

Statusrapport for luftveisinfeksjoner

Sesongen 2025/26

Uke 46 (2025)

Publiseringsdato 20.11.2025

Innhold

Sammendrag og vurdering	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	6
Covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet).....	6
Influenalignende sykdom (ILS).....	8
Testing og påvisninger.....	10
Luftveisagens.....	10
Luftveivirus gjennom fyrårnsystemet.....	15
Overvåking av virus	18
Sirkulerende influensavirus i Norge	18
Genetisk karakterisering av influensavirus	22
A(H1N1)-virus	22
A(H3N2)-virus	24
B/Victoria-virus.....	26
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge.....	27
Sirkulerende RS-virus i Norge.....	27
Resistens mot antivirale midler.....	28
Influensavirus	28
SARS-CoV-2.....	28
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon.....	29
Sykehusinnleggelser	30
Innleggelser med luftveisinfeksjon.....	31
Sykehusinnleggelser med covid-19	33
Sykehusinnleggelser med influensa	35
Dødelighet	37
Totaldødelighet	37
Dødelighetsnivå	37
Antall dødsfall per uke.....	38

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	38
Vaksinasjon mot covid-19 og influensa	40
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	40
Vaksinering – uke for uke	42
Vaksineeffekt	43
Luftveisinfeksjoner globalt	43
Om overvåkingssystemene og datakildene	44
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	44
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)	44
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	44
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	44
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	44
Stat19	45
Sykehusinnleggelser	45
Totaldødelighet	45
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	46
Virologisk overvåking	46

Sammendrag og vurdering

- Det er økende trend i forekomsten av influensa, noen uker tidligere enn normalt. Det er mulig at influensautbruddet i år vil begynne tidligere enn vanlig. Eldre og risikogrupper bør derfor beskytte seg ved å ta influensavaksine så snart som mulig.
- Influensa: Andel prøver med påvist influensavirus var på 5 % i uke 46 etter å ha vært i øking siden uke 41. Det er geografisk og aldersmessig variasjon. I uke 46 var andel prøver med påvist influensavirus høyest i Oslo (10 %), Trøndelag (10 %), Møre og Romsdal (8 %) og Akershus (7 %). Det sees mest influensa blant skolebarn. Blant influensavirusene som påvises er det influensa A-virus som dominerer, og blant disse påvises det mer H3N2- enn H1N1-virus. Rundt 90 % av H3N2-virusene er av K-varianten. I uke 46 er det foreløpig rapportert om 60 sykehusinnleggelser med influensa, etter 76 i uke 45 og 43 i uke 44.
- Det har den siste tiden vært rettet stor oppmerksomhet mot en nyere utgave av influensa A(H3N2)-viruset, kalt "K". H3N2-virus har sirkulert i Norge de siste sesongene, men det er flere år siden dette viruset har dominert influensautbruddene. K-varianten er noe forskjellig fra H3N2-virus som har vært i omløp de siste årene. Norge og flere andre land i Europa og på den nordlige halvkule erfarer denne høsten at influensaforekomsten øker flere uker tidligere enn normalt, og at dette skyldes denne nye H3N2-varianten. Det er ingenting så langt som tyder på at K-varianten gir endret symptombilde eller mer alvorlig sykdom. Sesongen i fjor var spesielt hard i Norge med mange smittede og innlagte. Så langt er antall smittede og sykehusinnlagte i Norge lavt, og aldersfordelingen blant disse er som vanlig. Det er for tidlig å anslå hvilken betydning varianten vil ha for influensautbruddet som kommer. Sannsynligvis vil det være betydelig mer influensa i omløp før jul enn det pleier. Det haster derfor med vaksinasjon av risikogrupper og helsepersonell med pasientkontakt. Tidlige resultater fra [Storbritannia](#) indikerer at vaksinasjon gir moderat effekt også mot denne nye K-varianten. Folkehelseinstituttet følger situasjonen nøye og vil publisere en "Utsikter for sesongen"-rapport med nærmere vurderinger når det foreligger mer data og når selve influensautbruddet er i gang. ECDC ventes også å publisere en risikovurdering av situasjonen med ny variant innen kort tid.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 gikk ned til 4 % i uke 46 etter å ha ligget på mellom 5 % og 6 % de forutgående fire ukene. I uke 46 er det foreløpig rapportert om 74 sykehusinnleggelser med covid-19, etter 89 i uke 45. Det er fremdeles varianten XFG som dominerer.
- Rhinovirusinfeksjon: Andel prøver med påvist rhinovirus gikk ned til 15 % i uke 46 etter å ha ligget på mellom 16 % og 17 % de forutgående tre ukene. Andel positive prøver er høyest i aldersgruppen 0-4 år. Rhinovirus ble påvist i omtrent 180 prøver fra innlagte pasienter i uke 46.
- Den observerte totaldødeligheten har vært stabil de siste ukene og ligger innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon har vært relativt stabilt de siste ukene.
- Vaksinasjon mot influensa: Aldersgruppen 65 år og eldre samt yngre personer i risikogruppene anbefales influensavaksine før vinteren. Det er registrert nær 1,2 millioner

vaksinasjoner i SYSVAK, hvorav over 630 000 er i aldersgruppen over 65 år. Per 16. november var 58 % 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 16. november var 39 % 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](#). Vaksineringsstartet 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](#).
- Antiviralia mot influensa: Antiviral behandling kan redusere risikoen for alvorlig sykdomsforløp. For personer med økt risiko for alvorlig influensas sykdom, bør lege vurdere behovet for antiviral behandling så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Se [Bruk av antiviralia mot influensa](#). Sykehus, sykehjem og apotek bør ha antivirale legemidler mot influensa tilgjengelig.

Se også [FHIs nye dashboard for luftveisstatistikk](#).

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

Sykdom	Uke						
	41	42	43	44	45	46	44-46
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)¹
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	9,2 %	8,6 % ▼	9,1 %	8,7 %	9,3 % ▲	9,3 % ▲	3,9 % (3 %, 4,9 %)
Antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon	1 063	1 019	1 120	959 (959-996)*	941 (942-1 056)*	-	-
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	123	108	118 ▼	118 ▼	128 (128-133)* ▼	90 (90-101)* ▼	-
Covid-19							
Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 blant alle konsultasjoner	0,1 %	0,08 % ▼	0,09 %	0,08 %	0,08 %	0,08 %	-0,52 % (-10,2 %, 9,1 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	6,5 %	6,1 %	5,5 % ▼	5,4 %	5,2 %	4,1 % ▼	-13,8 % (-21,1 %, -6,6 %)
Antall varslede covid-19 utbrudd i helseinstitusjoner	1	1	0	1	1	0	-
Antall sykehusinnleggelser med covid-19	124	102	121	102	89	74	-
Antall covid-19 assosierte dødsfall	8	7	8	4	7	1-4	-10,4 % (-74,5 %, 54,6 %)
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	0,3 %	0,3 %	0,3 % ▲	0,4 % ▲	0,5 % ▲	0,6 % ▲	22,2 % (18,3 %, 26,1 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede	2,2 % ▲	2,6 % ▲	4,2 % ▲	4,9 % ▲	5,7 % ▲	5,3 %	3,9 % (-3,1 %, 10,8 %)
Antall varslede influensautbrudd i helseinstitusjoner	0	0	0	1	0	0	-
Antall sykehusinnleggelser med influensa	31	28	68	43	76	60	-
Antall influensarelaterte dødsfall	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	-
Rhinovirus							
Andel positive prøver for rhinovirus blant de testede	18 % ▼	17 % ▼	17 %	16 %	16 %	15 % ▼	-5,3 % (-10,2 %, -0,51 %)
Antall positive prøver for rhinovirus blant innlagte	188	171	192	179 (179-180)*	180 (180-182)*	179 (179-197)*	0,96 % (-9,5 %, 11,7 %)

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

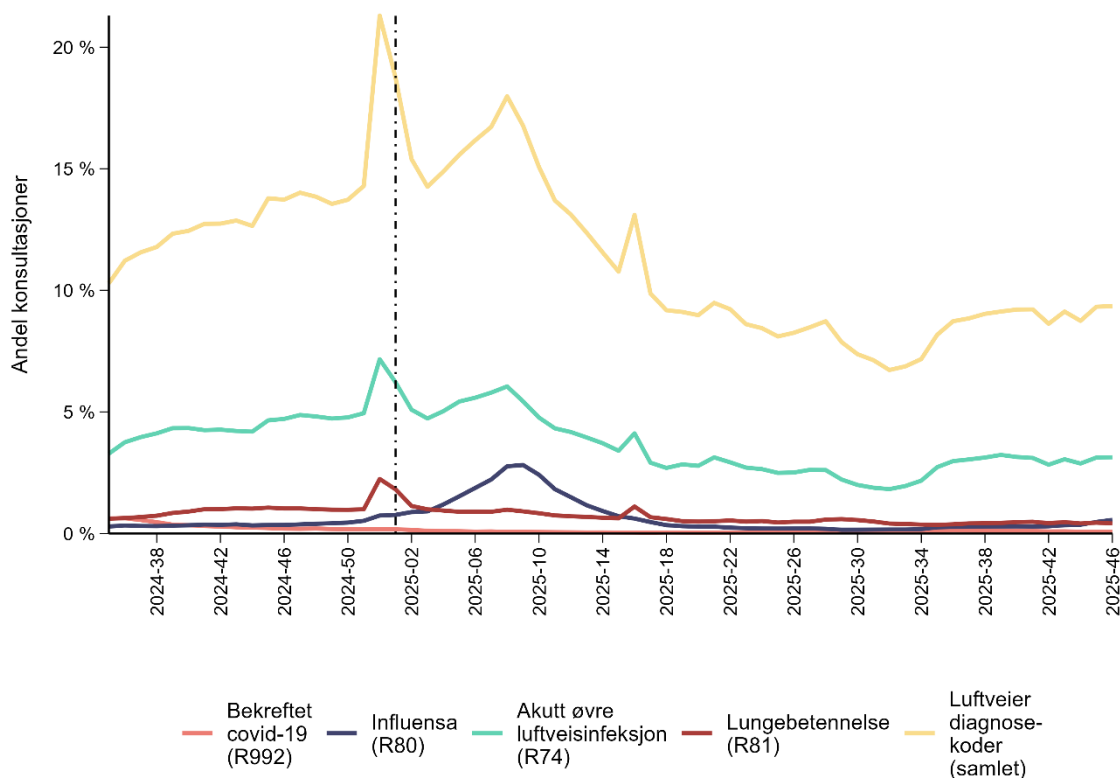
1 For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten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

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)

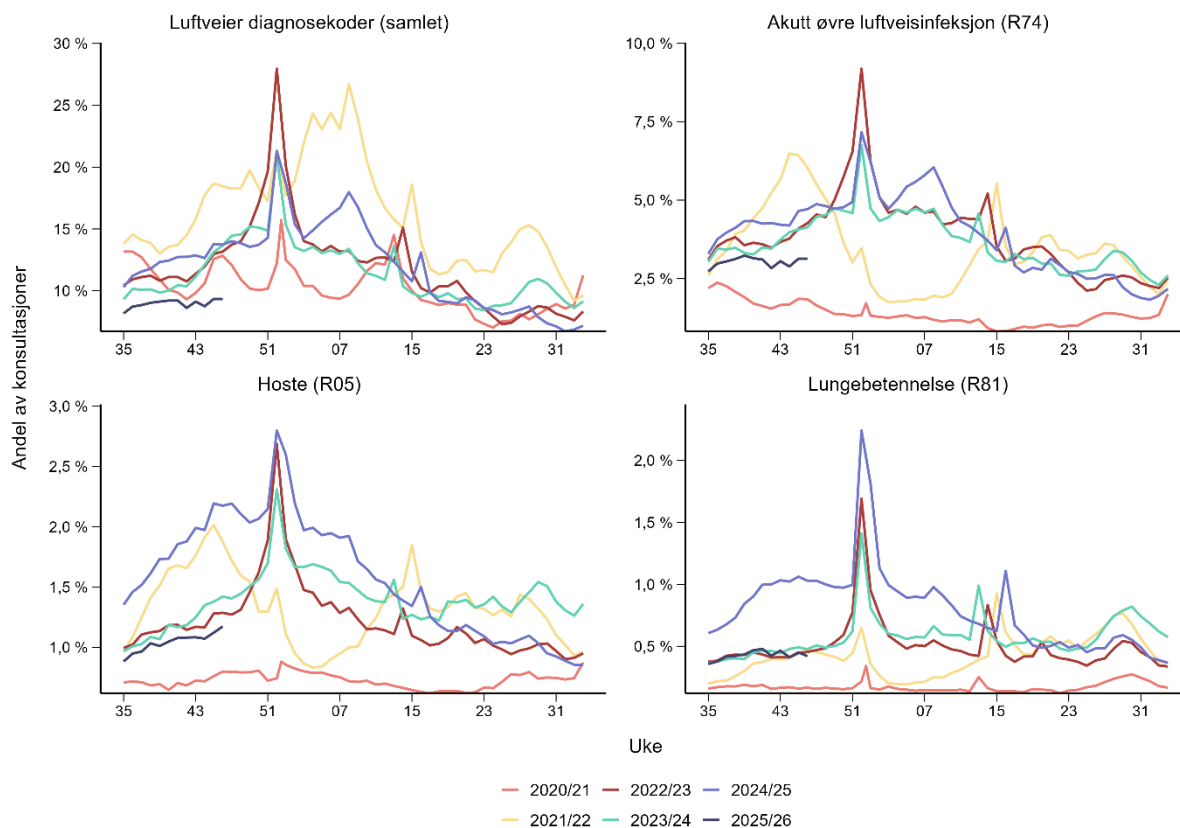
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS). Overvåkingen gjennom NorSySS gir en indikasjon på sykdomsutviklingen i befolkningen og oversikt over eventuelle utbrudd, uten å gi et 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. Toppene ved jul, nyttår, og påske- og vinterferie kan delvis skyldes 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 19. november 2025.

Nivåinndelingene for influensaaktivitet baseres på data fra foregående sesonger. Derfor varierer terskelverdiene noe fra sesong til sesong. Sesongens influensautbrudd defineres normalt som i gang når andelen influensa (R80)/ influensalignende sykdom (ILS) overskrider terskelen for «lav» intensitet. Nivåinndeling for influensaaktivitet for fylker og aldersgrupper er beregnet ved hjelp av data fra foregående sesonger for aktuelt geografisk område eller aldersgruppe.

Covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveisdiagnosekoder (samlet)

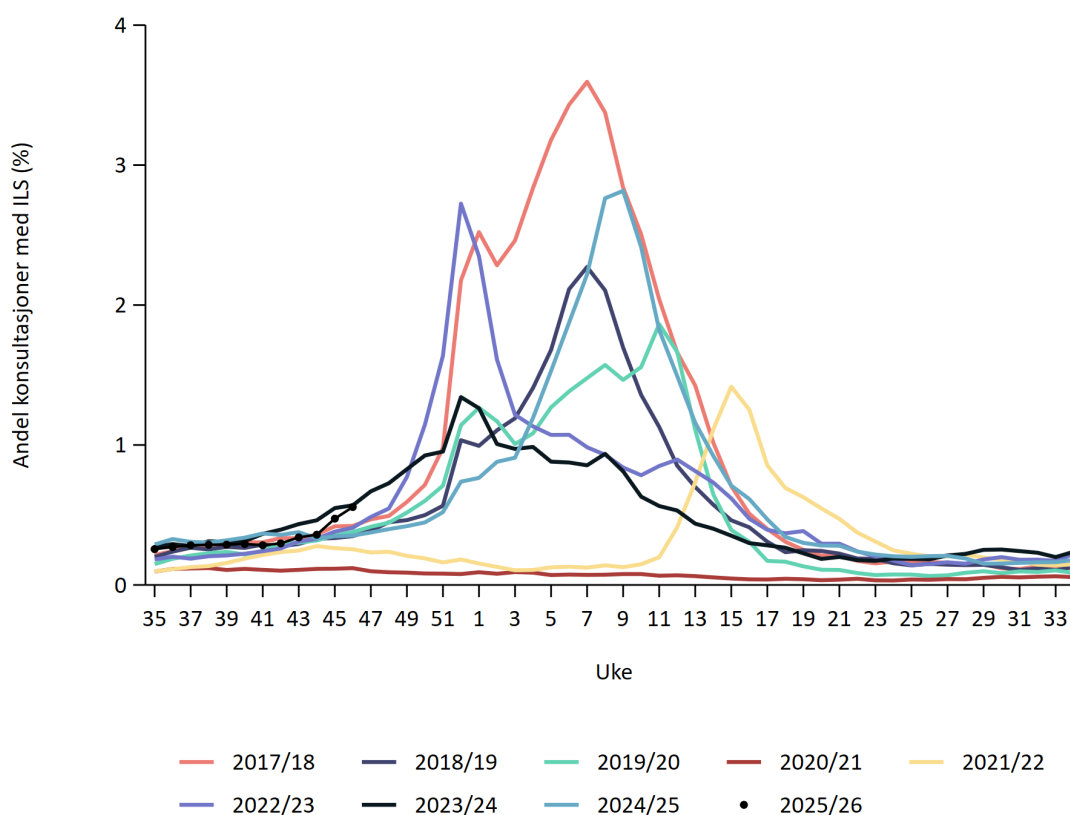


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveisdiagnosekoder (samlet), 26.08.2024 - 16.11.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdiagnosekoder (samlet)» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

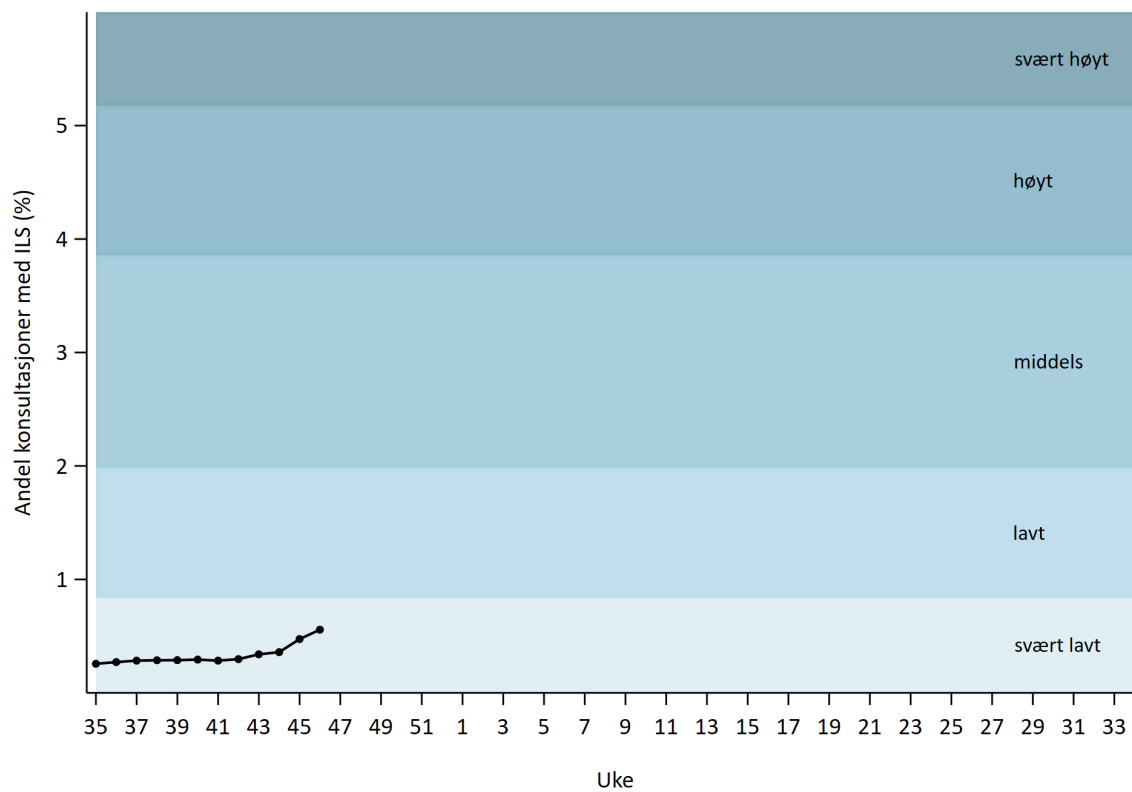


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 24.08.2020 - 16.11.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisdiagnosekoder samlet» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, 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, 28.08.2017- 16.11.2025. Tallene for siste uke kan bli justert noe opp eller ned i neste rapport. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



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

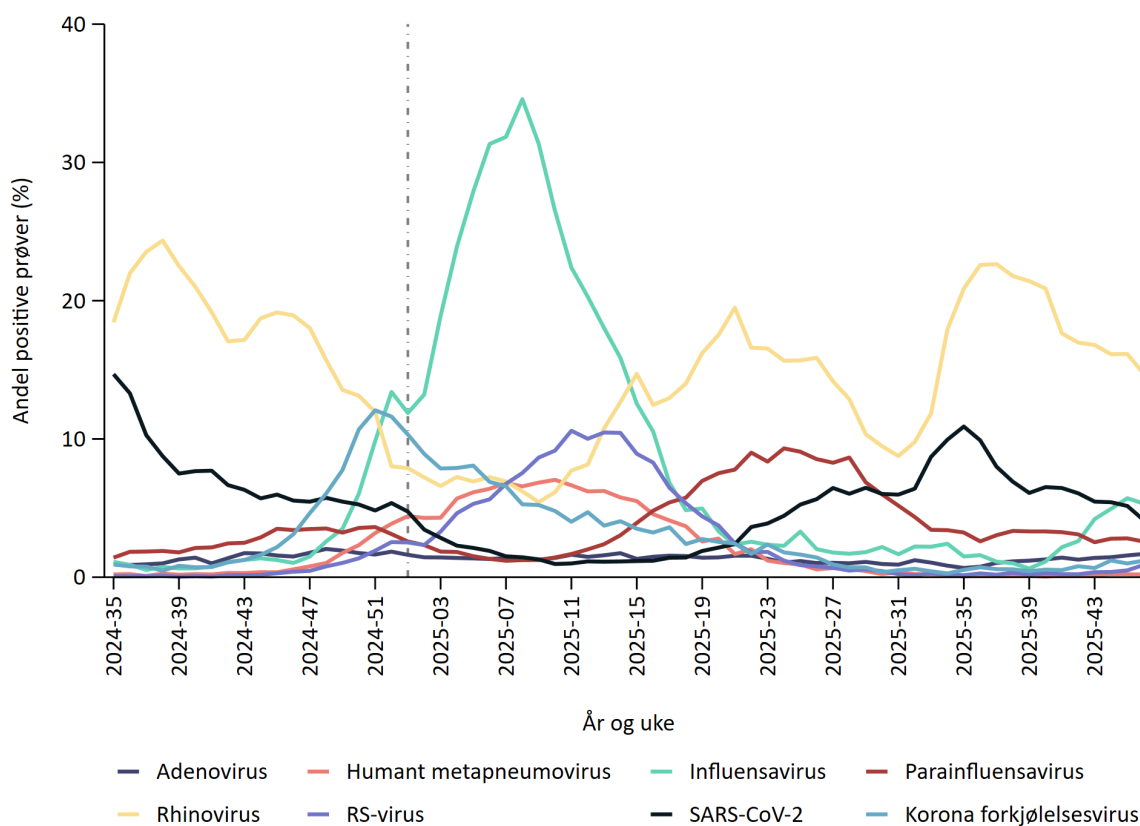
Testing og påvisninger

Luftveisagens

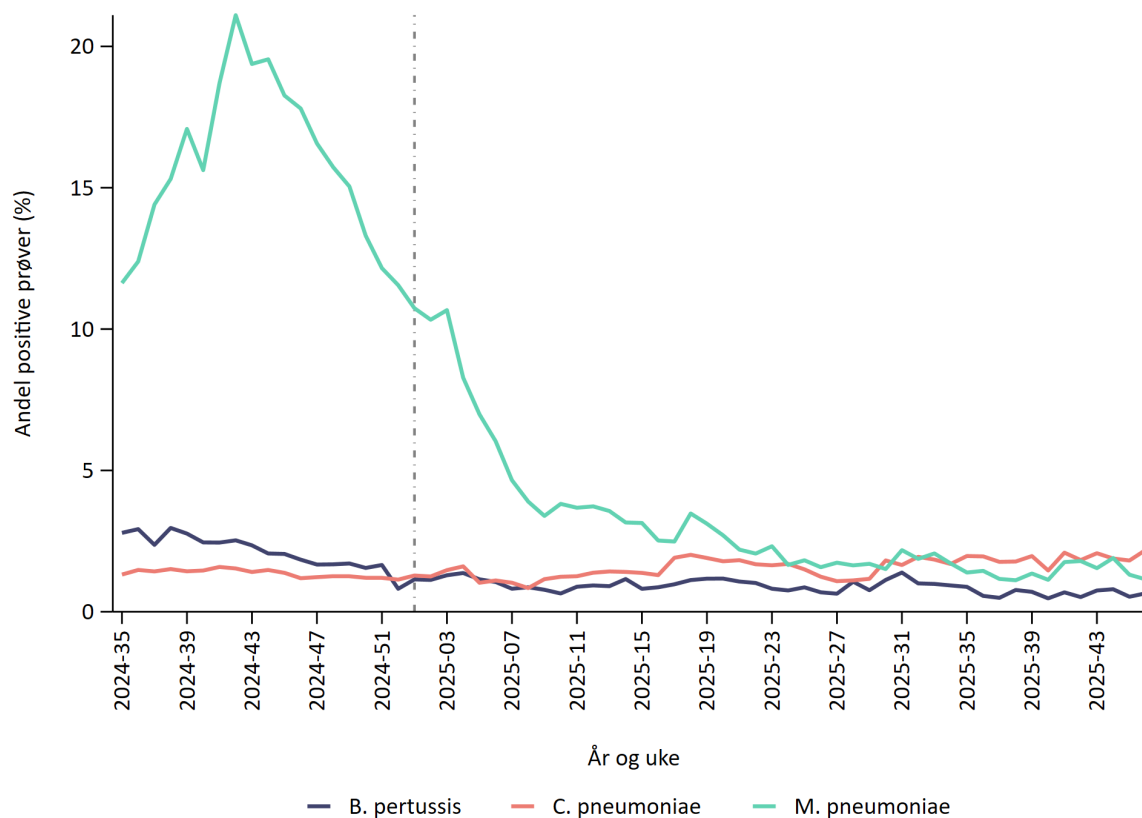
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae*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

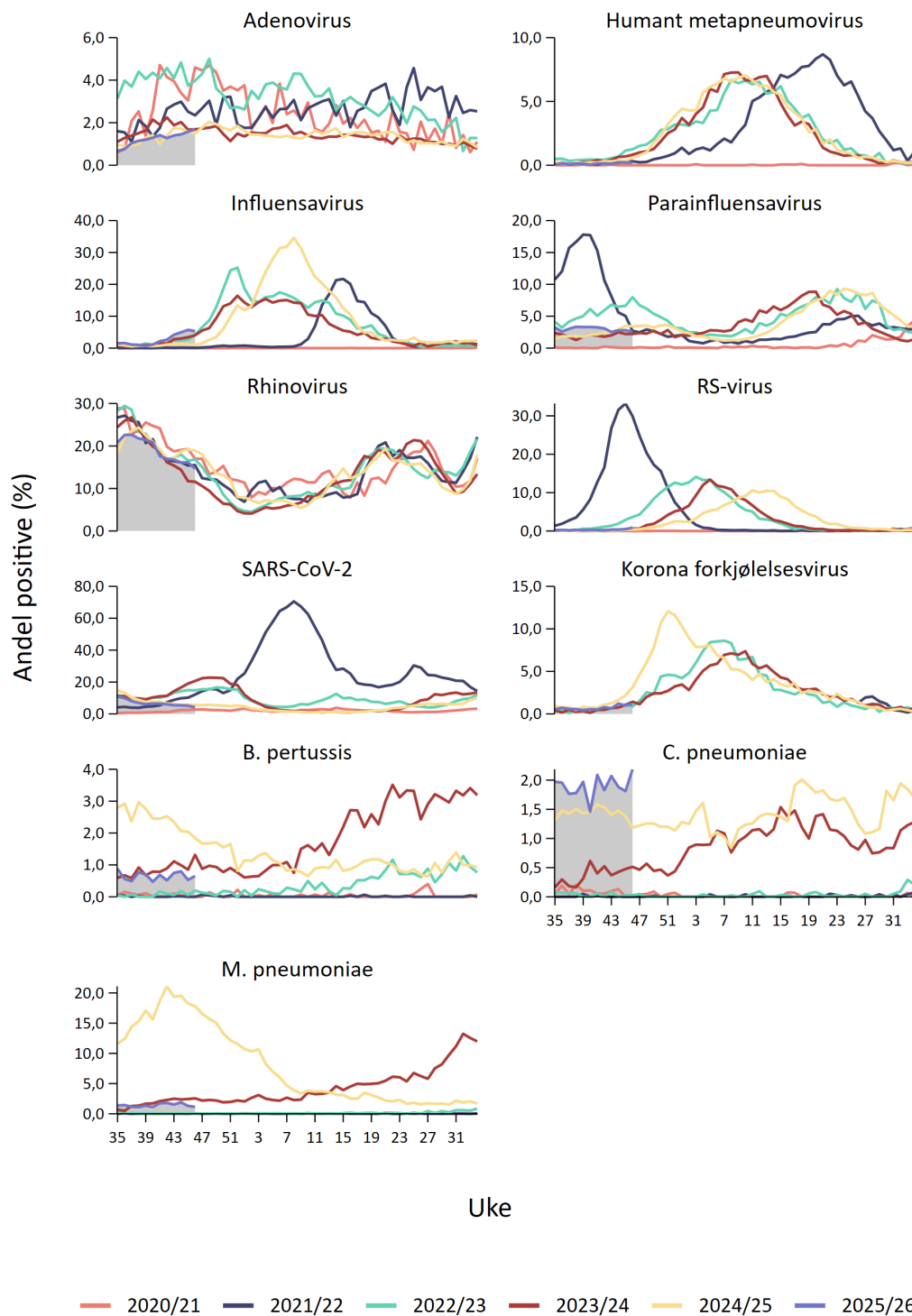
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 19. november 2025.



