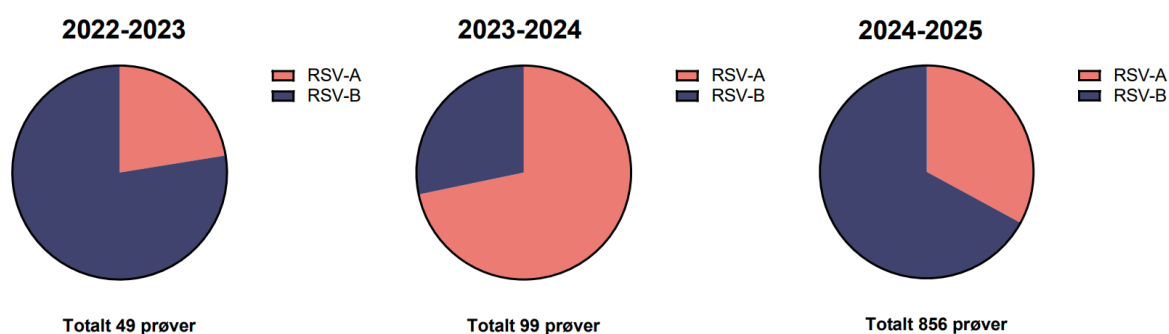
Variantforekomsten av SARS-CoV-2 i Norge speiler situasjonen ellers i Europa, og per nå er det ingen bekymringsvarianter (VOC) i omløp.

Månedlige variantdata er også tilgjengelige på Folkehelseinstituttets statistikksider: [FHI Statistikk](#).

Sirkulerende RS-virus i Norge

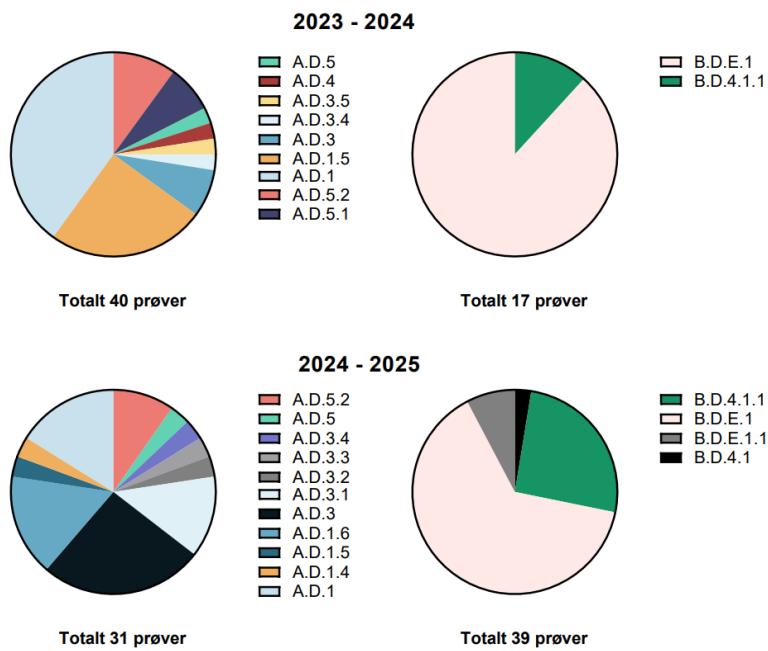
Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 09.04.2025

Folkehelseinstituttet fikk i 2024 tildelt referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi for RS-virus i Norge og overvåker fra sesongen 2024-25 RS-virus i samme overvåkingssystem som influensa og SARS-CoV-2. Så langt viser analysene at dominans med RSV-A og RSV-B kan variere fra sesong til sesong (Figur 20). Forekomst av RS-virus har vært økende den siste tiden, og for luftveissesongen 2024-25 er det kommet inn 856 RS-virus positive prøver til referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet. Av disse er 282 prøver typet til RSV-A og 574 til RSV-B. Fordeling av RSV-A og B ser ut til å være lik i polikliniske prøver og i prøver fra innlagte.



Figur 20. Typing av RSV-A og RSV-B i et utvalg prøver fra 2022-23, 2023-24 og 2024-25 sesongene. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

Fra 2023-24 og 2024-25 sesongen er til sammen 127 RSV-prøver genetisk karakterisert. Av disse var 71 prøver av type RSV-A, mens 59 prøver var RSV-B. Figur 21 viser at det er forholdsvis stor genetisk variasjon i sirkulerende RSV-A stammer for begge sesongene, mens RSV-B er langt mer homogen. For RSV-B har claden B.D.E.1 dominert begge sesongene.



Figur 21. Genetiske karakterisering av RSV-positive prøver fra 2023-24 og 2024-25 sesongen ved helgenom sekvensering. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

Resistens mot antivirale midler

Influensasenteret (referanselaboratoriet/WHO Nasjonalt influensa senter) ved Folkehelseinstituttet overvåker løpende følsomhet hos influensavirus for aktuelle antivirale legemidler. Særlig har man årvåkenhet for eventuell resistens mot oseltamivir (Tamiflu®).

Råd om antiviral behandling: [Bruk av legemidler til behandling og forebygging av influensa](#).

Folkehelseinstituttet følger med på resistens mot antiviralia for SARS-CoV-2, men det undersøkes per nå ikke rutinemessig.

Influensavirus

Så langt i sesongen har 312 Influensavirus blitt undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett H1N1-virus hadde resistensmutasjonen E23G i polymerasegenet PA, noe som er forenlig med resistens mot baloxavir marboxil. Vi har også påvist ett H1N1 virus med H275Y-mutasjon i neuraminidase-genet, som indikerer høy resistens mot oseltamivir. For begge tilfellene er det ingen informasjon som tilsier at mutasjonen er behandlingsmediert og graden av resistens er ikke målt.

Forrige sesong ble det påvist et fåtall influensavirus i Norge som var resistent mot oseltamivir og peramivir. Se sesongrapporten for 2023-24: <https://www.fhi.no/publ/2024/influensasesongen-2023-2024/>.

SARS-CoV-2

Majoriteten av omikron-variantene som sirkulerer nå (BA.2.86/XEC) 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.

Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon

Utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjoner er varslingspliktig etter MSIS-forskriften § 3-4. Dette gjøres gjennom Folkehelseinstituttets utbruddsvarslingssystem, Vesuv. Det reelle antallet utbrudd i helseinstitusjoner er trolig høyere enn det som oppgis under, fordi ikke alle utbrudd varsles tross varslingsplikt.

Resultatene er basert på et datasett fra VESUV oppdatert 08.04.2025.

Tabell 9. Varsler om utbrudd av luftveisinfeksjon siste uke og totalt siden sesongstart (uke 27 2024).

