

Statusrapport for luftveisinfeksjoner Sesongen 2025/26

Uke 42 (2025)

Publiseringsdato 23.10.2025

Innhold

Sammendrag	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	5
Testing og påvisninger.....	7
Luftveisagens.....	7
Luftveisvirus gjennom fyrårnsystemet.....	12
Overvåking av virus	15
Sirkulerende influensavirus i Norge	15
Genetisk karakterisering av influensavirus	19
A(H1N1)-virus	19
A(H3N2)-virus	21
B/Victoria-virus.....	23
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge.....	24
Sirkulerende RS-virus i Norge	26
Resistens mot antivirale midler	27
Influensavirus	27
SARS-CoV-2.....	27
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon.....	28
Sykehusinnleggelser	29
Innleggelser med luftveisinfeksjon.....	30
Sykehusinnleggelser med covid-19	32
Sykehusinnleggelser med influensa	34
Dødelighet	35
Totaldødelighet	35
Dødelighetsnivå.....	35
Antall dødsfall per uke.....	36
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	36
Vaksinasjon mot covid-19 og influensa	38

Vaksinedistribusjon	38
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	38
Luftveisinfeksjoner globalt	39
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	40
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	40
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)	40
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	40
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	40
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	40
Stat19	41
Sykehusinnleggelser	41
Totaldødelighet	41
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	42
Virologisk overvåking	42

Sammendrag

- Konsultasjoner for luftveisinfeksjoner i primærhelsetjenesten er på et relativt stabilt nivå og innenfor det som er normalt for årstiden. Blant de testede ser vi mest rhinovirusinfeksjoner, etterfulgt av covid-19. Forekomsten av influensa og RS-virusinfeksjoner er fortsatt på et meget lavt nivå.
- Rhinovirusinfeksjon: Andel prøver med påvist rhinovirus er svakt nedadgående og var på 17 % i uke 42 etter 18 % i uke 41 og 21 % i uke 40. Andel positive er høyest i aldersgruppen 0-4 år. Rhinovirus ble påvist i omtrent 170 prøver fra innlagte pasienter i uke 42, etter rundt 190 positive prøver i uke 41.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 har vært relativt stabil de siste fem ukene og variert mellom på 6 % og 7 %. Det er varianten XFG som er dominerende nå.
- Influensa: Det har vært en svakt økende trend i andel prøver med påvist influensavirus de to siste ukene, og de kommende ukene vil vise om denne utviklingen fortsetter. Andel prøver med påvist influensa var på 2 % i uke 42 og 41 etter å ha vært på 1 % i uke 40. Det påvises mest influensa A, og mer av subtypen H1N1 enn H3N2.
- Data om sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner er ikke komplette for uke 41 og mangler for uke 42. Derfor er resultatene for uke 42 ikke presentert i denne rapporten, og resultatene for uke 41 må tolkes med forsiktighet.
- Den observerte totaldødeligheten i befolkningen økte fra uke 40 til 41, men er fremdeles innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon har vært relativt stabilt.
- Vaksinasjon mot influensa: Aldersgruppen 65 år og eldre samt yngre personer i risikogruppene anbefales som før influensavaksine før vinteren. Det er registrert i overkant av 360 000 vaksinasjoner i SYSVAK, hvorav 207 000 er i aldersgruppen over 65 år. Per 19. oktober var 19 % i aldersgruppen 65 år og eldre vaksinert siden 25. august 2025.
- Vaksinasjon mot covid-19: Aldersgruppen 75 år og eldre samt yngre som tilhører en risikogruppe er i høst anbefalt en ny oppfriskningsdose. Per 19. oktober var 11 % i aldersgruppen 75 år og eldre vaksinert siden 25. august 2025.
- Vaksine og smittevernråd: Beskyttelse av risikogruppene gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot [covid-19](#) og [influensa](#) som startet opp for fullt i kommunene i begynnelsen av oktober. Hovedmålet med smittevernrådene er å redusere smitte til personer som har høyere risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner, som kronisk syke og eldre. Se [Luftveisinfeksjoner – råd og informasjon til befolkningen](#) og [Råd til personer med risiko for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner](#).
- Se også [FHIs nye dashboard for luftveisstatistikk](#) og [FHIs rapport om forrige vinters influensaepidemi](#).

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

Sykdom	Uke						
	37	38	39	40	41	42	40-42
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)¹
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	8,8 % ▲	9 % ▲	9,1 % ▲	9,2 % ▲	9,2 %	8,8 % ▼	-2,3 % (-3,3 %, -1,3 %)
Antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon	1 071	1 015	957	1 009	825	-	-
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	131 ▲	103	106	95	123 (123-130)*	103 (103-142)*	7,2 % (-8,6 %, 24,7 %)
Covid-19							
Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 blant alle konsultasjoner	0,13 %	0,12 % ▼	0,1 % ▼	0,1 %	0,1 %	0,09 %	-8,7 % (-17,7 %, 0,31 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	7,9 % ▼	6,9 % ▼	6,1 % ▼	6,5 %	6,5 %	6 %	-4,4 % (-10,9 %, 2,1 %)
Antall varslede covid-19 utbrudd i helseinstitusjoner	3	1	0	0	1	1	-
Antall sykehusinnleggelser med covid-19	160	124	112	122	112	-	-
Antall covid-19 assosierte dødsfall	10 ▲	1	7	4	8 (8-10)*	6 (6-9)*	20,4 % (-37,4 %, 77,3 %)
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	0,28 % ▲	0,28 %	0,28 %	0,29 %	0,28 %	0,31 %	3,7 % (-1,5 %, 8,8 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede (MSIS labdatabasen)	1,1 %	0,93 % ▼	0,61 % ▼	1 %	1,6 % ▲	2 % ▲	33,1 % (19,9 %, 46,5 %)
Antall varslede influensautbrudd i helseinstitusjoner	0	0	0	0	0	0	-
Antall sykehusinnleggelser med influensa	11	11	6	14	30	-	-
Antall influensarelaterte dødsfall	0	1	3	1	2	1	1,6 % (-116,2 %, 121,9 %)
Rhinovirus							
Andel positive prøver for rhinovirus blant de testede	22,7 % ▲	21,8 %	21,4 %	20,9 %	17,6 % ▼	16,9 % ▼	-13,2 % (-17,8 %, -8,6 %)
Antall positive prøver for rhinovirus blant innlagte	225	224 ▼	206 ▼	191	188	170	-5,9 % (-16,3 %, 4,7 %)

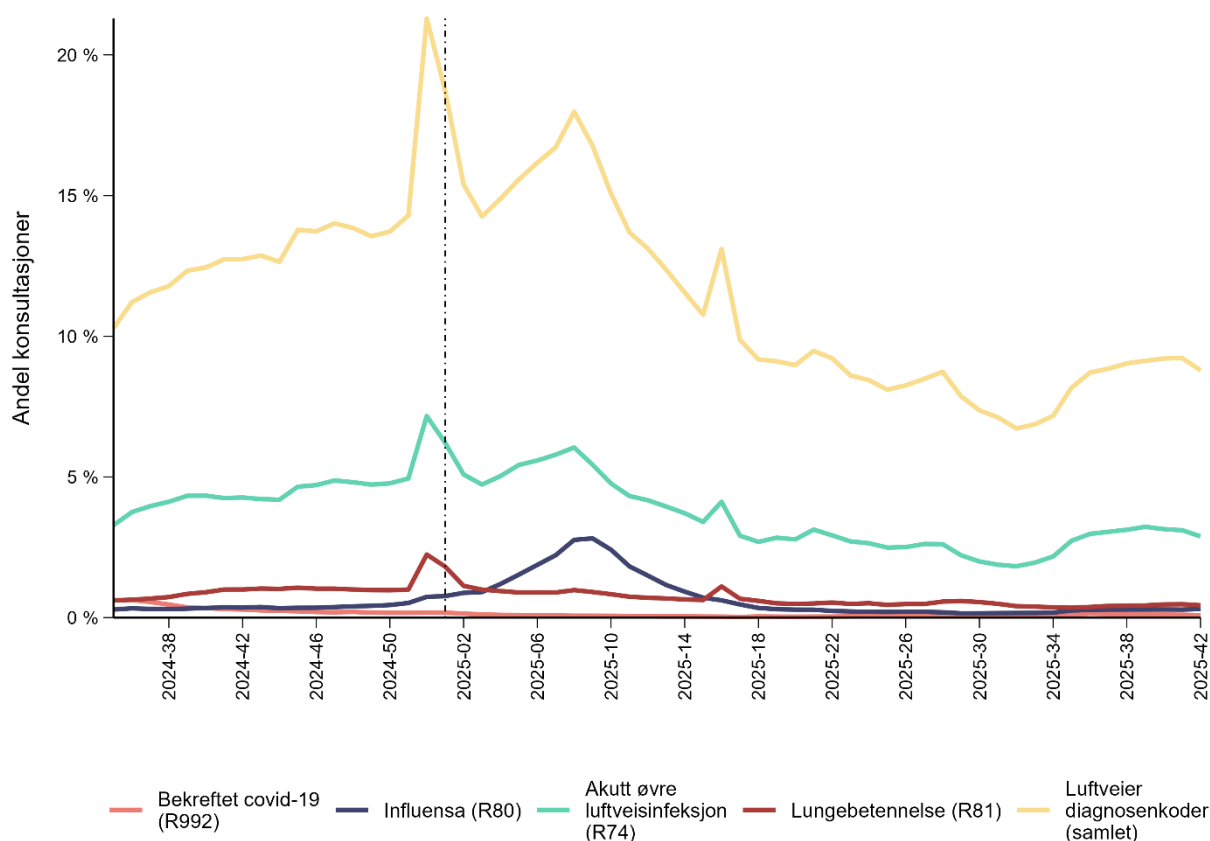
*Det er forsinkelse i rapporteringen. Antall oppgitt som intervall i parenteser viser korreksjon for tid mellom innleggelses- eller prøvedato og dato for registrering (nowcasting).

1 For å kategorisere trenden berregner 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.

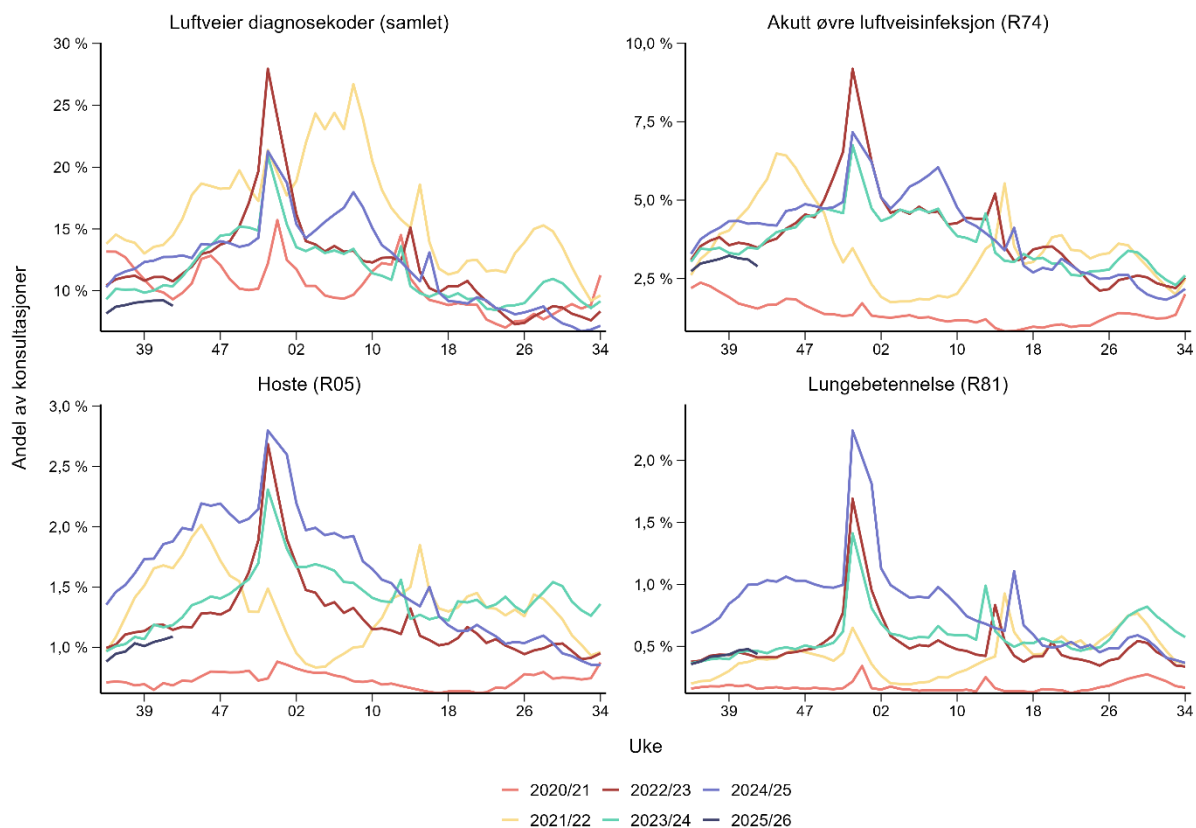
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)

Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor 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 legesøkningsadferd.

