

Statusrapport for luftveisinfeksjoner Sesongen 2025/26

Uke 8 (2026)

Publiseringsdato 26.02.2026

Innhold

Sammendrag og vurdering	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	5
Covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet)5	
Influsalignende sykdom (ILS).....	7
Testing og påvisninger.....	10
Luftveisagens.....	10
Luftveisvirus gjennom fyrårnsystemet.....	14
Overvåking av virus	17
Sirkulerende influensavirus i Norge	17
Genetisk karakterisering av influensavirus	24
A/H1N1-virus.....	24
A/H3N2-virus.....	26
B/Victoria-virus.....	28
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge.....	29
Sirkulerende RS-virus i Norge.....	30
Resistens mot antivirale midler.....	32
Influsavirus	32
SARS-CoV-2.....	32
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon.....	33
Sykehusinnleggelser	34
Innleggelser med luftveisinfeksjon.....	35
Sykehusinnleggelser med covid-19	37
Sykehusinnleggelser med influensa	39
Sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon	41
Dødelighet	43
Totaldødelighet	43
Dødelighetsnivå	43

Antall dødsfall per uke.....	44
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	44
Vaksinasjon mot covid-19 og influensa	46
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	46
Vaksinering – uke for uke	48
Vaksineeffekt (VE)	49
Primærhelsetjenesten	49
Spesialisthelsetjenesten	49
Luftveisinfeksjoner globalt	50
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	51
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	51
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	51
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	51
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	51
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	52
Stat19	52
Sykehusinnleggelser	52
Totaldødelighet	53
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	53
Virologisk overvåking	53

Sammendrag og vurdering

- Vinterens influensautbrudd fortsetter, og smittetoppen ser ut til å være passert i store deler av landet. I områdene med høyest forekomst er det fremdeles viktig at uvaksinerte eldre, voksne og barn i risikogrupper og helsepersonell med pasientkontakt vaksinerer seg så raskt som mulig.
- Influensa: Andel prøver med påvist influensavirus blant de testede har gått noe ned siste uken og var i uke 8 på 15 %, etter å ha variert mellom 16 % og 17 % de foregående seks ukene. Toppnoteringen var 29 % i uke 51. I uke 8 var andel prøver med påvist influensavirus høyest i Agder (27 %), Vestland (26 %) og Rogaland (25 %). I Rogaland sees fremdeles økende trend i andel positive prøver, mens forekomsten ser ut til å flate ut i Agder og Vestland. Andel prøver med påvist influensavirus var høyest i aldersgruppen 5-14 år (25 % i uke 8). Det er nesten utelukkende influensavirus type A som er påvist, blant disse er subtype A(H3N2) mest utbredt og blant disse igjen er K-undervarianten dominerende. Det er foreløpig registrert 314 sykehusinnleggelses med influensa i uke 8 etter 375 i uke 7. Det er foreløpig rapportert om 17 dødsfall assosiert med influensa i uke 8, etter 12 i uke 7.
- RS-virusinfeksjon: Forekomsten av RS-virusinfeksjon er økende og andel prøver med påvist RS-virus var på 14 % i uke 8, etter 14 % og 12 % i henholdsvis uke 7 og 6. RSV-A og -B har tilnærmet lik forekomst. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0-4 år, hvor andel positive prøver var på 44 % i uke 8. Det er rapportert om 264 innleggelses med RS-virusinfeksjon i uke 8, etter 233 i uke 7.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 har vært relativt stabil på rundt 3-4 % mellom uke 46 og uke 8. Det er foreløpig rapportert om 71 innleggelses med covid-19 i uke 8, etter 64 i uke 7. Varianten BA.3.2 dominerer nå i Norge og utgjør 83 % av alle sekvenserte SARS-CoV-2-virus i februar 2026.
- Infeksjon med korona forkjølelsesvirus: Andel prøver med påvist korona forkjølelsesvirus har vært stabil på 9 % siste 4 uker.
- Totaldødeligheten er innenfor forventet nivå for denne tiden av året.
- Vaksinasjon mot influensa: Aldersgruppen 65 år og eldre samt yngre personer i risikogrupperne anbefales influensavaksine. Over 1,5 millioner personer i Norge per 22. februar er vaksinert mot influensa denne sesongen, hvorav nær 748 000 i aldersgruppen 65 år og eldre. Dette tilsvarer en vaksinasjonsdekning på 69 % i aldersgruppen 65 år og eldre.
- Vaksinasjon mot covid-19: Aldersgruppen 75 år og eldre samt yngre som tilhører en risikogruppe var i høst anbefalt en ny oppfriskningsdose. Per 22. februar er vaksinasjonsdekningen anslått til 48 % i aldersgruppen 75 år og eldre.
- Vaksine og smittevernråd: Beskyttelse av risikogrupperne gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot [covid-19](#) og [influensa](#). 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 influensasjukdom, 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 dashboard for luftveisstatistikk](#).