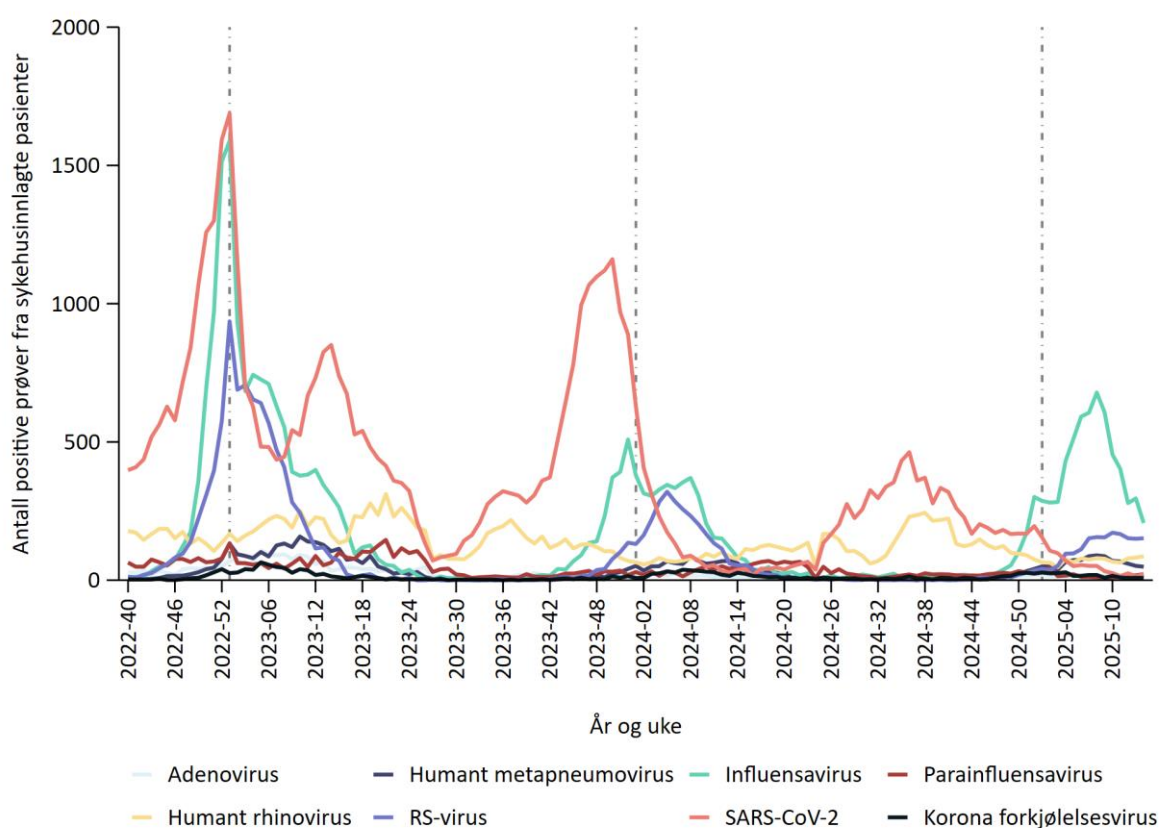
Antatt smittestoff	Uke 14 (2025)			Totalt fra og med uke 27 (2024)		
	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke
<i>Bordetella pertussis</i>	1	0	2	10	0	44
Influenzavirus	0	0	0	21	21	245
Metapneumovirus	0	0	0	1	1	16
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	2	1	23
Parainfluenzavirus	0	0	0	1	1	10
RS-virus	1	1	4	6	5	37
SARS-CoV-2	0	0	0	77	77	554
Ukjent agens (luftveissymptomer)	0	0	0	1	1	4

Sykehusinnleggelser

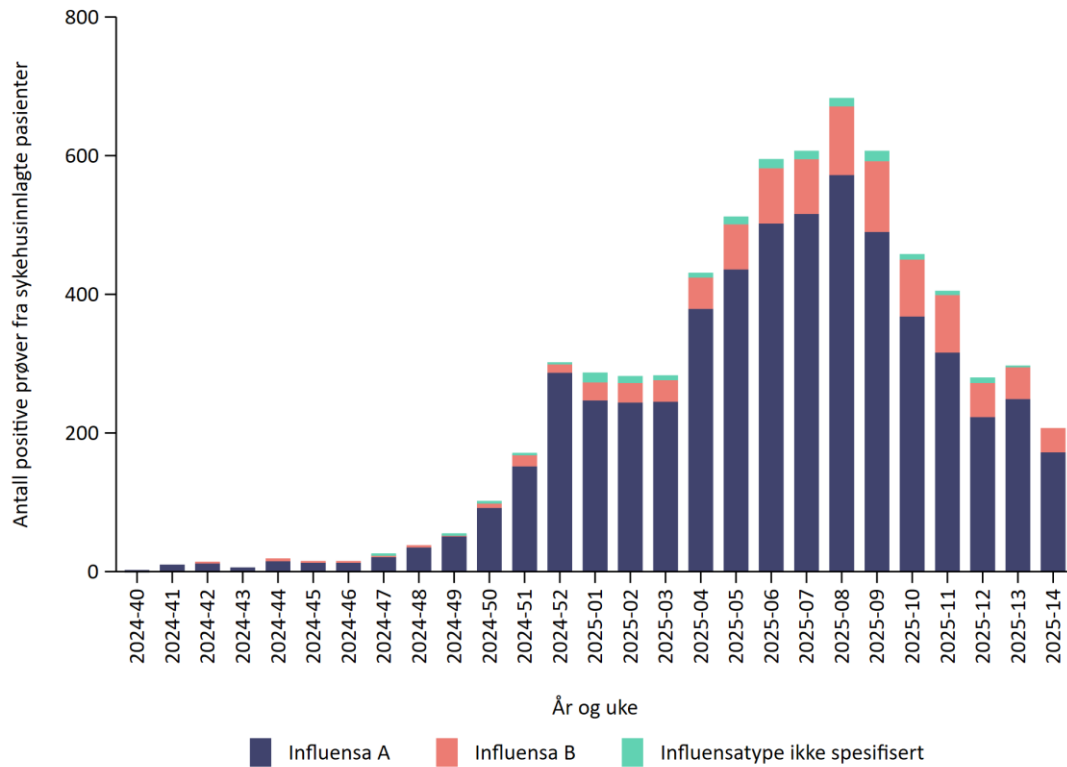
Overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner er under omlegging. Overvåkingen er midlertidig basert på data rapportert til MSIS-labdatabasen. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. Positive prøver for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter overestimerer det reelle antallet sykehusinnleggelser med disse infeksjonene i perioder med høy forekomst av infeksjoner med disse virusene, men de kan brukes for å følge med på trender. En mer detaljert beskrivelse av den midlertidige overvåkingen finnes [her](#) (på engelsk).

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratedatabasen oppdatert 09.04.2025.

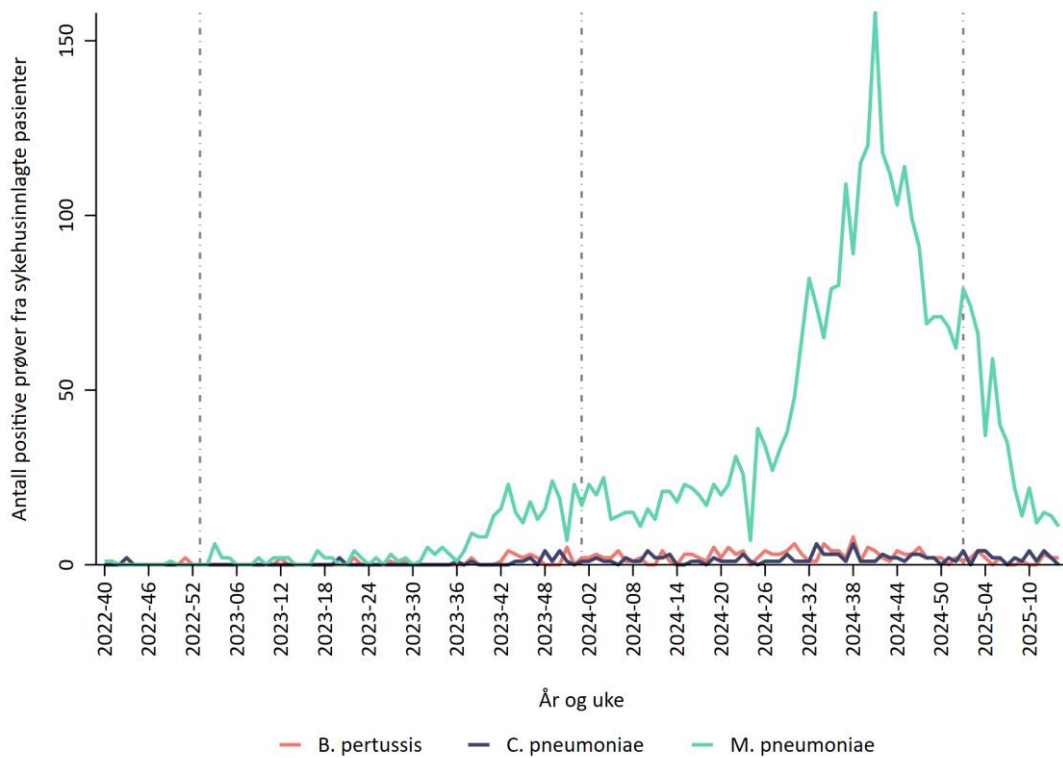
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter



Figur 22. Antall PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, humant metapneumovirus, rhinovirus, influensavirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 06.04.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 23. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter etter virustype, 30.9.2024 – 06.04.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 24. Antall PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 06.04.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 10. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for influensavirus, rhinovirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter og totalt de siste 12 ukene etter aldersgruppe, 13.01.2025 – 06.04.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Smittestoff	Aldersgruppe	Alle prøver			Prøver fra sykehusinnlagte		
		Antall testede	Antall positive	Andel positive (%)	Antall påvisninger fra innlagte	Andel påvisninger som kommer fra innlagte (%)	Antall påvisninger fra innlagte per 100 000
Rhinovirus	0-4	15 714	3 043	19,4	374	12,3	136
	5-14	16 916	1 336	7,9	85	6,4	13,5
	15-29	24 440	1 833	7,5	43	2,3	4,1
	30-64	66 634	3 903	5,9	136	3,5	5,3
	65-79	23 544	1 175	5,0	155	13,2	19,6
	80+	11 537	447	3,9	86	19,2	31,8
	Totalt	158 786	11 737	7,4	879	7,5	15,7
Influensavirus	0-4	18 061	4 635	25,7	404	8,7	146,9
	5-14	19 199	7 639	39,8	339	4,4	54
	15-29	28 691	8 811	30,7	352	4	33,7
	30-64	80 172	21 782	27,2	1 598	7,3	61,8
	65-79	33 484	5 722	17,1	1 536	26,8	194,5
	80+	19 295	3 034	15,7	1 119	36,9	413,6
	Totalt	198 905	51 625	26,0	5 349	10,4	95,6
RS-virus	0-4	17 931	4 874	27,2	775	15,9	281,8
	5-14	18 285	923	5,0	31	3,4	4,9
	15-29	26 630	1 197	4,5	39	3,3	3,7
	30-64	73 689	3 622	4,9	216	6	8,3
	65-79	29 189	1 797	6,2	325	18,1	41,1
	80+	15 790	952	6,0	227	23,8	83,9
	Totalt	181 516	13 366	7,4	1 613	12,1	28,8
SARS-CoV-2	0-4	17 719	169	1,0	28	16,6	10,2
	5-14	18 664	158	0,8	<20	-	-
	15-29	27 864	408	1,5	<20	-	-
	30-64	78 390	1 343	1,7	98	7,3	3,8
	65-79	32 743	557	1,7	188	33,8	23,8
	80+	18 626	465	2,5	178	38,3	65,8
	Totalt	194 009	3 101	1,6	514	16,6	9,2
<i>M. pneumoniae</i>	0-4	17 454	626	3,6	36	5,8	13,1
	5-14	19 910	3 219	16,2	52	1,6	8,3
	15-29	28 950	2 401	8,3	74	3,1	7,1
	30-64	78 392	3 300	4,2	145	4,4	5,6
	65-79	27 271	311	1,1	30	9,6	3,8
	80+	13 020	66	0,5	10	15,2	3,7
	Totalt	184 998	9 923	5,4	347	3,5	6,2

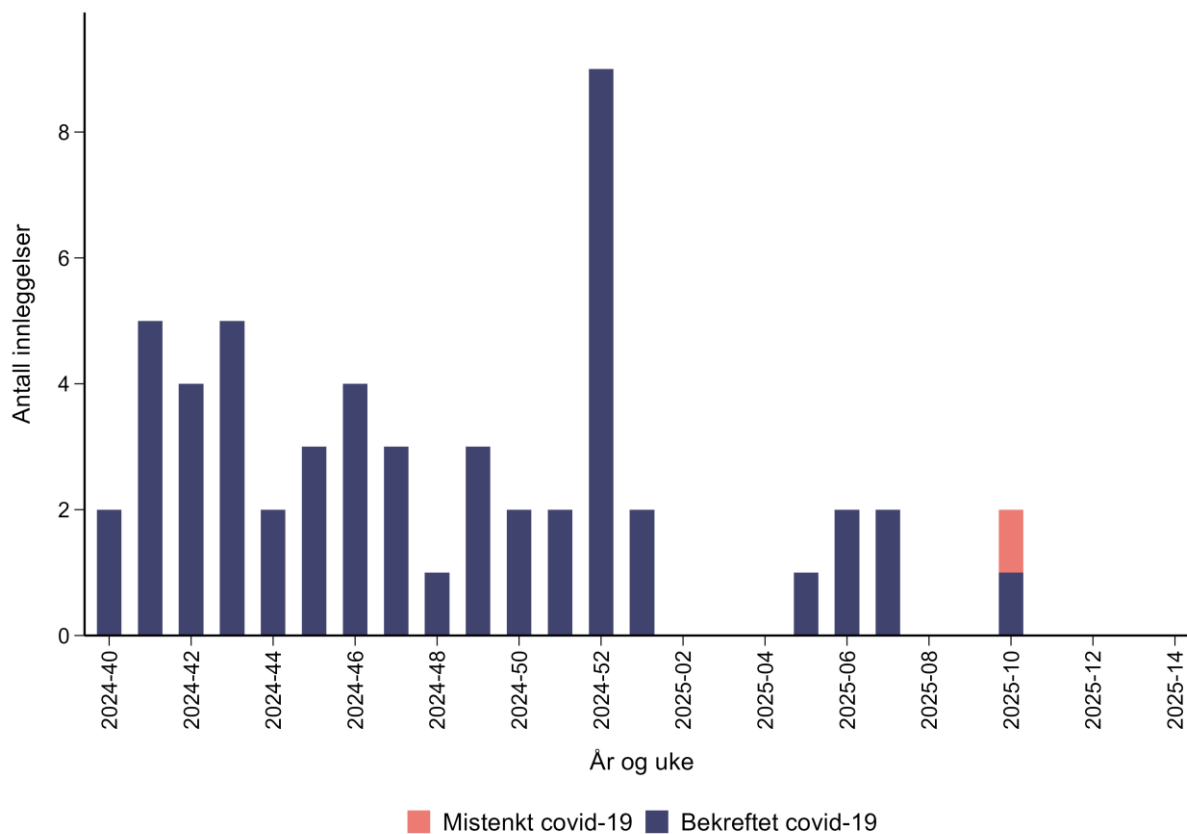
Tabell 11. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter siden uke 40, etter influensavirusstype og aldersgruppe, 30.09.2024 – 06.04.2025. Influensatype ikke spesifisert for 2,0 % av prøvene. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Aldersgruppe	Totalt		Influensa A		Influensa B	
	n	n/100 000	n	Aldersgruppe	n	n/100 000
0-4	502	182,5	377	137,1	125	45,4
5-14	413	65,8	219	34,9	194	30,9
15-29	448	42,9	287	27,5	152	14,6
30-64	2 020	78,1	1612	62,3	352	13,6
65-79	1 919	243,0	1827	231,3	52	6,6
80+	1 399	517,1	1341	495,7	28	10,3
Totalt	6 705	119,9	5667	101,3	903	16,1

