

# Statusrapport for luftveisinfeksjoner

## Uke 5 (2025)

Publiseringsdato 06.02.2025



Folkehelseinstituttet har ansvar for den nasjonale overvåkingen av luftveisinfeksjoner. Denne rapporten beskriver den epidemiologiske og virologiske situasjonen og vaksinasjon i Norge. Jevnlige oppdateringer med de viktigste indikatorer er tilgjengelige på FHI sine nettsider.

### Innhold

Sammendrag .....	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt .....	5
Influenzalignende sykdom (ILS) .....	7
Testing og påvisninger .....	8
Luftveisagens .....	10
Meldte tilfeller av kikhoste gjennom MSIS .....	16
Luftveivirus gjennom fyrårnsystemet .....	17
Overvåking av virus .....	20
Sirkulerende influensavirus i Norge .....	20
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge .....	27
Sirkulerende RS-virus i Norge .....	28
Resistens mot antivirale midler .....	29
Influenza .....	29
SARS-CoV-2 .....	29
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon .....	30
Sykehusinnleggelser .....	31
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter .....	31
Innleggelser i intensivavdeling .....	35
Dødelighet .....	36
Totaldødelighet .....	36
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa .....	37
Vaksinasjon mot covid-19 .....	39
Vaksinasjonsdekning i befolkningen .....	39
Vaksineeffekt .....	40
Vaksinasjon mot influensa .....	42

Vaksinedistribusjon .....	42
Vaksinasjonsdekning i befolkningen .....	42
Vaksineeffekt.....	43
Luftveisinfeksjoner globalt .....	44
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	45
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa .....	45
Innleggelser i intensivavdeling .....	45
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS) .....	45
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) .....	45
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) .....	45
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveivirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten .....	46
Totaldødelighet .....	46
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv) .....	46
Virologisk overvåking .....	46

## Sammendrag

- Vinterens influensautbrudd er pågående med økende smitte i befolkningen og økning i antall influensainnleggelser. Det er fremdeles ikke for sent å vaksinere seg mot influensa. Det er fortsatt viktig å tilby vaksine også mot covid-19 til eldre og andre risikogrupper som ikke har blitt vaksinert tidligere denne sesongen.
- Influensa: Andel prøver med påvist influensavirus er økende og var på 27 % i uke 5 etter 23 % i uke 4. Det er influensa A-virus som dominerer, og både H1N1- og H3N2-virus sirkulerer – med H1N1 i majoritet. Influensa B-virus har lavere forekomst, men øker også. Antall prøver med påvist influensavirus blant sykehusinnlagte økte til over 500 i uke 5 etter ca. 430 i uke 4. Det er rapportert om 8 innleggelser i intensivavdeling med influensa i uke 5, etter 12 i uke 4.
- Mykoplasma-infeksjon: Forekomsten er nedadgående etter en topp i uke 42. Andel prøver med påvist *Mycoplasma pneumoniae* var på 7 % i uke 5. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 5–14 år. Se råd til befolkningen i forbindelse med [mykoplasma-infeksjon](#).
- Infeksjon med humant metapneumovirus (hMPV): Forekomsten er økende, og andel prøver med påvist hMPV var på 6 % i uke 4 og 5. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0–4 år.
- RS-virusinfeksjon: Det er økende forekomst av RS-virusinfeksjon, som fortsatt er på et lavt nivå. Andel prøver med påvist RS-virus var på 5 % i uke 5. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0–4 år.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 er nedadgående og var på 2 % i uke 5. Det er en nedadgående trend i antall prøver med påvist SARS-CoV-2 blant sykehusinnlagte, som var på ca. 50 i uke 5. Det er ikke rapportert om nye intensivinnleggelser de siste 4 ukene. Rekombinanten XEC er den hyppigst forekommende enkeltvarianten.
- Totaldødeligheten er innenfor forventet nivå for denne tiden av året.
- Vaksinasjon mot influensa: Det er registrert over 1,3 millioner vaksinasjoner i SYSVAK, hvorav over 682 000 er i aldersgruppen over 65 år. Dekningen er per 2. februar 65 % i denne aldersgruppen, og på samme nivå som dekingen på samme tid forrige sesong. Se [Vaksineanbefalinger](#) for sesongen 2024–25.
- Vaksinasjon mot covid-19: Aldersgruppen 65 år og eldre samt yngre som tilhører en risikogrupper er i høst anbefalt en ny oppfriskningsdose. Per 2. februar 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](#), [influensa](#) og [pneumokokksykdom](#).
- Antiviralia mot influensa: Antiviral behandling kan redusere risikoen for alvorlig sykdomsforløp. Personer med risiko for alvorlig influensas sykdom 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 3 til 5 Endring (95 % KI)
	52	1	2	3	4	5	
<b>Luftveisinfeksjoner</b>							
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	21,7 % ▲	19 % ▲	15,4 % ▼	14,3 % ▼	15 % ▼	15,7 % ▲	5,7 % (5 %, 6,5 %)
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	135	166	162	145	128 (128-142)*	144 (144-201)	3,4 % (-9,7 – 20,2) %
<b>Covid-19</b>							
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	5,4 %	4,7 %	3,4 % ▼	2,9 % ▼	2,3 % ▼	2,1 % ▼	-16,2 % (-23,2 %, -9,2 %)
Antall covid-19 tilfeller meldt til MSIS	347 ▼	533	536 ▼	417	324 (324-327)*	320 (320-450)*	-10,7 % (-20,6 %, 7,1 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 (Fyrtårnsystemet)	7,7 %	4,6 %	3,7 %	2,8 %	4,1 %	4,2 %	20 % (-49,5 %, 93,6 %)
Antall positive prøver for SARS-CoV-2 blant innlagte	196	155 ▼	107 ▼	99 ▼	71 (71-72)* ▼	52 (52-62)* ▼	-30,8 % (-47,6 %, -13,7 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med covid-19	9	2	0	0	0	0	-
<b>Influensa</b>							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	0,7 % ▲	0,8 % ▲	0,9 % ▲	0,9 % ▲	1,2 % ▲	1,6 % ▲	29,1 % (26,7 %, 31,6 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede (MSIS labdatabasen)	13,4 % ▲	11,9 % ▲	13,2 %	18,8 % ▲	23,2 % ▲	26,8 % ▲	22,7 % (20,2 %, 25,3 %)
Andel positive prøver for influensavirus (Fyrtårnsystemet)	7,7 %	18,5 % ▲	11,9 %	13,2 %	29,6 % ▲	26,3 % ▲	36,7 % (5,1 %, 69,4 %)
Antall positive prøver for influensavirus blant innlagte	301 ▲	288 ▲	282 ▲	283 ▲	433 (433-435)* ▲	514 (514-543)* ▲	29,4 % (21,2 %, 37,9 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med influensa	17	10	9	6	12	8	-
<b>RS-virusinfeksjon</b>							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	2,5 % ▲	2,5 % ▲	2,3 %	3,2 % ▲	4,4 % ▲	5,1 % ▲	22,6 % (17,1 %, 28,1 %)
Andel positive prøver for RS-virus (Fyrtårnsystemet)	0 %	0 %	1,8 %	1,9 %	6,2 %	5,9 %	46,7 % (-17,1 %, 117,8 %)
Antall positive prøver for RS-virus blant innlagte	36 ▲	41 ▲	37 ▲	52 ▲	97 (97-99)* ▲	98 (98-102)* ▲	30 % (9,4 %, 50,3 %)
<b>Humant metapneumovirus infeksjon</b>							
Andel positive prøver for humant metapneumovirus	3,9 % ▲	4,4 % ▲	4,3 %	4,3 %	5,7 % ▲	6,1 % ▲	18,1 % (12,9 %, 23,2 %)
Antall positive prøver for humant metapneumovirus blant innlagte	41 ▲	50 ▲	50 ▲	38 ▲	66 ▲	73 ▲	30,2 % (11,6 %, 48,8 %)
<b>Kikhoste</b>							
Andel positive prøver for <i>Bordetella pertussis</i> blant de testede	0,81 % ▼	1,1 % ▼	1,1 %	1,3 %	1,4 % ▲	1,1 %	-6,1 % (-15,9 %, 3,6 %)
Antall kikhostetilfeller meldt til MSIS	59 ▼	146 ▲	214	218	226 (226-230)*	192 (192-262)*	-3,4 % (-14 %, 10,6 %)
<b>M. pneumoniae-infeksjon</b>							
Andel positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant de testede	11,5 % ▼	10,7 % ▼	10,3 % ▼	10,7 %	8,3 % ▼	6,9 % ▼	-23,8 % (-27,6 %, -20 %)
Antall positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant innlagte	62	79	74	66	37	59 (59-64)*	-5,2 % (-37,8 %, 27,6 %)

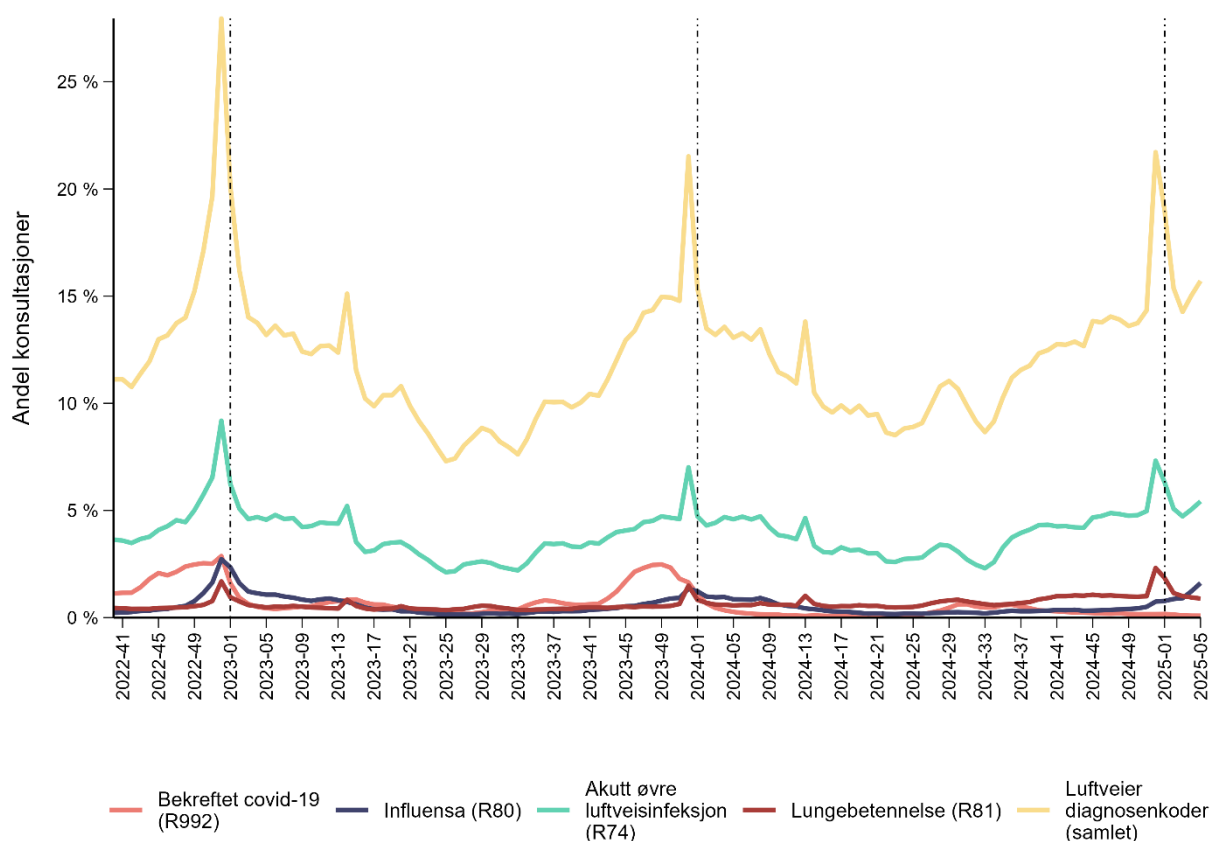
\*Det er forsinkelse i rapporteringen. Antall tilfeller oppgitt som intervall i parentes viser korreksjon for tid mellom innleggelses- eller prøvedato og dato for registrering (nowcasting). For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten 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

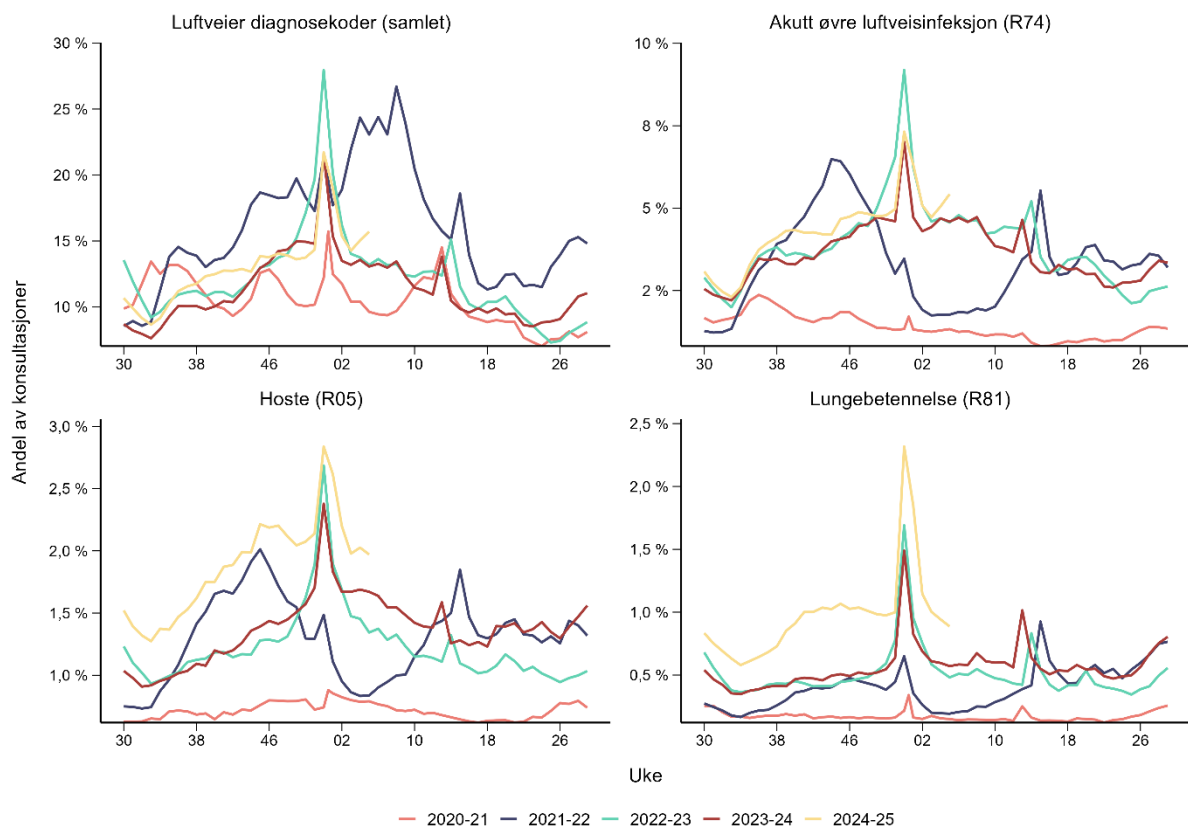
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekontor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) som er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. Overvåkingen gir 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 05.02.2025.