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 22. oktober 2025.



Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet), 26.08.2024 - 19.10.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdiagnosekoder (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 24.08.2020 – 19.10.2025. 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.

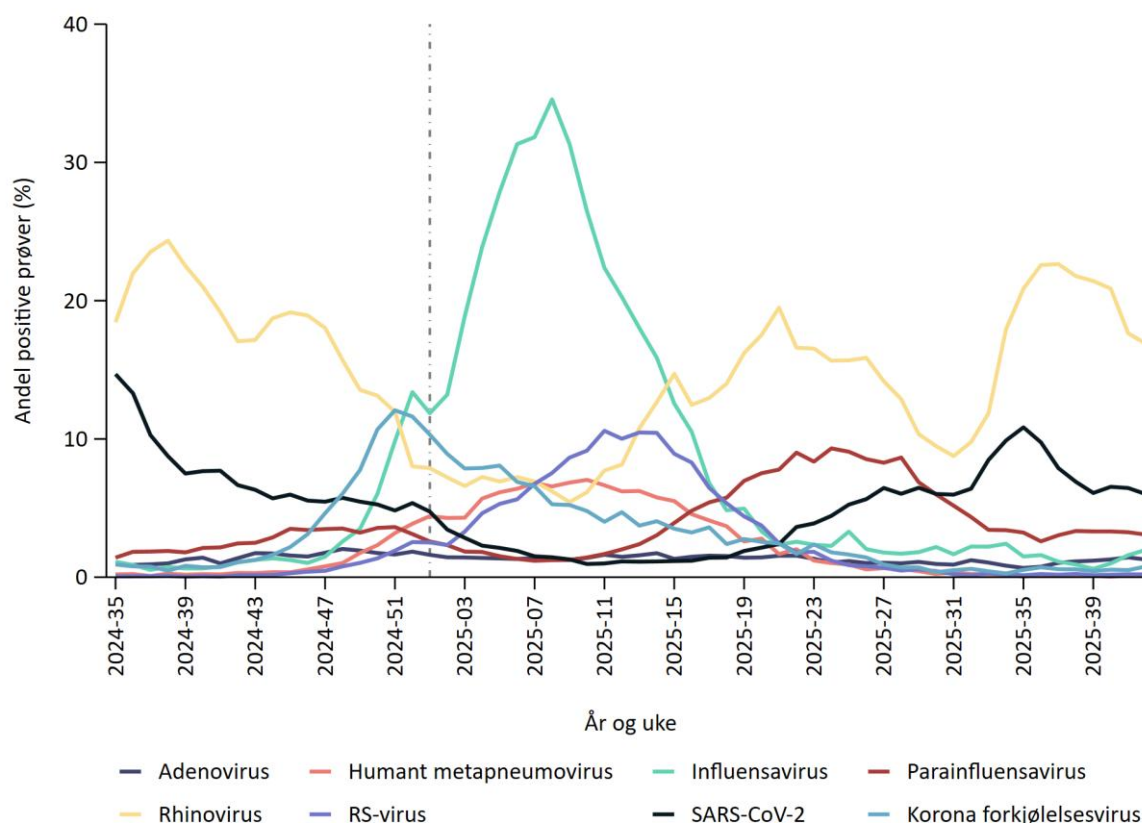
Testing og påvisninger

Luftveisagens

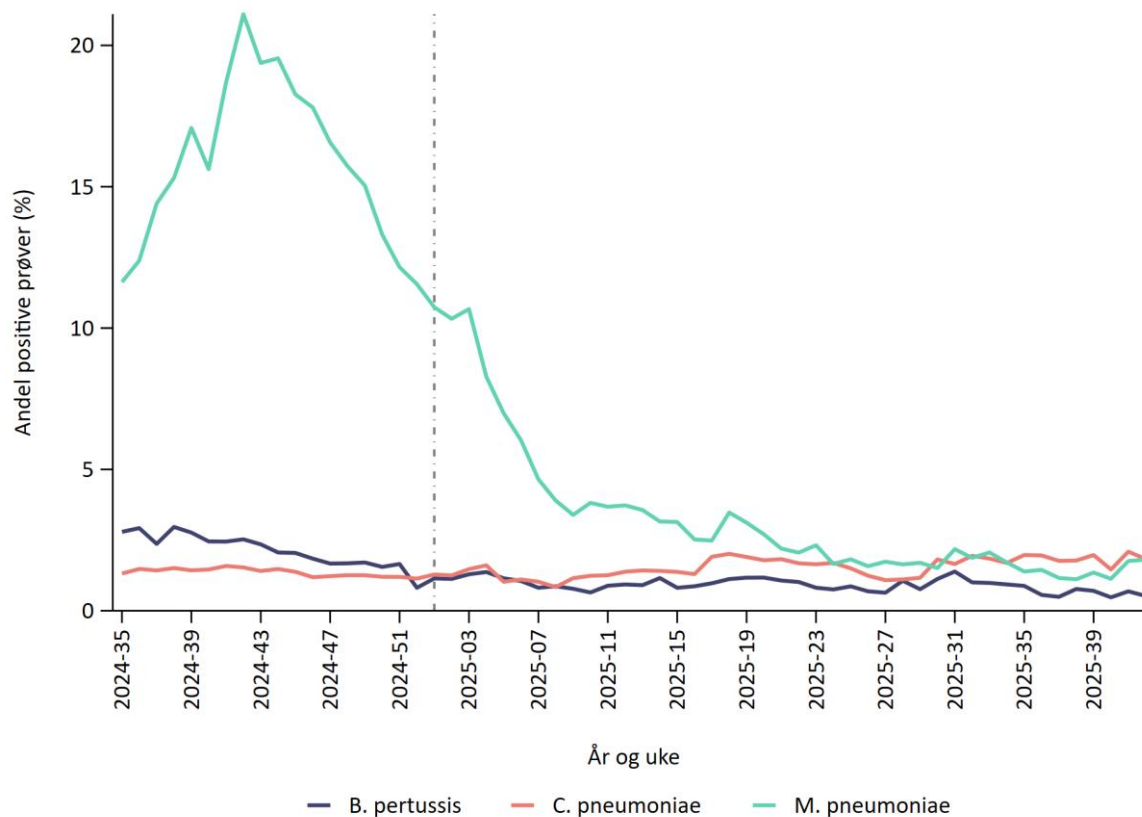
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* fra landets medisinske mikrobiologiske laboratorier meldes fortløpende elektronisk til MSIS-laboratoriedatabasen. Datagrunnlaget for korona forkjølelsesvirus før mars 2025 er ikke komplett. 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](#).

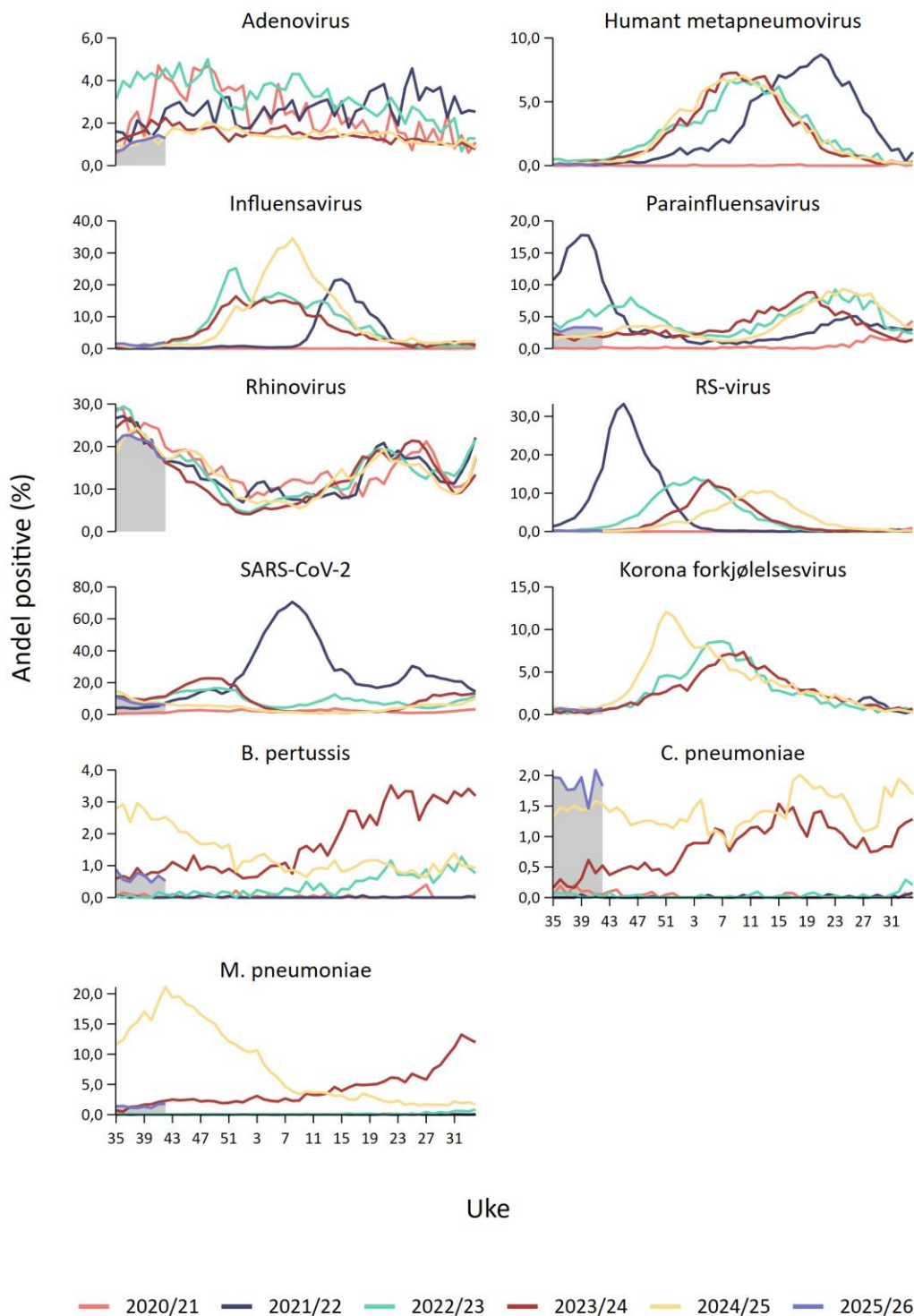
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 22. oktober 2025.



Figur 3. Andel PCR-analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 26.08.2024–19.10.2025. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