Innleggelser i intensivavdeling

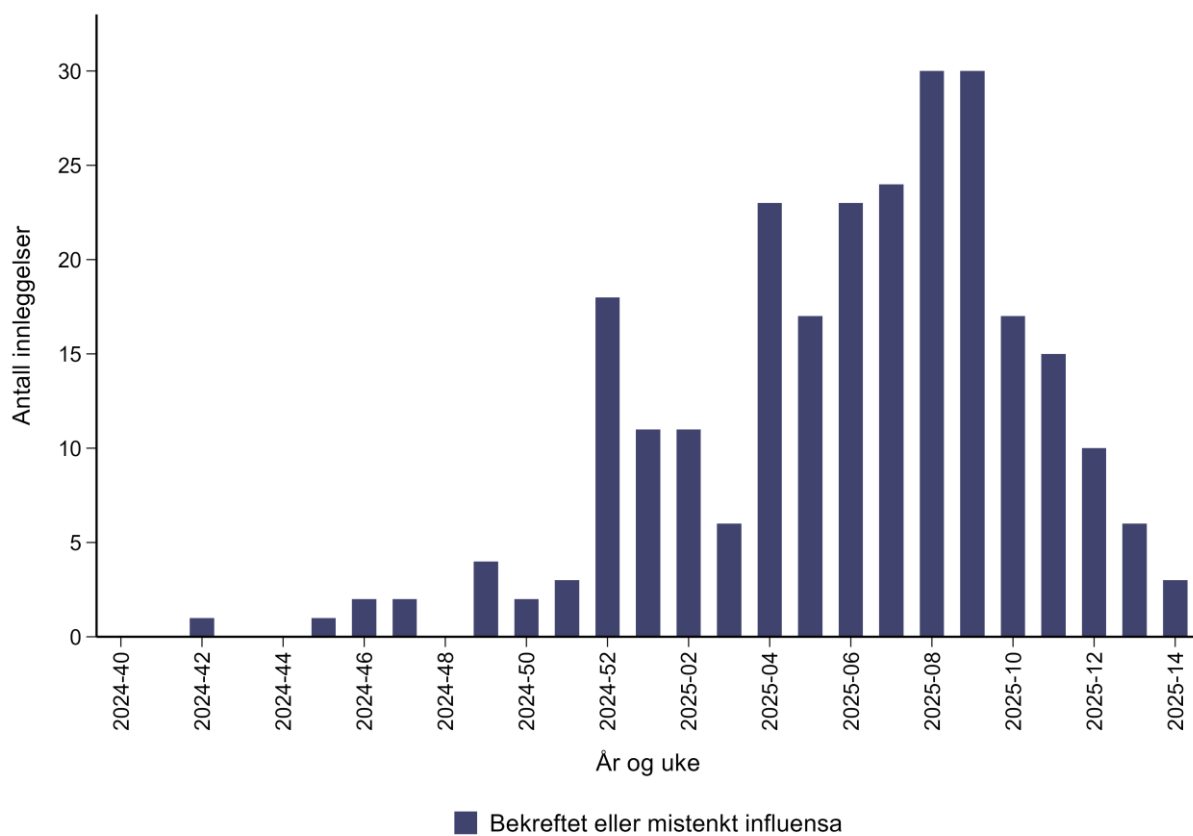
Norsk intensivregister (NIR) inneholder informasjon om intensivbehandlede covid-19- og influensapasienter. Resultatene er basert på data fra NIR oppdatert 09.04.2025.

Intensivinnleggelser med covid-19



Figur 25. Antall intensivinnleggelser med covid-19 per uke, 30.09.2024 – 06.04.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Intensivinnleggelser med influensa



Figur 26. Antall intensivinnleggelser med influensa per uke, 30.09.2024 – 06.04.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Dødelighet

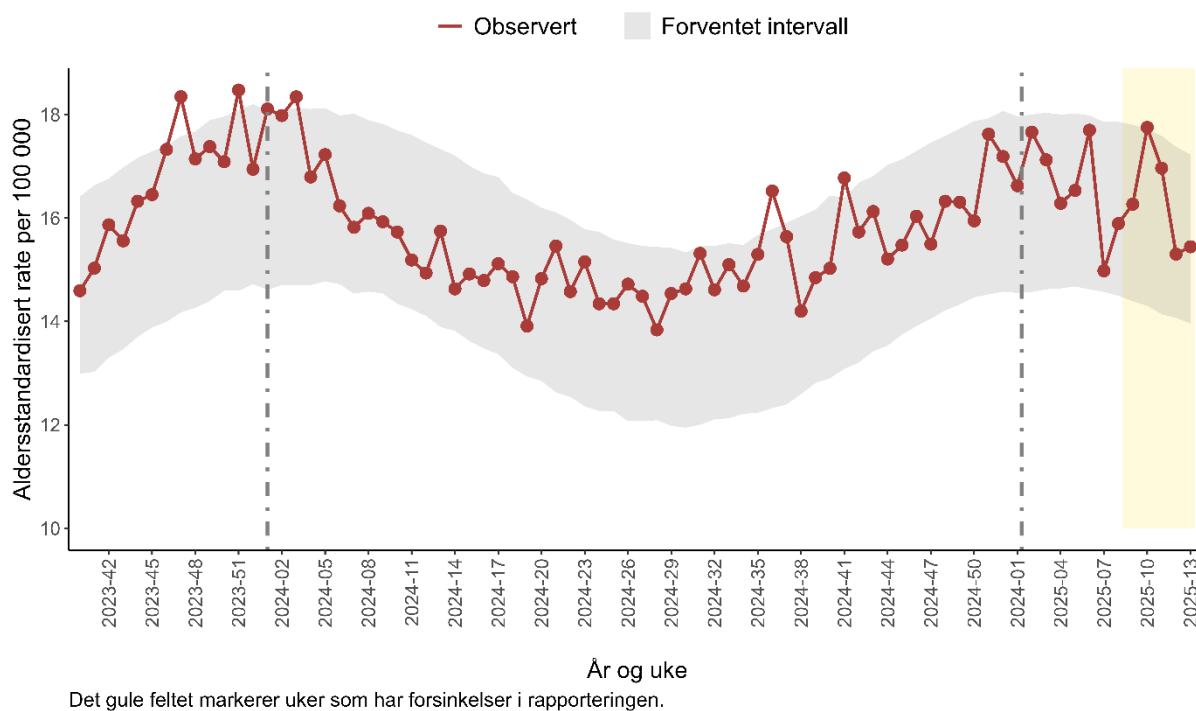
Totaldødelighet

Observert totaldødelighet sammenlignes med et forventet nivå. Det forventede nivået er beregnet med utgangspunkt i den ukentlige dødeligheten de siste ti årene (referanseperiode), der det tas hensyn til sesongmessige variasjoner i dødeligheten og endringer i størrelse og aldersfordeling i befolkningen. For å unngå at forhøyet dødelighet under pandemien påvirker beregningene av forventet dødelighet er alle uker i 2020 til 2022 utelatt fra referanseperioden. Totaldødeligheten vil naturlig variere over uker og mellom år, og denne variasjonen skaper et intervall som det er forventet at dødeligheten vil ligge innenfor. [Les mer om overvåkingen av totaldødelighet.](#)

Resultatene er basert på data fra Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459, oppdatert 09.04.2025.

Dødelighetsnivå

Figur 27 viser utvikling i observert dødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning og sammenligner dette med et intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Etter en foreløpig topp i uke 10, har totaldødeligheten falt og er innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Tallene for de siste 6-8 ukene er foreløpige, og fortløpende registrering av dødsfall vil føre til at tallene endrer seg noe.



Figur 27. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 40 2023 til uke 13 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 2024 og 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: Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Antall dødsfall per uke

Det ukentlige antallet meldte dødsfall er gitt i Tabell 12.