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.

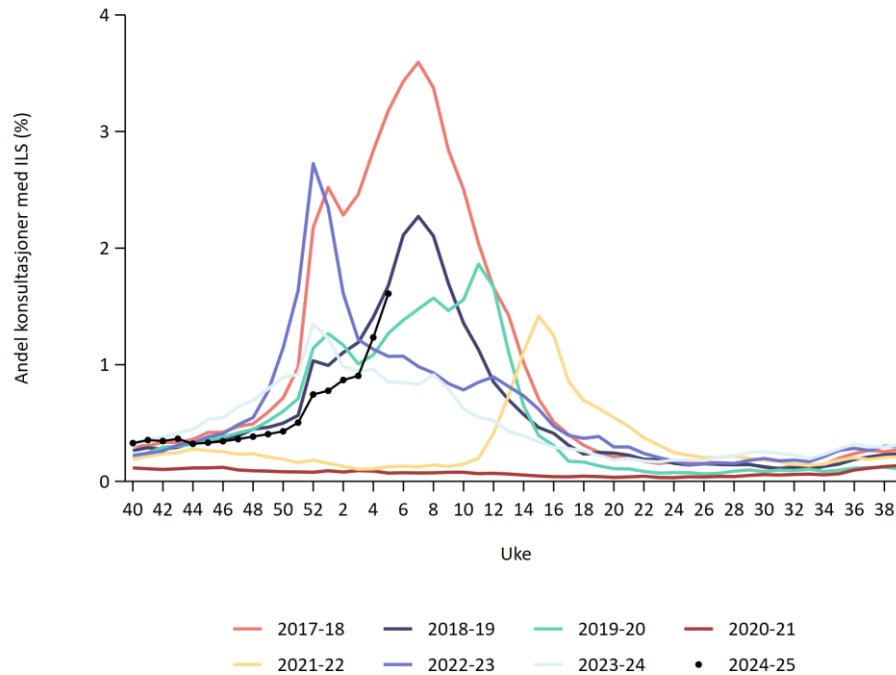


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet), 09.03.2020 - 02.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023 og 2024. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. \*I «Luftveidiagnosekoder (samlet)» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

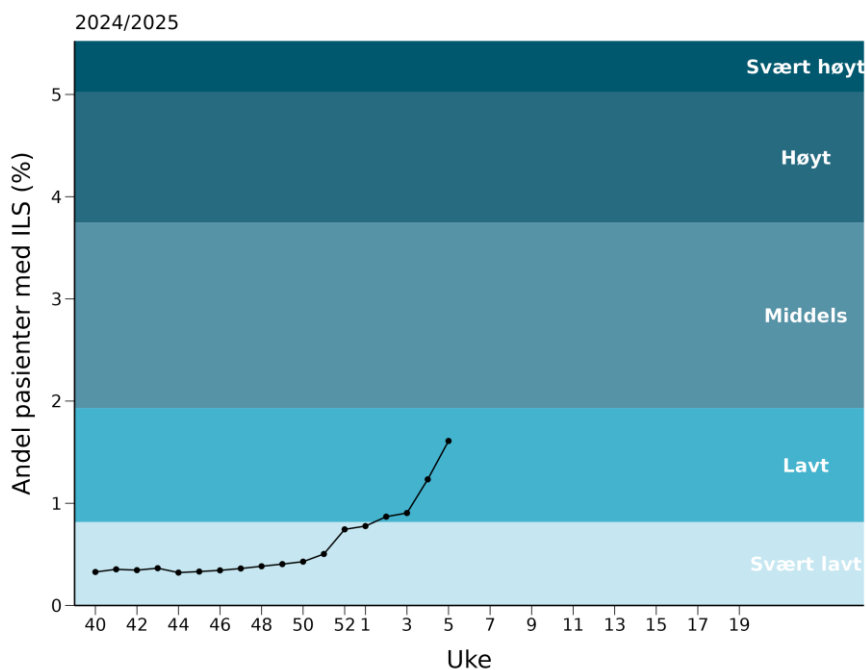


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 20.07.2020 - 02.02.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisdiagnosekoder samlet» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

## Influensalignende sykdom (ILS)

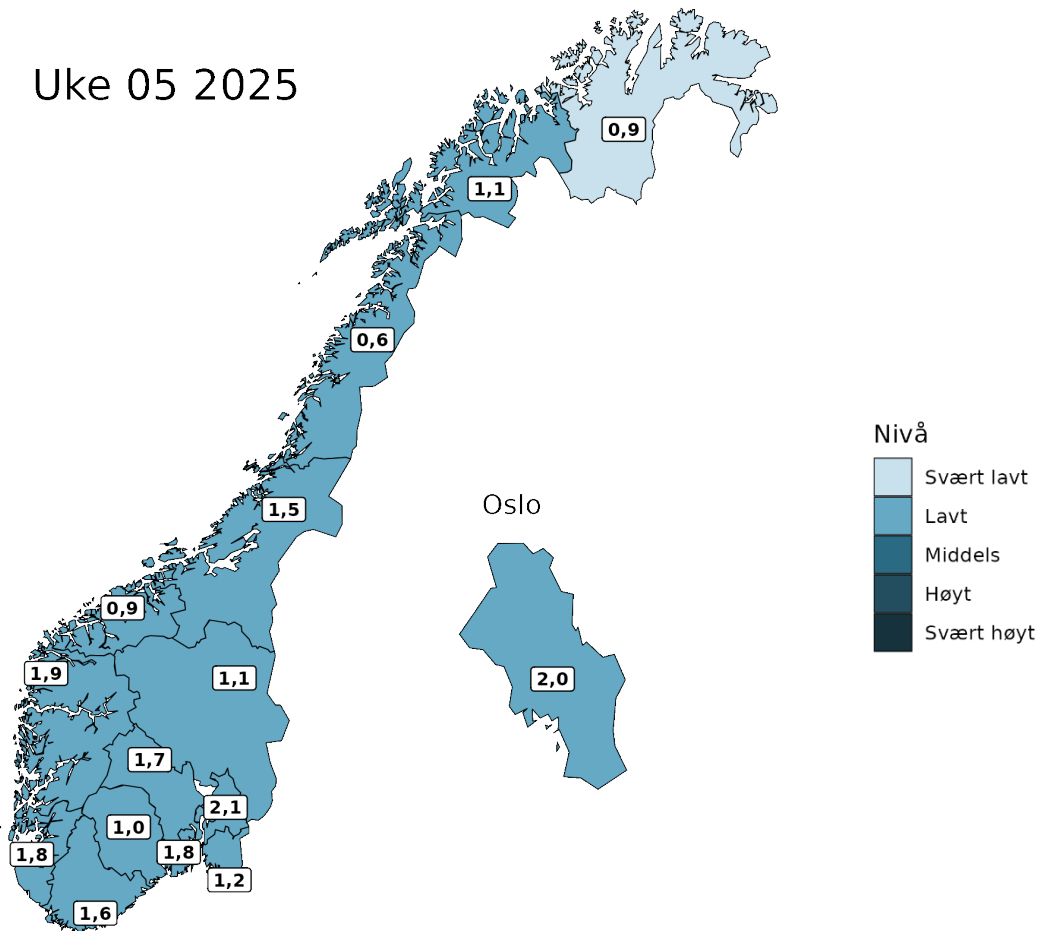


Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 02.10.2017 - 02.02.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



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

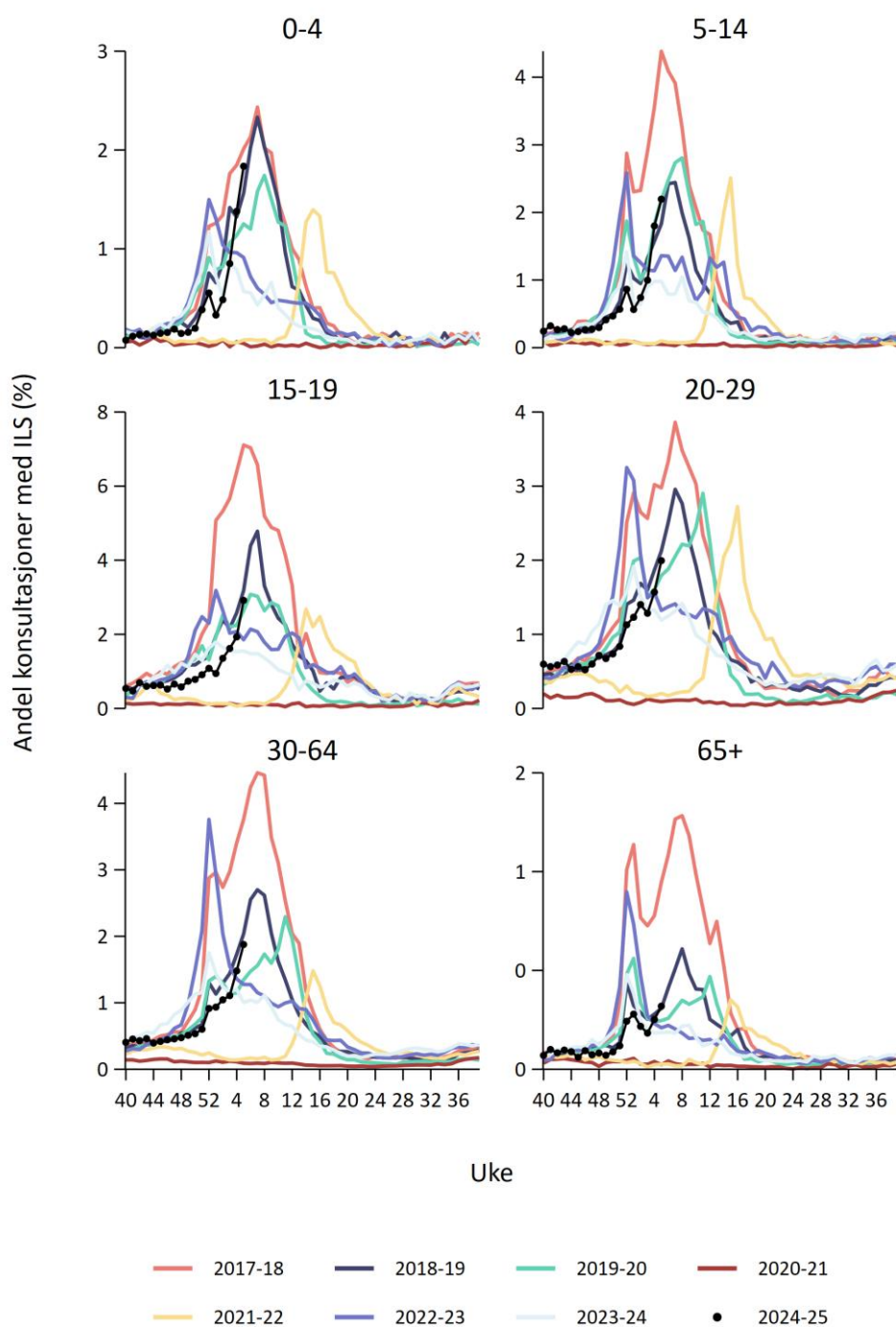
Uke 05 2025



Oppdatert 05.02.2025

Figur 5. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), per fylke. 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 - 02.02.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

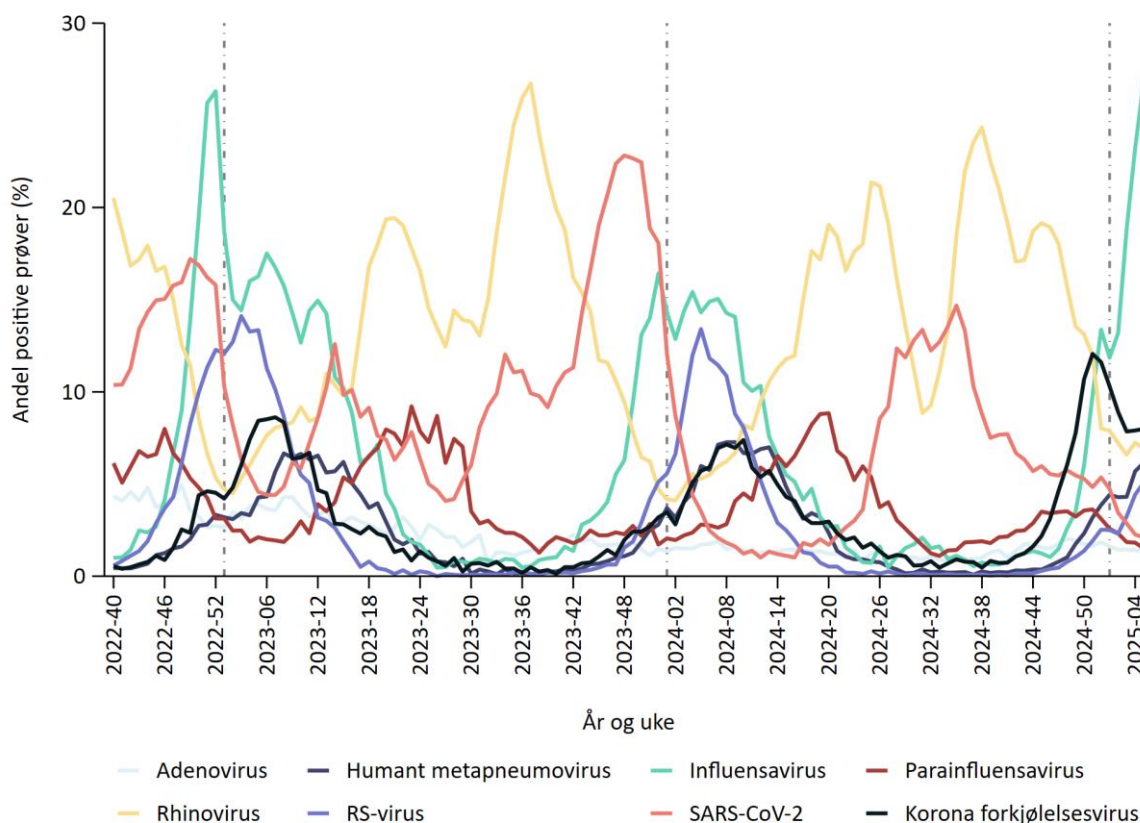
## Testing og påvisninger

### Luftveisagens

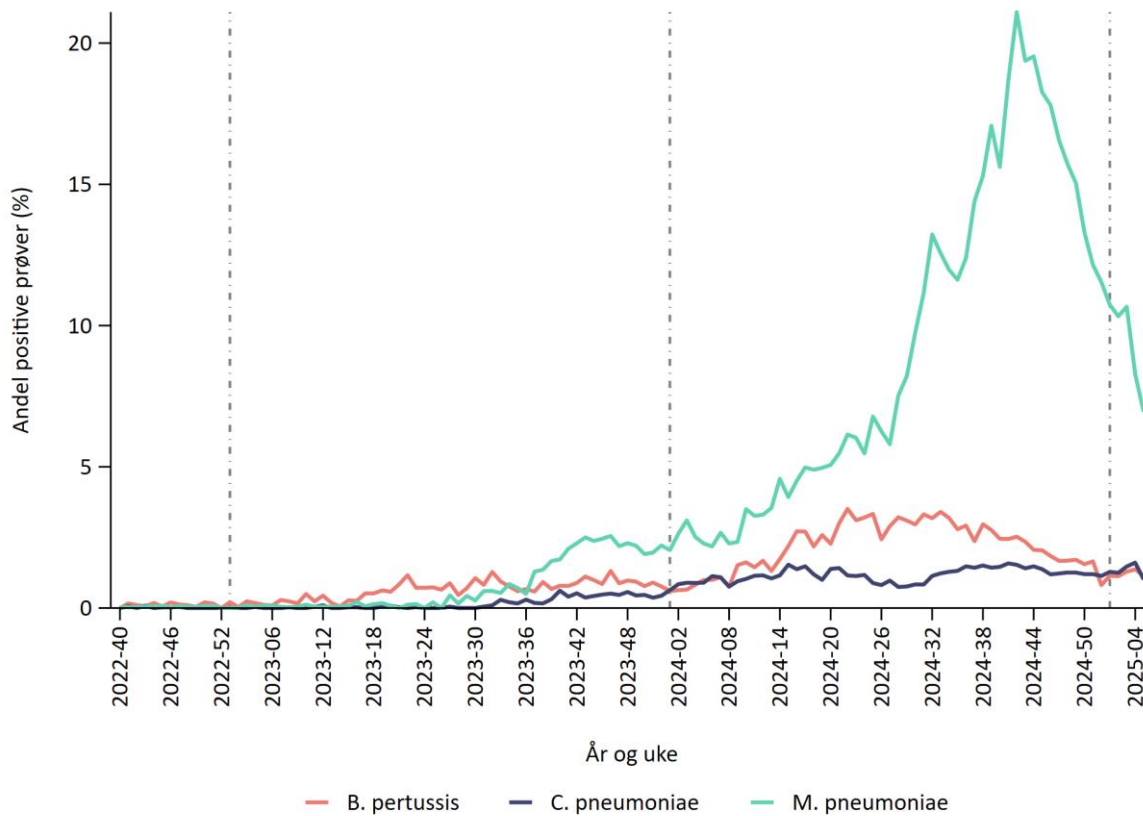
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* 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](#).