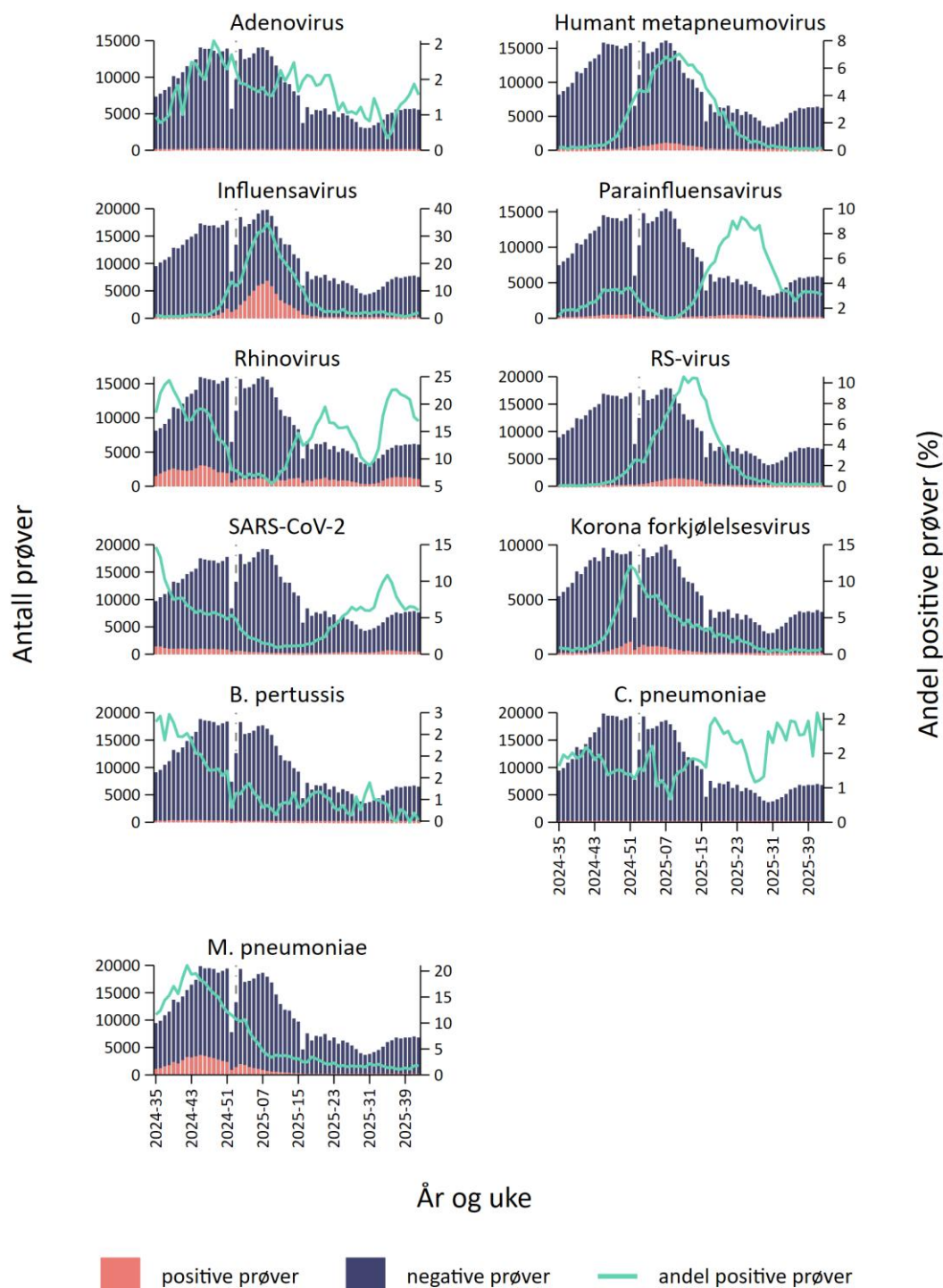


Figur 4. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, Norge, 26.08.2024 – 19.10.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 5. Andel analyser positive for adenovirus (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, 24.08.2020 – 19.10.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 6. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for adenovirus (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, 26.08.2024 – 19.10.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Tabell 2. Andel positive PCR-analyser og antall PCR-analyser gjort samt antall positive analyser, Norge, siste seks uker, 08.09.2025 – 19.10.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 40-42
		37	38	39	40	41	42	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1 % ▲	1,1 % ▲	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	-0,3 % (-16,4 %, 15,8 %)
	Antall positive	58	63	68	73	82	71	-
	Antall tester	5 572	5 488	5 664	5 656	5 709	5 539	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	0,097 %	0,13 %	0,13 %	0,048 %	0,14 %	0,14 %	45 % (-8,7 %, 103,1 %)
	Antall positive	6	8	8	3	9	9	-
	Antall tester	6 209	6 111	6 321	6 290	6 406	6 240	-
Influenzavirus	Andel positive	1,1 %	0,93 % ▼	0,61 % ▼	1 %	1,6 % ▲	2 % ▲	33,1 % (19,9 %, 46,5 %)
	Antall positive	85	68	46	77	124	149	-
	Antall tester	7 531	7 330	7 557	7 692	7 768	7 530	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	3 %	3,3 % ▲	3,3 %	3,3 %	3,3 %	3,1 %	-3,7 % (-14 %, 6,6 %)
	Antall positive	174	188	193	193	194	178	-
	Antall tester	5 723	5 618	5 823	5 826	5 953	5 772	-
Rhinovirus	Andel positive	22,7 % ▲	21,8 %	21,4 %	20,9 %	17,6 % ▼	16,9 % ▼	-13,2 % (-17,8 %, -8,6 %)
	Antall positive	1 357	1 290	1 312	1 271	1 094	1 028	-
	Antall tester	5 991	5 923	6 124	6 088	6 203	6 079	-
RS-virus	Andel positive	0,19 %	0,25 %	0,14 %	0,19 %	0,21 %	0,21 %	4,7 % (-32,7 %, 42,2 %)
	Antall positive	13	17	10	13	15	14	-
	Antall tester	6 980	6 900	7 097	6 940	6 993	6 792	-
SARS-CoV-2	Andel positive	7,9 % ▼	6,9 % ▼	6,1 % ▼	6,5 %	6,5 %	6 %	-4,4 % (-10,9 %, 2,1 %)
	Antall positive	601	513	468	508	508	458	-
	Antall tester	7 614	7 431	7 680	7 766	7 872	7 613	-
Korona forkjølelsvirus	Andel positive	0,59 %	0,58 %	0,43 %	0,55 %	0,52 %	0,78 %	18,7 % (-10,1 %, 47,9 %)
	Antall positive	23	22	17	21	21	30	-
	Antall tester	3 929	3 815	3 922	3 814	4 038	3 863	-
B. pertussis	Andel positive	0,49 % ▼	0,77 %	0,7 %	0,47 % ▼	0,69 %	0,52 %	4,5 % (-18,5 %, 27,5 %)
	Antall positive	32	49	46	31	46	34	-
	Antall tester	6 491	6 363	6 531	6 536	6 689	6 492	-
C. pneumoniae	Andel positive	1,8 %	1,8 %	2 %	1,5 %	2,1 %	1,8 %	10,4 % (-2,2 %, 23,2 %)
	Antall positive	120	118	134	99	146	124	-
	Antall tester	6 799	6 640	6 799	6 781	6 982	6 785	-
M. pneumoniae	Andel positive	1,2 %	1,1 %	1,4 %	1,1 %	1,8 % ▲	1,8 % ▲	22,1 % (8,5 %, 35,9 %)
	Antall positive	79	74	92	77	123	123	-
	Antall tester	6 807	6 645	6 803	6 811	6 998	6 802	-

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 rhinovirus og SARS-CoV-2 etter alder de siste 2 ukene, 06.10.2025 – 19.10.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

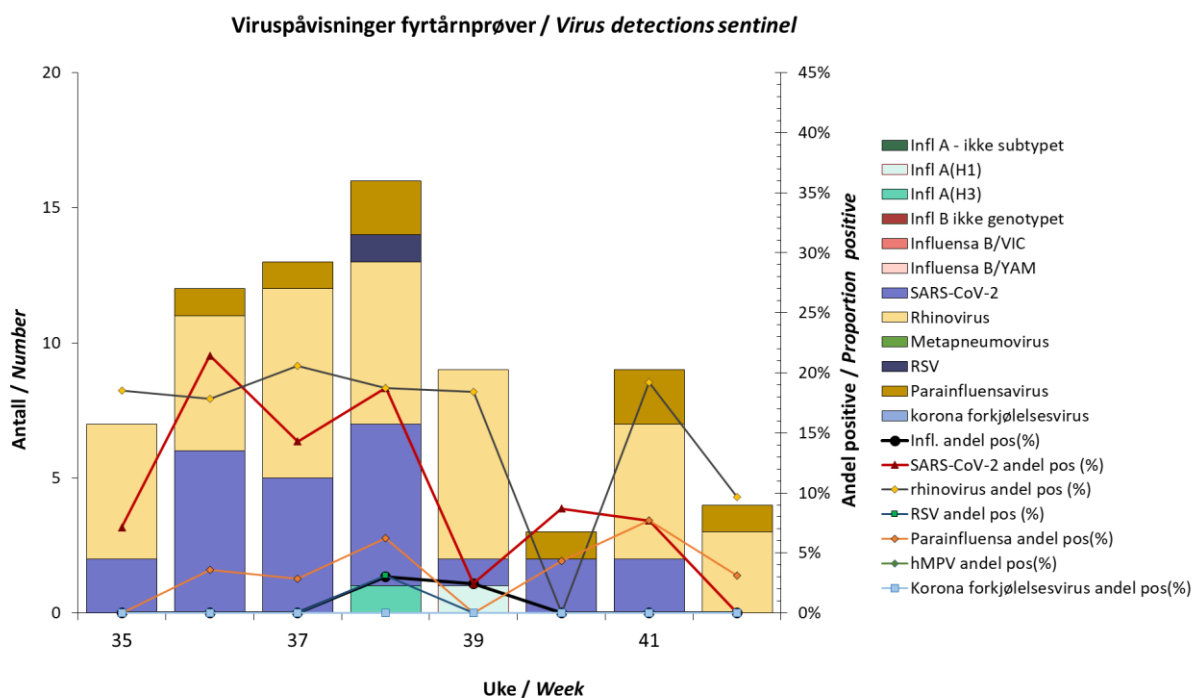
Smittestoff	Alder (år)	Uke 42			Uke 42		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
Rhinovirus							
	0-4	467 (169,8)	181 (65,8)	38,8	445 (161,8)	164 (59,6)	36,9
	5-14	257 (41)	49 (7,8)	19,1	293 (46,7)	42 (6,7)	14,3
	15-29	931 (89,2)	193 (18,5)	20,7	895 (85,7)	160 (15,3)	17,9
	30-64	2628 (101,6)	404 (15,6)	15,4	2575 (99,5)	386 (14,9)	15,0
	65-79	1243 (157,4)	177 (22,4)	14,2	1197 (151,6)	194 (24,6)	16,2
	80+	677 (250,2)	90 (33,3)	13,3	674 (249,1)	82 (30,3)	12,2
SARS-CoV-2							
	0-4	545 (198,2)	28 (10,2)	5,1	510 (185,4)	15 (5,5)	2,9
	5-14	295 (47)	5 (0,8)	1,7	325 (51,8)	7 (1,1)	2,2
	15-29	1054 (101)	40 (3,8)	3,8	1015 (97,2)	41 (3,9)	4,0
	30-64	3162 (122,2)	205 (7,9)	6,5	3047 (117,8)	182 (7)	6,0
	65-79	1743 (220,7)	124 (15,7)	7,1	1673 (211,8)	107 (13,5)	6,4
	80+	1073 (396,6)	106 (39,2)	9,9	1043 (385,5)	106 (39,2)	10,2

Luftveisvirus gjennom fyrårnsystemet

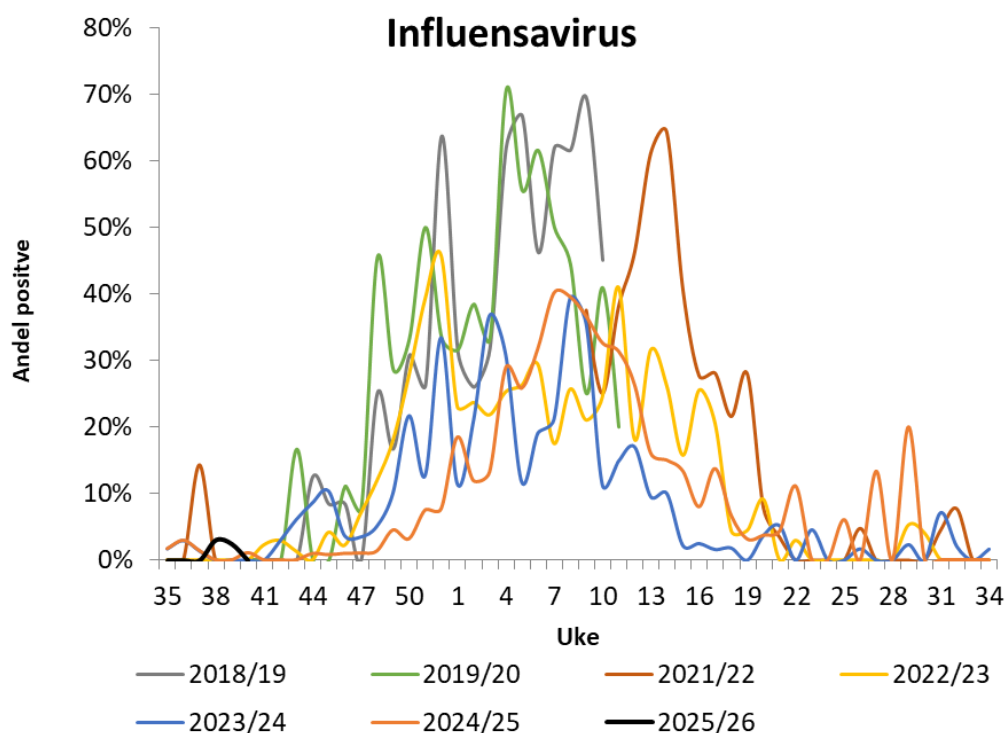
Sentinel fyrårnsystemet er en integrert overvåking av de mest aktuelle luftveisvirus og ikke kun influensavirus og SARS-CoV-2. Overvåkingen er basert på et nettverk av fyrårnleger (fastleger og legevakter) som sender inn prøver fra pasienter med symptomer på akutt luftveisinfeksjon for utvidet luftveisvirus 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 22. oktober 2025.

For uke 42/2025 er det hittil analysert 32 fyrårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking og av disse er det påvist luftveisvirus i 12,5 %. Siden starten av uke 35 er det analysert 246 prøver. Rhinovirus har i perioden vært det vanligste funnet og har ligget rundt 20 % andel positive. SARS-CoV-2 har vært nest vanligst og har blitt påvist i 10 % av prøvene, Ett influensa A(H3)-virus ble påvist i uke 38 og ett influensa A(H1)-virus i uke 39. Det er for øvrig påvist noe parainfluenzavirus (3 % i perioden), og kun ett tilfelle med RSV.



Figur 7. Antall laboratoriebekreftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrstårprøver fra uke 35/2025 til og med uke 42/2025, samt andel positive for en rekke luftveisvirus. Siste ukes data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter.



Figur 8. Andel influensaviruspositive fyrårprøver denne sesongen (fra uke 35/2025, svart linje), sammenlignet med seks foregående sesonger. Siste ukes data er ukomplette. Grunnet testpraksis under covid-19-pandemien var Fyrårssystemet ikke operativt i perioden fra våren 2020 til midtvinters 2022. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter.