Tabell 12. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 10 til uke 13, med prosentvis endring fra uken før. Kilde: Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 10	Uke 11	Uke 12	Uke 13*
Antall nye dødsfall	993	949	856	864
Antall dødsfall per 100 000	17,8	17,0	15,3	15,4
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	9,1 %	-4,4 %	-9,8 %	0,9 %
Median alder	83	83	82	83

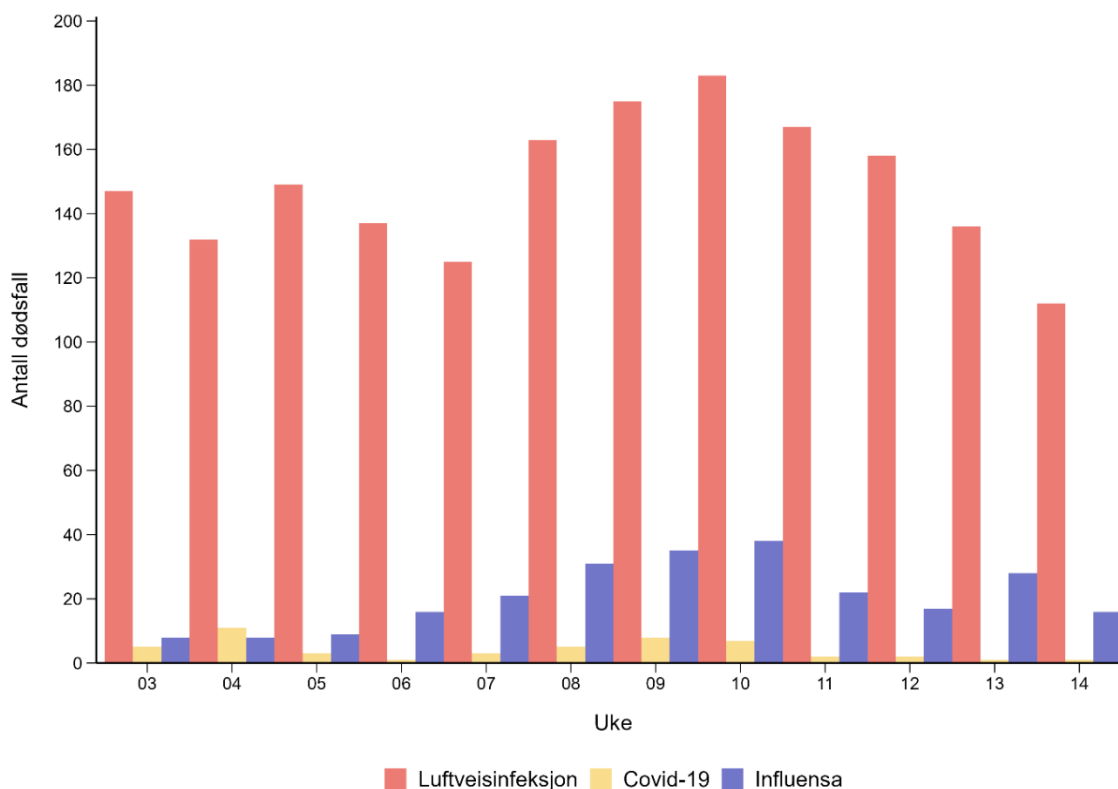
*Siste tilgjengelig uke i Folkeregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19), A37 (kikhoste) og H65-H67 (akutt mellomørbetennelse). 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.

Det er usikkerhet knyttet til hvor mye en angitt dødsårsak på en dødsattest faktisk har bidratt til dødsfallet som meldes. Tallene som oppgis, spesielt for siste uke, vil ofte justere seg grunnet etterregistreringer. Flere av de angitte diagnosekodene, som for eksempel influensa og covid-19, benyttes oftest dersom det foreligger laboratoriepåvisning som bekrefter diagnosen. Det antas derfor at det er individer som dør av eller med disse tilstandene som får mer uspesifikke diagnosekoder på dødsattesten i fravær av laboratoriebekreftelse. På grunn av mer utbredt testing for SARS-CoV-2 er det også sannsynlig at influensa-assosierte dødsfall i større grad underrapporteres sammenlignet med covid-19-dødsfall.

Resultatene er basert på et datasett fra Dødsårsaksregisteret oppdatert 09.04.2025.



Figur 28. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (13.01.2025 - 06.04.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Tabell 13. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (13.01.2025 - 06.04.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Indikator	Uke											
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	147	132	149	137	125	163	175	183	167	158	136	112
Antall dødsfall assosiert med covid-19	5	11	1-4	1-4	1-4	5	8	7	1-4	1-4	1-4	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	8	8	9	16	21	31	35	38	22	17	28	16

Vaksinasjon mot covid-19

Flere vaksiner mot SARS-CoV-2 har fått markedsføringstillatelse og nye forventes å bli godkjent framover. For tiden er det koronavaksinene Comirnaty, og Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 (BioNTech og Pfizer) og Spikevax og Spikevax bivalent Original/Omicron BA.4-5 (Moderna) som er tilgjengelig i Norge. Oppdatert informasjon om bruk av koronavaksinene i Norge finnes i [Vaksinasjonsveilederen](#).

Statistikk om vaksinasjon mot covid-19 fra Folkehelseinstituttet er tilgjengelig [her](#).

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

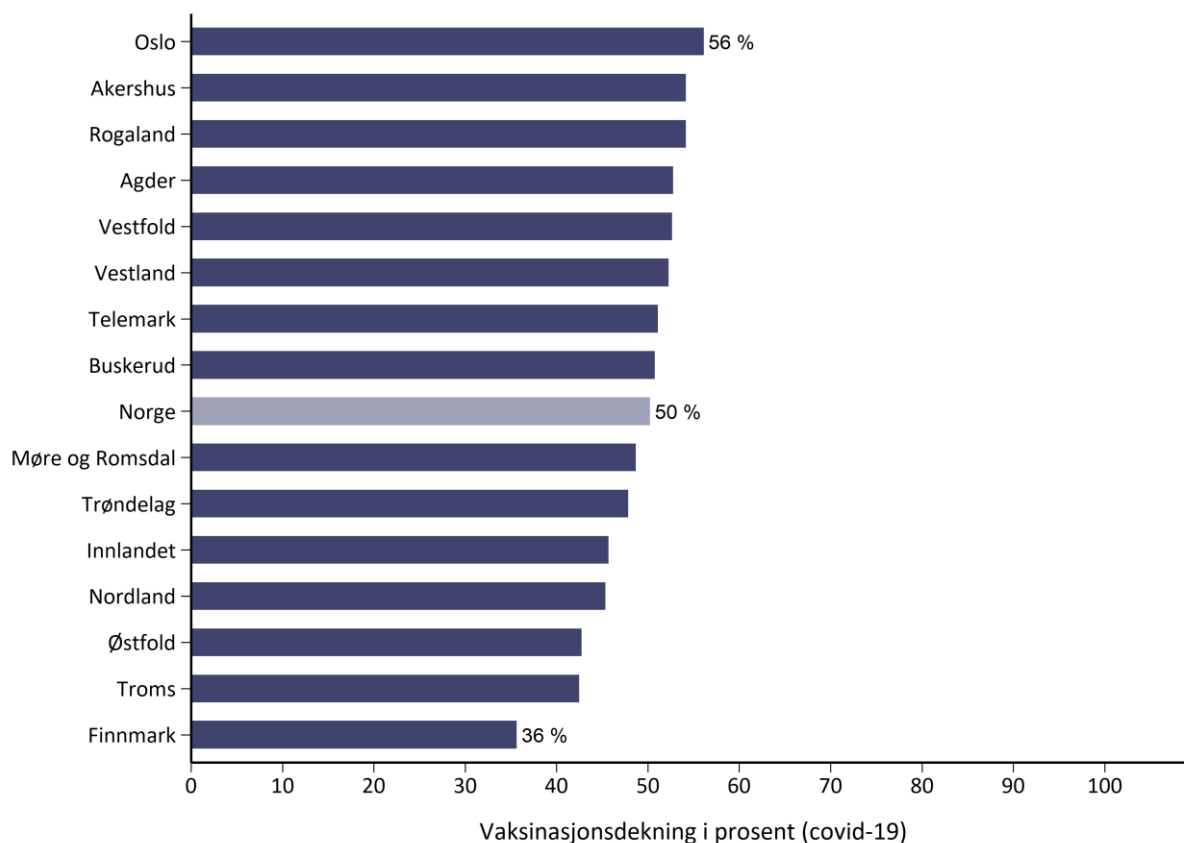
Data om vaksinasjon mot covid-19 inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (09.04.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 09.04.2025.