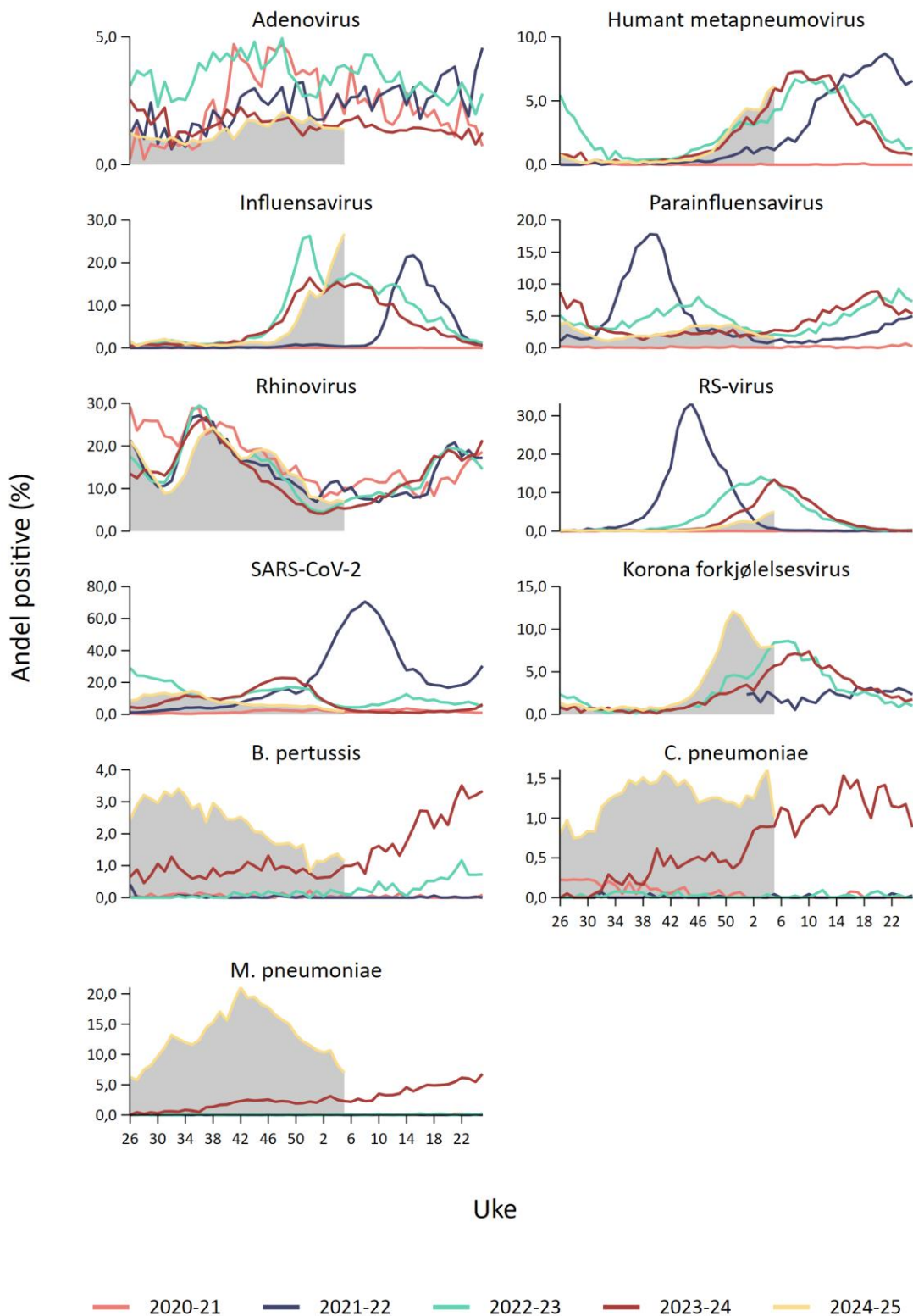
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 05.02.2025.



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 – 02.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MS IS-laboratoriedatabasen.

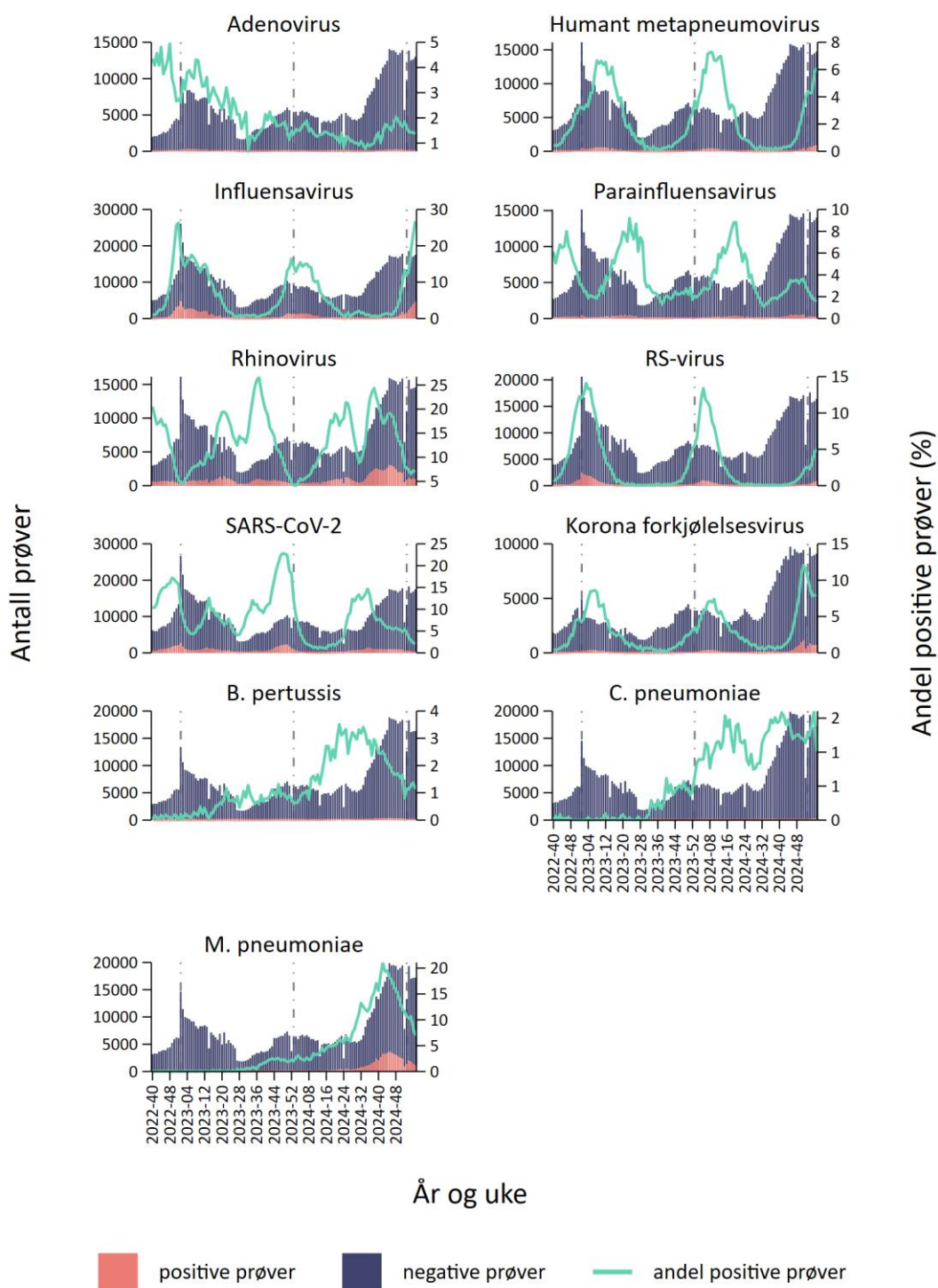


Figur 8. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, Norge, 03.10.2022 – 02.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



\*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 9. Andel analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influenzavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydomphila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 03.10.2022 – 02.02.2025. 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, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 03.10.2022 – 02.02.2025. 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. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) <sup>1</sup> uke 3-5
		52	1	2	3	4	5	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,8 %	1,6 %	1,4 % ▼	1,4 %	1,4 %	1,4 %	-2,5 % (-13 %, 7,9 %)
	Antall positive	105	157	200	179	180	177	-
	Antall tester	5 684	9 695	13 845	12 497	12 681	12 992	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	3,9 % ▲	4,4 % ▲	4,3 %	4,3 %	5,7 % ▲	6,1 % ▲	18,1 % (12,9 %, 23,2 %)
	Antall positive	252	490	685	615	825	906	-
	Antall tester	6 521	11 092	15 978	14 278	14 477	14 748	-
Influenzavirus	Andel positive	13,4 % ▲	11,9 % ▲	13,2 %	18,8 % ▲	23,2 % ▲	26,8 % ▲	22,7 % (20,2 %, 25,3 %)
	Antall positive	1 143	1 593	2 438	3 154	3 964	4 691	-
	Antall tester	8 547	13 437	18 481	16 761	17 071	17 487	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	3,1 %	2,6 % ▼	2,3 % ▼	1,9 % ▼	1,8 % ▼	1,5 % ▼	-10 % (-19,2 %, -0,94 %)
	Antall positive	187	265	344	248	249	212	-
	Antall tester	5 996	10 267	14 796	13 377	13 647	13 991	-
Rhinovirus	Andel positive	8 % ▼	7,9 % ▼	7,2 % ▼	6,6 % ▼	7,3 %	6,9 %	2,5 % (-2 %, 7,1 %)
	Antall positive	519	870	1 132	945	1 048	1 009	-
	Antall tester	6 471	11 021	15 677	14 317	14 452	14 556	-
RS-virus	Andel positive	2,5 % ▲	2,5 % ▲	2,3 %	3,2 % ▲	4,4 % ▲	5,1 % ▲	22,6 % (17,1 %, 28,1 %)
	Antall positive	195	314	406	510	707	831	-
	Antall tester	7 717	12 493	17 592	15 719	15 959	16 374	-
SARS-CoV-2	Andel positive	5,4 %	4,7 %	3,4 % ▼	2,9 % ▼	2,3 % ▼	2,1 % ▼	-16,2 % (-23,2 %, -9,2 %)
	Antall positive	450	627	630	472	382	367	-
	Antall tester	8 394	13 234	18 288	16 469	16 862	17 446	-
Korona forkjølelsevirus	Andel positive	11,6 % ▲	10,3 % ▼	8,9 % ▼	7,9 % ▼	7,9 % ▼	8 %	0,95 % (-4,5 %, 6,4 %)
	Antall positive	390	658	861	697	710	727	-
	Antall tester	3 358	6 388	9 660	8 876	8 979	9 097	-
<i>B. pertussis</i>	Andel positive	0,81 % ▼	1,1 % ▼	1,1 %	1,3 %	1,4 % ▲	1,1 %	-6,1 % (-15,9 %, 3,6 %)
	Antall positive	60	144	206	208	223	186	-
	Antall tester	7 392	12 601	18 279	16 121	16 282	16 350	-
<i>C. pneumoniae</i>	Andel positive	1,1 %	1,3 %	1,2 %	1,5 %	1,6 % ▲	1 % ▼	-17,1 % (-26,4 %, -7,9 %)
	Antall positive	88	170	241	250	275	174	-
	Antall tester	7 749	13 267	19 309	16 985	17 130	17 156	-
<i>M. pneumoniae</i>	Andel positive	11,5 % ▼	10,7 % ▼	10,3 % ▼	10,7 %	8,3 % ▼	6,9 % ▼	-23,8 % (-27,6 %, -20 %)
	Antall positive	902	1 425	1 997	1 814	1 421	1 195	-
	Antall tester	7 817	13 272	19 335	17 005	17 170	17 203	-