Figur 5. Andel PCR-analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 26.08.2024–16.11.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

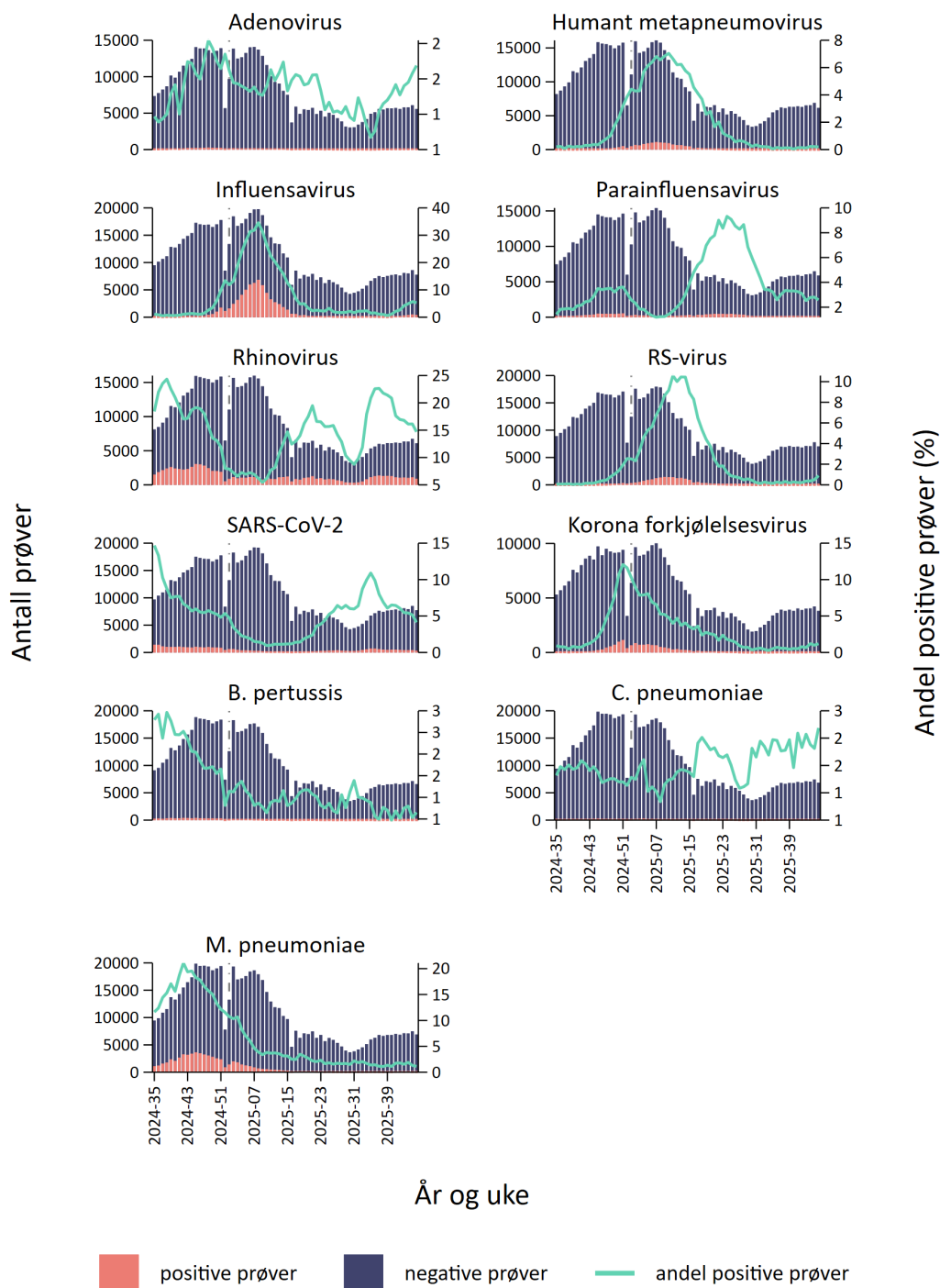


Figur 6. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, Norge, 26.08.2024 – 16.11.2025. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 7. 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 – 16.11.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 8. 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 – 16.11.2025. Svart stiptet 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, 06.10.2025 – 16.11.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 44-46
		41	42	43	44	45	46	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,4 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,6 %	1,7 %	7,7 % (-7,1 %, 22,5 %)
	Antall positive	81	71	81	84	96	94	-
	Antall tester	5 707	5 573	5 780	5 791	6 083	5 566	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	-8 % (-46,2 %, 29,7 %)
	Antall positive	9	9	8	15	15	12	-
	Antall tester	6 405	6 281	6 517	6 544	6 892	6 159	-
Influenzavirus	Andel positive	2,2 % ▲	2,6 % ▲	4,2 % ▲	4,9 % ▲	5,7 % ▲	5,3 %	3,9 % (-3,1 %, 10,8 %)
	Antall positive	170	199	340	396	492	414	-
	Antall tester	7 811	7 619	8 083	8 002	8 608	7 763	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	3,3 %	3,1 %	2,5 % ▼	2,8 %	2,8 %	2,6 %	-3,8 % (-14,8 %, 7,2 %)
	Antall positive	194	180	153	170	182	152	-
	Antall tester	5 952	5 810	6 034	6 091	6 471	5 878	-
Rhinovirus	Andel positive	18 % ▼	17 % ▼	17 %	16 %	16 %	15 % ▼	-5,3 % (-10,2 %, -0,51 %)
	Antall positive	1 094	1 040	1 069	1 022	1 089	894	-
	Antall tester	6 204	6 128	6 363	6 336	6 745	6 079	-
RS-virus	Andel positive	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,9 % ▲	45,1 % (22,9 %, 68,1 %)
	Antall positive	16	15	26	27	39	63	-
	Antall tester	6 990	6 826	7 105	7 080	7 781	7 044	-
SARS-CoV-2	Andel positive	6,5 %	6,1 %	5,5 % ▼	5,4 %	5,2 %	4,1 % ▼	-13,8 % (-21,1 %, -6,6 %)
	Antall positive	508	465	442	431	439	320	-
	Antall tester	7 871	7 657	8 079	7 941	8 512	7 740	-
Korona forkjølelsvirus	Andel positive	0,5 %	0,8 %	0,7 %	1,2 % ▲	1 %	1,2 %	-0,5 % (-21,4 %, 20,4 %)
	Antall positive	21	31	27	49	42	46	-
	Antall tester	4 037	3 893	4 025	4 038	4 211	3 813	-
B. pertussis	Andel positive	0,7 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %	0,5 %	0,7 %	-11,3 % (-32,5 %, 9,7 %)
	Antall positive	46	34	51	54	38	43	-
	Antall tester	6 688	6 543	6 778	6 768	7 138	6 591	-
C. pneumoniae	Andel positive	2,1 %	1,8 %	2,1 %	1,9 %	1,8 %	2,2 %	7,8 % (-4,2 %, 19,9 %)
	Antall positive	146	125	147	133	135	150	-
	Antall tester	6 981	6 835	7 095	7 058	7 448	6 859	-
M. pneumoniae	Andel positive	1,8 % ▲	1,8 % ▲	1,5 %	1,9 %	1,3 %	1,1 % ▼	-26,8 % (-41 %, -12,8 %)
	Antall positive	123	123	110	135	98	79	-
	Antall tester	6 998	6 854	7 129	7 096	7 472	6 898	-

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 influensavirus, rhinovirus og SARS-CoV-2 etter alder de siste 2 ukene, 03.11.2025 – 16.11.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Alder (år)	Uke 45			Uke 46		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
Influensavirus							
	0-4	633 (230,2)	32 (11,6)	5,1	595 (216,3)	56 (20,4)	9,4
	5-14	428 (68,2)	58 (9,2)	13,6	413 (65,8)	67 (10,7)	16,2
	15-29	1201 (115,1)	120 (11,5)	10,0	1118 (107,1)	73 (7)	6,5
	30-64	3387 (130,9)	172 (6,6)	5,1	3022 (116,8)	133 (5,1)	4,4
	65-79	1855 (234,9)	75 (9,5)	4,0	1617 (204,7)	55 (7)	3,4
	80+	1104 (408,1)	35 (12,9)	3,2	998 (368,9)	30 (11,1)	3,0
Rhinovirus							
	0-4	560 (203,6)	207 (75,3)	37,0	517 (188)	156 (56,7)	30,2
	5-14	375 (59,8)	74 (11,8)	19,7	374 (59,6)	75 (12)	20,1
	15-29	1008 (96,6)	193 (18,5)	19,1	957 (91,7)	142 (13,6)	14,8
	30-64	2816 (108,8)	400 (15,5)	14,2	2500 (96,6)	311 (12)	12,4
	65-79	1324 (167,6)	157 (19,9)	11,9	1136 (143,8)	145 (18,4)	12,8
	80+	662 (244,7)	58 (21,4)	8,8	595 (219,9)	65 (24)	10,9
SARS-CoV-2							
	0-4	632 (229,8)	19 (6,9)	3,0	596 (216,7)	16 (5,8)	2,7
	5-14	419 (66,8)	7 (1,1)	1,7	413 (65,8)	8 (1,3)	1,9
	15-29	1187 (113,7)	45 (4,3)	3,8	1119 (107,2)	37 (3,5)	3,3
	30-64	3346 (129,3)	184 (7,1)	5,5	3028 (117)	122 (4,7)	4,0
	65-79	1844 (233,5)	92 (11,6)	5,0	1604 (203,1)	76 (9,6)	4,7
	80+	1084 (400,7)	92 (34)	8,5	980 (362,2)	61 (22,5)	6,2

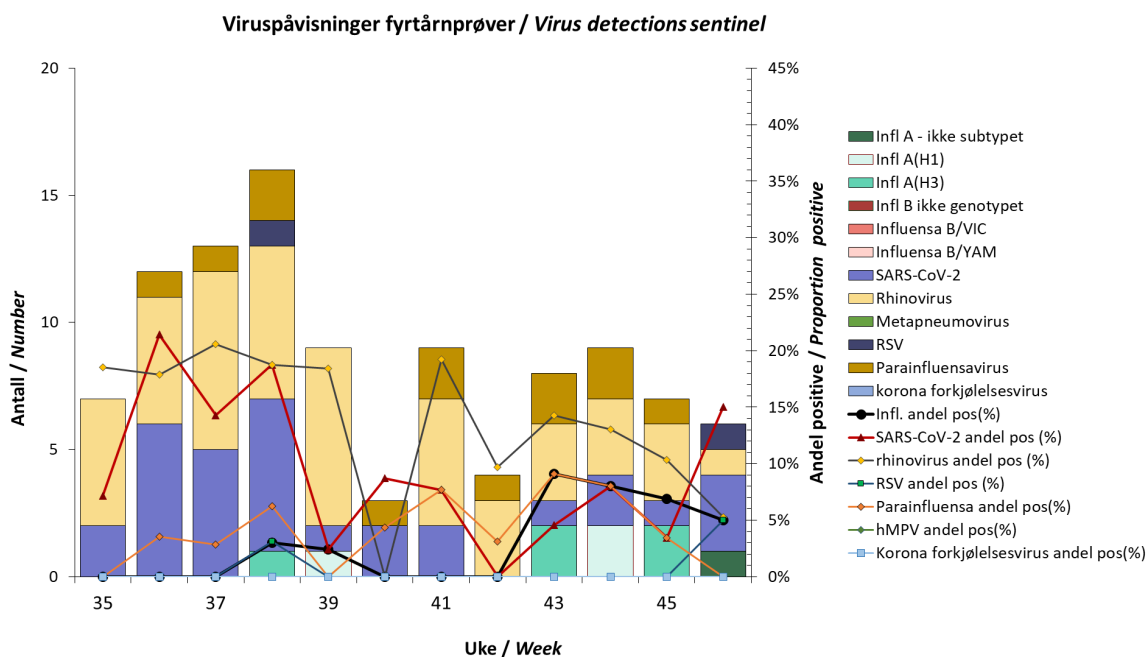
Luftveisvirus gjennom fyrtårnsystemet

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

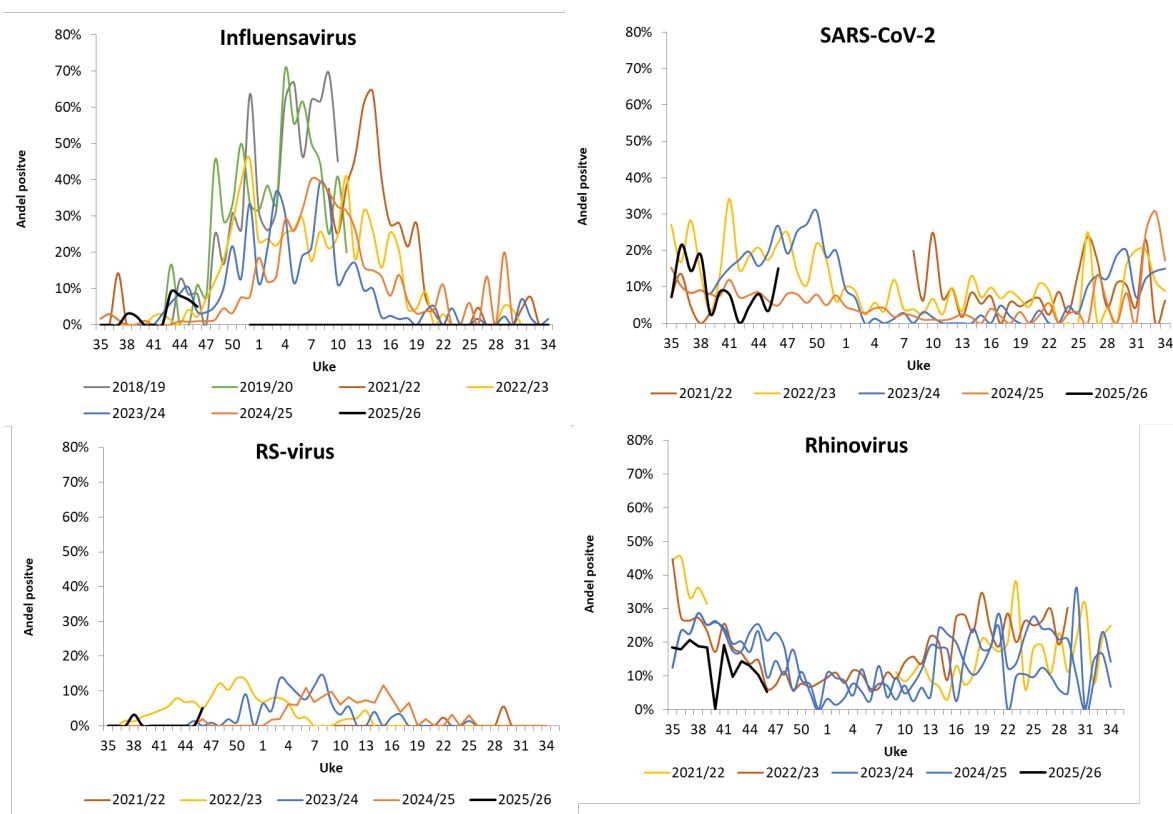
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 19. november 2025.