Tabell 4. 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	37	38	39	40	41	42
Antall prøver	35	33	41	23	26	32
Influensavirus	0 %	3,0 %	2,4 %	0 %	0 %	0 %
Influenza A-virus	0 %	3,0 %	2,4 %	0 %	0 %	0 %
Influenza B-virus	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
SARS-CoV-2	14,3 %	18,8 %	2,4 %	8,7 %	7,7%	0 %
RS-virus	0 %	3,1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Rhinovirus	21 %	19 %	18 %	0 %	19 %	10 %
Parainfluenzavirus	3 %	6 %	0 %	4 %	8 %	3 %
Humant metapneumovirus	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Korona forkjølelsesvirus	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

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 laboratedatabasen MSIS-laboratedatabasen ved Folkehelseinstituttet, som gir dataene om laboratoriebekreftet influensa. Data som er i databasen tirsdag kveld samt ferske subtypingsdata fra referanselaboratoriet blir med i oppsummeringen.

Resultatene i ukerapporten er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet, oppdatert 22. oktober 2025.

Nasjonale overvåkingsdata på luftveisvirus er nå tilgjengelig på [FHIs nye statistikk dashboard](#)

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

Genetisk karakterisering av luftveisvirusene

Forekomst og endringer i virus undersøkes med helgenomsekvensering av prøver som sendes inn gjennom luftveisvirus overvåkingssystemene til det aktuelle nasjonale referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet. Data-uttrekk og analyse for SARS-CoV-2 og influensa gjøres månedlig, for RS-virus noe sjeldnere.

- ECDC hovedkategorier av SARS-CoV-2 varianter ([VOC](#), [VOI](#) og [VUM](#))
- ECDC Europaoversikt over luftveisvirus overvåkingsresultater: [ERVISS](#)
- Norsk statistikk på SARS-CoV-2 variantforekomst: [FHI Statistikk](#).

Helgenomsekvenser fra overvåkingen i Norge publiseres 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](#).

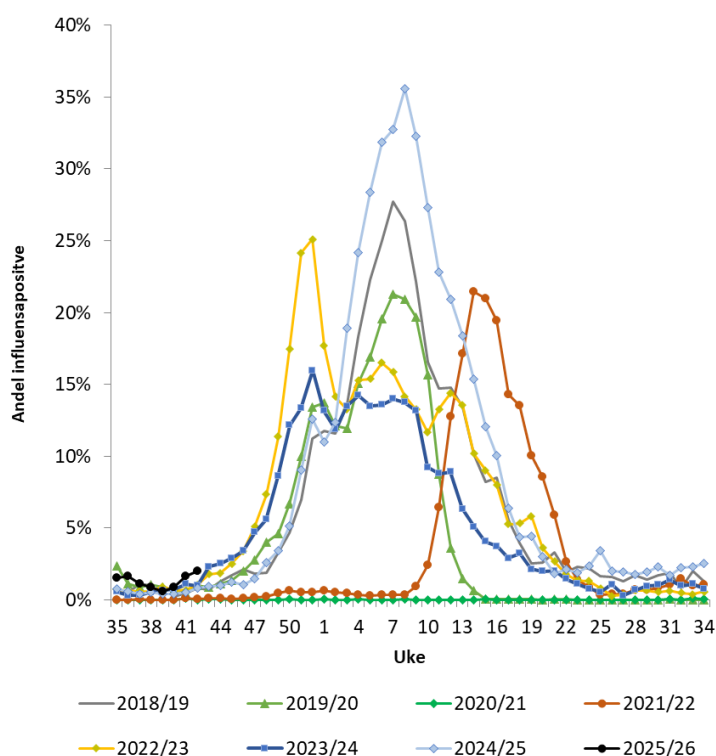
Sirkulerende influensavirus i Norge

Utfyllende rapport til WHO's influensa vaksinemøte i september, om norske influensavirus fram til og med uke 34, er å finne her: [Norske influensa-rapporter til WHO - FHI](#)

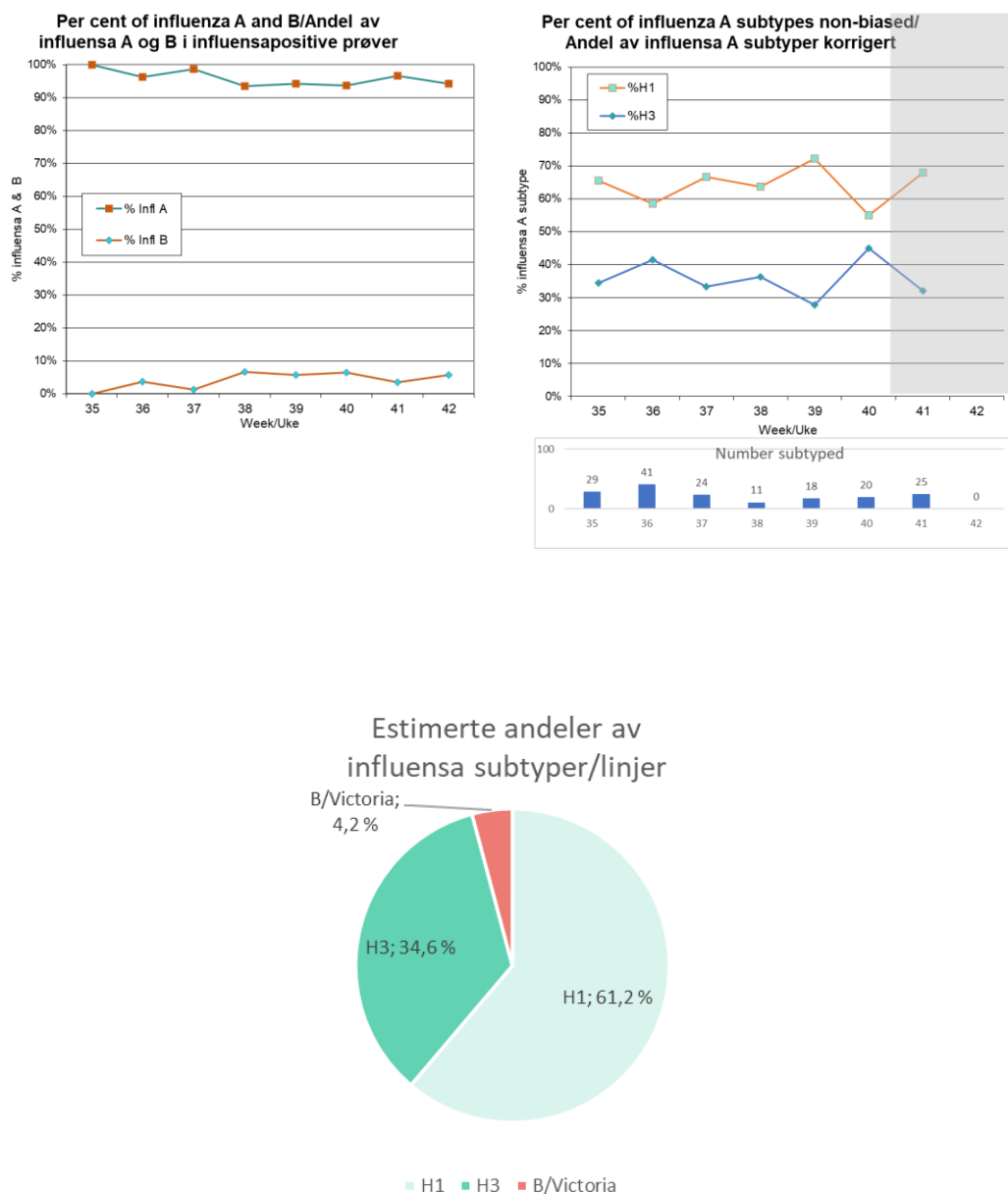
Siden uke 35 som vi har satt som start på overvåkingsperioden, er prøver fra 54 308 pasienter undersøkt for influensavirus.

Forekomsten av påvist influensa har holdt seg meget lav gjennom sommeren og tidlig høst, og andelen influensapositive blant de testede lå i uke 42 på 2,0 % (Figur 9). I perioden er det påvist 683 påviste influensa A, hvorav flertallet av de 198 subtypede har vært subtype H1 (75 %) og resten H3. Av 28 påviste influensa B-virus er foreløpig bare ett linjebestemt, et B/Victoria-linje virus. Vi har ikke

sett endringer i andeler av de ulike influensavirusene gjennom perioden (Figur 10, øverst). Anslåtte andeler av de tre sirkulerende influensavirusene A(H1N1), A(H3N2) og B/Victoria denne sesongen er gjort ved å multiplisere de ukentlige andelene av influensa A subtyper og influensa B slektslinjer med henholdsvis antall påviste influensa A og B ((Figur 10, nederst). I følge en slik beregning er influensa A(H1N1) vanligst (61,2%), fulgt av A(H3N2) med 34,6 % og B/Victoria med 4,2 %.



Figur 9. Ukentlig andel prøver med influensaviruspåvisning nåværende og 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 10. Laboratoriebekreftede influensatilfeller fra uke 35/2025, andel per type (øvre venstre) og influensa A subtype (øvre høyre). For influensa A subtyper er det sett bort fra prøver som kun er testet for én av subtypeene. Det aller meste av de viste subtypingene er dermed prøver som er oversendt til FHI og undersøkt ved referanselaboratoriet her. Minigrafen under subtypingene viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Diagrammet nederst viser estimerte andeler for hele sesongen av de tre sirkulerende influensavirusene, beregnet ved at de ukentlige andeler av influensa A subtyper og B slektslinjer er projisert på antallet påviste influensa A og B. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Tabell 5. Ukentlig andel influensapositive (%) av testede pasienter, pr landsdel. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen

Uke	Landsdel					Hele landet
	Østlandet	Sørlandet	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge	
2025-35	1,1 %	0,7 %	1,2 %	1,4 %	0,0 %	1,1 %
2025-36	1,0 %	1,3 %	0,8 %	1,9 %	0,3 %	1,0 %
2025-37	1,3 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,2 %	0,9 %
2025-38	0,6 %	1,1 %	1,2 %	0,3 %	0,0 %	0,7 %
2025-39	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,2 %	0,5 %
2025-40	0,7 %	0,6 %	0,8 %	1,8 %	0,3 %	0,8 %
2025-41	1,5 %	2,6 %	1,0 %	2,9 %	1,8 %	1,6 %
2025-42	2,0 %	1,5 %	1,7 %	3,0 %	1,1 %	2,0 %

Tabell 6. Ukentlig andel (%) positive for henholdsvis influensa A og B av testede pasienter, pr aldersgruppe. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen

Uke	Aldersgruppe, Type													
	0-4		5-14		15-29		30-64		65-79		80+		Total	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
2025-35	0,6 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %
2025-36	1,1 %	0,3 %	2,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,9 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %
2025-37	1,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
2025-38	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,9 %	0,1 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,7 %	0,1 %
2025-39	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,8 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
2025-40	0,4 %	0,2 %	1,2 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %	0,7 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,1 %
2025-41	1,6 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	1,6 %	0,1 %	1,8 %	0,0 %	0,6 %	0,1 %	1,6 %	0,1 %
2025-42	1,5 %	0,4 %	3,5 %	0,3 %	2,1 %	0,1 %	1,8 %	0,1 %	2,3 %	0,1 %	1,0 %	0,0 %	1,9 %	0,1 %

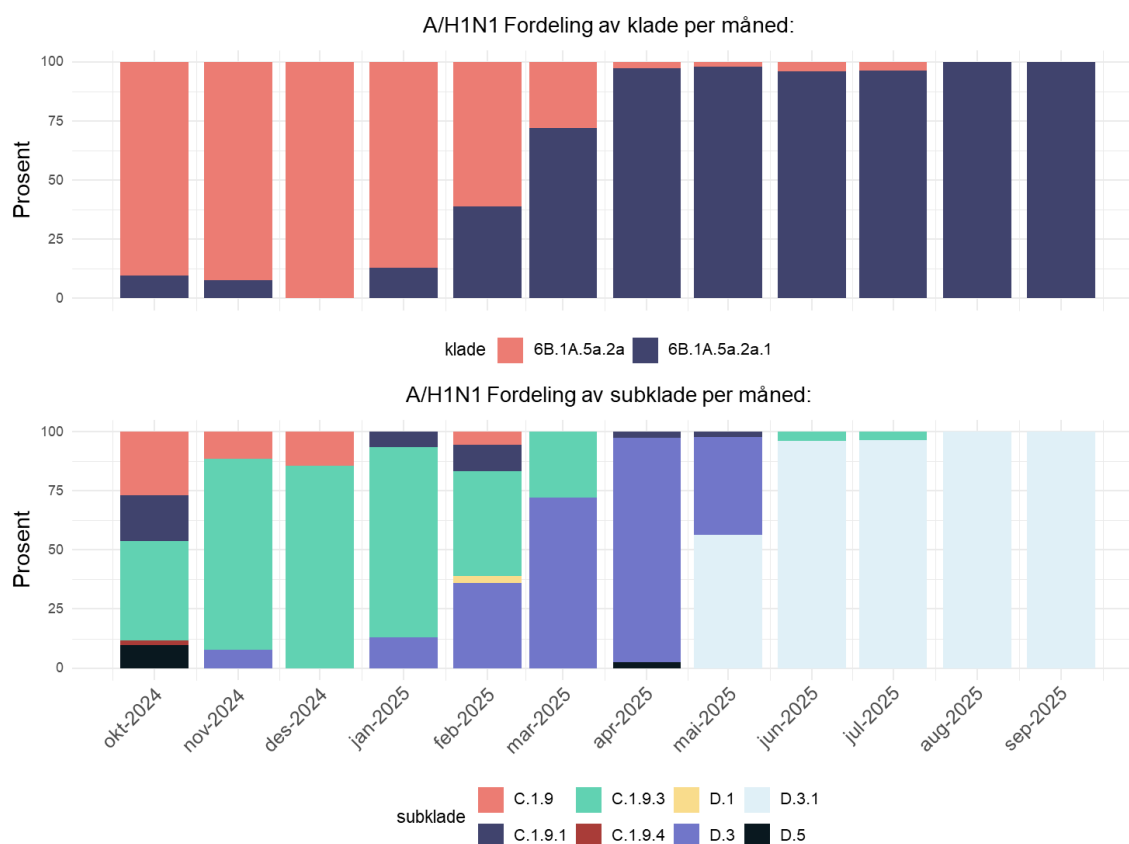
Genetisk karakterisering av influensavirus