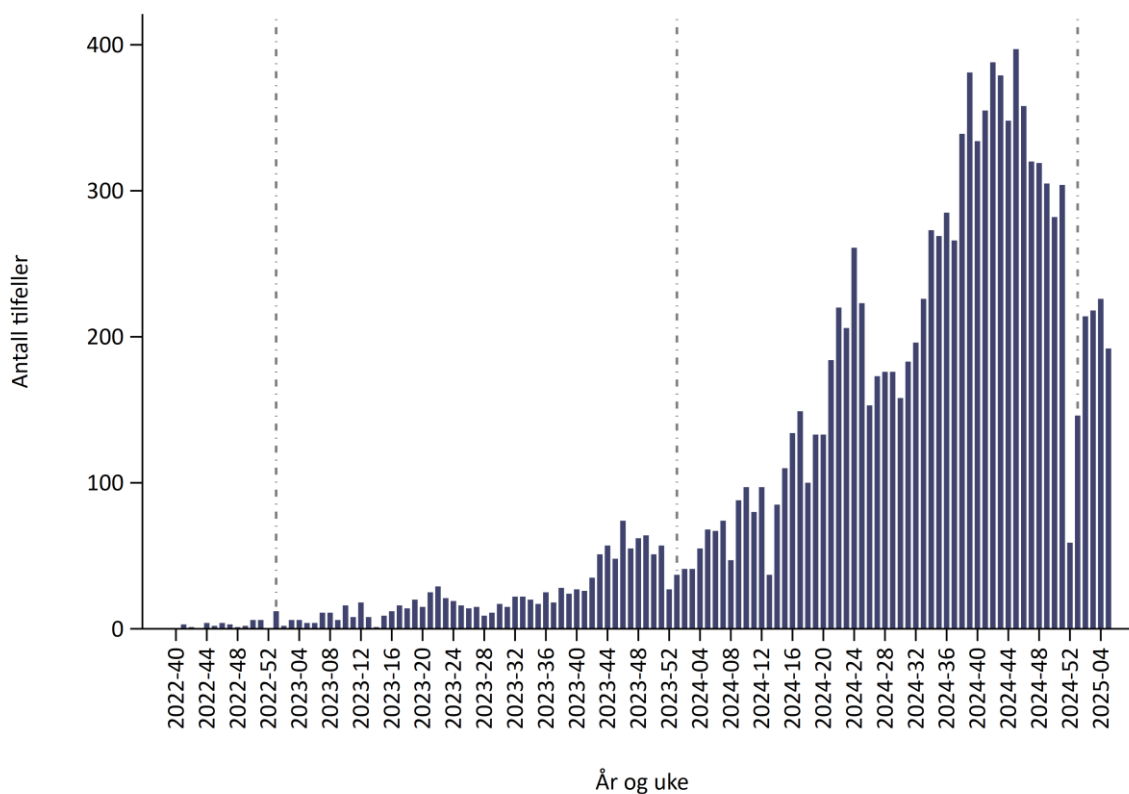
<sup>1</sup> For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom 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, respiratorisk syncytialvirus (RSV), korona forkjølelsesvirus og *Mycoplasma pneumoniae* etter alder de siste 2 ukene, 20.01.2025 – 02.02.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Alder (år)	Uke 4			Uke 5		
		Antall tester (per 100000)	Antall positive (per 100000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100000)	Antall positive (per 100000)	Andel positive (%)
Humant metapneumovirus							
	0-4	1454 (526,7)	183 (66,3)	12,6	1559 (564,7)	190 (68,8)	12,2
	5-14	1730 (272,4)	115 (18,1)	6,6	1831 (288,3)	149 (23,5)	8,1
	15-29	2347 (226,3)	106 (10,2)	4,5	2414 (232,7)	110 (10,6)	4,6
	30-64	6093 (237,5)	303 (11,8)	5,0	6095 (237,6)	328 (12,8)	5,4
	65-79	1917 (245,9)	84 (10,8)	4,4	1902 (243,9)	91 (11,7)	4,8
	80+	936 (364,9)	34 (13,3)	3,6	947 (369,2)	38 (14,8)	4,0
Influensavirus							
	0-4	1524 (552)	360 (130,4)	23,6	1658 (600,6)	417 (151)	25,2
	5-14	1868 (294,1)	626 (98,6)	33,5	1984 (312,4)	773 (121,7)	39,0
	15-29	2638 (254,3)	716 (69)	27,1	2661 (256,5)	850 (81,9)	31,9
	30-64	7005 (273)	1718 (67)	24,5	7086 (276,2)	2016 (78,6)	28,5
	65-79	2560 (328,3)	339 (43,5)	13,2	2597 (333,1)	413 (53)	15,9
	80+	1476 (575,5)	205 (79,9)	13,9	1501 (585,2)	222 (86,6)	14,8
RS-virus							
	0-4	1544 (559,3)	316 (114,5)	20,5	1663 (602,4)	348 (126,1)	20,9
	5-14	1815 (285,8)	70 (11)	3,9	1957 (308,2)	78 (12,3)	4,0
	15-29	2504 (241,4)	63 (6,1)	2,5	2583 (249)	71 (6,8)	2,7
	30-64	6593 (257)	177 (6,9)	2,7	6638 (258,7)	203 (7,9)	3,1
	65-79	2288 (293,5)	60 (7,7)	2,6	2295 (294,4)	97 (12,4)	4,2
	80+	1215 (473,7)	21 (8,2)	1,7	1238 (482,7)	34 (13,3)	2,7
Korona forkjølelsesvirus							
	0-4	913 (330,7)	134 (48,5)	14,7	990 (358,6)	121 (43,8)	12,2
	5-14	1124 (177)	93 (14,6)	8,3	1160 (182,7)	90 (14,2)	7,8
	15-29	1538 (148,3)	122 (11,8)	7,9	1606 (154,8)	131 (12,6)	8,2
	30-64	3882 (151,3)	257 (10)	6,6	3823 (149)	294 (11,5)	7,7
	65-79	1066 (136,7)	74 (9,5)	6,9	1046 (134,2)	69 (8,8)	6,6
	80+	456 (177,8)	30 (11,7)	6,6	472 (184)	22 (8,6)	4,7
<i>M. pneumoniae</i>							
	0-4	1590 (575,9)	78 (28,3)	4,9	1684 (610)	79 (28,6)	4,7
	5-14	2084 (328,2)	418 (65,8)	20,1	2152 (338,9)	414 (65,2)	19,2
	15-29	2859 (275,6)	352 (33,9)	12,3	2859 (275,6)	259 (25)	9,1
	30-64	7347 (286,4)	514 (20)	7,0	7267 (283,2)	395 (15,4)	5,4
	65-79	2244 (287,8)	50 (6,4)	2,2	2189 (280,8)	37 (4,7)	1,7
	80+	1046 (407,8)	9 (3,5)	0,9	1052 (410,2)	11 (4,3)	1,0

## 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 05.02.2025.



Figur 11. Ukentlig antall meldte tilfeller av kikhoste, 03.10.2022 – 02.02.2025. Svart stiplede linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS.

Tabell 4. Antall meldte tilfeller av kikhoste etter aldersgruppe, 23.12.2024 – 02.02.2025. Kilde: MSIS.

Alder (år)	Uke					
	52 Antall (per 100000)	1 Antall (per 100000)	2 Antall (per 100000)	3 Antall (per 100000)	4 Antall (per 100000)	5 Antall (per 100000)
0	2 (3,8)	3 (5,7)	0 (0)	4 (7,6)	1 (1,9)	4 (7,6)
1-6	11 (3,2)	21 (6,2)	27 (7,9)	31 (9,1)	35 (10,3)	29 (8,5)
7-14	18 (3,5)	38 (7,3)	52 (10)	57 (11)	58 (11,2)	55 (10,6)
15-19	4 (1,2)	7 (2,1)	18 (5,4)	13 (3,9)	24 (7,2)	12 (3,6)
20-39	7 (0,5)	21 (1,4)	41 (2,8)	37 (2,5)	38 (2,6)	36 (2,4)
40-64	14 (0,8)	27 (1,5)	57 (3,2)	55 (3,1)	53 (3)	46 (2,6)
65+	3 (0,3)	29 (2,8)	19 (1,8)	21 (2)	17 (1,6)	10 (1)
Totalt, alle	59 (1,1)	146 (2,6)	214 (3,9)	218 (3,9)	226 (4,1)	192 (3,5)



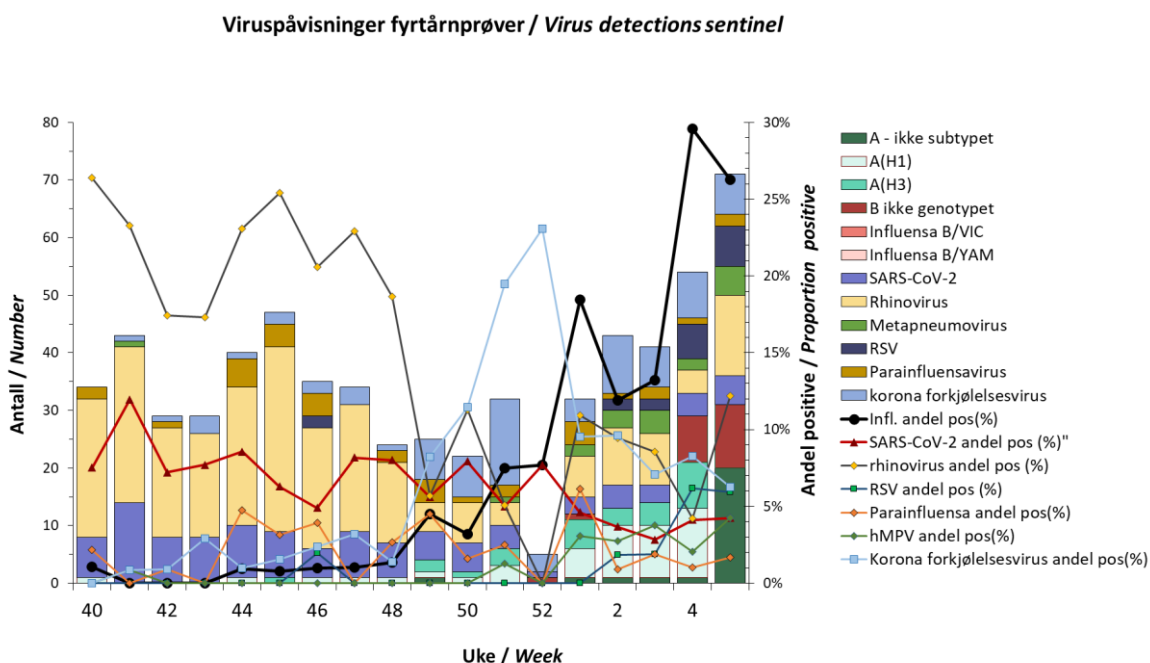
## Luftveisvirus gjennom fyrstårnsystemet

Sentinel fyrstårnsystemet er en integrert overvåking av de mest aktuelle luftveisvirus og ikke kun influensavirus og SARS-CoV-2. Overvåkingen er basert på et nettverk av fyrstårnleger (fastleger og legevakter) som sender inn prøver fra pasienter med symptomer på akutt luftveisinfeksjon for utvidet luftveisvirus påvisning, samt klinisk informasjon om pasientene. Dette gjøres for å få en bedre samlet oversikt over luftveisvirusinfeksjoner 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.

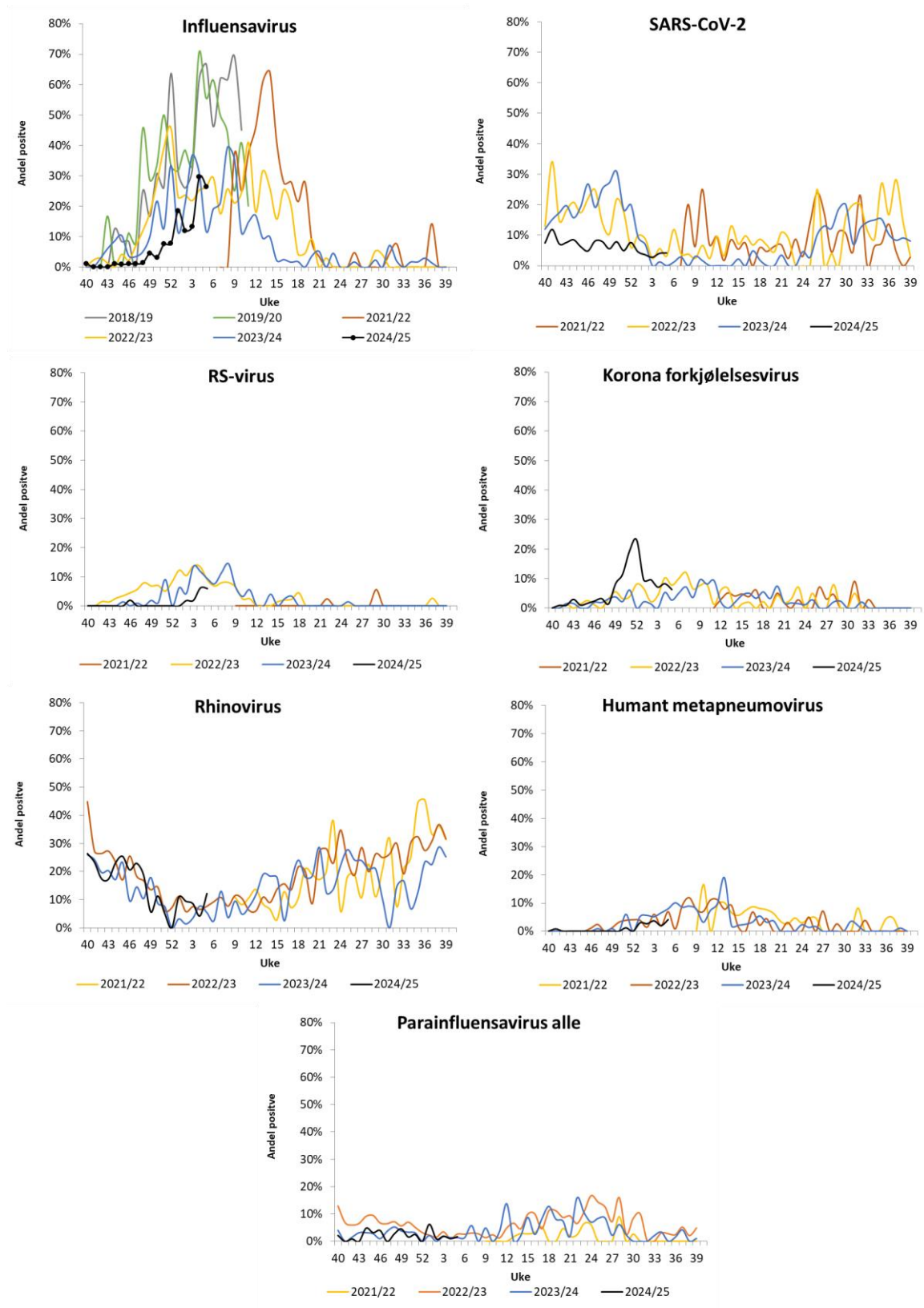
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 05.02.2025.

For uke 5/2025 er det hittil analysert 118 fyrstårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking og av disse er det påvist luftveisvirus i 56 % av prøvene. Det har vært en oppgang av påviste influensavirus siden uke 51, og andelen positive i uke 5 var 26 % (17 % for influensa A og 9 % influensa B). Nest hyppigst påviste virus siste uke var rhinovirus (12 %). Korona forkjølelsesvirus (ikke SARS-CoV-2) var vanligste funn i uke 51 og 52 med omkring 20 % positive, men har siden gått ned og lå sist uke på 6 %. RSV har hatt en langsom økning og lå også på 6 % i uke 5. Andelen positive for SARS-CoV-2 har falt langsomt og lå sist uke på 4 %, omtrent samme nivå som de fire foregående ukene. Humant metapneumovirus lå også på 4 % siste uke, mens parainfluenzavirus har ligget jevnt rundt 2 % i fire uker. (Tabell 5 og Figur 12).

Sammenlignet med tidligere sesonger (Figur 13) kom økningen av influensa litt senere enn mange foregående sesonger, SARS-CoV-2 og RSV har hatt lavere forekomst, andre korona forkjølelsesvirus har hatt høyere forekomst, mens andel positive for rhinovirus, humant metapneumovirus og parainfluenzavirus ligner foregående sesonger. Så langt i denne sesongen er det undersøkt 1 673 fyrstårnprøver.