For uke 46/2025 er det hittil analysert 20 fyrtårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking og av disse er det påvist luftveisvirus i 30 %. Siden starten av uke 35 er det analysert 292 prøver. Rhinovirus har i perioden vært det vanligste funnet og har typisk ligget i området 10 - 20 % andel positive. SARS-CoV-2 har vært nest vanligst og har blitt påvist i 9 % av prøvene, Ett influensa A-virus ble påvist i uke 46 og to influensa A i uke 45; Begge disse var subtype H3. I tidligere uker siden uke 35 er det påvist tre hver

av subtype H1 og H3. Det er ikke påvist influensavirus B i fyrtårnprøver denne høsten. Det er for øvrig påvist noe parainfluenzavirus (4 % i perioden), og kun to tilfeller med RSV.



Figur 9. Antall laboratoriebekreftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrtårnprøver fra uke 35/2025 til og med uke 46/2025, samt andel positive for en rekke luftveisvirus. Siste ukes data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.



Figur 10. Andel positive fyrtårnprøver denne sesongen (fra uke 35/2025, svart linje), sammenlignet med seks foregående sesonger, for influensavirus, SARS-CoV-2, RSV og rhinovirus. 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 ved FHI.

Tabell 4. Ukentlig antall fyrtårnprøver og andel positive (%) luftveisvirus seks siste uker. Data for siste uke er ikke komplette, og for noen virus kan antall testede være mindre komplett. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.

Uke	41	42	43	44	45	46
Antall prøver	26	32	22	25	29	20
Influenzavirus	0 %	0 %	9 %	8 %	7 %	5 %
Influenza A-virus	0 %	0 %	9 %	8 %	7 %	5 %
Influenza B-virus	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
SARS-CoV-2	8 %	0 %	5 %	8 %	3 %	15 %
RS-virus	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %
Rhinovirus	19 %	10 %	14 %	13 %	10 %	5 %
Parainfluenzavirus	8 %	3 %	9 %	8 %	3 %	0 %
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, koronavirus med alvorlig utbruddspotensiale og 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 virusdyrkning 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 ved FHI, oppdatert 19. november 2025.

Nasjonale overvåkingsdata om luftveivirus 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 luftveivirusene

Forekomst og endringer i virus undersøkes med helgenomsekvensering av prøver som sendes inn gjennom luftveivirus 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 luftveivirus 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](#).

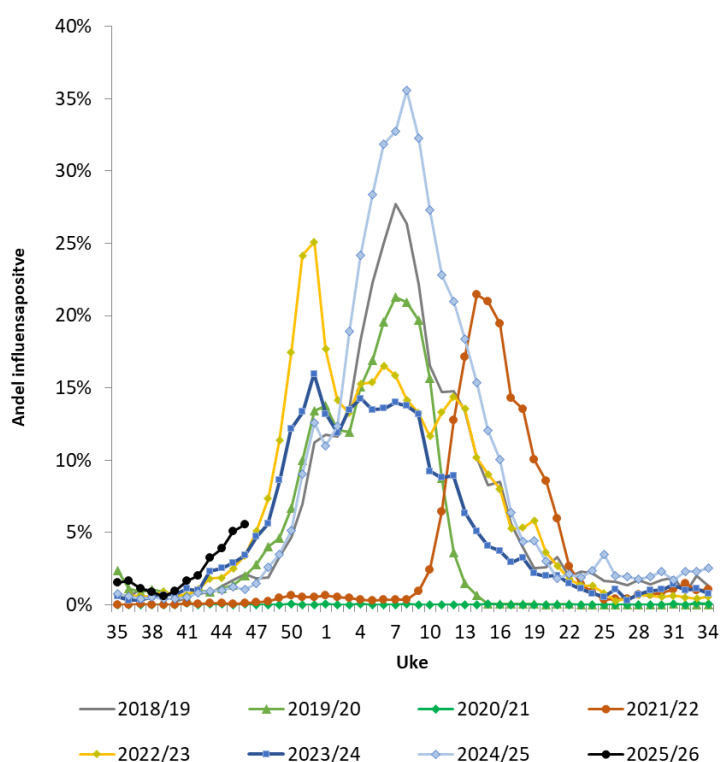
Sirkulerende influensavirus i Norge

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](#)

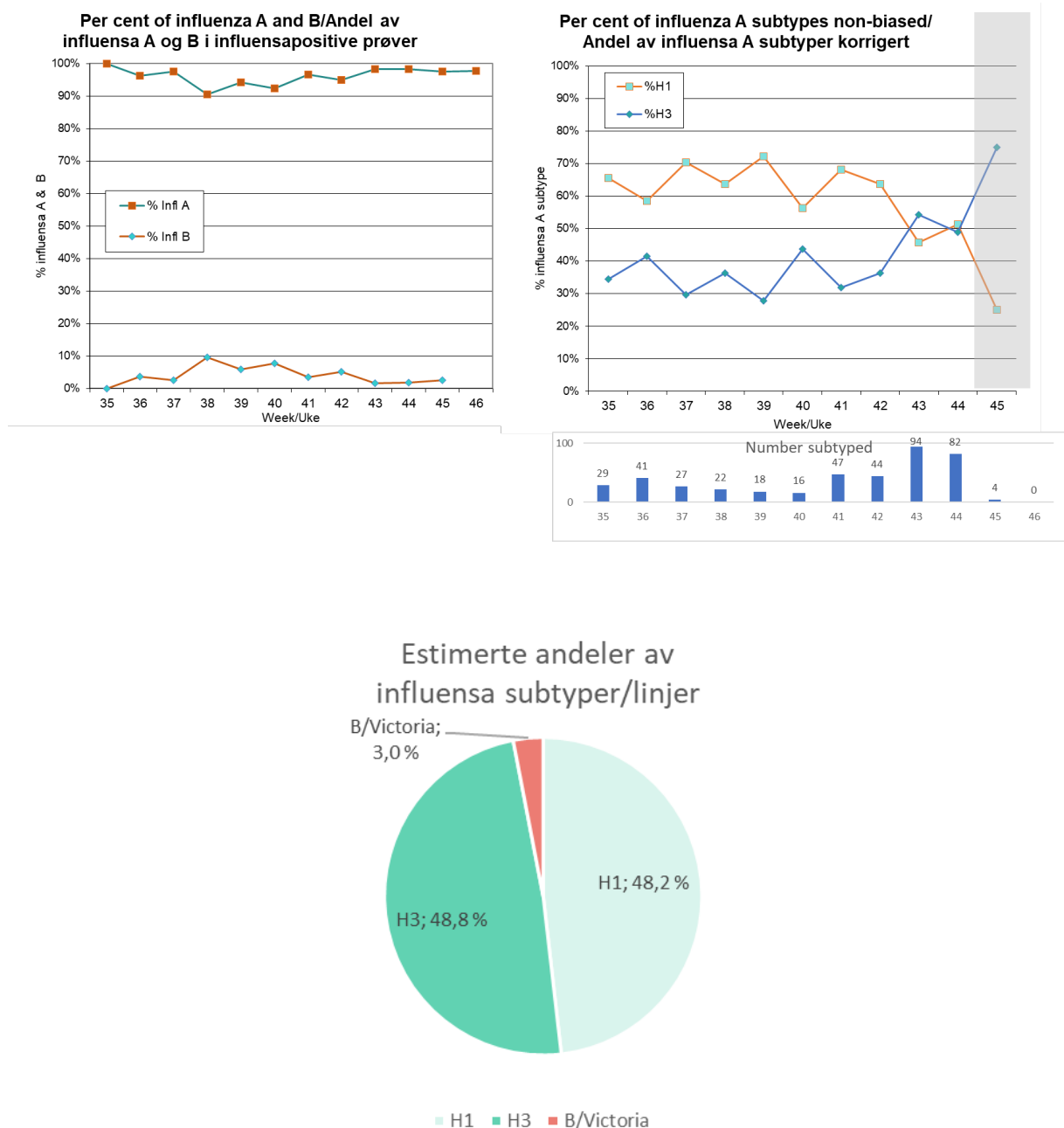
Siden uke 35 som vi har satt som start på overvåkingsperioden, er prøver fra 84 412 pasienter undersøkt for influensavirus ved medisinsk mikrobiologiske laboratorier i Norge.

Forekomsten av påvist influensa har holdt seg meget lav gjennom sommeren og tidlig høst, men med stigende tendens siden uke 42. Andelen influensapositive blant de testede lå i uke 46 på 5,5 % (Figur 11). I perioden er det påvist 1 986 influensa A, hvorav flertallet av de 490 subtypede har vært subtype H1 (58 %) og resten H3. De siste ukene har imidlertid andelen H3 økt. Av 59 påviste influensa

B-virus er foreløpig seks linjebestemt til B/Victoria-linje virus. Ukentlige andeler av de ulike influensavirusene gjennom perioden er vist i Figur 12, øverst. Anslåtte andeler av de tre sirkulerende influensavirusene A(H1N1), A(H3N2) og B/Victoria gjennom 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 12, nederst). I følge en slik beregning er influensa A(H1N1) og A(H3N2) omtrent like vanlige i perioden (rundt 48 %), med mye mindre B/Victoria (3 %).



Figur 11. 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 FHI.



Figur 12. Laboratiebekreftede 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 subtypene. Det aller meste av de viste subtypingene er dermed prøver som er oversendt til FHI og undersøkt ved referanselaboratoriet her. Minigrafen under subtypingene viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukas 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 Laboratedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Fordelingen av influensa A subtyper er litt ulik i de forskjellige delene av landet med størst forekomst av influensa A(H3) på deler av Østlandet og i Midt-Norge, mens influensa A(H1) er i flertall på Vestlandet og i nord (Tabell 5).

Tabell 5. Fylkesvise andeler (%) influensa A subtyper H1 og H3 blant influensa A-prøver fra uke 43-45 oversendt til FHI. Tallene for siste uker er ukomplette. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

Fylke	Antall subtypet	%H1	%H3
Østfold	17	47 %	53 %
Akershus	57		65 %
Oslo	79	22 %	78 %
Vestfold	7	29 %	71 %
Telemark	2	0 %	100 %
Innlandet	11	64 %	36 %
Buskerud	11	91 %	9 %
Rogaland	24	79 %	21 %
Vestland	9	78 %	22 %
Møre og Romsdal	12	42 %	58 %
Trøndelag	21	38 %	62 %
Nordland	7	100 %	0 %
Troms	2	100 %	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+	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
202535	0,6 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
202536	1,1 %	0,3 %	2,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,9 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
202537	1,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
202538	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,9 %	0,1 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
202539	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,8 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
202540	0,4 %	0,2 %	1,2 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %	0,7 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
202541	1,6 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	1,6 %	0,1 %	1,8 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
202542	1,5 %	0,4 %	3,5 %	0,3 %	2,1 %	0,1 %	1,7 %	0,0 %	2,3 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %
202543	1,3 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %	3,0 %	0,1 %	3,1 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %
202544	5,1 %	0,0 %	8,2 %	0,0 %	3,8 %	0,0 %	3,8 %	0,1 %	3,1 %	0,1 %	2,1 %	0,1 %
202545	4,2 %	0,0 %	11,5 %	0,0 %	8,0 %	0,4 %	4,3 %	0,1 %	3,7 %	0,1 %	3,2 %	0,0 %
202546	9,5 %	0,4 %	16,0 %	0,3 %	6,5 %	0,1 %	4,4 %	0,1 %	3,5 %	0,1 %	3,0 %	0,0 %