Siste uke fikk 59 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt ble 160 personer i alle aldre vaksinert. Så langt har 527 442 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt er 648 223 personer i alle aldre vaksinert. Dekningen (personer med fødselsnummer og status som bosatt) for aldersgruppen 65+ for hele landet samlet er 50 %. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn på samme tid forrige sesong. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 36 % - 56 % mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

Tabell 14. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) med koronavaksine fordelt på alder, 01.09.2024 - 06.04.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

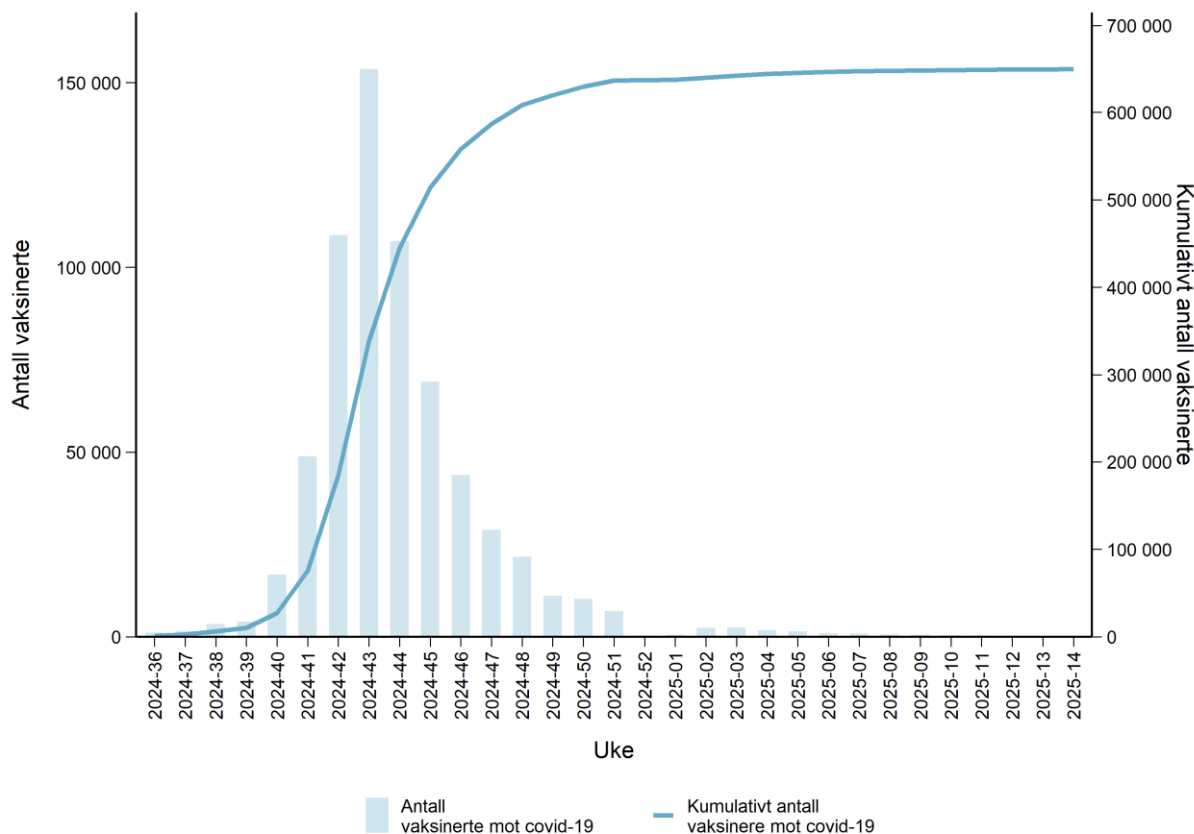
Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-11	265	0,04 %
12-17	817	0,2 %
18-64	119 699	3 %
65+	527 442	50 %
Totalt, alle	648 223	12 %



Figur 29. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert med koronavaksine per fylke, 01.09.2024 - 06.04.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksinering – uke for uke

Koronavaksineringen denne sesongen startet i uke 40 og nådde en topp for antall registrert vaksinerte i uke 43, da over 153 000 ble vaksinert. Antallet vaksinerte per uke falt deretter gradvis til uke 51, og opphørte nærmest totalt etter dette. Over 95 prosent av de vaksinerte fikk sin dose innen utgangen av uke 49.



Figur 30. Antall vaksinerte med koronavirusvaksiner per uke og kumulativt antall vaksinerte i sesongen 2023-24 (uansett status i FREG), 01.09.2024 - 06.04.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksineeffekt

Hensikten med koronavirusvaksinasjonsprogrammet er å hindre alvorlig sykdom og død. Beskyttelsen man oppnår, enten gjennom vaksinasjon eller sykdom vil avta over tid. Det skyldes primært at viruset endrer seg. Det er derfor viktig at målgruppene som anbefales vaksine tar oppfriskningsdose med oppdatert vaksine hvert år for å være best mulig beskyttet.

De aller fleste har noe beskyttelse mot covid-19 som følge av vaksinasjon og/eller tidligere infeksjon. Vaksineeffekt (beskyttelse) etter oppfriskningsdoser må derfor beregnes i forhold til beskyttelsen hos de som ikke har tatt oppfriskningsdose. Studier beregner derfor relativ vaksineeffekt.

Foreløpige data for 2024/2025 fra USA viser at vaksineeffekten 7-119 dager etter vaksinasjon med oppdatert vaksine var ca. 45 % mot sykehusinnleggelse for personer 65 år og eldre uten svekket immunforsvar. For personer 65 år og eldre med svekket immunforsvar ble vaksineeffekt beregnet til 40 %. Vaksineeffekten er beregnet i forhold til personer i samme aldersgruppe som ikke har tatt oppfriskningsdose høsten 2024.

I [England fant man](#) i 2023/2024 sesongen ingen gjenværende vaksineeffekt mot alvorlig covid-19-sykdom etter en oppfriskningsdose gitt i 2022 blant personer som var 65 år og eldre når disse ble sammenliknet med personer som ikke hadde tatt oppfriskningsdose i 2022¹. Den relative

¹ Kirsebom, F.C.M., et al., *Effectiveness of autumn 2023 COVID-19 vaccination and residual protection of prior doses against hospitalisation in England, estimated using a test-negative case-control study*. Journal of Infection, 2024. **89**(1): p. 106177.

vaksineeffekten etter en oppfriskningsdose med oppdaterte XBB.1.5-vaksine høsten 2023 ble beregnet til 50,6 % kort tid etter vaksinasjon og var høyest mot XBB.1.5. 10 til 14 uker etter oppfriskningsdosen hadde den relative vaksineeffekten falt til 42,2 %. Effekten var vesentlig lavere mot nyere virusvarianter, bl.a. JN.1.

Resultatene over viser at beskyttelsen avtar i løpet av sesongen når det kommer nye varianter av viruset, men også at de som tar oppfriskningsdose med oppdatert vaksine er bedre beskyttet mot alvorlig covid-19 gjennom høst- og vintersesongen enn de som ikke har tatt oppfriskningsdose.

Vaksinasjon mot influensa

Se også: [Vaksineanbefalinger influensa](#), kapittel om [influensavaksine i Vaksinasjonsveilederen og Kunnskapsgrunnlaget for influensavaksinasjon](#) for mer informasjon om influensavaksine, og [statistikk om vaksinasjon mot influensa](#).

Vaksinedistribusjon

Folkehelseinstituttet startet utsending av vaksiner til vaksinasjonsprogrammet i uke 40. Sammenlagt for alle grossister (inkludert FHI) er det denne sesongen sendt ut 1,57 millioner vaksinedoser til kommuner, helseforetak, apotek og andre private vaksinatører. 1,1 million av disse dosene ble distribuert for vaksinerings av risikogrupper og andre målgrupper.