Figur 12. Antall laboratoriebekreftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrstårnprøver pr uke sesongen 2024-25, samt andel positive for en rekke luftveisvirus. Siste ukes data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet.



Figur 13. Andel viruspositive fyrtårnprøver fra siste sesong (inkludert uke 40/2024), sammenlignet med foregående sesonger. Siste ukes 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 fyrårprøver og andel positive (%) luftveivirus 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	52	1	2	3	4	5
Antall prøver	13	65	109	106	98	118
Influensa	8 %	18 %	12 %	13 %	30 %	26 %
Influensa A	0 %	17 %	12 %	13 %	21 %	17 %
Influensa B	8 %	2 %	0 %	0 %	8 %	9 %
SARS-CoV-2	8 %	5 %	4 %	3 %	4 %	4 %
RS-virus	0 %	0 %	2 %	2 %	6 %	6 %
Rhinovirus	0 %	11 %	9 %	9 %	4 %	12 %
Parainfluensa	0 %	6 %	1 %	2 %	1 %	2 %
Humant metapneumovirus	0 %	3 %	3 %	4 %	2 %	4 %
Korona forkjølelsesvirus	23 %	6 %	9 %	7 %	8 %	6 %

## 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 FHI 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 virusdyrkning og nøytralisasjon for bedre å forstå virusenes funksjoner.

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

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

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet, oppdatert 05.02.2025.

### 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 FHI. 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](#).

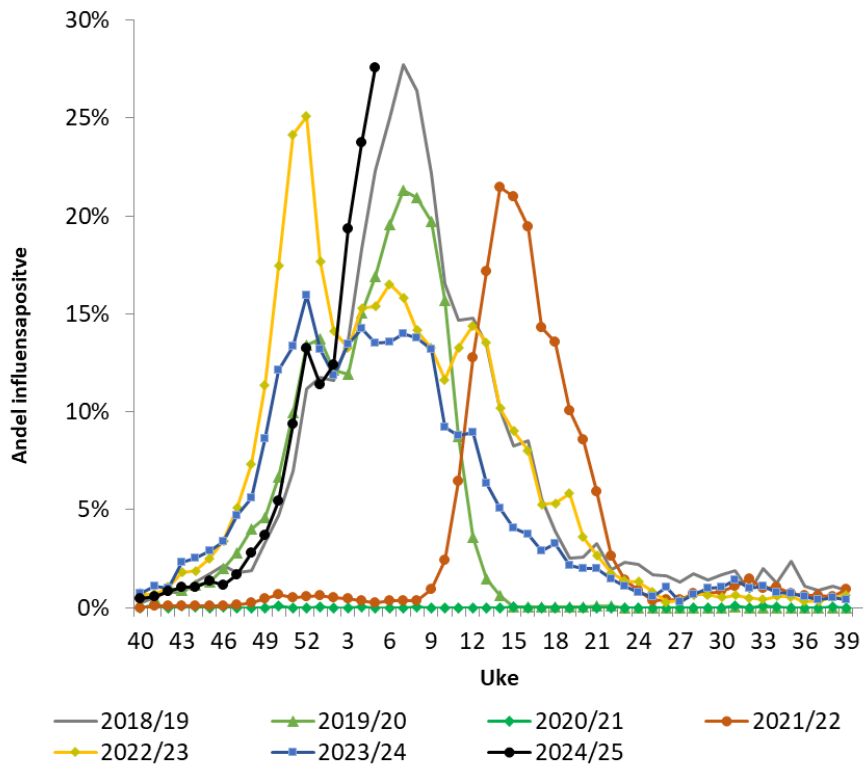
Helgenomsekvenser fra overvåkingen publiseres også månedlig i GISAID databasene EpiCoV, EpiFlu og RS-virus i EpiRSV. Analysetilgang for samlede norske SARS-CoV-2, influensa og RS-virus sekvenser (også sekvenser som ikke er offentlig tilgjengelig gjennom GISAID) er tilgjengeliggjort av FHI i FHIs eget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

## Sirkulerende influensavirus i Norge

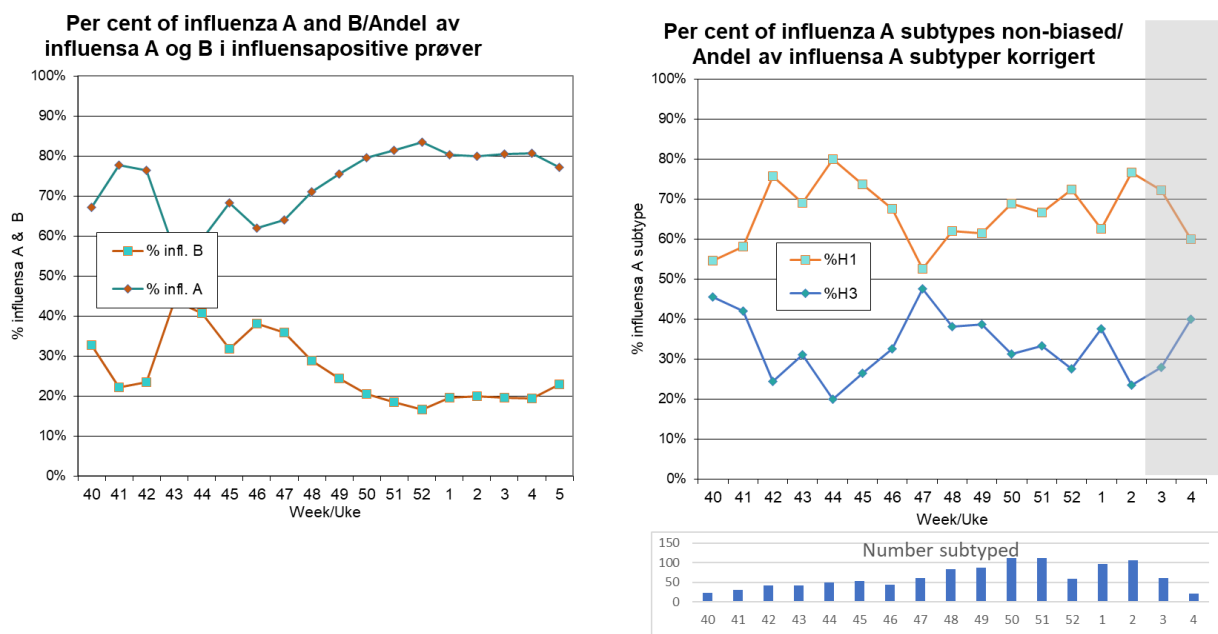
Siden uke 40, som markerer sesongstart, er prøver fra 266 215 pasienter undersøkt for influensavirus, noe som er uvanlig høyt. Dette kan skyldes stort behov for testing i forbindelse med det store mykoplasmautbruddet. Med mindre målrettet testing for influensa er ikke prosentandel påvisninger helt sammenlignbar med tidligere sesonger. Data for uke 52/2024 og 1/2025 var som vanlig preget av mindre testaktivitet og annerledes bruk av helsetjenester i jule- og nyttårshelgen.

Det har vært en tydelig økning av påvist influensa siden uke 49. Andelen som testet positivt passerte 10 % i uke 51 med en foreløpig topp på 14,5 % i uke 52, og vi anser dermed at vi forekomst hadde nådd middels nivå. Denne økningen kom senere enn de to foregående sesongene og omtrent på samme tid som 2019/2020-sesongen (Figur 14). I likhet med tidligere sesonger kom det en stagnasjon i influensaaktiviteten de første ukene på nyåret, men viruspåvisningene tok seg opp igjen allerede i uke 3, og har nå økt raskt. I uke 4 var andelen positive over 20 % og indikerte dermed høy forekomst. Sist uke (uke 5/2025) er det påvist 4 568 influensapositive (27,6 % positive), hvorav 3 525 influensavirus A (21,3 % positive) og 1 043 influensavirus B (6,3 % positive). Vi ser en samtidig økning av type A- og B-virus. Influensavirus type A har utgjort rundt 80 % av influensapåvisningene siden

november. Mens subtype H3 var vanligst blant type A-virus på sensommeren, har H1 holdt seg i flertall siden i høst (Figur 15). Alle 509 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 Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 15. Laboratoriebekreftede 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 subtype. 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 Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

### Genetisk karakterisering av influensavirus

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 04.02.2025.

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 196 influensavirus.

#### A(H1N1)-virus

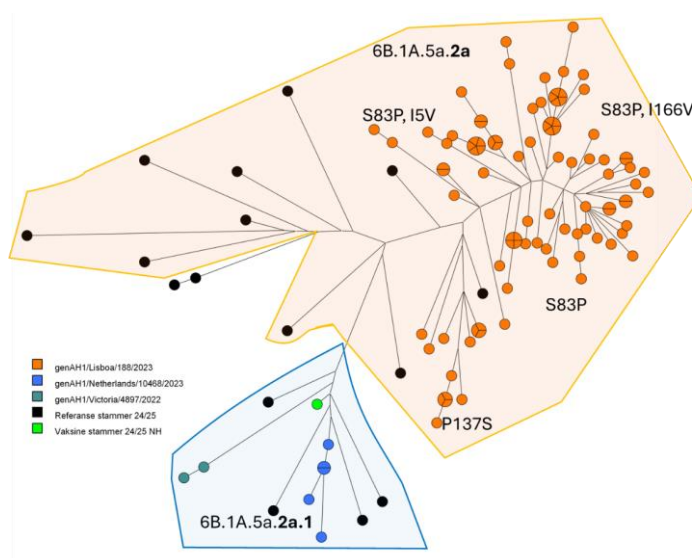
Så langt i løpet av influensasessongen 2024/25 tilhører flertallet av influensa A(H1N1)-virusene som sirkulerer i Norge hovedsakelig kladen 6B.1A.5a.2a, 94 % (89/95) av de analyserte virusene. Bare 6 % (6/95) er klassifisert som kladen 6B.1A.5a.2a.1, noe som indikerer en begrenset sirkulasjon av denne linjen (Figur 16, Tabell 6).

Alle virusene i 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, C.1.9.2, C1.9.3 og C.1.9.4. Den mest utbredte subkladen er C.1.9.3, som utgjør 61 % (58/95). 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.



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 63 influensa A(H3N2) virus gjennomgått videre genetisk karakterisering. H3N2-virusene som sirkulerer i Norge under influensas sesongen 2024/25 tilhører for det meste (61/63, 97%) kladen **3C.2a1b.2a.2a.3a.1**, med kun to deteksjoner (2/63, 3%) av kladen **3C.2a1b.2a.2a.3a** (Figur 17, Tabell 6).

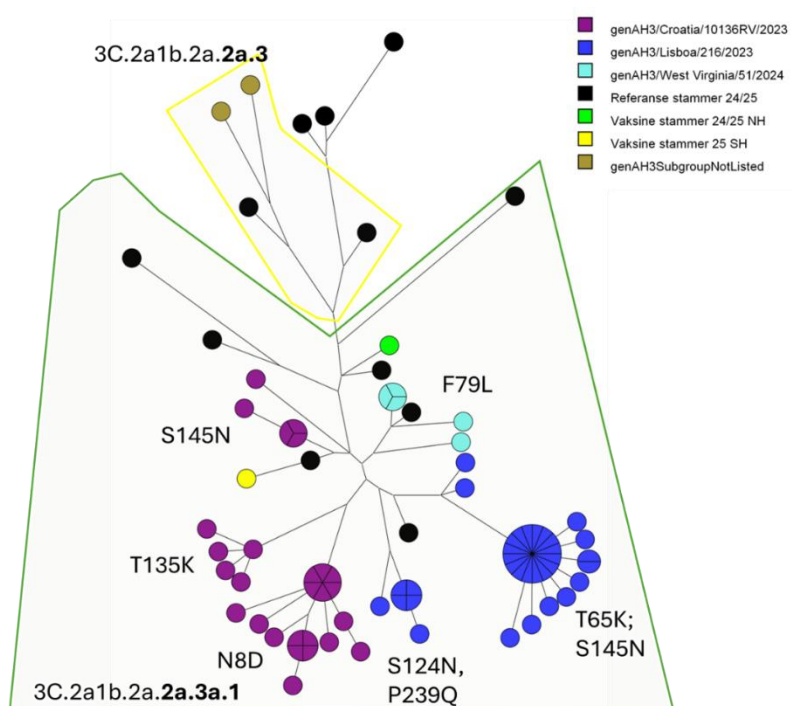
Innenfor **3C.2a1b.2a.2a.3a.1**-kladen er to hovedgrupper av virus påvist. Den største gruppen med 32/63 (51%) ble klassifisert som genAH3/Lisboa/216/2023 (J.2.2 subklade+ HA:S124N). Den nest største gruppen ble klassifisert som genAH3/Croatia/10136RV/2023 (J.2 subklade+ HA:N122D og

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, - virus påviste A/Finland/402/2023-lignende virus, som tilhører G.1.3.1 subkladen, Tidligere settsporadisk i 2023/24-sesongen.

WHO har anbefalt en oppdatering av H3 influensavaksine komponenten 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. Gitt denne utviklingen kan det kanskje være behov for at H3N2-komponenten i influensavaksinen blir oppdatert til neste vinter for å inkludere et virus som bærer denne mutasjonen, , som er foreslått for 2025-vaksinen for den sørlige halvkule, 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 southern hemisphere influenza season.](#)



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



## B/Victoria-virus

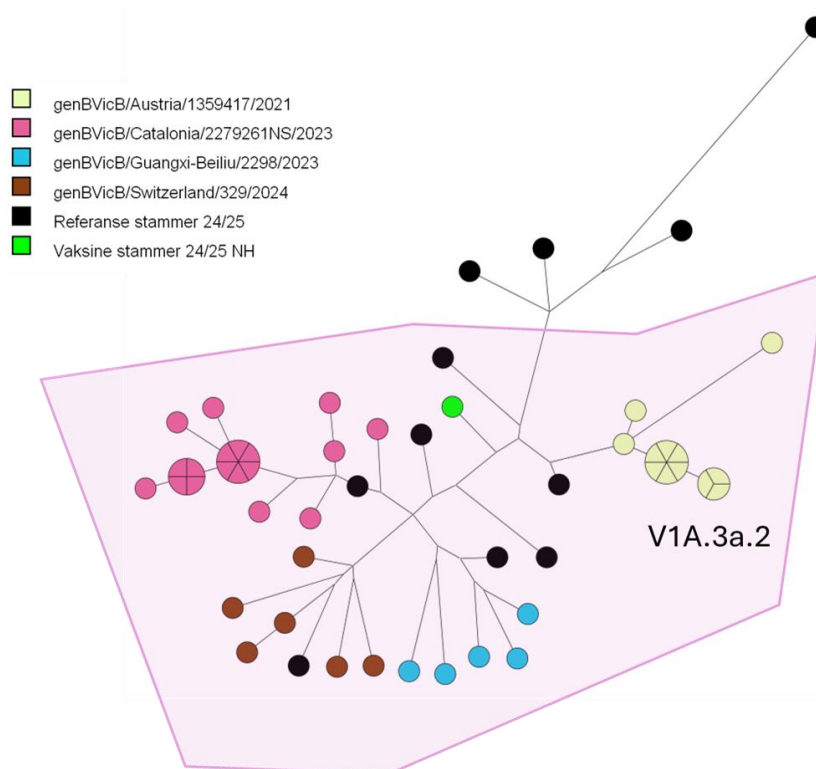
I løpet av influensasessongen 2024/25 tilhørte alle influensa B/Victoria-virusene som sirkulerte i Norge kladen **V1A.3a.2** (38/38, 100%) (Figur 18).