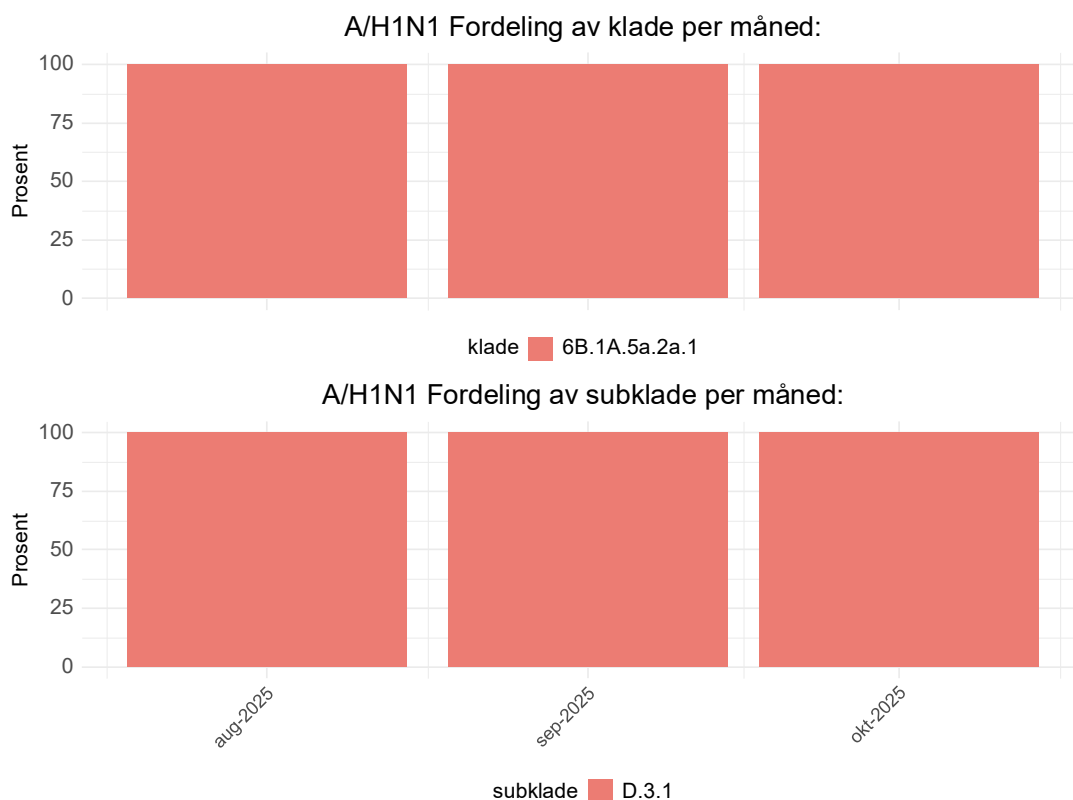
Genetisk karakterisering av influensavirus

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>

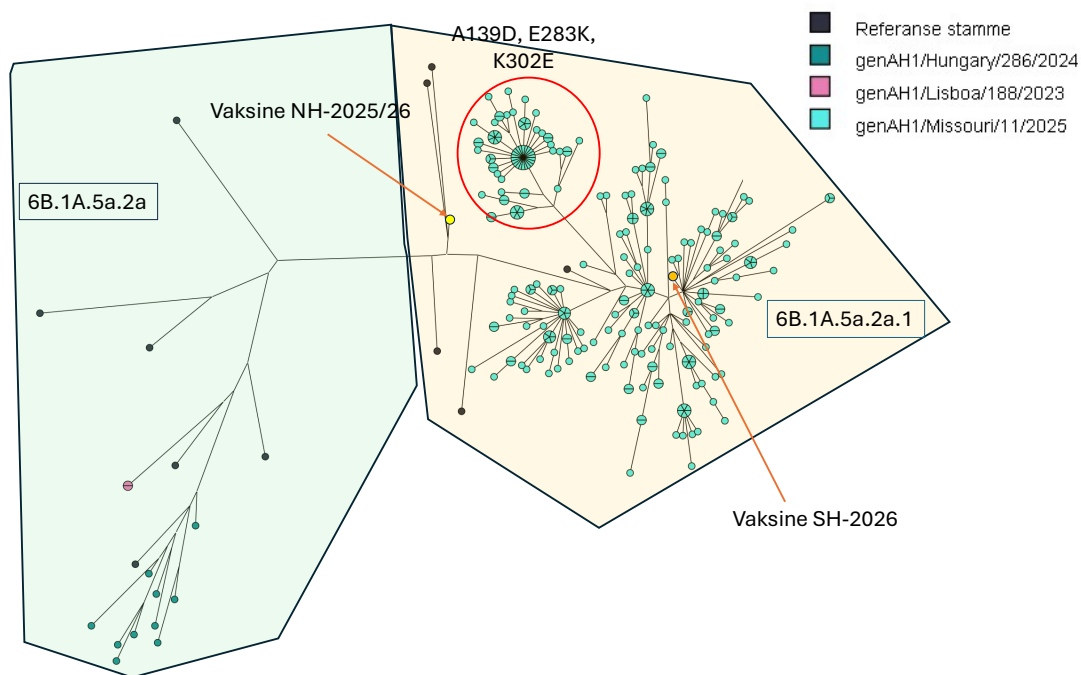
Så langt i denne nye 2025/26-sesongen har vi sekvensert 166 influensavirus, 90 H1N1, 75 H3N2, og ett B/Victoria.

A(H1N1)-virus

Ved oppstarten av den nye 2025/26-sesongen er det fortsatt virus i kladen **6B.1A.5a.2a.1**, som har sirkulert siden mars/april, som er i omløp. Alle virusene tilhører dessuten underkladen **D.3.1**, som tok over i mai 2025 (Figur 13, Figur 14, Tabell 7). De nyeste virusene i Norge klusterer sammen og har tilleggsmutasjonene i hemagglutinin: **A139D**, **E283K** og **K302E** (Figur 14). H1-vaksinekomponenten for vintersesongen 2025/26 på den nordlige halvkule tilhører også samme klade og er basert på et A/Victoria/4897/2022-lignende **6B.1A.5a.2a.1**-virus i subklade **D**. WHO har likevel endret H1-vaksinekomponenten for den sørlige halvkules neste vintersesong (2026) for å bedre samsvare med de nyere **D.3.1**-variantene.



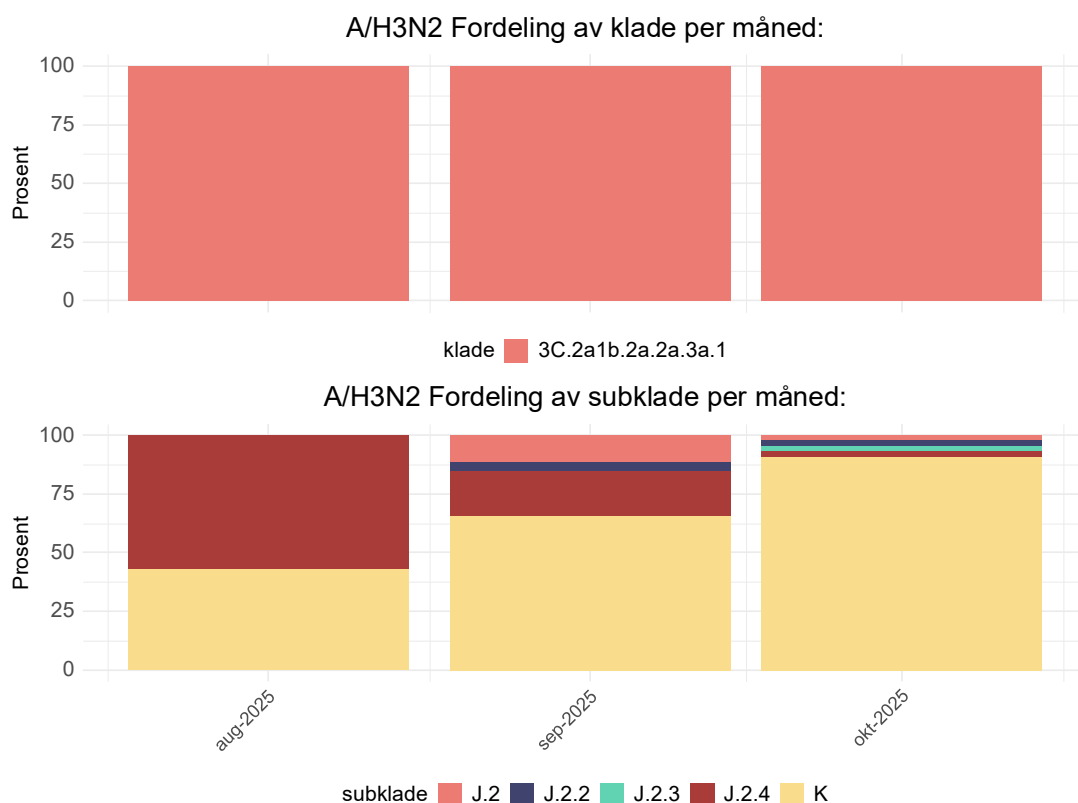
Figur 13. Fordeling av klade og subklade for A/H1N1-virusene i Norge, sesongen 2025/26. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



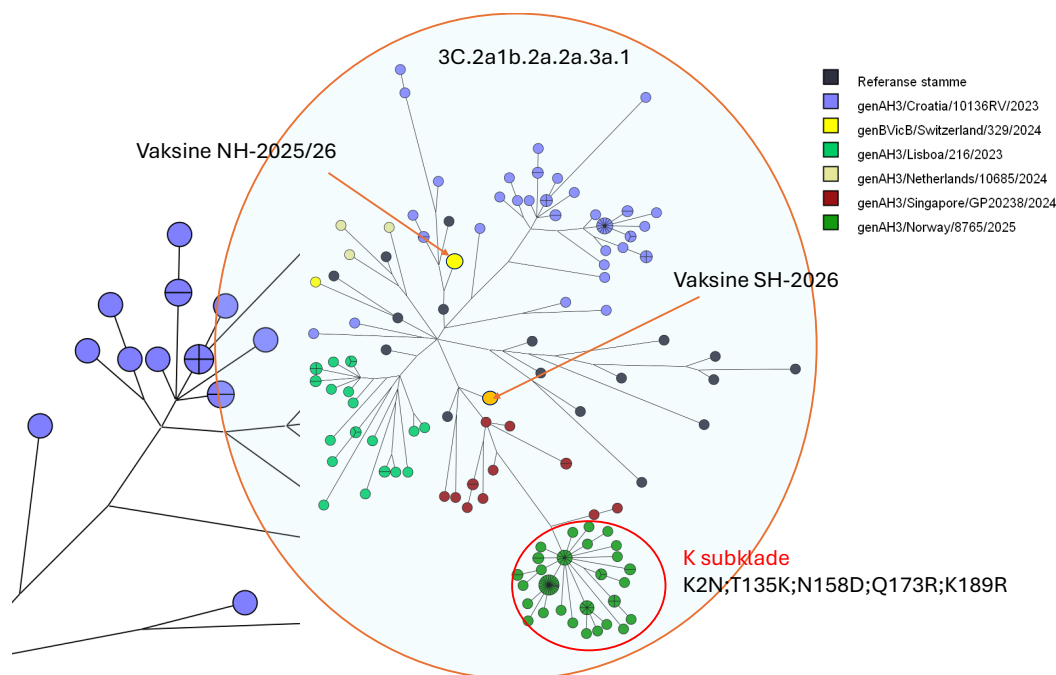
Figur 14. Fylogenetisk sammenstilling av H1N1-virus i Norge i sesongene 2024/25 og 2025/26. Maximum parsimony-tre basert på helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutininsekvensen til H1N1-influensa grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for den nordlige halvkule (NH) og den sørlige halvkule (SH), fargekodet etter ECDC-rapporteringskategorier. De nyeste virusene er markert med en rød sirkel. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

A(H3N2)-virus

I løpet av influensas sesongen 2024/25 og nå ved starten av 2025/26 sirkulerer kun virus tilhørende H3N2 kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 virus. I august 2025 ble en ny driftet undervariant av denne kladen, **J.2.4**, påvist i en økende andel av prøvene, både i Norge og andre land, og disse har blant annet nøkkelmutasjonene **T135K** og **K189R** i hemagglutininnet. En videre mutert undervariant, **K**, med ekstra nøkkelmutasjoner **K2N** og **Q173R** utgjør nå den største delen av H3N2-påvisningene i starten av den nye sesongen i Norge (Figur 15, Figur 16, Tabell 7). **K**-virusene er markert med rød sirkel i den fylogenetiske sammenstillingen (Figur 16).



Figur 15. Fordeling av klade og subklade for A/H3N2-virusene i Norge, sesongen 2025/26. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 16. Fylogenetisk sammenstilling av H3N2-virus i Norge i sesongene 2024/25 og 2025/26. Maximum parsimony-tre basert på helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutininsekvensen til H3N2 influensa grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for den nordlige halvkule (NH) og den sørlige halvkule (SH), fargekodet etter ECDC-rapporteringskategorier. Virusene fra K subklade er markert med en rød sirkel. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved 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 og underklade **J.2**, som er samme hovedgruppe av H3-virus som er sirkulerende i Norge nå. [WHO anbefalte i september 2025](#) likevel en oppdatering av H3-komponenten i influensavaksinen 2026 for den sørlige halvkule. Anbefalingen kom etter at den nyere undervarianten **J.2.4**, hadde økt i forekomst i sommer og tidlig i høst. Denne undervarianten er driftet og noe antigen forskjellig fra øvrige sirkulerende H3N2-virus og nåværende H3-vaksinekomponent. I sommer driftet H3N2-virusene ytterligere med flere mutasjoner i antigenene seter og J.2.4.1 ble raskt dominant (nå benevnt som subklade "K"). Det er ennå for tidlig å si noe om hvilken klinisk betydning en slik driftet H3-variant vil få. Les mer om dette i sammendrag og vurdering. Tidlige [resultater fra Storbritannia](#) på vaksins effekt på reduksjon av innleggelser viser tilsvarende effekt mot den nye K-varianten som for H3N2-virus ellers. Det er ingen tegn på at K-varianten i seg selv gir endret symptombylde eller mer alvorlig sykdom.

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 (Tabell 7).