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

Data om vaksinasjon mot influensa inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (09.04.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

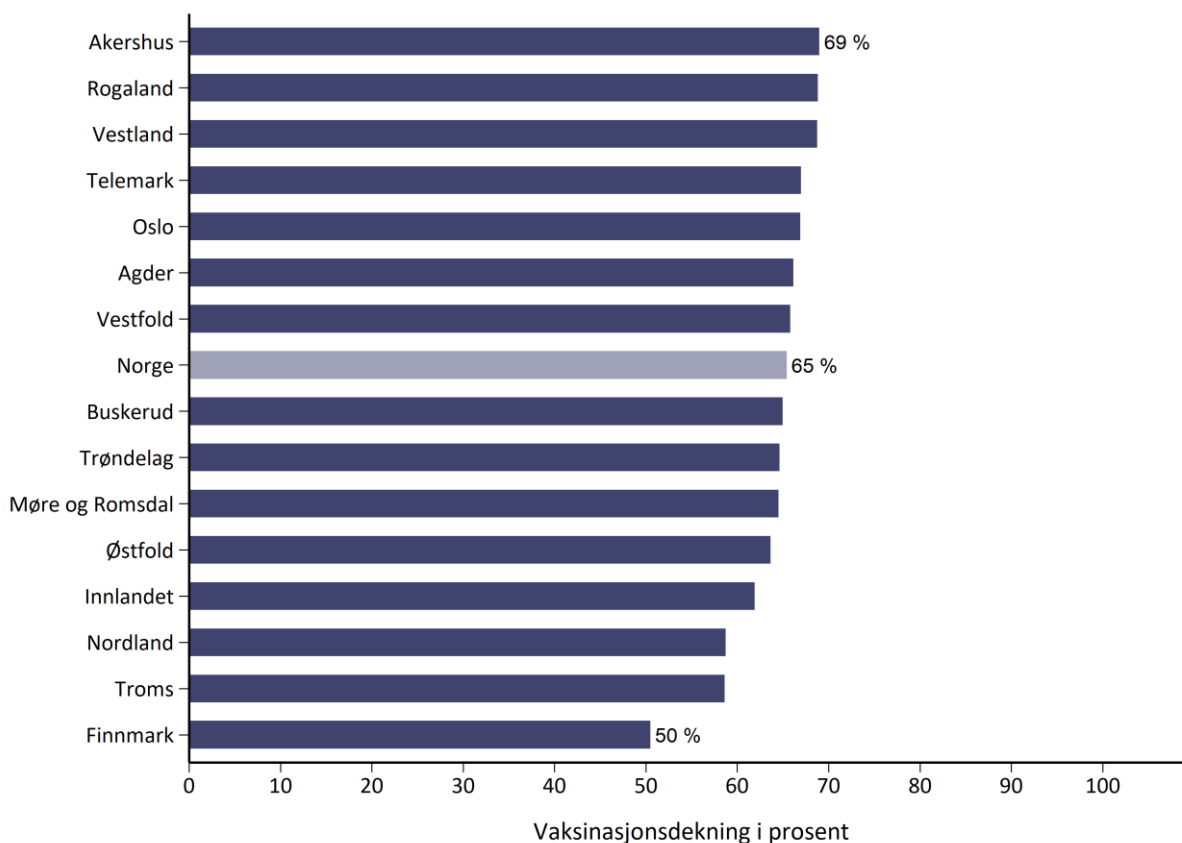
Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 09.04.2025.

Det er til sammen vaksinert 1 318 550 personer, hvorav 686 637 blant personer 65 år og eldre. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 6. april på 65 %. Dette er på omtrent samme nivå som på samme tid i fjor (64 %). Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn fra 50 % - 69 % mellom henholdsvis Finnmark og Akershus. Finnmark fylke har dermed en litt høyere dekning denne sesongen enn på samme tid i fjor (47 %).

Tabell 15. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) mot influensa blant ulike aldersgrupper, 01.09.2024 - 06.04.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-8	4 601	0,9 %
9-17	5 846	1 %
18-64	621 466	18 %
65+	686 637	65 %
Totalt, alle	1 318 550	24 %

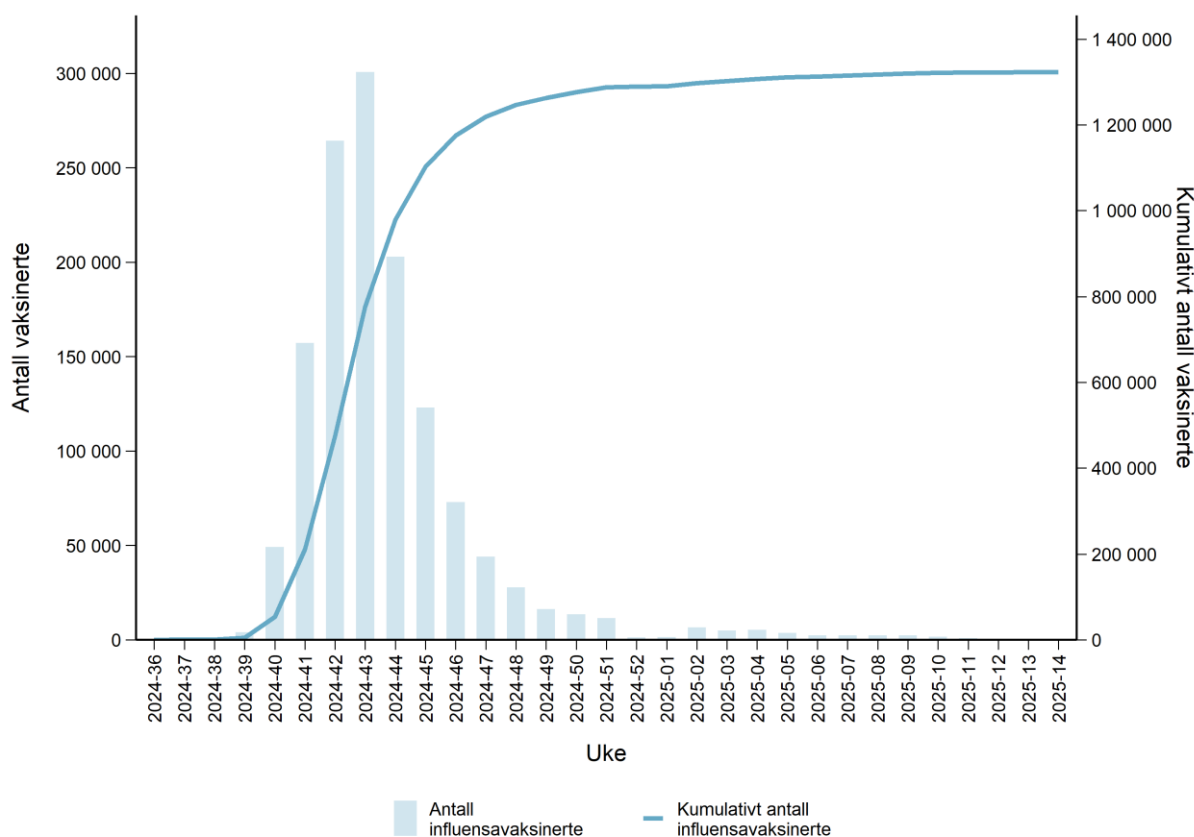
Det totale antallet personer registrert med influensavaksine i SYSVAK har økt i forhold til de siste 2 årene, og er det nest høyeste antallet siden sesonginfluensavaksinasjon ble meldingspliktig til SYSVAK.



Figur 31. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert mot influensa per fylke, 01.09.2024 – 06.04.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksinering – uke for uke

Vaksineringen startet for alvor i uke 40, da de første dosene ble sendt ut til kommunene. Det var en topp i antall doser satt i uke 43, med over 300 000 registrerte vaksiner satt. Antall vaksinerte per uke gikk deretter gradvis ned til omtrent 11 000 i uke 51, for deretter å falle til bare noen få tusen vaksinerte per uke etter nyttår. Over 95 prosent av de vaksinerte fikk sin vaksine innen utgangen av uke 49. Det vil si at bortimot alle vaksinerte fikk vaksinen i god tid før utbruddet var i gang.



Figur 32. Antall vaksinerte mot influensa per uke og kumulativt antall vaksinerte i sesongen 2023-24 (uansett status i FREG), 01.09.2024 - 06.04.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksineeffekt

Målet for influensavaksinasjonsprogrammet er å hindre alvorlig sykdom og død. Derfor tilbys influensavaksinen til risikogrupper og andre målgrupper for å forebygge alvorlige utfall av influensasykdom i sårbare grupper. Effekten vil avhenge av hvilket virus som kommer til å dominere og hvor godt man har truffet med valg av vaksinstammer for den nordlige halvklule. Vaksinen inneholder komponenter fra fire forskjellige influensavirus og grad av beskyttelse kan være noe ulikt for hver av disse komponentene. Selv år der én av komponentene passer mindre bra i forhold til viruset vaksinen skal beskytte mot har vaksinen likevel en helsegevinst for den enkelte.