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. Interaktive fylogenetiske sammenstillinger av norske virus som er sekvensert er tilgjengelig i FHIs egen Nextstrain portal: <https://nextstrain.org/groups/niph>

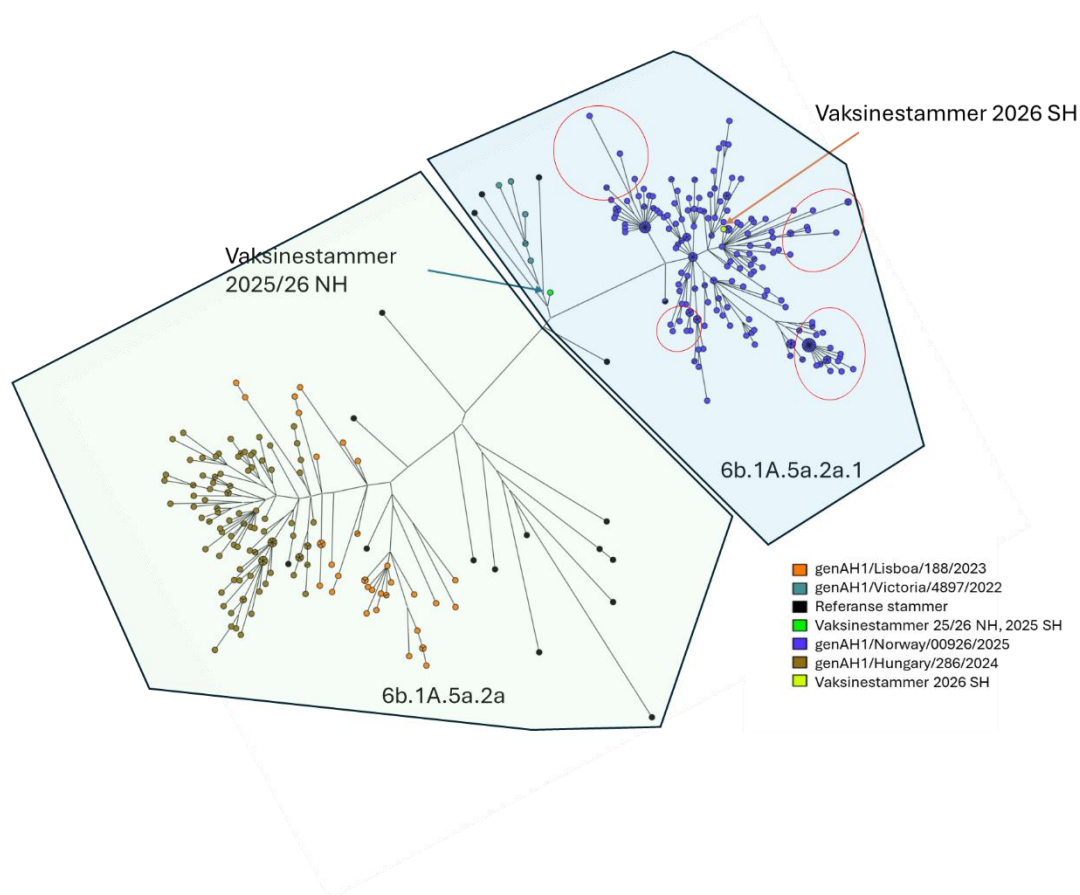
Så langt i denne nye 2025/26-sesongen har vi sekvensert 84 virus, 56 H1N1, 27 H3N2, og ett er B/Victoria.

A(H1N1)-virus

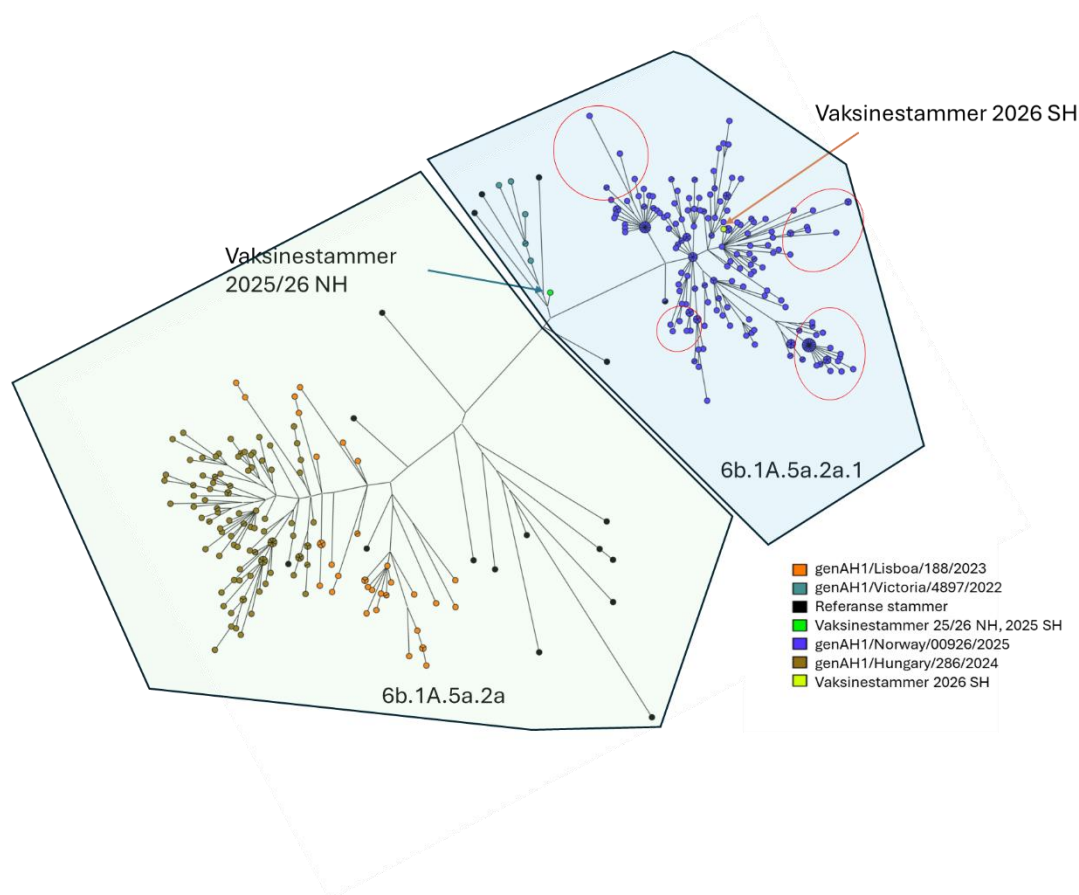
Nå ved oppstart til ny 2025/26 sesong er det fremdeles 6B.1A.5a.2a.1 kladen som har sirkulert siden mars/april som er i omløp, med underkladen D.3.1 mest forekommende etter at den tok over i mai (Figur 11, Figur 12, Tabell 7). H1-vaksinekomponenten for vinteren 2025/26 på den nordlige halvkule er basert på et A/Victoria/4897/2022-lignende 6B.1A.5a.2a.1 virus, subklade D. WHO har endret H1-vaksinekomponenten i vaksinen for den sørlige halvkules neste vintersesong (2026) til å bedre passe med disse D.1.3 variantene.



Figur 11. Fordeling av klade og subklade for A/H1N1-virusene i Norge, sesongen 2024/25 og 2025/26. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.



Figur 12 **Feil! Fant ikke referanseilden.**



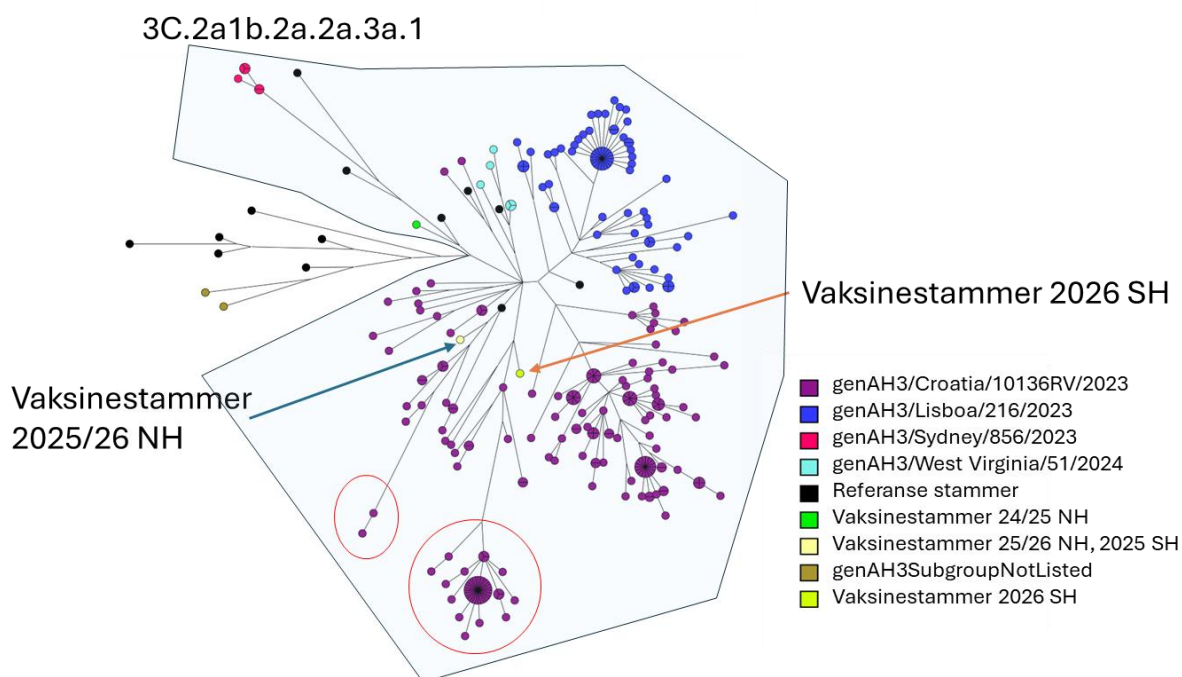
Figur 12. Fylogenetisk sammenstilling av H1N1 virus i Norge sesongen 2024/25 og 2025/26, Maximum parsimony tre fra helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til H1N1 -influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinestammer for nordlige halvkule (NH) og sørlige halvkule (SH), fargekodet på ECDC rapporteringskategorier. De nyeste virusene er markert med en rød sirkel. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

A(H3N2)-virus

I løpet av influensas sesongen 2024/25 og nå i starten av 2025/26 er der var det kun virus tilhørende kladen **3C.2a1b.2a.2a.3a.1** av H3N2 virus som sirkulerer. I august 2025 ble en ny driftet variant, **J.2.4**, påvist i økende andel av prøvene, både i Norge og andre land, som blant annet har nøkkelmutasjonene T135K og K189R i hemagglutinet. En videre mutert undervariant J.2.4.1 utgjør største del av H3N2 påvisningene nå i start av ny sesong i Norge. J.2.4-virusene er markert med rød sirkel i den fylogenetiske sammenstillingen.



Figur 13. Fordeling av klade og subklade for A/H3N2-virusene i Norge, sesongen 2024/25 og 2025/26. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.