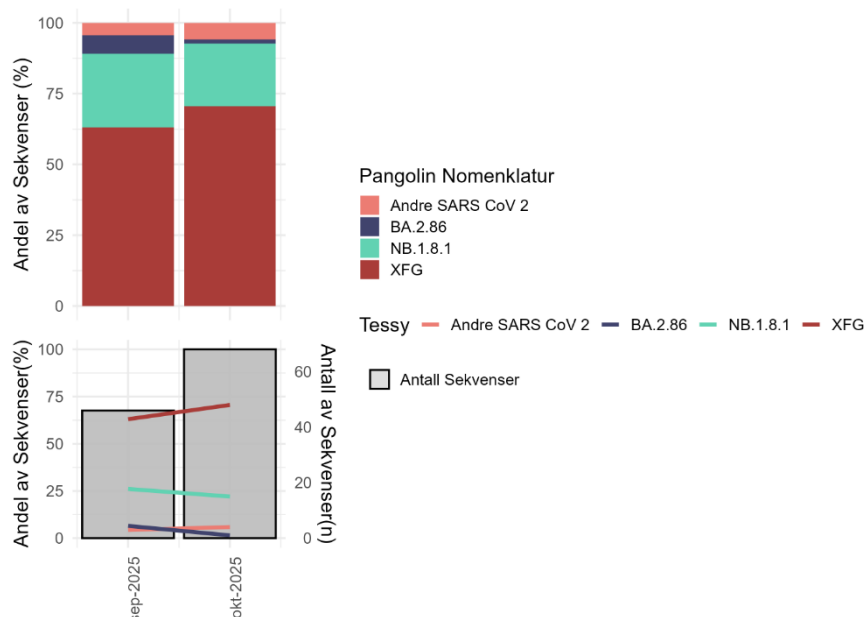
Tabell 7. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus sesongen 2025/26, klade og subklade. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	aug.25	sep.25	okt.25	Total
A/H1N1	-	-	10	45	35	90
genAH1/Missouri/11/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1	10 (100%)	45 (100%)	35 (100%)	90
A/H3N2	-	-	7	26	42	75
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	0 (0%)	3 (11.5%)	1 (2.4%)	4
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	0 (0%)	1 (3.8%)	1 (2.4%)	2
genAH3/Netherlands/10685/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.3	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.4%)	1
genAH3/Singapore/GP20238/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.4	4 (57.1%)	5 (19.2%)	1 (2.4%)	10
genAH3/Norway/8765/2025	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	K	3 (42.9%)	17 (65.4%)	38 (90.5%)	58
B/Victoria	-	-	1	0	0	1
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6.1	1 (100%)	0 (0.0%)	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 immun drift 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 statistiksider: [FHI Statistikk](#).



Figur 17. 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. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Sirkulerende RS-virus i Norge

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 19. november 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. For 2025/26 sesongen så er RSV foreløpig på et lavt nivå, og det er kun typet 15 prøver til RSV A og 5 prøver til RSV B ved Folkehelseinstituttet.

Resistens mot antivirale midler

Influensasenteret (referanselaboratoriet/WHO Nasjonalt influensasenter) ved Folkehelseinstituttet overvåker 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 Influenza A H1N1 virus har vist en genetisk markør for resistens mot oseltamivir og zanamivir med en I223V-mutasjon i neuraminidase genet. Prøven ble tatt i uke 38, 2025 og pasienten har ukjent antiviral bruk. Ingen virus var resistent mot 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. Varslingen skjer gjennom FHIs 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 18. november 2025.

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

Antatt smittestoff	Uke 46 (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
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	1	0	4
Influenzavirus	0	0	0	2	2	11
Rhinovirus	1	1	6	2	2	22
SARS-CoV-2	0	0	0	9	9	96

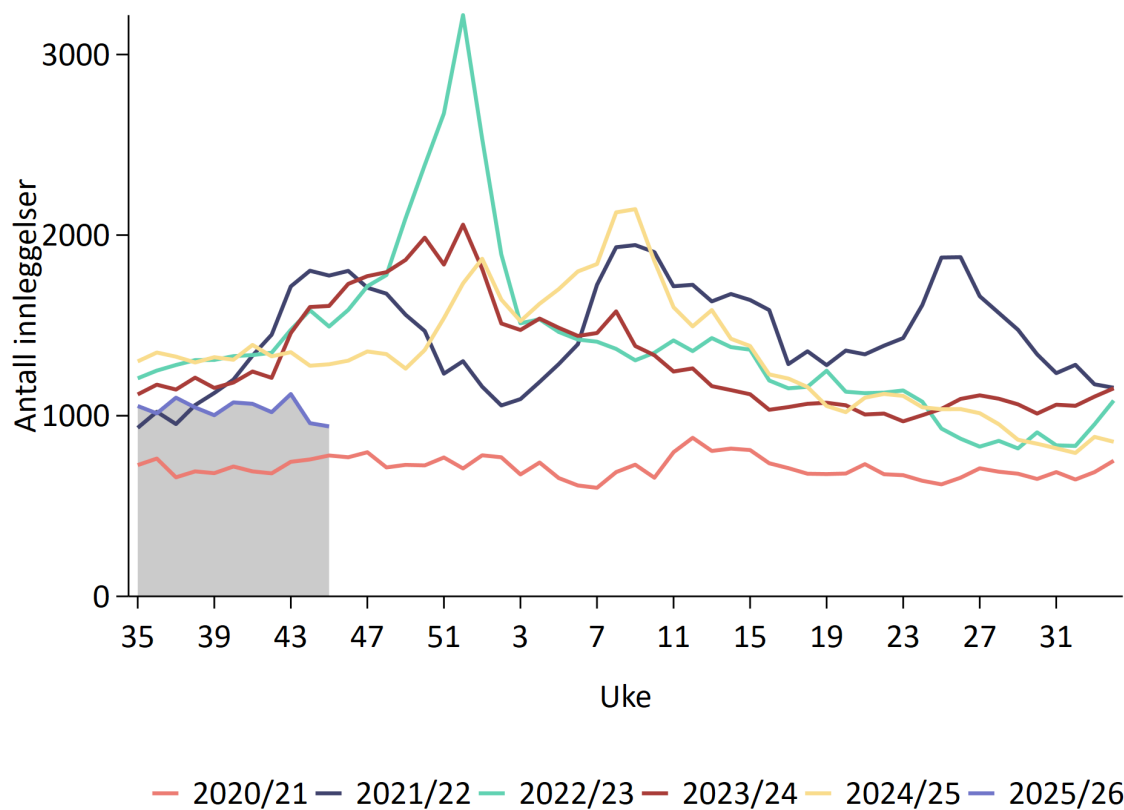
Sykehusinnleggelser

Fra og med vintersesongen 2025/26 er overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner 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 to dager mellom telles som nye innleggelser. Det betyr at en person som har blitt innlagt flere ganger, kan telles flere ganger.

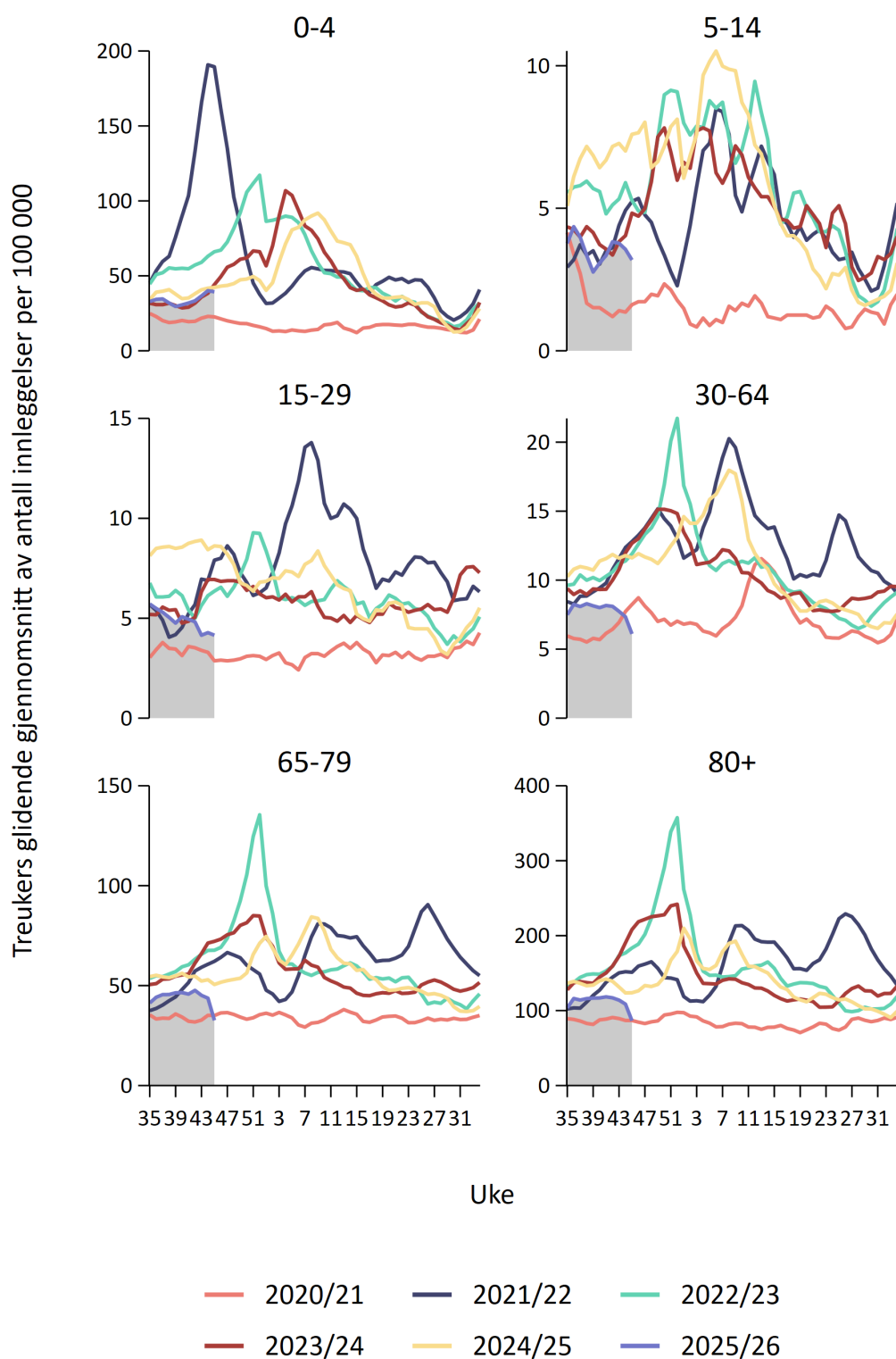
Overvåkingen av sykehusinnleggelser med covid-19, influensa og respiratorisk syncytial (RS-)virusinfeksjon baserer seg på samme system. Diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner beskrevet over kobles til positive PCR-prøvesvar for SARS-CoV-2, influensavirus og RSV fra MSIS-laboratoriedatabase. For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

Dataene presentert her er basert på et datasett fra NPR oppdatert 18.november 2025 og MSIS-laboratoriedatabase oppdatert 18. november 2025.

Innleggelser med luftveisinfeksjon



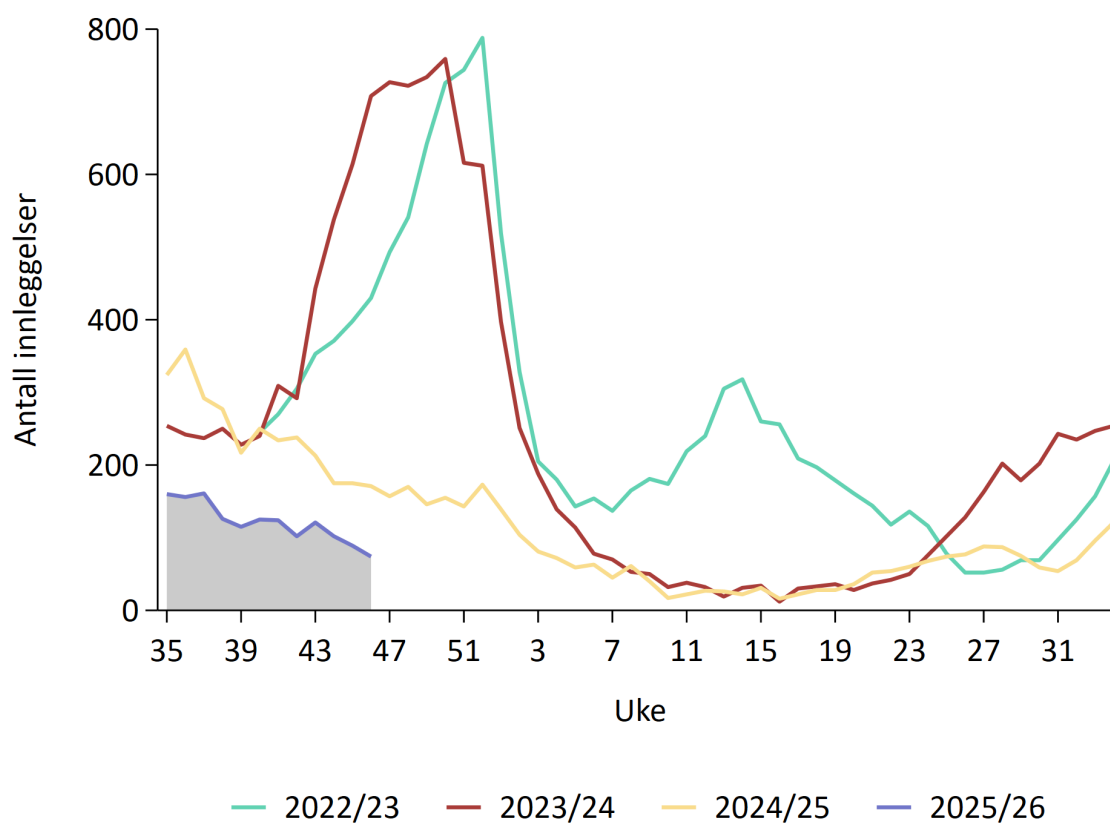
Figur 18. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke og sesong, 24.08.2020 – 16.11.2025. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.