Franske helsemyndigheter har publisert foreløpige resultater for sesongens vaksineeffekt. Estimaten gjelder effekt mot legekonsultasjon på grunn av influensa. Foreløpige resultater estimerer samlet vaksineeffektivitet for alle influensavirus som sirkulerer i Frankrike til 46 % [IC95 %: 16-65] for alle risikogrupper, 62 % [IC95 %: 21-82] blant de under 65 år med langvarig sykdom og 31 % [IC95 %: -20-61] blant de over 65 år. Frankrike har sirkulasjon av både influensa A (H1N1) og A(H3N2) og B-Victoria.

Tidlige estimater for vaksineeffektivitet (VE) fra åtte europeiske studier (17 land) indikerer en effekt mot influensa A for alle aldre på 32-53 % i primærhelsetjenesten og 33-56 % i sykehusmiljøer, med signaler om varierende vaksineeffekt avhengig av alder og subtype av influensa A og med høyere VE

mot influensa B (≥ 58 % uavhengig av alder og tjenestenivå) ². Det kanadiske sentinelovervåkingssystemet har rapportert foreløpige data for vaksineeffekt (VE) mot akutt luftveissykdom på grunn av laboratoriebekreftet influensa i 2024/25-sesongen. Frem til midten av januar var risikoen for poliklinisk sykdom på grunn av influensa A redusert med omtrent halvparten blant vaksinerte kontra uvaksinerte individer i Canada. Justert VE er 53 % (95 % KI: 36-65) mot A(H1N1)pdm09, bestående av kladene 5a.2a og 5a.2a.1, og 54 % (95 % KI: 29-70) mot A(H3N2), (klade 2a.3a.1) ³.

De sirkulerende influensa A(H1N1)- og influensa B-virusene stemmer fremdeles godt overens med vaksinene, og vi forventer ikke at effekten mot disse virusene påvirkes per nå. For detaljer, se avsnitt om genetisk karakterisering av influensavirus på side 26-30.

I Norge har vi nå en viss andel av sirkulerende A(H3N2) virus, som avviker noe fra vaksineviruset. Dette kan føre til lavere vaksineeffekt mot denne virustypen. Til tross for dette, vil vaksinen fortsatt kunne gi noe beskyttelse mot alvorlig sykdom og dødsfall forårsaket av A(H3N2). Sesongen er per nå ikke dominert av A(H3N2), så denne mismatchen vil ikke ha stor betydning for vaksineeffekten totalt sett.

Luftveisinfeksjoner globalt

Aktuelle lenker

Felles om forekomst av luftveisinfeksjoner i Europa:

Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) og Verdens helseorganisasjon (WHO) europakontor om luftveisinfeksjoner i Europa: <https://erviss.org/>

Covid-19:

Verdens helseorganisasjon (WHO) om Covid-19: <https://covid19.who.int/>

Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) om vaksinasjonsstatus for medlemslandene i EU/EØS:

<https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

Influensa:

WHO's influensasider: https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1

Det europeiske smittevernbyråets (ECDC) influensasider: <https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza>

² Rose AM, Lucaccioni H, Marsh K, Kirsebom F, Whitaker H, Emborg HD, Bolt Botnen A, O'Doherty MG, Pozo F, Hameed SS, Andrews N, Hamilton M, Trebbien R, Lauenborg Møller K, Marques DF, Murphy S, McQueenie R, Lopez-Bernal J, Cottrell S, Bucholc M, Kissling E; European IVE group; Members of the European IVE group. Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025. Euro Surveill. 2025 Feb;30(7):2500102. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2500102. PMID: 39980423; PMCID: PMC11843620.

³ Separovic L, Zhan Y, Kaweski SE, Sabaiduc S, Carazo S, Olsha R, Mather RG, Dickinson JA, Hasso M, Meunier I, Jassem AN, Zelyas N, Gao R, Bastien N, Skowronski DM. Interim estimates of vaccine effectiveness against influenza A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) during a delayed influenza season, Canada, 2024/25. Euro Surveill. 2025 Jan;30(4). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.4.2500059. PMID: 39885824.

Om overvåkingssystemene og datakildene

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-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19), A37 (kikhoste), J44.0 og H65-H67 (akutt mellomørebetennelse). 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.

Innleggelser i intensivavdeling

Innleggelser i intensivavdeling med covid-19 og influensa overvåkes gjennom Norsk intensivregister (NIR). NIR er et medisinsk kvalitetsregister og delen av NIPaR som gir opplysninger om pasienter behandlet ved norske intensivavdelinger. I NIR betyr respiratorstøtte både behandling med tett ansiktsmaske (non-invasiv ventilasjon) og behandling med pusterør (tube) i luftrøret (invasiv ventilasjon). Førstnevnte kategori er våkne pasienter med relativt korte ligge- og respirator-tider og lav dødelighet sammenlignet med dem som får invasiv ventilasjon. Noen covid-19-pasienter er også registrert uten respiratorstøtte. Dette er pasienter som har ligget til observasjon på et intensivavsnitt over ett døgn.

Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)

Det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. NorSySS henter data fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjon) systemet som er eid av Helsedirektoratet, og administrerer refusjonskrav fra helsepersonell og institusjoner til staten (HELFO). NorSySS bruker ICPC-2 koder for fastsettelse av årsak til kontakt med helseinstitusjon. ICPC-2 kodesystemet er utviklet av World Organization of Family Doctors og formelt anerkjent av WHO.

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-Labdatabasen** inneholder alle mikrobiologiske prøvesvar rapportert fra medisinske laboratorier i Norge. Les mer om MSIS, formål og meldingsplikt [på våre nettsider](#).

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](#).

Sentinel Fyrtårnsystemet – Integriert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner 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 luftveisvirus. Alle prøver blir dermed som minimum testet for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus og også i tillegg for en rekke andre luftveisvirus. Det innsamles også en rekke kliniske data på samtlige prøver. Les mer [om overvåkingssystemet for influensa på våre nettsider](#).

Totaldødelighet

Antall døde per uke hentes fra Folkeregisteret, mens befolkningsgrunnlaget er hentet fra [SSB sin statistikkbank tabell 07459](#). Dødsfallene som inngår, er alle som er registrert i Folkeregisteret som død. Dette vil avvike noe med befolkningsgrunnlaget fra SSB som kun inkluderer bosatte, der definisjonen av bosatt er avgrenset til personer som har vært bosatt eller har til hensikt å bli Norge i minst 6 måneder.

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. For beregning av forventet dødelighet i 2025 inngår derfor alle uker i årene 2012-2019 og 2023-2024 i referanseperioden, og likeledes inngår årene 2011 til 2019 og 2023 i beregningen av forventet dødelighet i 2024. Merk at modelltilnærmingen for beregning av forventet dødelighet ble endret i oktober 2024 for å reflektere nyere trender i dødelighetsutviklingen. Denne justeringen medfører en viss forskjell i forventet dødelighet for tidligere uker i 2024 og for uker i 2023 vist i Figur 27, sammenlignet med forventet dødelighet som ble presentert i ukesrapportene i forrige influensasessong (oktober 2023–mai 2024). Modelltilnærmingen og endringene er nærmere beskrevet [her](#).

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 underreportering.

Virologisk overvåking

FHI har nasjonal referansefunksjon for både influensa (også WHO nasjonalt influensasenter), for coronavirus med alvorlig utbruddspotensiale og nå også for RS-virus. Disse referansefunksjonene ligger hos Seksjon for influensa og andre luftveisvirus 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 utbruddsopklaring og pandemiforståelse. I tillegg undersøkes immuniteten mot covid-19 og influensa i befolkningen årlig gjennom seroepidemiologiske undersøkelser.