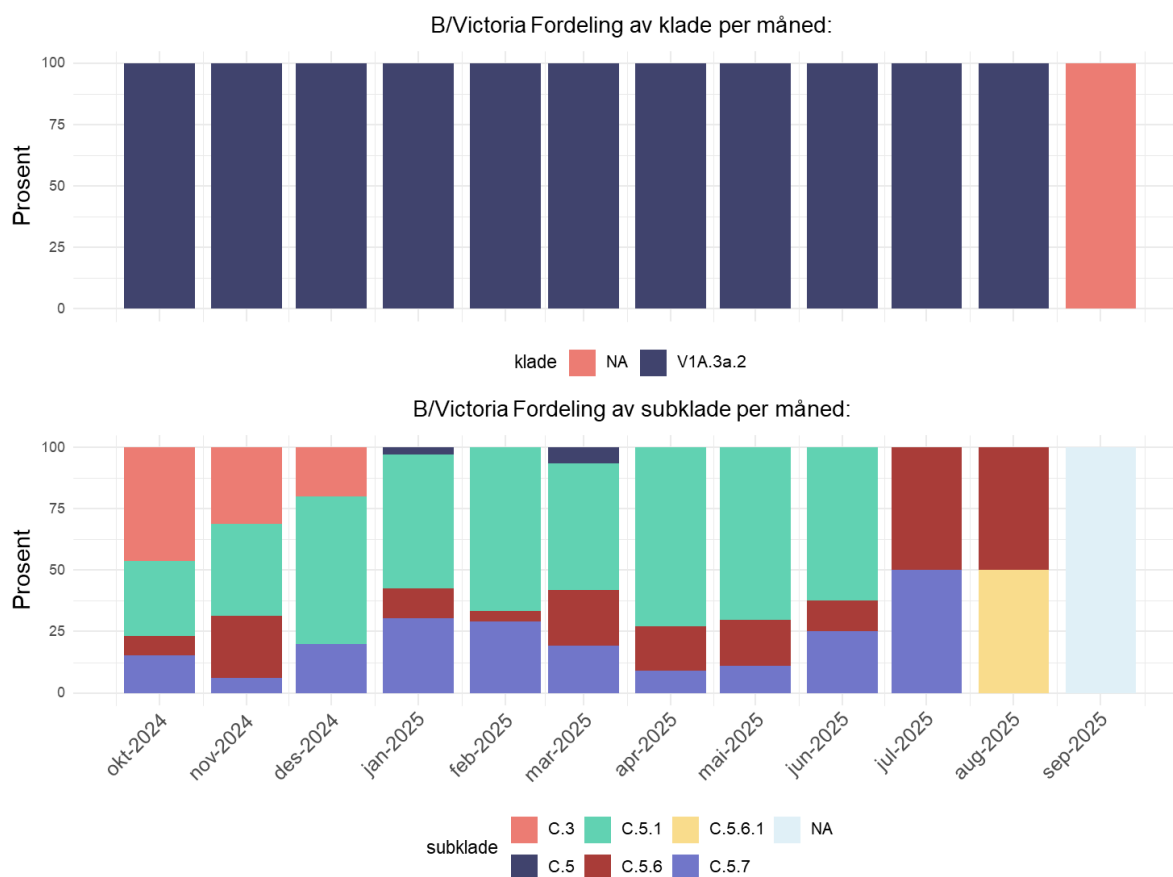
Figur 14. Fylogenetisk sammenstilling av H3N2 virus i Norge sesong 2024/25 og 2025/26, Maximum parsimony tre fra helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til H3N2-influenza grupperer genetisk med referansevirus og vaksinestammer fra nordlige (NH) og sørlige halvkule (SH). De nyeste virusene er markert med en rød sirkel. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

Vaksinekomponenten for H3N2 i sesongen 2025/26 for den nordlige halvkule er et A/Croatia/10136RV/2023-liknende virus, tilhørende klade **3C.2a1b.2a.2a.3a.1**, underklade **J.2**.

[WHO anbefalte i september 2025](#) en oppdatering av H3-komponenten i influensavaksinen for den sørlige halvkule. Anbefalingen kom etter at den nyere varianten **J.2.4**, hadde økt i forekomst den seneste tid og er noe antigenet forskjellig fra øvrige sirkulerende H3N2 virus og nåværende H3 vaksinekomponent. Det er ennå for tidlig å si noe om hvilke varianter som vil prege denne sesongen i Norge.

B/Victoria-virus

Det er så langt denne sesongen kun sekvensert ett influensa B-Victoria virus og dette tilhørte kladen V1A.3a.2 og subkladen C.5.6.1. I løpet av influensas sesongen 2024/25 tilhørte alle influensa B/Victoria-virusene som sirkulerte i Norge også denne kladen (Figur 15, Tabell 7).



Figur 15. Fordeling av klade og subklade for B/Victoria-virusene i Norge, sesongen 2024/25 2025/26. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet

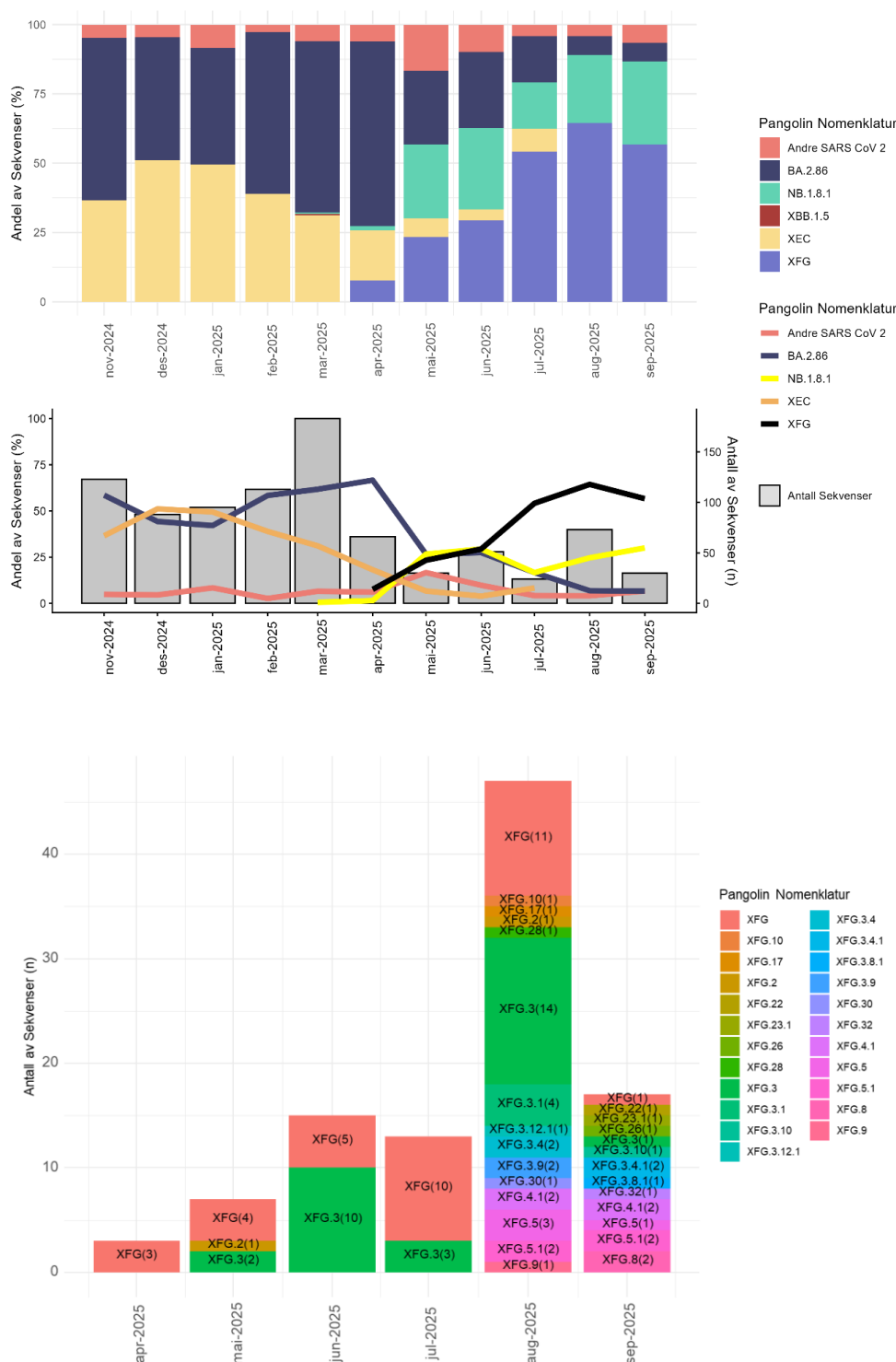
Tabell 7. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus sesongen 2025/26, klade og subklade. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	aug.25	sep.25	Total
A/H1N1	-	-	10	46	56
genAH1/Norway/00926/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1	10 (100%)	46 (100%)	56
A/H3N2	-	-	3	24	27
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.4	3 (100%)	22 (91.7%)	25
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	0 (0%)	1 (4.2%)	1
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	0 (0%)	1 (4.2%)	1
B/Victoria	-	-	1	0	1
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6.1	1 (100%)	0 (0.0%)	1

Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

Noe NB.1.8.1 (Q493E, F456L) har sirkulert parallelt med en den nyere XFG varianten fra mai/april. Denne har noe immunescape og viste økende prevalens gjennom sommeren. XFG er rekombinert av LF.7 og LP.8.1.2, har en rekke mutasjonsendringer F456L, Q493E, R346T og er blitt dominerende i Norge og Europa, mens NB.1.8.1 har holdt seg stabil de siste månedene.

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



Figur 16. 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) XFG. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

Sirkulerende RS-virus i Norge

Dette kapitlet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 22. oktober 2025

Vinteren 2024/25 var første sesong der RS-virus ble overvåket gjennom samme overvåkningssystem som influensa og SARS-CoV-2. Sesongen var dominert av RSV B, som utgjorde ca. 2/3 av alle RS-virus tilfellene typet ved referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet. Genetisk analyse på et utvalg RSV A og B prøver viste at RSV B tilfeller i hovedsak tilhørte kladen B.D.E.1, mens RSV A tilfellene hadde større variasjon der flere ulike klader sirkulerte samtidig. RSV er foreløpig på et veldig lavt nivå, og det har ikke kommet inn RSV positive prøver til referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet for typing så langt i 2025/26 sesongen.

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.

Influenzavirus

Så langt i sesongen har 84 influensavirus blitt undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett virus har vist en genetisk markør for resistens mot oseltamivir og zanamivir med en I223V-mutasjon i neuraminidase genet. Prøven ble tatt i uke 38, 2025 og pasienten har ukjent antiviral bruk. Ingen virus var resistent med baloxavir.

Les mer om resistensovervåkingen for forrige sesong her: [Influenza Virological and Epidemiological season report prepared for the WHO Consultation on the Composition of Influenza Virus Vaccines for the Southern Hemisphere 2026, September 2025 - FHI](#)

SARS-CoV-2

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

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 22. oktober 2025.

Tabell 8. Varsler om utbrudd av luftveisinfeksjon siste uke og totalt siden sesongstart uke 35 (2025, Kilde: Vesuv, Folkehelseinstituttet).

Antatt smittestoff	Uke 42 (2025)			Totalt fra og med uke 35 (2025)		
	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke
Influenzavirus	0	0	0	1	1	8
Rhinovirus	0	0	0	1	1	11
SARS-CoV-2	1	1	6	7	7	70

Sykehusinnleggelser

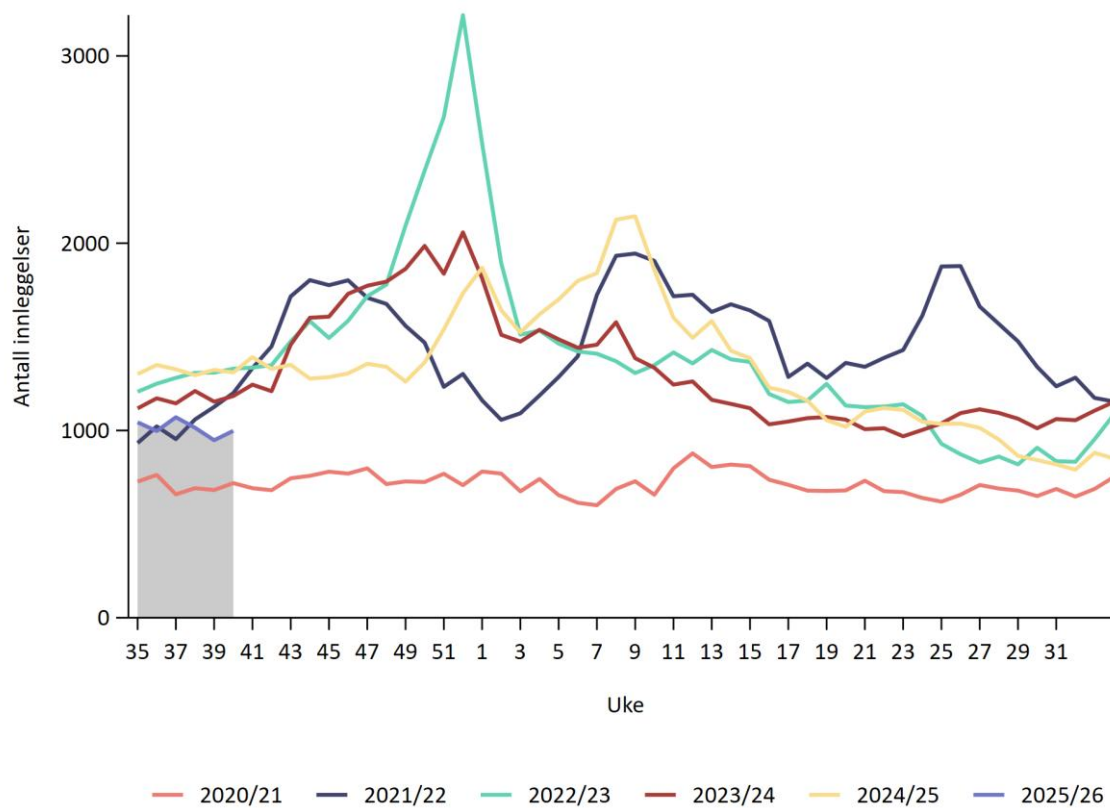
F.o.m. vinterseongen 2025/26 utføres overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner i Stat19. Overvåkingen er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner som registreres i sykehusenes journalsystemer. ICD-10-diagnosekodene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