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 (15/38, 39%), 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/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.

Andre virusgrupper er også blitt detektert, men i lavere frekvenser. GenBVicB/Switzerland/329/2024 tilhører C.5.6 og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N. GenBVicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023 ble detektert fem ganger og tilhører subkladen C.5.7, definert ved substitusjonene HA:D197E, E183K og E128G.

For influensa B (Victoria) er vaksinekomponenten for sesongene 2024-25 B/Austria/1359417/2021-liknende virus, som tilhører den samme genetiske claden (V1A.3a.2) som de virusene som ble påvist i Norge.



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

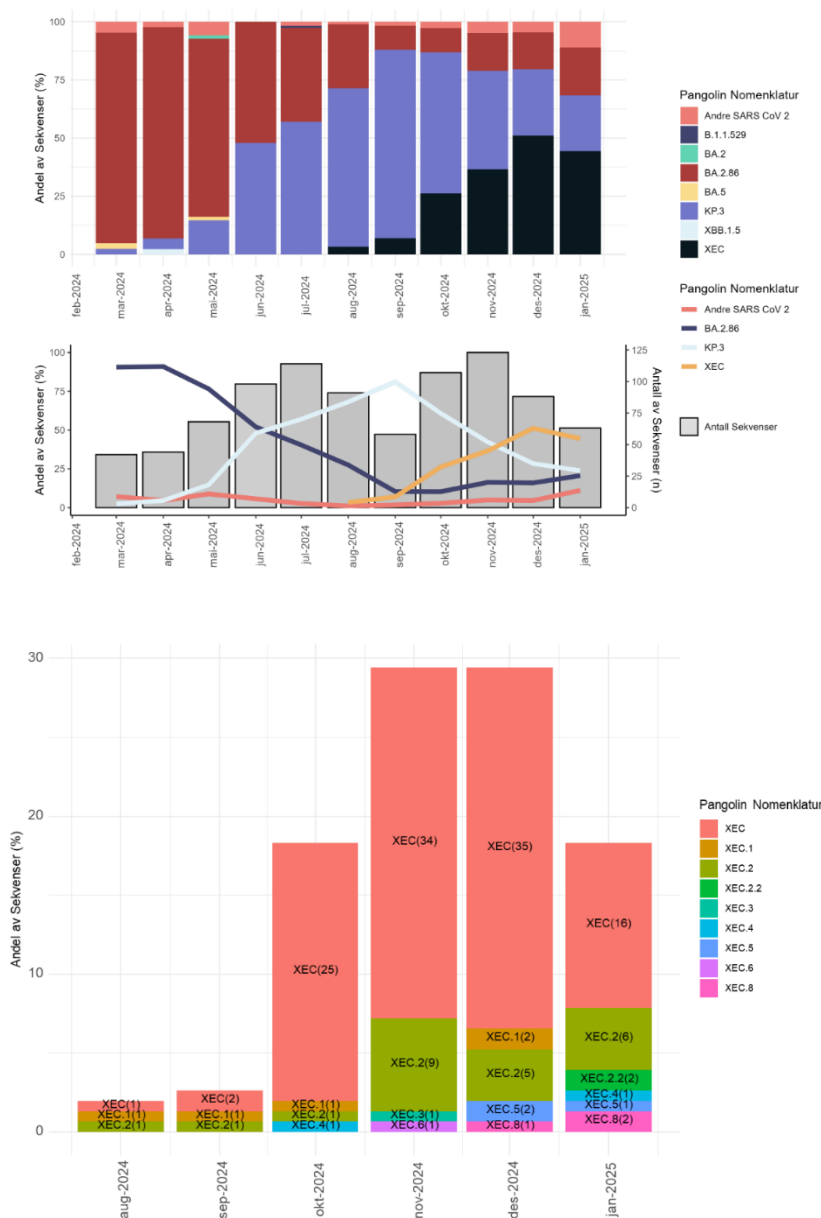
Tabell 6. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus siste tre måneder sesongen 2024-25, clade og subclade. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Clade	Subclade	Nov-2024	Des-2024	Jan-2025
<b>A/H1N1</b>	-	-	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9	1	0	18
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.3	6	13	58
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.1	0	1	11
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.3	0	0	2
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.5	0	0	5
<b>A/H3N2</b>	-	-	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>63</b>
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	1	5	24
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	10	3	32
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	0	1	2
<b>B/Victoria</b>	-	-	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>38</b>
genBvicB/Austria/1359417/2021	V1A.3a.2	C.3	1	0	11
genBvicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5.1	3	4	15
genBvicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5	0	1	1
genBvicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023	V1A.3a.2	C.5.7	1	1	5
genBvicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6	0	1	6

## Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 21.01.2025.

De siste månedene har BA.2.86 KP.3-variantene dominert i Norge (Figur 19) de fleste (KP.3.1.1) bærer de såkalte dFLuQE-mutasjonene. Imidlertid har XEC-variantene, som er nyere rekombinanter av to andre BA.2.86 JN.1-virus og vurdert av ECDC som en variant under overvåking (VUM), hatt en gradvis økning siden oktober og er nå den dominerende enkeltvarianten i Norge, i tråd med trenden i andre europeiske land. Disse virusene bærer FLuQE-mutasjoner, en kombinasjon av mutasjoner bestående av F456L, Q493E og V1104L (Figur 19). SARS-CoV-2-variantprevalensen i Norge gjenspeiler variantbildet ellers i Europa, og per nå er det ingen bekymringsvarianter (VOC) i omløp. Månedlige variantdata er også tilgjengelige på Folkehelseinstituttets statistiksider: [FHI Statistikk](https://www.fhi.no/statistikk).

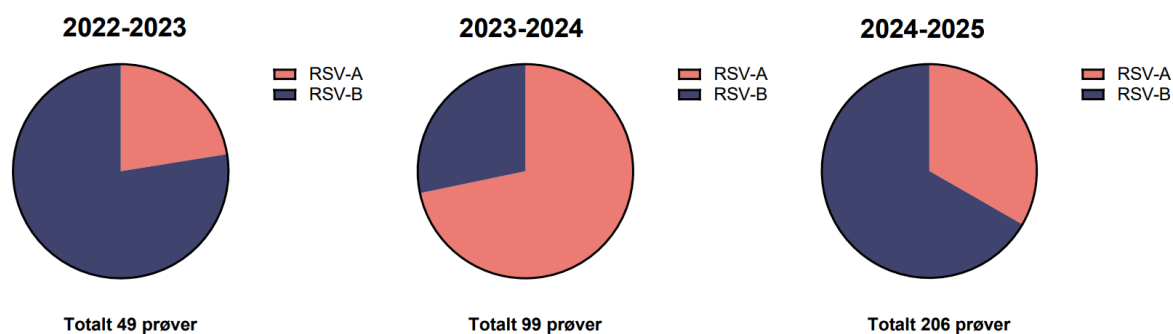


Figur 19. Grafen viser fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hoved varianter for enklere identifikasjon. De grå stolpene representerer antall sekvenser per måned, mens linjene viser den dominerende undertypen for hver periode. Vær oppmerksom på at i perioder med lav prøvetaking kan dataene endres på grunn av usikkerhet. Nederst: Viser fordelingen av subvarianter av den nåværende dominerende SARS-CoV-2-varianten.

## Sirkulerende RS-virus i Norge

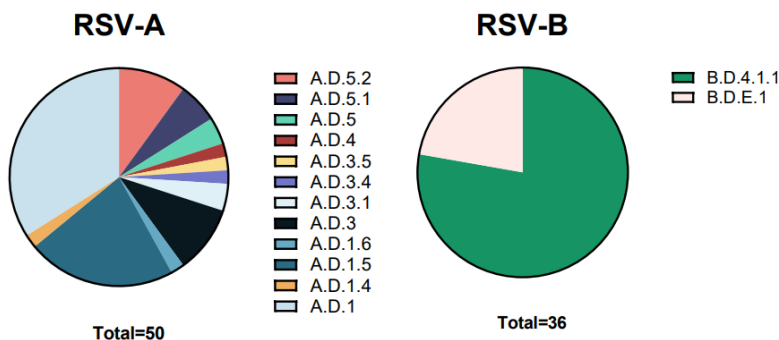
Dette kapitlet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 05.02.2025

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 er økende, og for luftveissesongen 2024-25 er det kommet inn 198 RS-virus positive prøver til referanselaboratoriet ved FHI. Av disse er 68 prøver typet til RSV-A og 138 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 86 RSV-prøver genetisk karakterisert. Av disse var 50 prøver av type RSV-A, mens 36 prøver var RSV-B. Figur 21 viser at det er forholdsvis stor genetisk variasjon i sirkulerende RSV-A stammer (12 ulike clades), mens RSV-B er langt mer homogen med (kun 2 sirkulerende clades) påvist i Norge.



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

Influenzasenteret (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 169 Influensavirus blitt undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett H1N1-virus hadde resistensmutasjonen E23G i polymerasegenet, noe som er forenlig med resistens mot baloxavir marboxil. Vi har også påvist et 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 04.02.2025.

Tabell 7. Varsler om utbrudd av luftveisinfeksjon siste uke og totalt siden sesongstart (uke 27 2024).

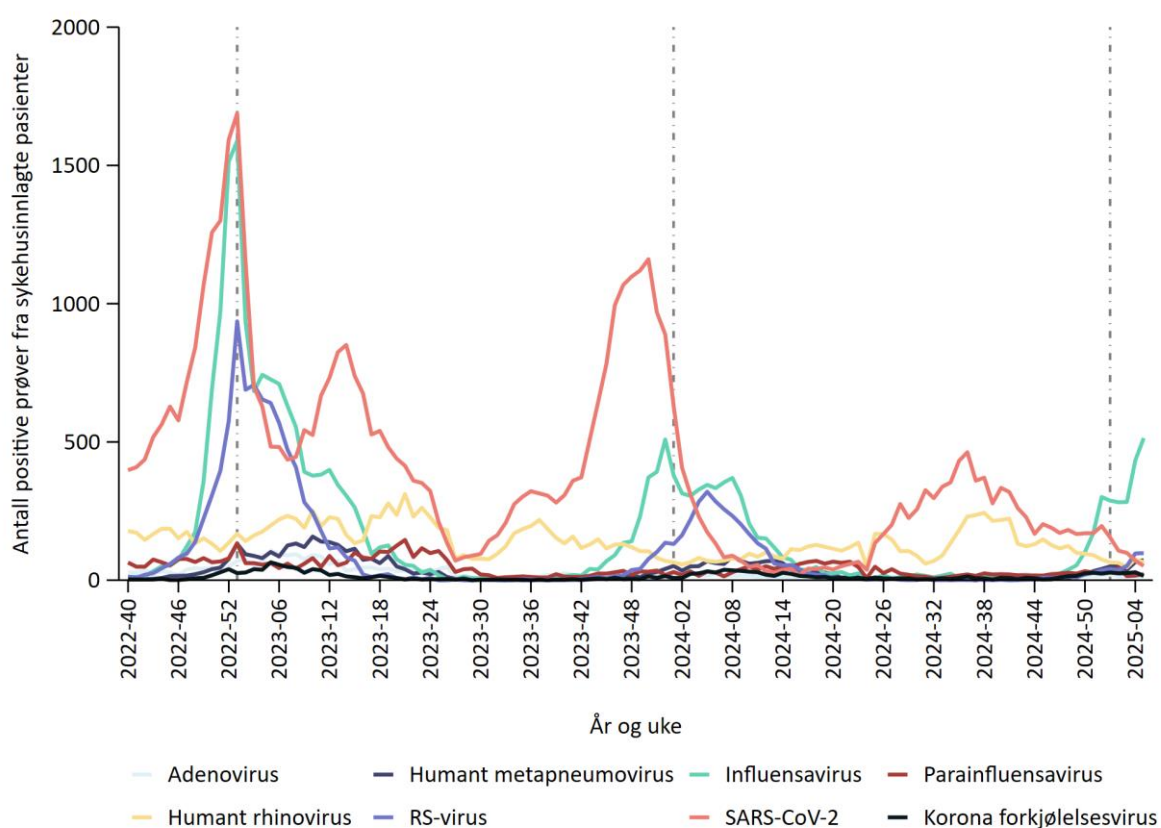
Antatt smittestoff	Uke 5 (2025)			Totalt fra og med uke 27 (2024)		
	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	6	0	25
Influenzavirus	2	2	12	6	6	32
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	2	1	23
Parainfluenzavirus	0	0	0	1	1	10
SARS-CoV-2	0	0	0	73	73	515
Ukjent agens (luftveissymptomer)	0	0	0	1	1	4

## Sykehusinnleggelser

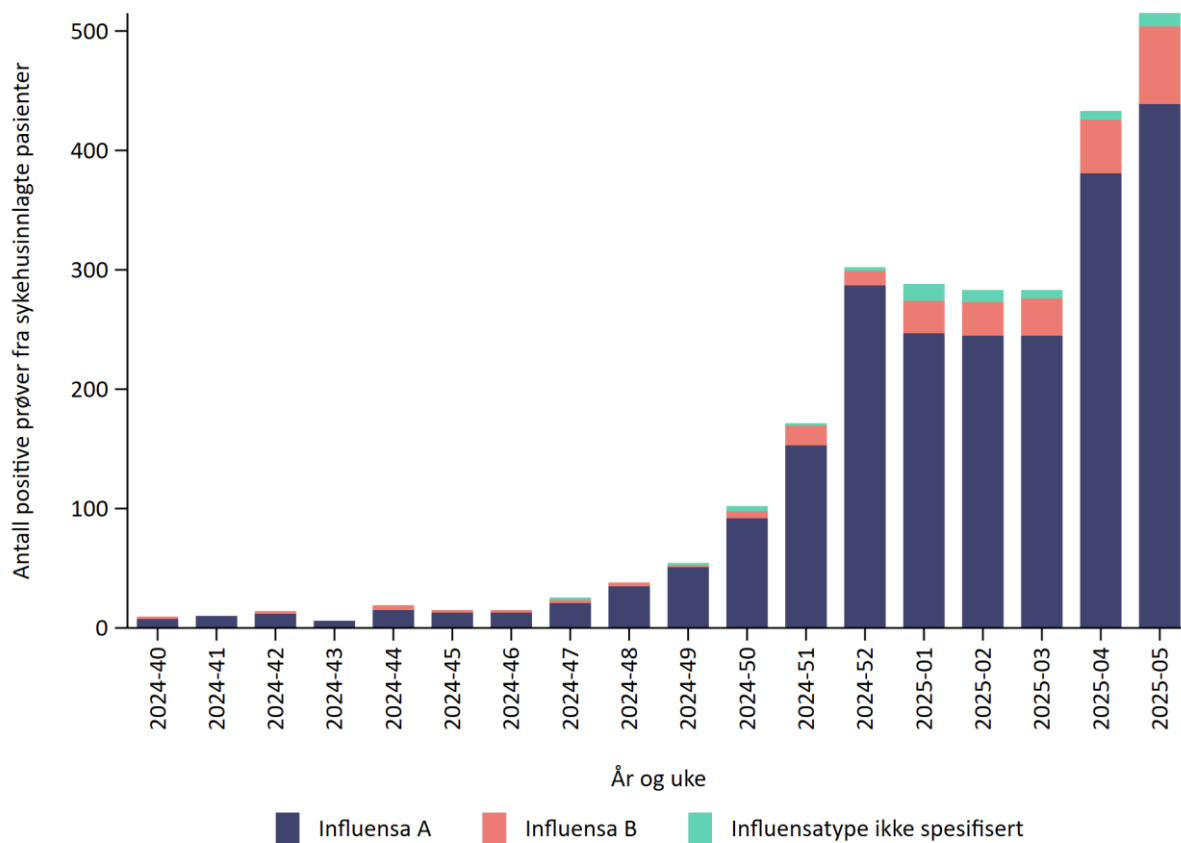
Overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner er under omlegging. Overvåkingen er midlertidig basert på data rapportert til MSIS-labdatabasen. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. 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 05.02.2025.

### Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter

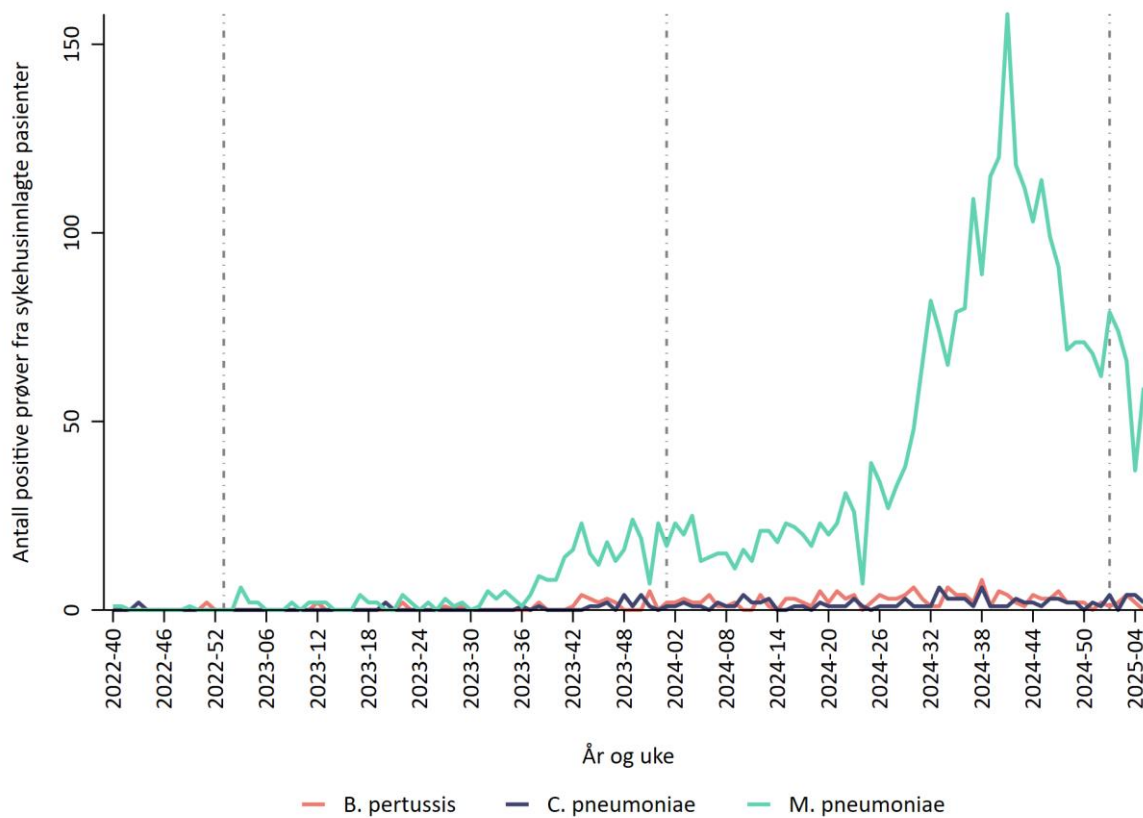


Figur 22. Antall PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, humant metapneumovirus, rhinovirus, influensavirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 –02.02.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen. Svart stiple 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 – 02.02.2025. Kilde: MSIS-labdatatabasen.





Figur 24. Antall PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 02.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 8. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for influensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter og totalt de siste 12 ukene etter aldersgruppe, 11.11.2024 – 02.02.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Smittestoff	Aldersgruppe	Alle prøver			Prøver fra sykehusinnlagte		
		Antall testede	Antall positive	Andel positive	Antall påvisninger fra innlagte	Andelen påvisninger som kommer fra innlagte (%)	Antall påvisninger fra innlagte per 100000
Influenzavirus totalt	0-4	14532	1805	12,4	200	11,1	72,4
	5-14	22469	2932	13,0	153	5,2	24,1
	15-29	29678	3771	12,7	170	4,5	16,4
	30-64	78773	9370	11,9	801	8,5	31,2
	65-79	31255	2158	6,9	665	30,8	85,3
	80+	17398	1171	6,7	513	43,8	200
	totalt	194118	21210	10,9	2505	11,8	45,1
RS-virus	0-4	14858	1564	10,5	247	15,8	89,5
	5-14	22513	304	1,4	10-19	-	-
	15-29	29023	340	1,2	<10	-	-
	30-64	75904	1065	1,4	54	5,1	2,1
	65-79	28201	494	1,8	82	16,6	10,5
	80+	14494	189	1,3	49	25,9	19,1
	totalt	185002	3956	2,1	449	11,3	8,1
SARS-CoV-2	0-4	14517	357	2,5	62	17,4	22,5
	5-14	22578	360	1,6	10	2,8	1,6
	15-29	29601	1015	3,4	35	3,4	3,4
	30-64	78724	3633	4,6	351	9,7	13,7
	65-79	31157	1786	5,7	646	36,2	82,9
	80+	17141	1327	7,7	624	47	243,3
	totalt	193731	8480	4,4	1730	20,4	31,2
<i>M. pneumoniae</i>	0-4	15772	1261	8,0	48	3,8	17,4
	5-14	27196	9751	35,9	133	1,4	20,9
	15-29	34320	6143	17,9	182	3	17,5
	30-64	88197	8192	9,3	391	4,8	15,2
	65-79	28722	697	2,4	71	10,2	9,1
	80+	12914	129	1,0	21	16,3	8,2
	totalt	207129	26173	12,6	846	3,2	15,2

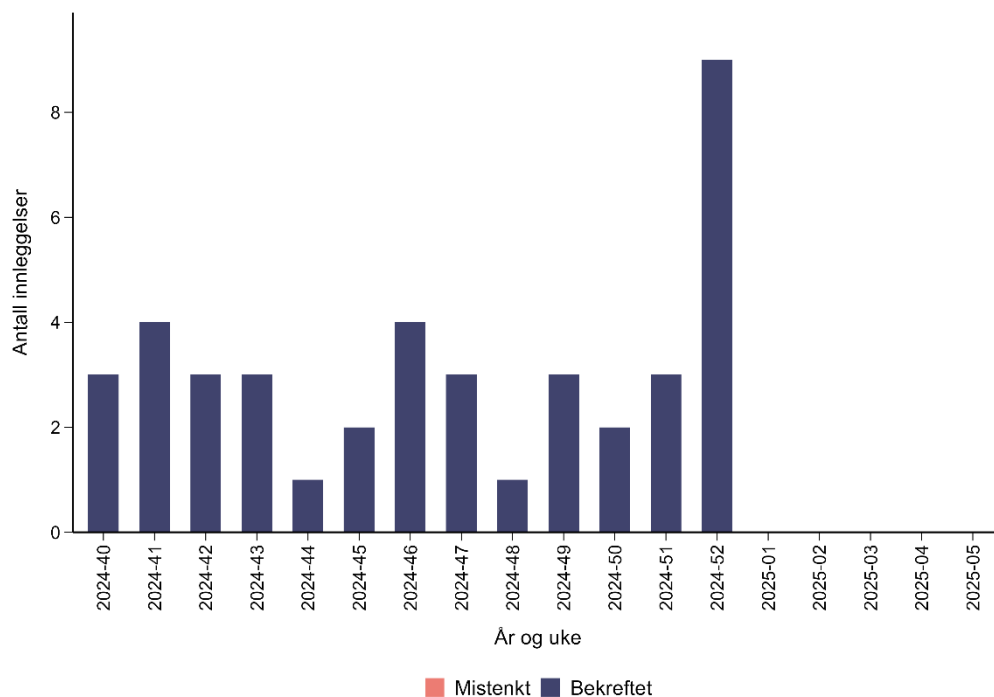
Tabell 9. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter siden uke 40, etter influensavirustype og aldersgruppe, 30.09.2024 - 2.2.2025. Influenstatype ikke spesifisert for 2,3% av prøvene. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Aldersgruppe	Totalt		Influenza A		Influenza B	
	n	n/100000	n	Aldersgruppe	n	n/100000
0-4	205	74,3	165	0-4	205	74,3
5-14	161	25,4	102	5-14	161	25,4
15-29	176	17,0	130	15-29	176	17,0
30-64	826	32,2	715	30-64	826	32,2
65-79	683	87,6	653	65-79	683	87,6
80+	528	205,9	505	80+	528	205,9
totalt	2582	46,5	2273	totalt	2582	46,5

## Innleggelser i intensivavdeling

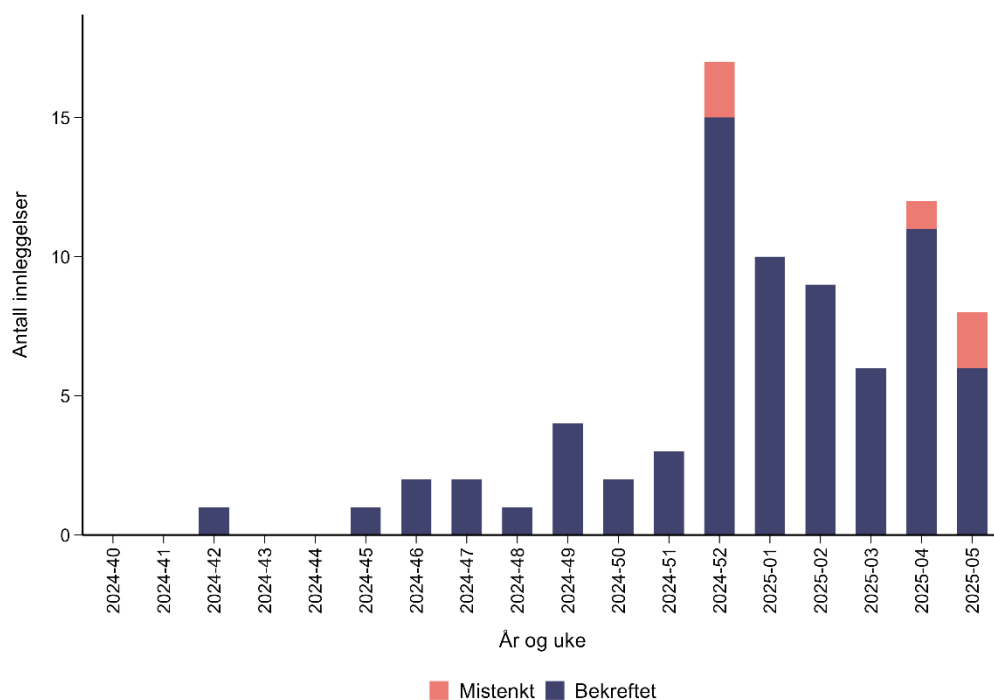
Norsk intensivregister (NIR) inneholder informasjon om intensivbehandlede covid-19- og influensapasienter. Resultatene er basert på data fra NIR oppdatert 04.02.2025.

### Innleggelses med covid-19



Figur 25. Antall intensivinnleggelser med covid-19 per uke, 30.09.2024 – 02.02.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

### Innleggelses med influensa



Figur 26. Antall intensivinnleggelser med influensa per uke, 30.09.2024 – 02.02.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

# Dødelighet

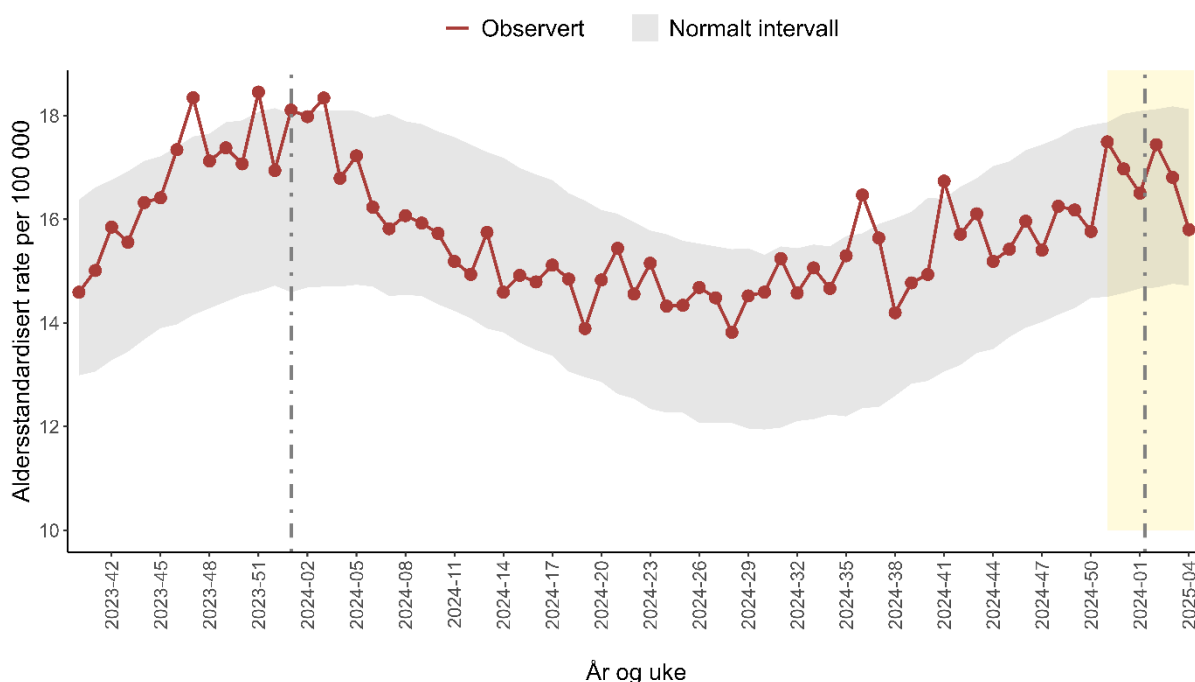
## Totaldødelighet

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 05.02.25.

### Dødelighetsnivå

Figur 27 viser utvikling i observert dødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning og sammenligner dette med et normalt intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Rett før og etter årsskiftet lå totaldødeligheten i øvre del av det normale intervallet, men fremdeles innenfor forventet nivå. Totaldødeligheten falt i uke 3 og 4. Tallene for de siste 6-8 ukene er foreløpige, og fortløpende registrering av dødsfall vil føre til at tallene endrer seg noe.