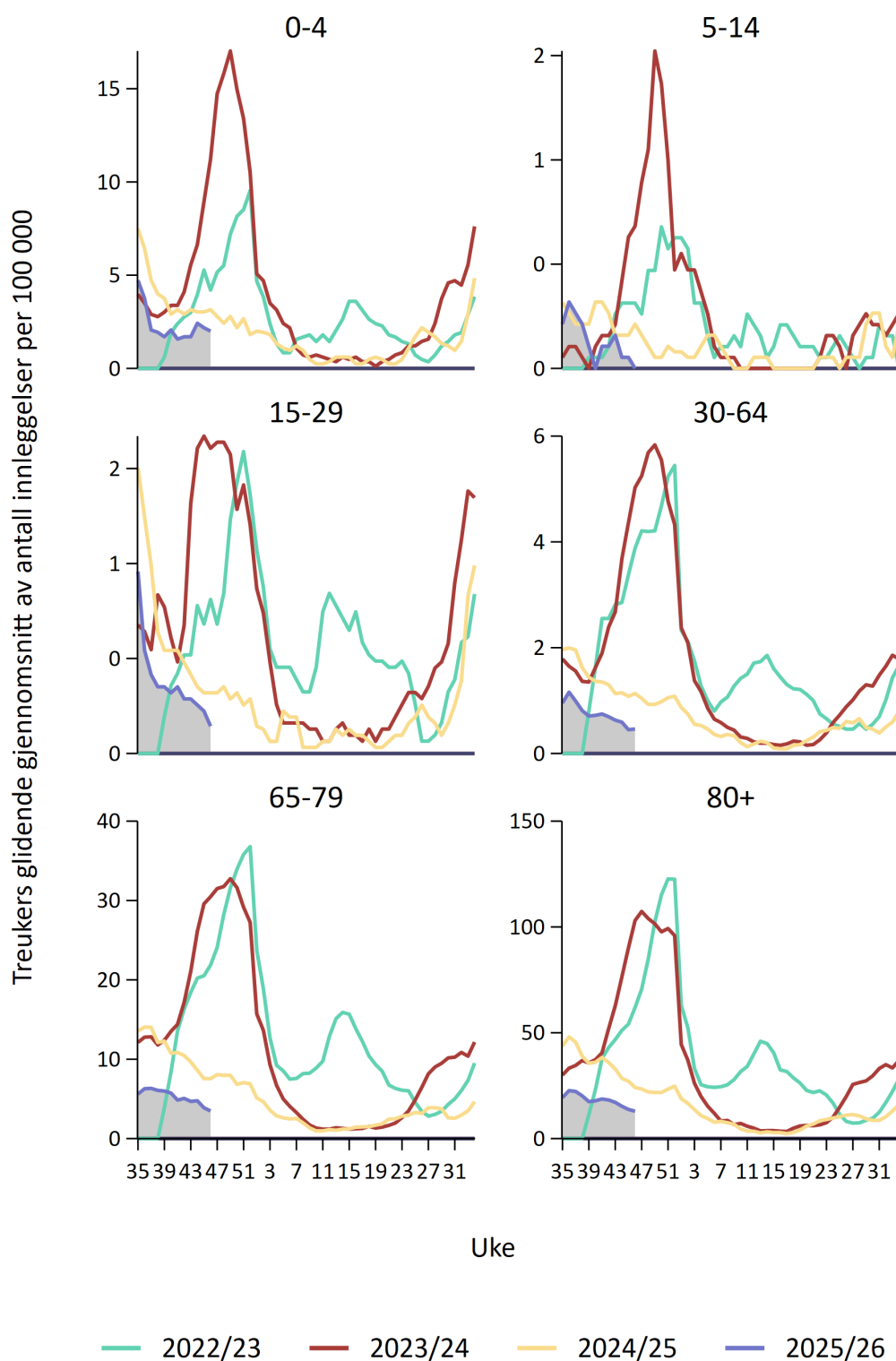
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 19. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med luftveisinfeksjon per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 16.11.2025. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.

Sykehusinnleggelser med covid-19



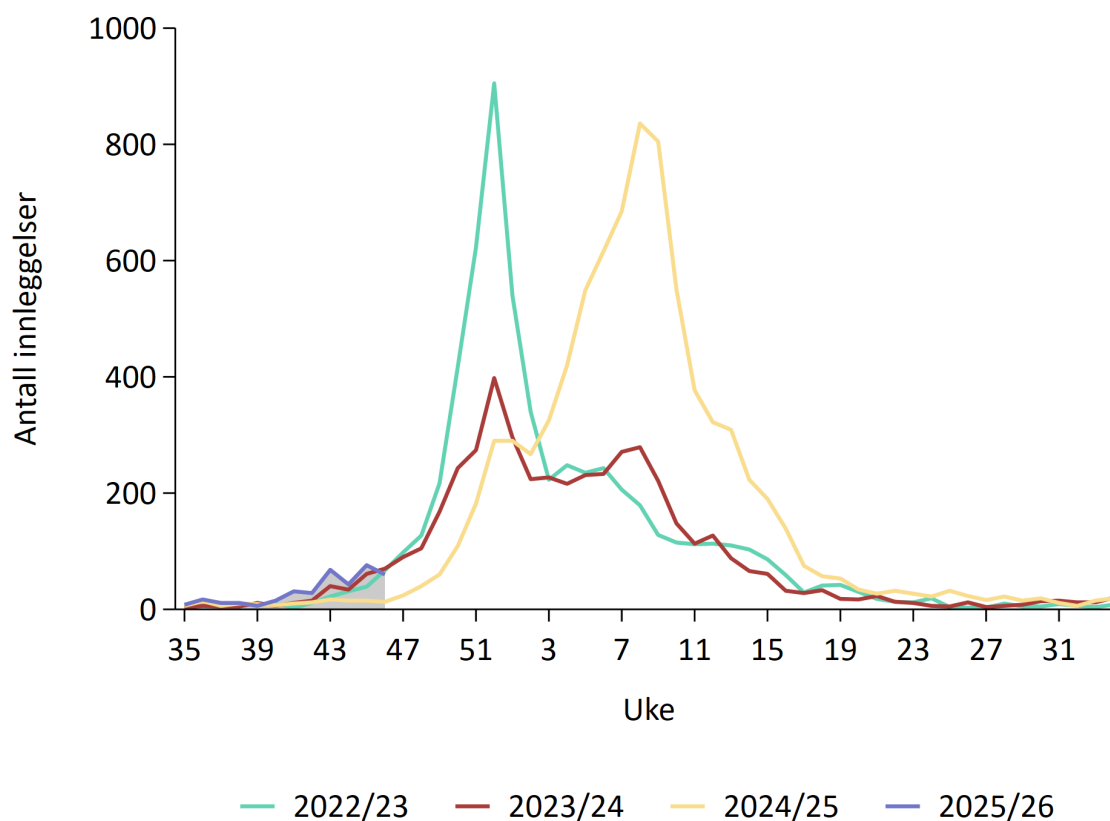
Figur 20. Antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 24.08.2020 – 16.11.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



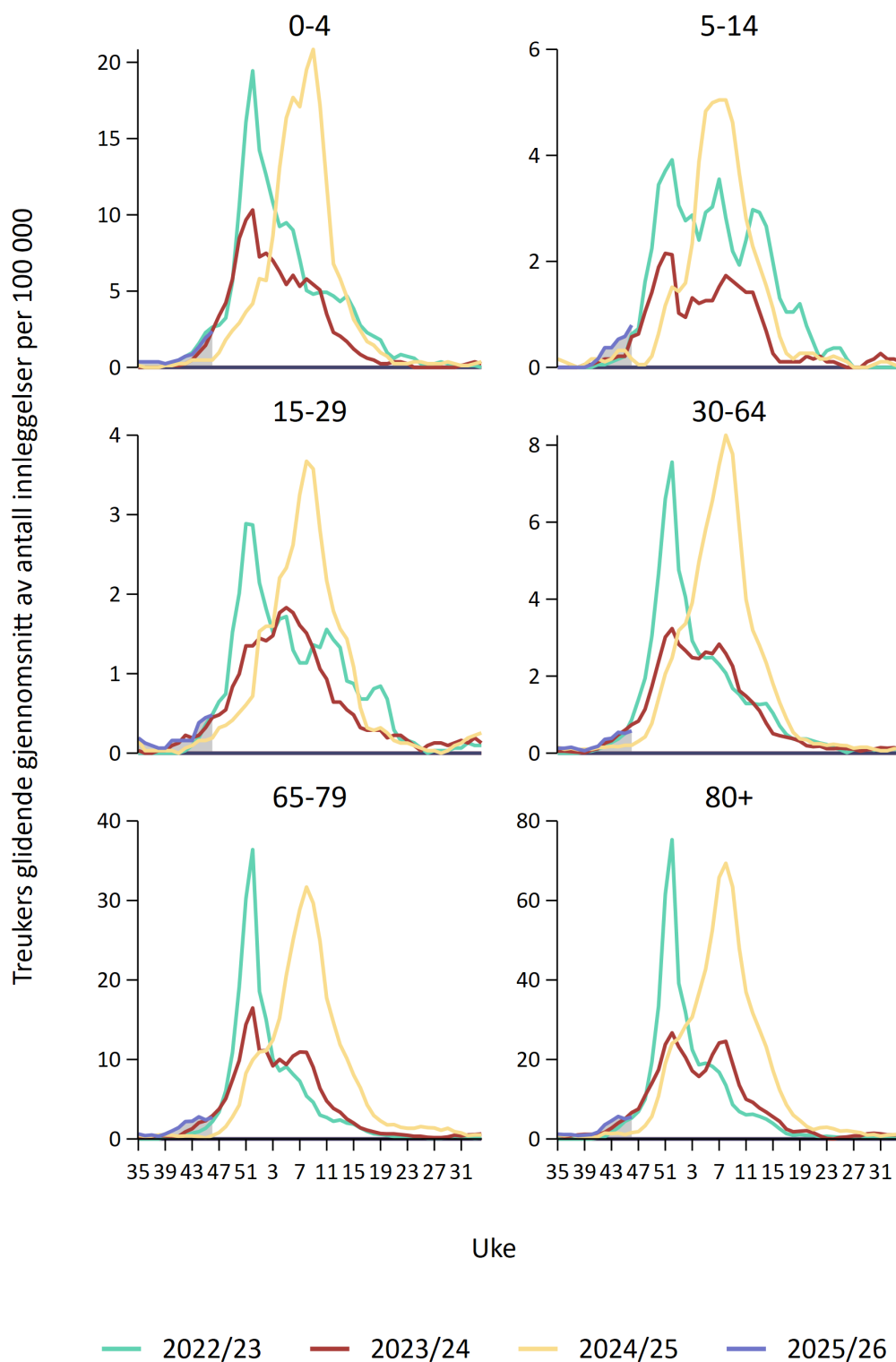
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 21. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med covid-19 per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 16.11.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med influensa



Figur 22. Antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 24.08.2020 – 16.11.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 23. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med influensa per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 16.11.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Dødelighet

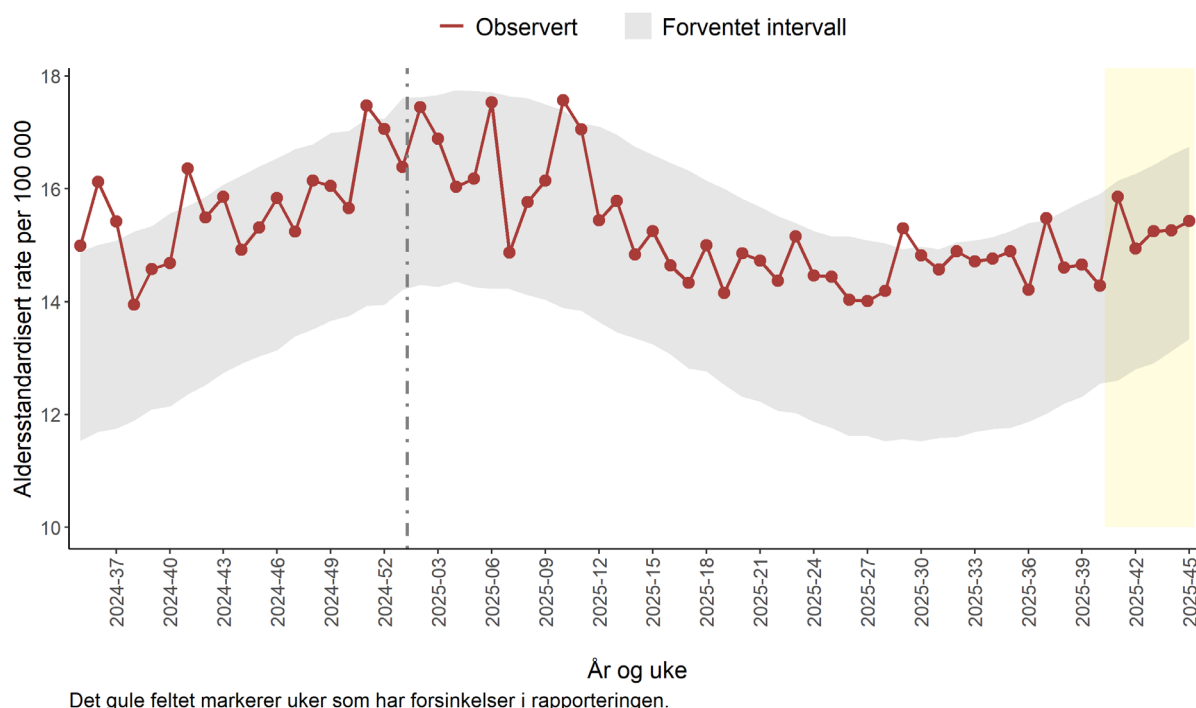
Totaldødelighet

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 19. november 2025.

Dødelighetsnivå

Figur 24 viser utvikling i observert dødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning sammenlignet med et intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Totaldødeligheten har ligget stabilt de siste ukene og er innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Tallene for de siste 6-8 ukene er foreløpige. Fortløpende registrering av dødsfall vil føre til at tallene endrer seg noe.



Figur 24. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 35 2024 til uke 45 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 42 til uke 45, med prosentvis endring fra uken før. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 42	Uke 43	Uke 44	Uke 45*
Antall nye dødsfall	836	853	854	863
Antall dødsfall per 100 000	14,9	15,2	15,3	15,4
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	-5,7 %	2,0 %	0,1 %	1,1 %
Median alder	82 år	82 år	82 år	82 år

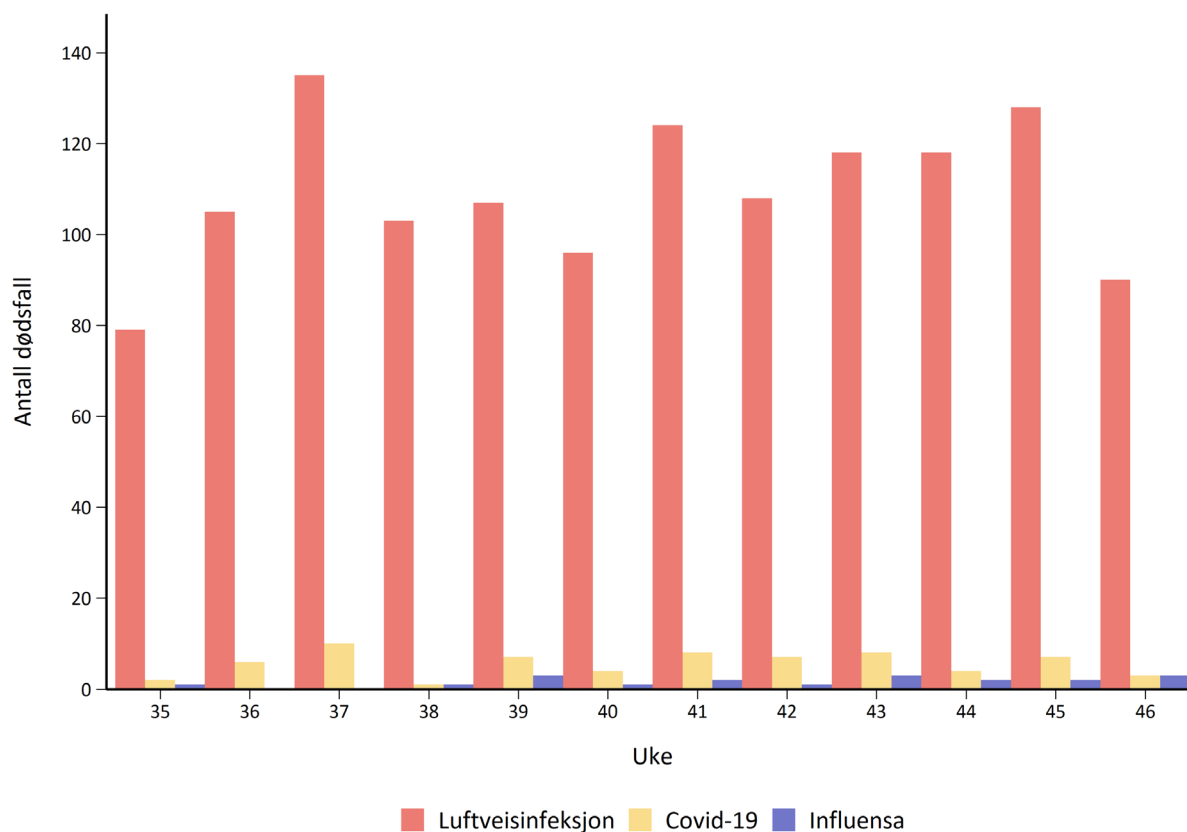
*Siste tilgjengelig uke i Dødsårsaksregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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 19. november 2025.