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

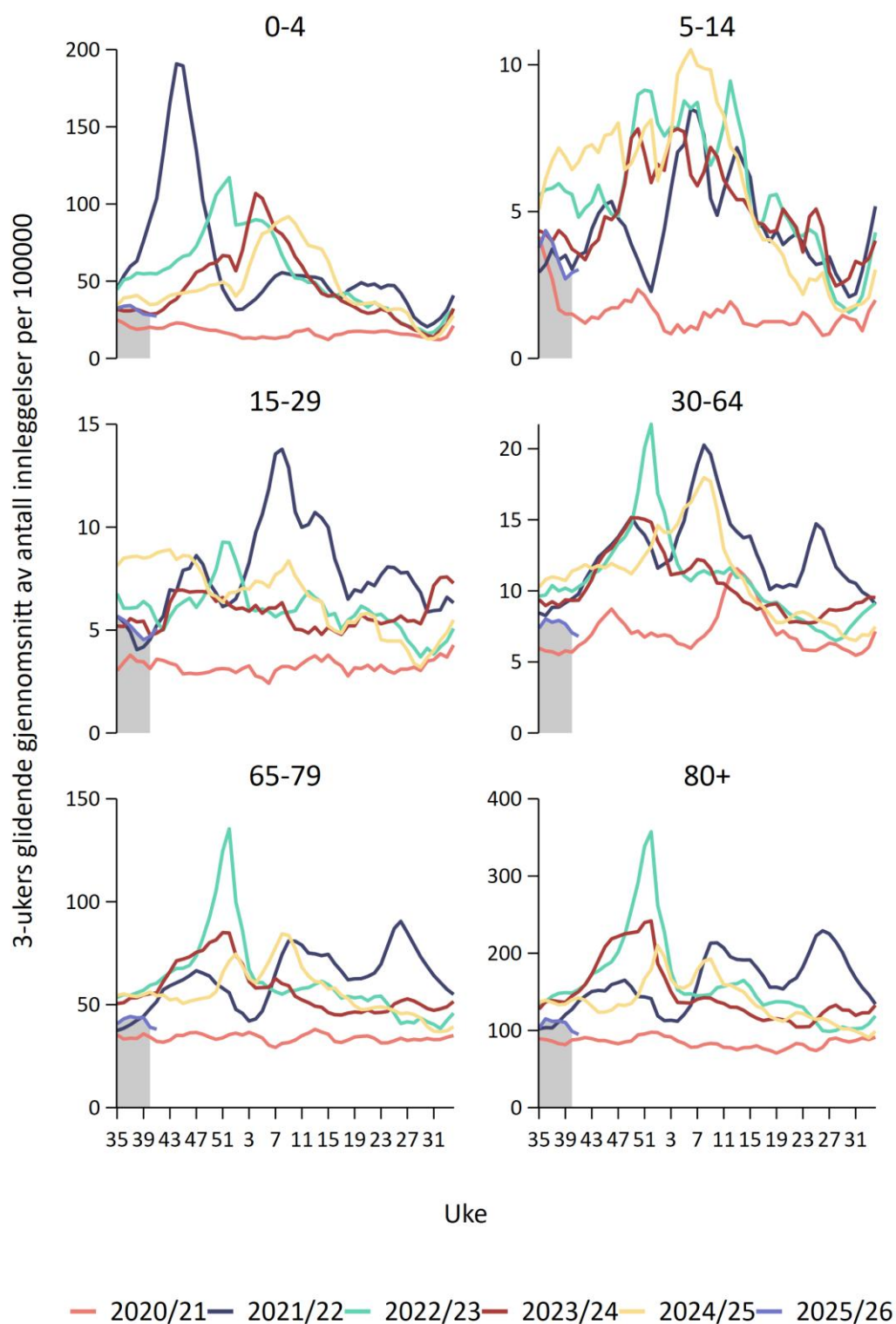
Dataene presentert her er basert på et datasett fra NPR oppdatert og MSIS-laboratoriedatabase oppdatert 16. oktober 2025.

Data om sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner er ikke komplette for uke 41 og mangler for uke 42. Derfor er resultatene for uke 42 ikke presentert i denne rapporten, og resultatene for uke 41 må tolkes med forsiktighet.

Innleggelser med luftveisinfeksjon



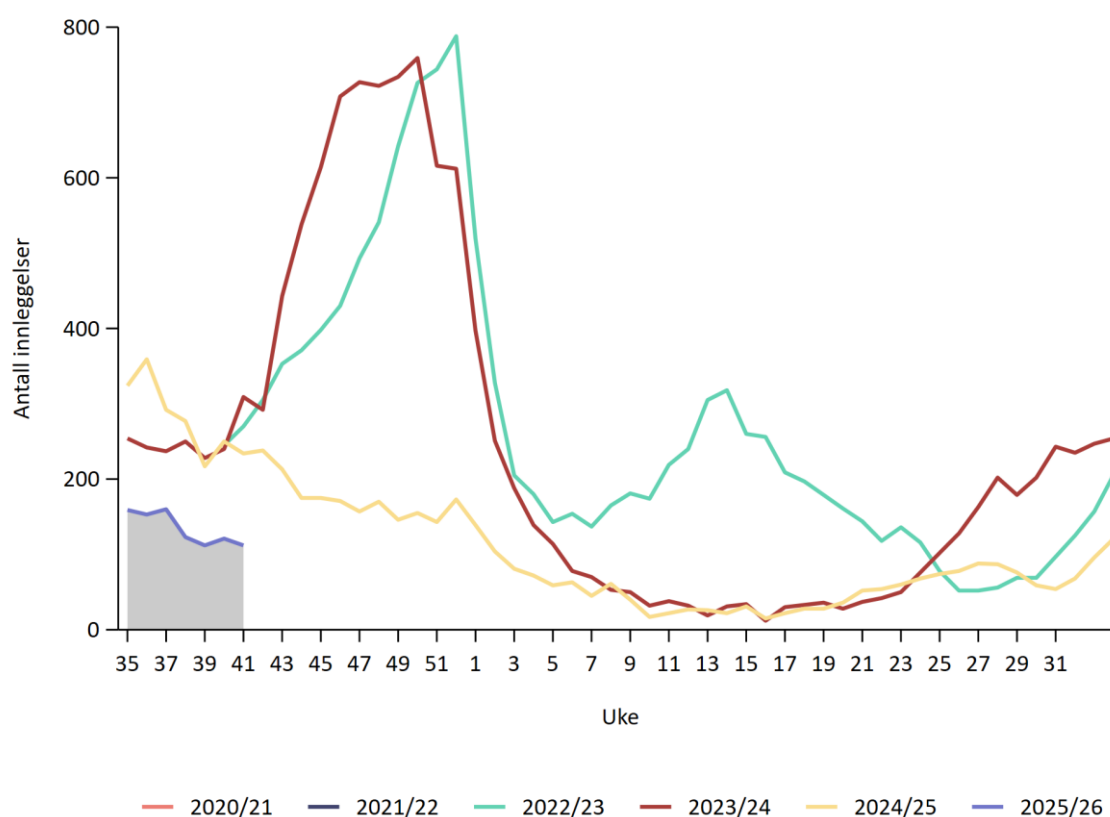
Figur 17. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke og sesong, 24.08.2020 – 12.10.2025. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.



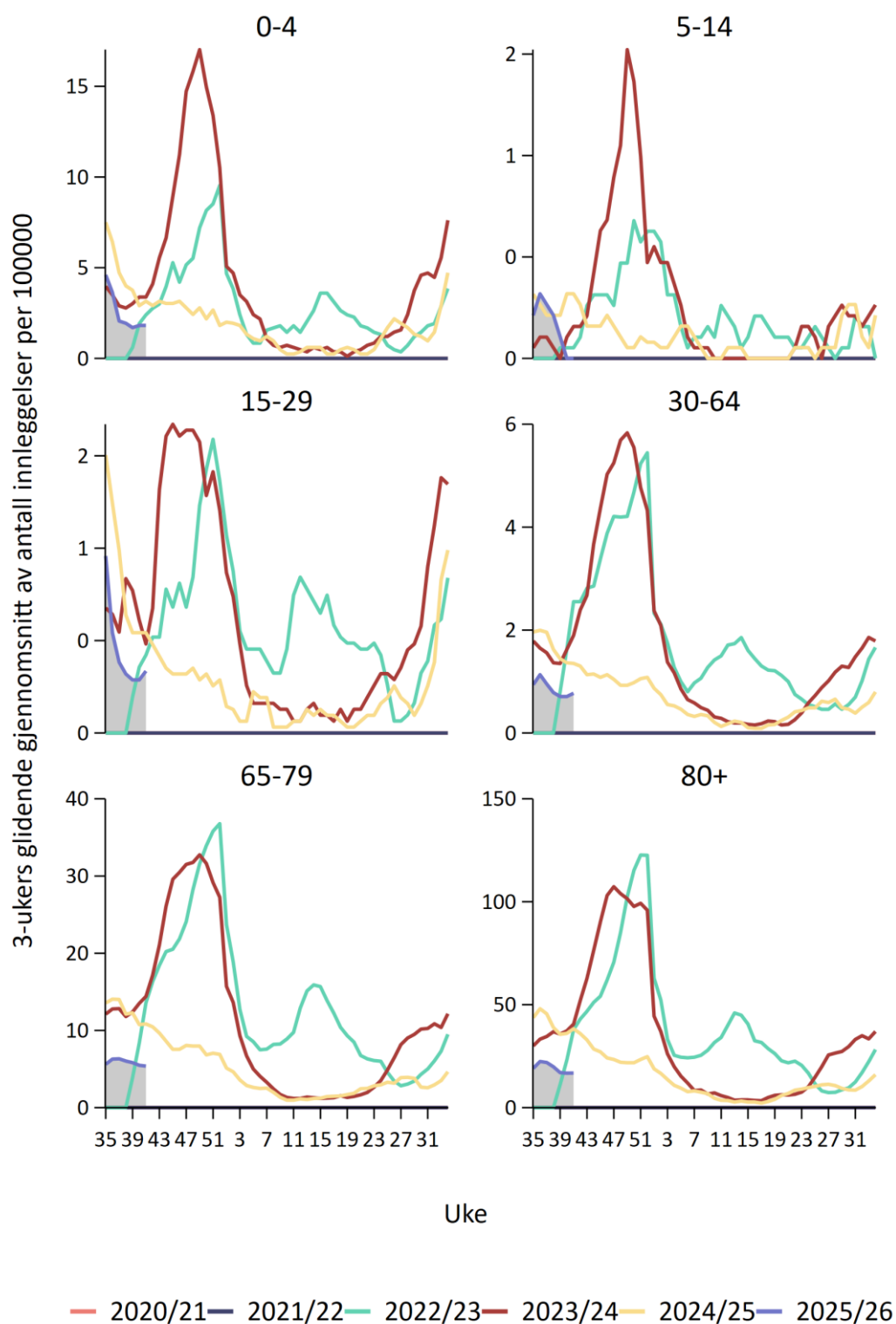
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 18. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 12.10.2025. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.