Det gule feltet markerer uker som har forsinkelser i rapporteringen.

Figur 27. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 40 2023 til uke 4 2025. Det normale 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 10.

Tabell 10. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 1 til uke 4, med prosentvis endring fra uken før. Kilde: Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4*
Antall nye dødsfall	916	968	933	877
Antall dødsfall per 100 000	16,5	17,4	16,8	15,8
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	-2,8	5,7	-3,6	-6,0
Median alder	83	82	83	83

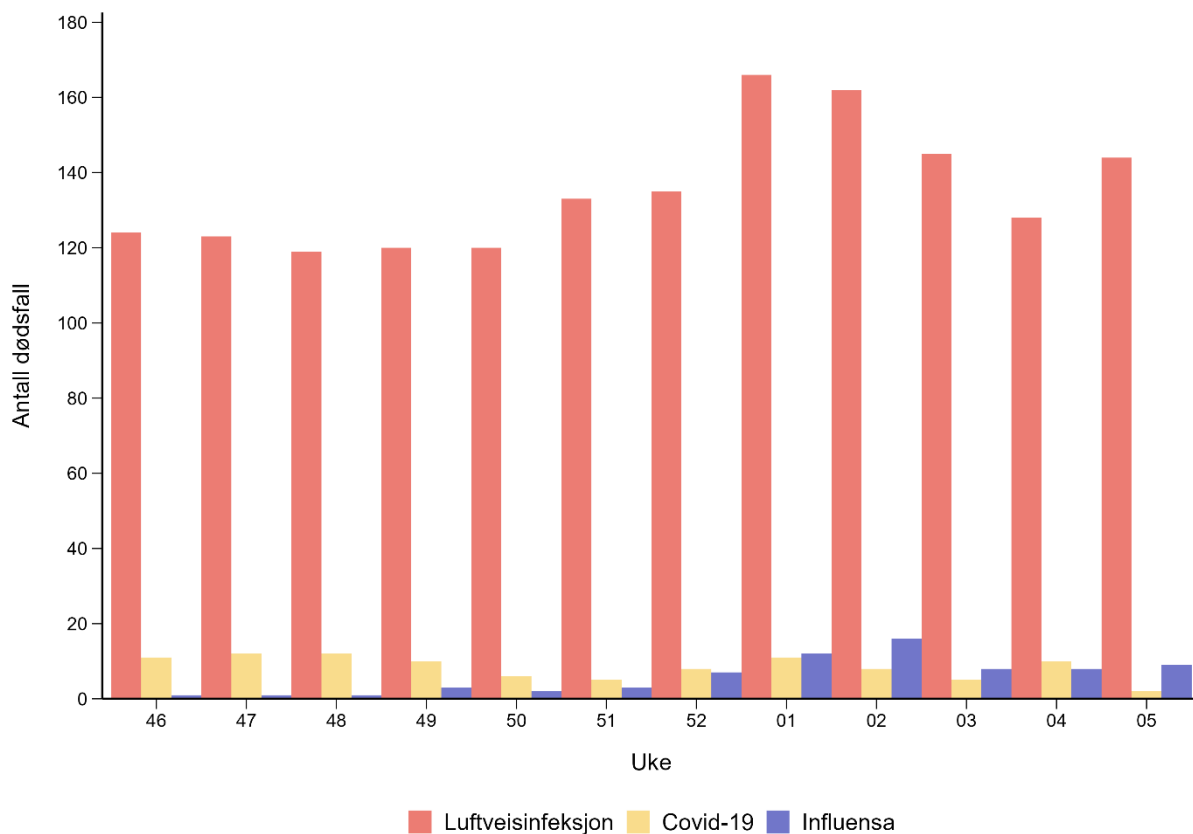
\*Siste tilgjengelig uke i Folkeregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

## 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 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.

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 05.02.2025.



Figur 28. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (11.11.2024 - 02.02.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Tabell 11. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (11.11.2024 - 02.02.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Indikator	Uke											
	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	124	123	119	120	120	133	135	166	162	145	128	144
Antall dødsfall assosiert med covid-19	11	12	12	10	6	5	8	11	8	5	10	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	7	12	16	8	8	9

## 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 FHI er tilgjengelig [her](#).

## Vaksinasjonsdekning i befolkningen

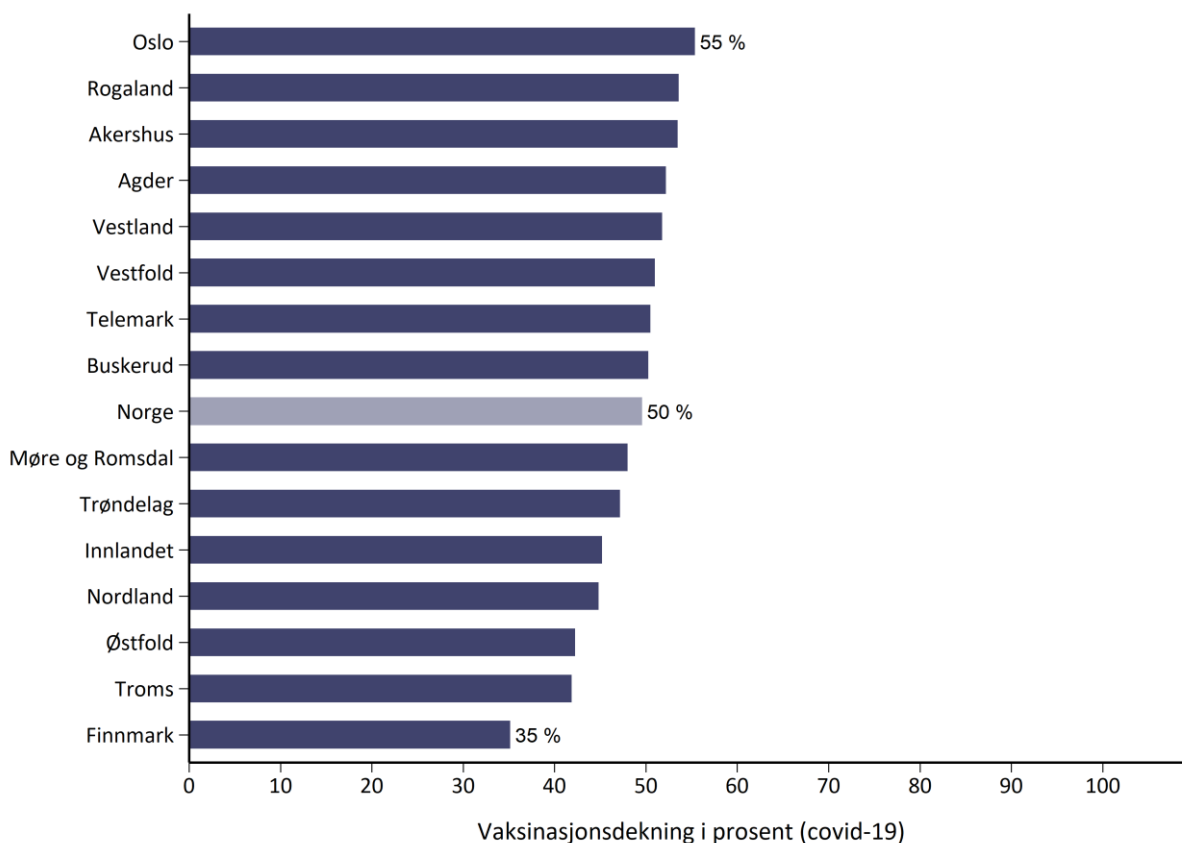
Data om vaksinasjon mot covid-19 inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (05.02.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 05.02.2025.

Siste uke fikk 831 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt ble 1 405 personer alle aldre vaksinert. Så langt har 524 391 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt er 642 921 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 35 % - 55 % mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

Tabell 12. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) med koronavaksine fordelt på alder, 01.09.2024 - 02.02.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-11	257	0,04 %
12-17	790	0,2 %
18-64	117 483	3 %
65+	524 391	50 %
Totalt, alle	642 921	11 %



Figur 29. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert med koronavirusvaksiner per fylke, 01.09.2024 - 02.02.2025. 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 sykdom. Vaksineeffekt (beskyttelse) etter oppfriskningsdoser må derfor beregnes i forhold til beskyttelsen hos de som ikke har tatt oppfriskningsdose. Studier beregner derfor relativ vaksineeffekt.

De foreligger ennå ikke effektdata for denne sesongen, men en dansk studie fra 2023 viser at personer som er 65 år og eldre hadde 76 % redusert risiko for sykehusinnleggelse pga. covid-19 kort tid etter vaksinasjon med XBB.1.5-vaksine i 2023/2024 sesongen. [En oppfølgingsstudie](#) viste imidlertid at vaksineeffekten mot de nye variantene BA.2.86, inkludert JN.1. var noe redusert, til 64 % relativ vaksineeffekt<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Moustsen-Helms, I.R., et al., *Relative vaccine protection, disease severity, and symptoms associated with the SARS-CoV-2 omicron subvariant BA.2.86 and descendant JN.1 in Denmark: a nationwide observational study*. The Lancet Infectious Diseases, 2024. **24**(9): p. 964-973.



En [studie fra Canada](#) viser at XBB.1.5-vaksinen reduserte risikoen for covid-19 som krever medisinsk behandling mer enn 50 % i løpet av 2023/2024 sesongen<sup>2</sup>.

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 2022<sup>3</sup>. Den relative 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. Ti 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 de som tar oppfriskningsdose med oppdatert vaksine er bedre beskyttet mot alvorlig covid-19 gjennom høst- og vintersesongen enn de som ikke vaksinerer seg selv om viruset endrer seg.

---

<sup>2</sup> Skowronski, D.M., et al., *2023/24 mid-season influenza and Omicron XBB.1.5 vaccine effectiveness estimates from the Canadian Sentinel Practitioner Surveillance Network (SPSN)*. Eurosurveillance, 2024. **29**(7): p. 2400076.

<sup>3</sup> 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.

## 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, og alle kommuner og helseforetak som har forhåndsbestilt vaksine skal ha mottatt høstens hovedsending nå. Etterbestillinger av influensavaksine vil heretter bli sendt ut fortløpende. Per 16. januar har Folkehelseinstituttet sendt ut 1,1 millioner doser til risikogrupper og andre anbefalte grupper, samt over 116 000 doser til bruk utenom programmet. Apotekgrossistene hadde per 31. desember sendt ut omtrent 347 000 doser til apotekene.

### Vaksinasjonsdekning i befolkningen

Data om vaksinasjon mot influensa inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (05.02.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

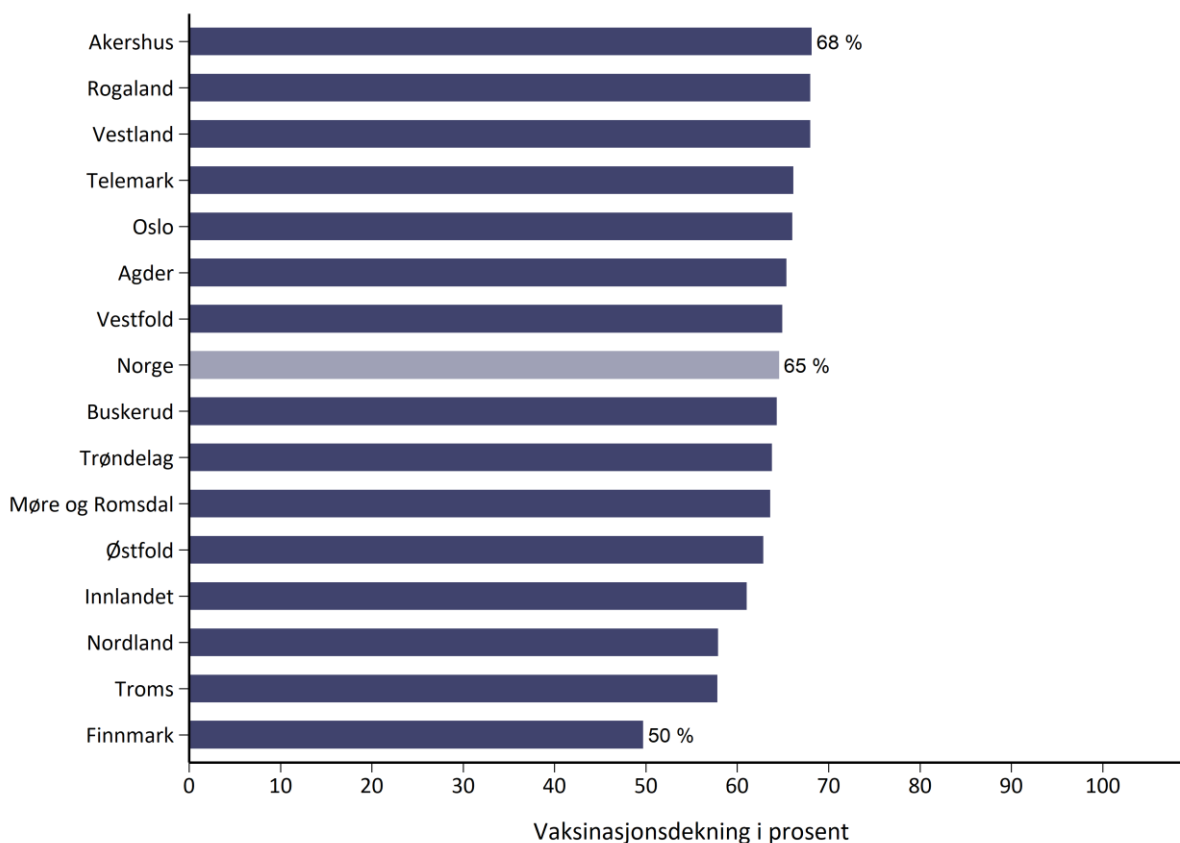
Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 05.02.2025.

Det er til sammen vaksinert 1 303 758 personer, hvorav 682 969 blant personer 65 år og eldre. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 2. februar på 65 %. Dette er på samme nivå som på samme tid i fjor (64 %). Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn fra 50 % - 68 % mellom henholdsvis Finnmark og Akershus. Finnmark fylke har dermed en litt høyere dekning denne sesongen enn på samme tid i fjor (47 %).

Tabell 13. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) mot influensa blant ulike aldersgrupper, 01.09.2024 - 02.02.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-8	4 493	0,9 %
9-17	5 663	1 %
18-64	610 633	18 %
65+	682 969	65 %
Totalt, alle	1 303 758	23 %

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 30. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert mot influensa per fylke, 01.09.2024 - 02.02.2025. 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 halvkule. 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 siden forrige ukerapport 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.

I løpet av de siste ukene har vi hatt et skift i sirkulerende A(H3N2) virus, fra virus som dekkes godt av vaksinen til 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). De sirkulerende influensa A(H1N1)- og influensa B-virusene stemmer fremdeles godt overens med vaksine, og vi forventer ikke at effekten mot disse virusene påvirkes per nå. For detaljer, se avsnitt om genetisk karakterisering av influensavirus på side 22-26.

## 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>

#### Influenza:

WHOs influensasider: [https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1)

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

## 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.

### Innleggelse i intensivavdeling

Innleggelse 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 underrapportering.

### 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.