Figur 25. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke (24.06.2024 - 16.11.2025). 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 (25.08.2025 - 16.11.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Indikator	Uke											
	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	79	105	135	103	107	96	124	108	118	118	128	90
Antall dødsfall assosiert med covid-19	1-4	6	10	1-4	7	1-4	8	7	8	1-4	7	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	1-4	0	0	1-4	1-4	1-4	1-4	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 [Voksenvaksinasjonsprogrammet](#). Statistikk om vaksinasjon fra FHI er også tilgjengelig [her](#).

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 (19. november 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).

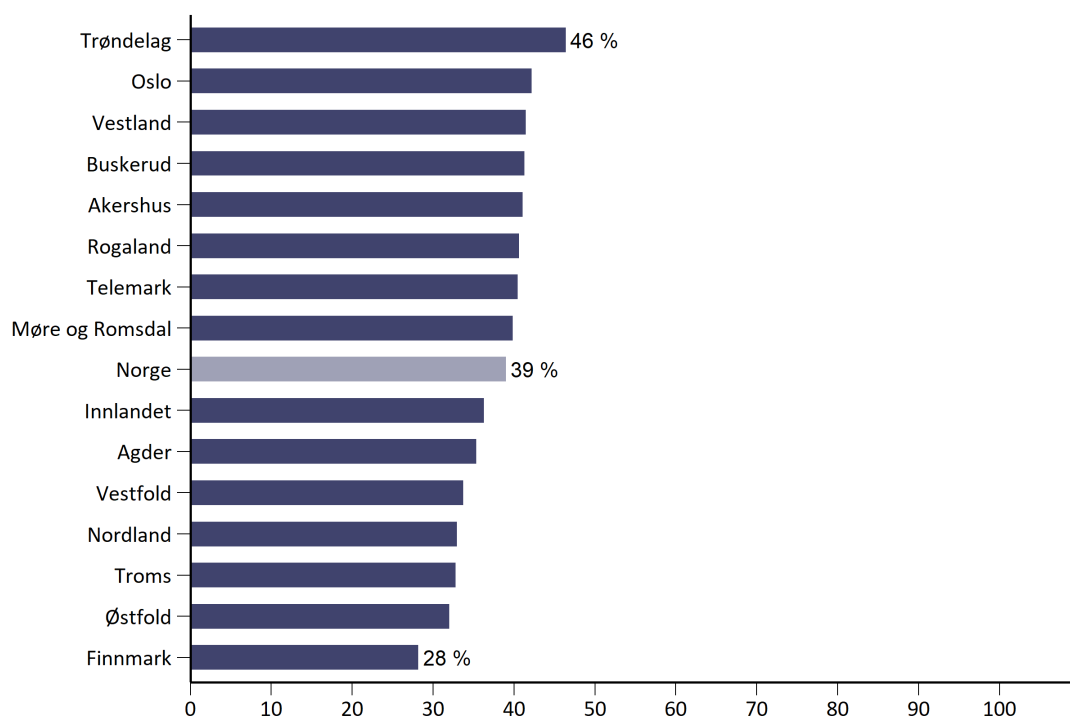
Resultatene er basert på data fra SYSVAK og Folkeregisteret via Stat19 per 19. november 2025.

Vaksinasjonen mot covid-19: Så langt har 204 514 personer 75 år og eldre fått koronavaksine, og totalt er 410 912 personer i alle aldre vaksinert siden starten av uke 35. Dekningen for aldersgruppen 75 år og eldre for hele landet samlet er 39 %. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn for aldersgruppen 65 år og eldre i fjor på samme tid. Aldersindikasjon for vaksine ble endret fra 65 år og eldre til 75 år og eldre før nåværende sesong. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 28 % - 46 % prosent mellom henholdsvis Finnmark og Trøndelag.

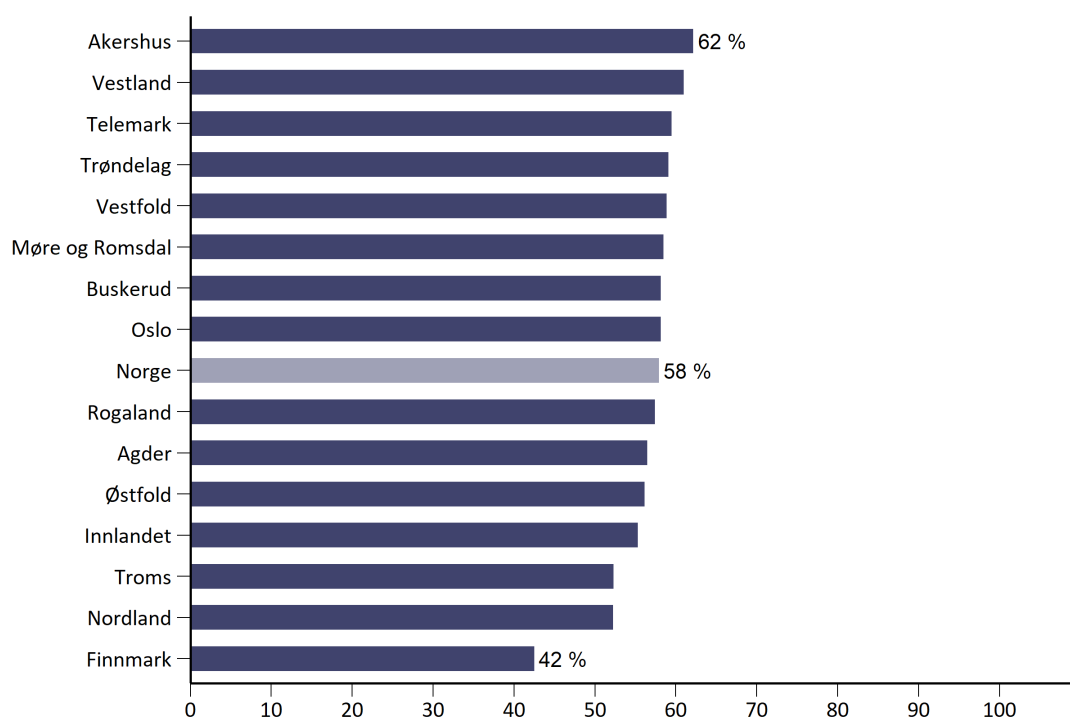
Vaksinasjonen mot influensa: Det er til sammen vaksinert 1 185 906 personer, 630 339 blant personer 65 år og eldre siden starten av uke 35. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 16. november 58 %. Dette er 1 prosentpoeng lavere enn i fjor på samme tid, men antallet vaksinerte er litt høyere i år enn i fjor. Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn på 42-62 % mellom henholdsvis Finnmark og Akershus.

Tabell 11. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) etter alder og risikogruppe, 25.08.2025 - 16.11.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Sykdom	Alder (år)	Vaksinerte personer	
		Antall	Andel (%)
Covid-19	0-8	80	< 0,1%
	9-17	488	0,1 %
	18-64	63 381	1,8 %
	65-74	142 449	25 %
	65+	346 963	32 %
	75+	204 514	39 %
	Totalt, alle	410 912	7,3 %
Influensa	0-8	3 597	1 %
	9-17	4 879	1 %
	18-64	547 091	16 %
	65+	630 339	58 %
	Totalt, alle aldre	1 185 906	21 %



Covid-19, alder 75+

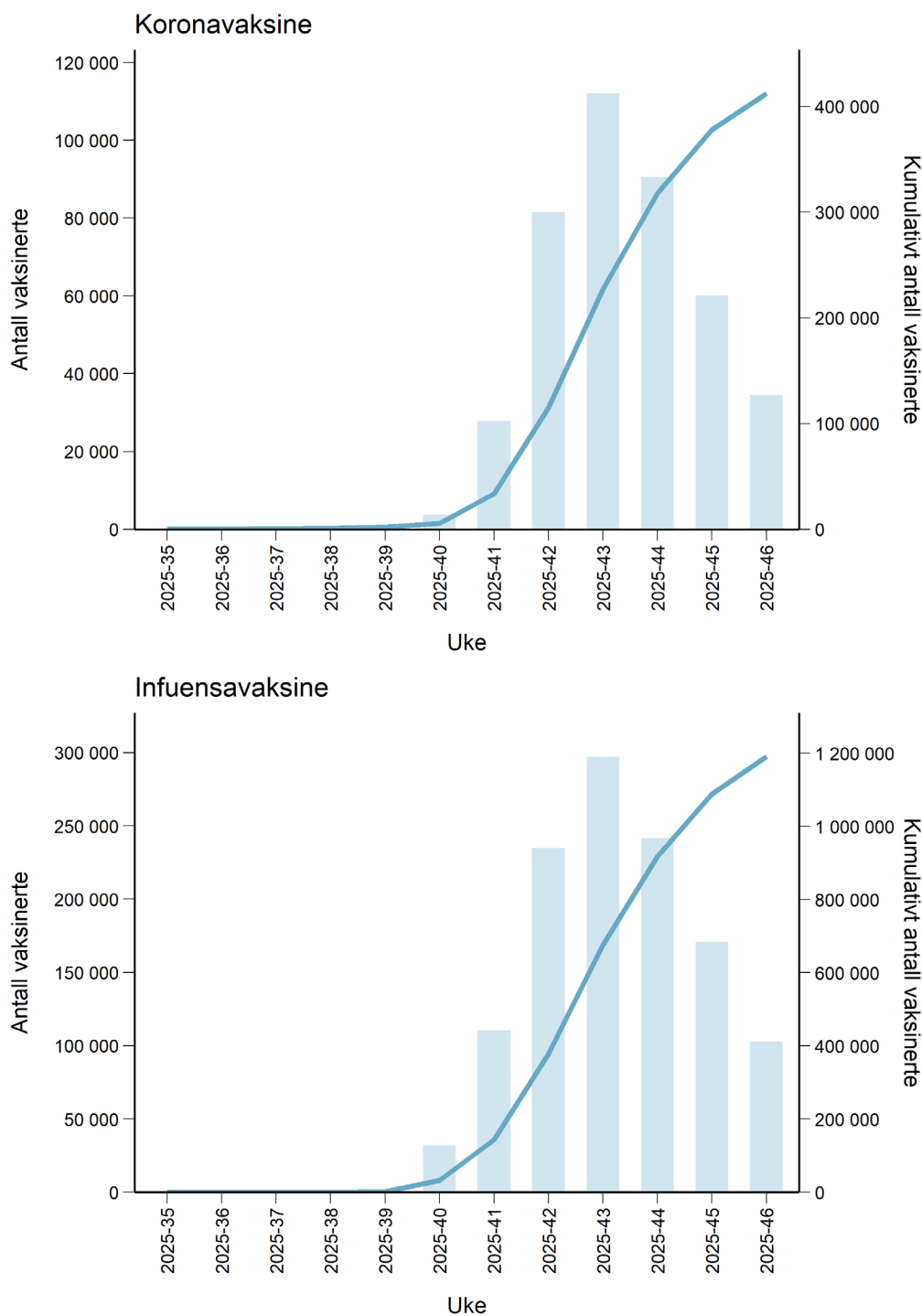


Influenza, alder 65+

Figur 26. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 75 år vaksinert med koronavaksine per fylke samt andel over 65 år vaksinert med influensa vaksine, 25.08.2025 - 02.11.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Vaksinering – uke for uke

Koronavaksineringsen denne sesongen startet i uke 40 og ser ut til å ha nådd en topp for antall registrert vaksinerte allerede i uke 43, da over 112 000 ble vaksinert. Antallet vaksinerte per uke falt videre i uke 46. Influensavaksineringsen ser også ut til å nå en topp i uke 43 med 297 000 vaksinerte. Dette er det samme mønsteret som vi så forrige sesong.



Figur 27. Antall satte doser per og kumulativt antall med influensa- eller koronavaksine, 2025-26 (uansett status i FREG) fra 25.08.2025 til 16.11.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Vaksineeffekt

Det har kommet foreløpige effektdata for influensavaksine fra Storbritannia hvor det også er H3N2 K-varianten som dominerer. Dette er svært tidlig og mengden data i analysen er følgelig liten. Det kan se ut som at vaksineeffekten mot sykehusinnleggelser er 40-60% med forbehold om usikkerheten med mengden data som ligger til grunn. Dette er omtrent som normalt for denne subtypen.

[Early flu virus characterization and vaccine effectiveness England autumn 2025: supplementary appendix](#)

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 diagnosekoder gitt ved 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-Labdata-basen 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 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](#).

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 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier), U07.1 og U07.2 (covid-19) og A37 (kikhoste). Diagnosekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert. Tallene blir etterjustert. Innleggelser registrert som døgnopphold eller dagbehandling er inkludert i overvåkingen. Alle innleggelser som er registrert med minst to dager mellom telles som nye innleggelser. Det betyr at en person som har blitt innlagt flere ganger, kan telles flere ganger.

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

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

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

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 utbruddsopklaring og pandemiforståelse. I tillegg undersøkes immuniteten mot covid-19 og influensa i befolkningen årlig gjennom seroepidemiologiske undersøkelser.