Sykehusinnleggelser med covid-19



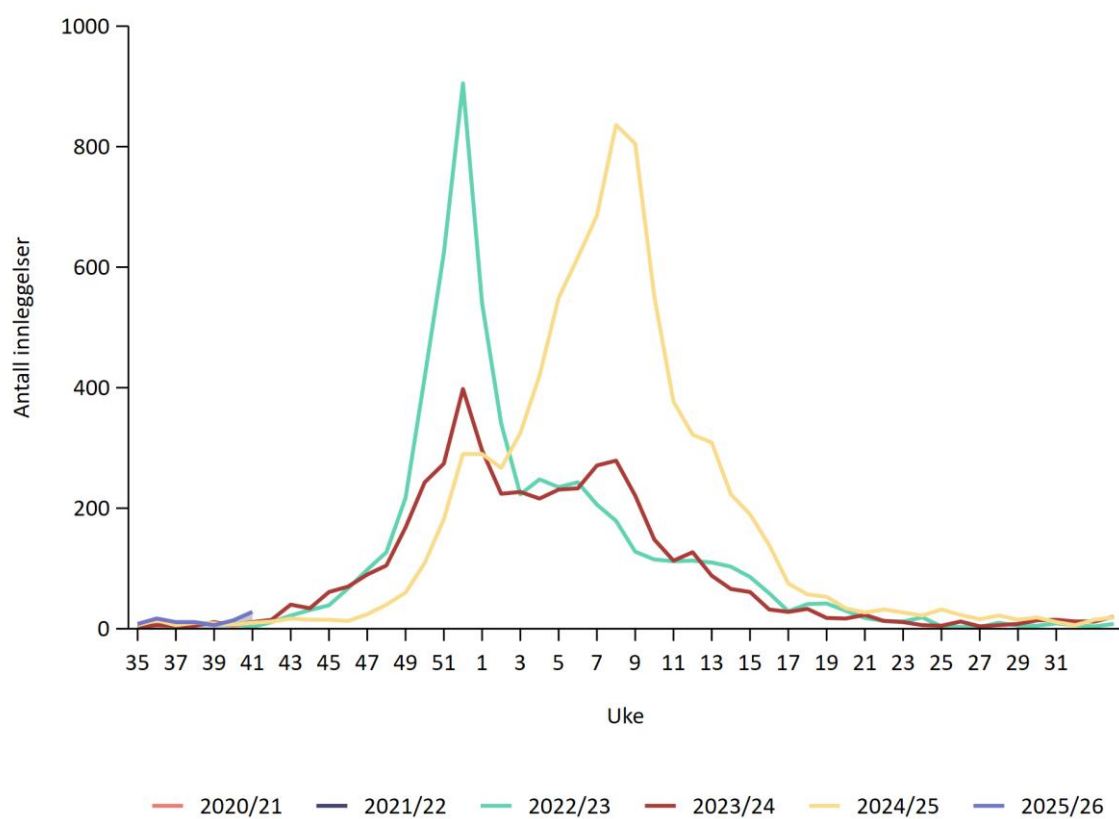
Figur 19. Antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 24.08.2020 – 12.10.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 20. Antall innleggelser med covid-19 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 12.10.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med influensa



Figur 21. Antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 24.08.2020 – 12.10.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Dødelighet

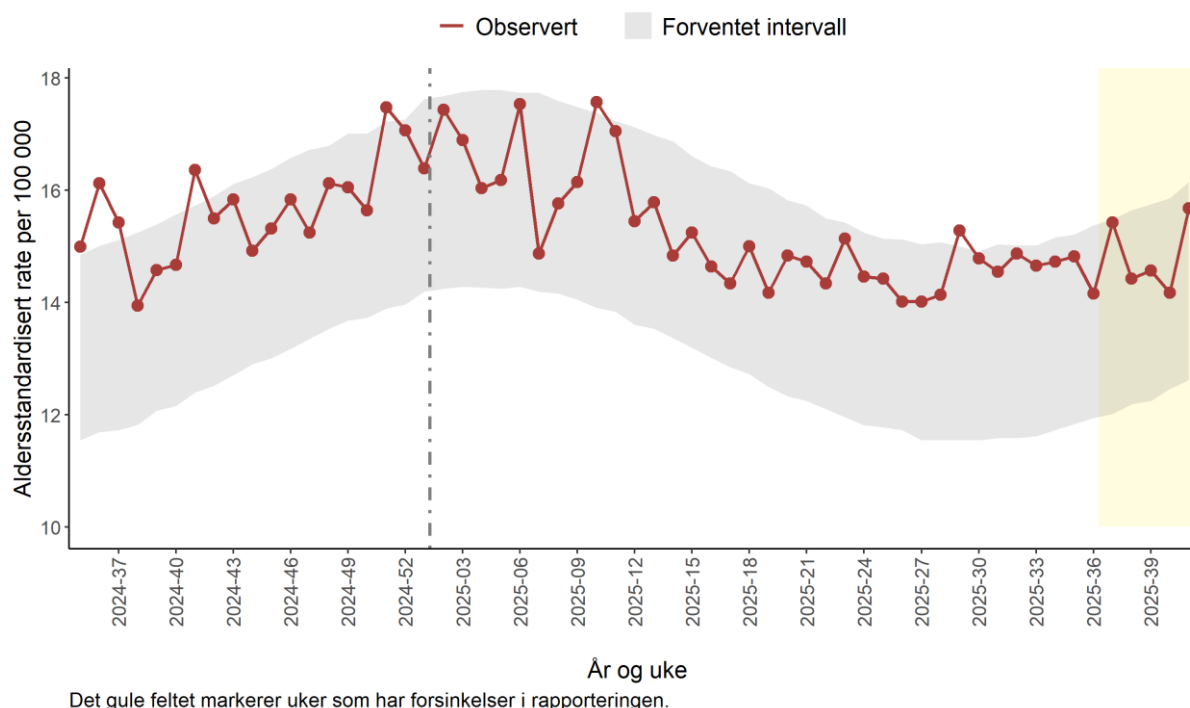
Totaldødelighet

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 Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459, oppdatert 22. oktober 2025.

Dødelighetsnivå

Figur 22 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. Totaldødeligheten økte fra uke 40 til 41, men er fremdeles 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 22. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 35 2024 til uke 41 2025. Det forventede intervallet (lysegrått felt) angir hvor det er forventet at dødelighetsraten skal ligge basert på trenden de siste ti år der pandemiperioden 2020 til 2022 er utelatt. Stiplet linje markerer uke 1 i 2025. Uker innenfor det gule feltet vil ha forsinkelser i rapporteringen og er derfor foreløpige. Merk at y-aksen er trunkert og starter på 10 og ikke 0. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Antall dødsfall per uke

Det ukentlige antallet meldte dødsfall de siste ukene er gitt i Tabell 9.

Tabell 9. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 38 til uke 41, med prosentvis endring fra uken før. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 38	Uke 39	Uke 40	Uke 41*
Antall nye dødsfall	807	815	793	877
Antall dødsfall per 100 000	14,4	14,6	14,2	15,7
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	-6,5	1,0	-2,7	10,6
Median alder	82 år	81 år	82 år	82 år

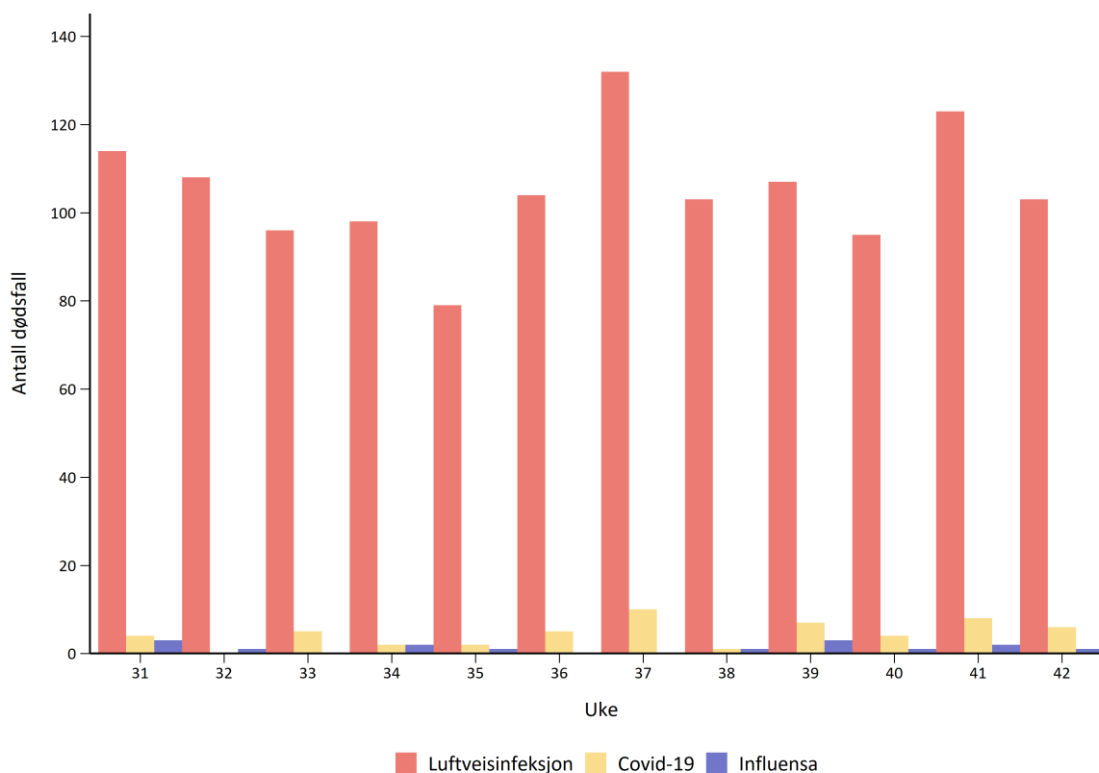
*Siste tilgjengelig uke i Dødsårsaksregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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, J02-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19) og A37 (kikhoste). Influensa-assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J09, J10 og J11. Covid-19 assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: U07.1, U07.2, U09.9, U10.9.

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 laboratiebekreftelse. 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 data fra Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret i Stat19 per 22. oktober 2025.



Figur 23. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke 28.07.2025 - 19.10.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjonsgruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 10. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker 28.07.2025 - 19.10.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Indikator	Uke											
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	114	108	96	98	79	104	132	103	107	95	123	103
Antall dødsfall assosiert med covid-19	1-4	0	5	1-4	1-4	5	10	1-4	7	1-4	8	6
Antall dødsfall assosiert med influensa	1-4	1-4	0	1-4	1-4	0	0	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4

Vaksinasjon mot covid-19 og influensa

Vaksinasjon mot covid-19 og influensa vil fra og med høsten 2025 inngå i det nye nasjonale [voksevakinasjonsprogrammet](#). Statistikk om vaksinasjon fra FHI er også tilgjengelig [her](#).

Vaksinedistribusjon

Folkehelseinstituttet startet utsending av influensavaksiner til vaksinasjonsprogrammet i uke 40, og de fleste kommuner og helseforetak mottok hovedsending med vaksine innen slutten av uke 42. Alle bestillinger fra kommunene av koronavaksine til programmet blir som tidligere fortløpende distribuert.

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

Data om vaksinasjon mot covid-19 og influensa inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (22. oktober 2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31. desember 2025 (det vil si alder for sesongen 2025/26).

Resultatene er basert på data fra SYSVAK og Folkeregisteret per 22. oktober 2025.

Siste uke fikk 40 514 personer 75 år og eldre **koronavaksine**, totalt ble 79 611 personer alle aldre vaksinert. Så langt har 57 481 personer 75 år og eldre fått koronavaksine, og totalt er 112 413 personer i alle aldre vaksinert siden starten av uke 35. Dekningen for aldersgruppen 75 år og eldre for hele landet samlet er 11 %. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 2,5 % - 20 % prosent mellom henholdsvis Vestland og Oslo.

Vaksinasjonen mot **influensa** er så vidt kommet i gang ute i kommunene, og de fleste kommuner hadde ikke mottatt vaksine ennå i uke 40. Det er til sammen vaksinert 360 169 personer, hvorav 207 205 blant personer 65 år og eldre. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 6. oktober 19 %.

Tabell 11. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) etter alder og risikogruppe, 25.08.2025 - 19.10.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Sykdom	Alder (år)	Vaksinerte personer	
		Antall	Andel (%)
Covid-19	0-8	16	<0,1
	9-17	120	<0,1
	18-64	16 851	0,5
	65-74	37 945	0,5
	65+	95 426	8,7
	75+	57 481	10,9
	Totalt, alle	112 413	2,0
Influensa	0-8	656	0,1
	9-17	1099	0,2
	18-64	151 209	4,4
	65+	207 205	19,0
	Totalt, alle aldre	360 169	6,4

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/>

- **Influenza**

WHOs influensa-sider: https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1

Det europeiske smittevernbyråets (ECDC) influensa-sider: <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, J02-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19) og A37 (kikhoste). Influensa-assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J09, J10 og J11. Covid-19 assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: U07.1, U07.2, U09.9, U10.9.

Konsultasjoner ved legekantor 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 – Integrert overvåking av luftveivirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten

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

Stat19

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

Sykehusinnleggelser

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

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

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

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

Totaldødelighet

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

I analysene har vi brukt ukentlig dødelighetsrate per 100 000 de siste ti årene som referanseperiode for å modellere forventet ukentlig dødelighetsrate per 100 000. Forventet dødelighet beregnes ved

bruk av en Bayesiansk Serfling modell som tar hensyn til aldersfordeling i befolkningen, trender i utvikling av dødelighet i referanseperioden, samt sesongmessige og ukentlig variasjon. For å unngå at forhøyet dødelighet under pandemien påvirker beregningene av forventet dødelighet er alle uker i 2020 til 2022 utelatt fra referanseperioden. Dette er samme tilnærming som den som er valgt av EuroMOMO (det europeiske overvåkningssystem for totaldødelighet) etter pandemien. For beregning av forventet dødelighet i 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. Modelltilnærmingen 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 utbruddsoppløring og pandemiforståelse. I tillegg undersøkes immuniteten mot covid-19 og influensa i befolkningen årlig gjennom seroepidemiologiske undersøkelser.