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

Sykdom	Uke						6-8
	3	4	5	6	7	8	
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)¹
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	11,3 % ▼	11,1 % ▼	11,5 % ▲	11,8 % ▲	12,1 % ▲	12,8 % ▲	4,3 % (3,4 %, 5,2 %)
Antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon	1 317 ▼	1 237	1 350	1 392 (1 392-1 406)*	1 328 (1 329-1 468)*	-	-
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	177	148	147	120 (120-123)*	147 (147-157)*	129 (129-170)*	6 % (-7,3 %, 21,3 %)
Covid-19							
Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 blant alle konsultasjoner	0,04 %	0,04 %	0,04 %	0,05 %	0,04 %	0,05 %	-5 % (-19,5 %, 9,3 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	3,3 %	4 % ▲	4,3 % ▲	4,1 %	3,9 %	3,5 % ▼	-8,9 % (-16,7 %, -1,1 %)
Antall varslede covid-19 utbrudd i helseinstitusjoner	1	3	0	0	1	0	-
Antall sykehusinnleggelser med covid-19	69 ▼	62	77	71	64	71	<0,001 % (-16,8 %, 16,8 %)
Antall covid-19 assosierte dødsfall	8	1-4 ▼	6	1-4	1-4	1-4*	-27,5 % (-139,4 %, 81 %)
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	1,3 % ▼	1,1 % ▼	1,1 % ▼	1,1 %	1,1 %	1,1 %	-1,5 % (-4,4 %, 1,4 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede	16,2 % ▼	15,8 %	17,3 %	16,7 %	16,2 %	15 % ▼	-6,1 % (-10,2 %, -2,1 %)
Antall varslede influensautbrudd i helseinstitusjoner	3	2	0	2	0	1	-
Antall sykehusinnleggelser med influensa	307 ▼	298 ▼	335	340	375	314	-3,9 % (-13,1 %, 5,4 %)
Antall influensarelaterte dødsfall	31	18 ▼	20	15	12 (12-14)*	17 (17-20)*	5,6 % (-31 %, 42,8 %)
RS-virusinfeksjon							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	6,7 % ▲	8,4 % ▲	10 % ▲	12,1 % ▲	13,8 % ▲	14,3 % ▲	9,6 % (5,1 %, 14,1 %)
Antall sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon	142	122	172	191 ▲	233 ▲	264 ▲	16 % (6,8 %, 25,2 %)
Rhinovirus							
Andel positive prøver for rhinovirus blant de testede	4,6 % ▼	5,4 %	5,8 % ▲	5,9 %	5,9 %	6,1 %	2,1 % (-5 %, 9,2 %)
Antall positive prøver for rhinovirus blant innlagte	62 ▼	79	84	82 (82-83)*	60 (60-62)*	89 (89-133)*	2,5 % (-19,6 %, 35,7 %)

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

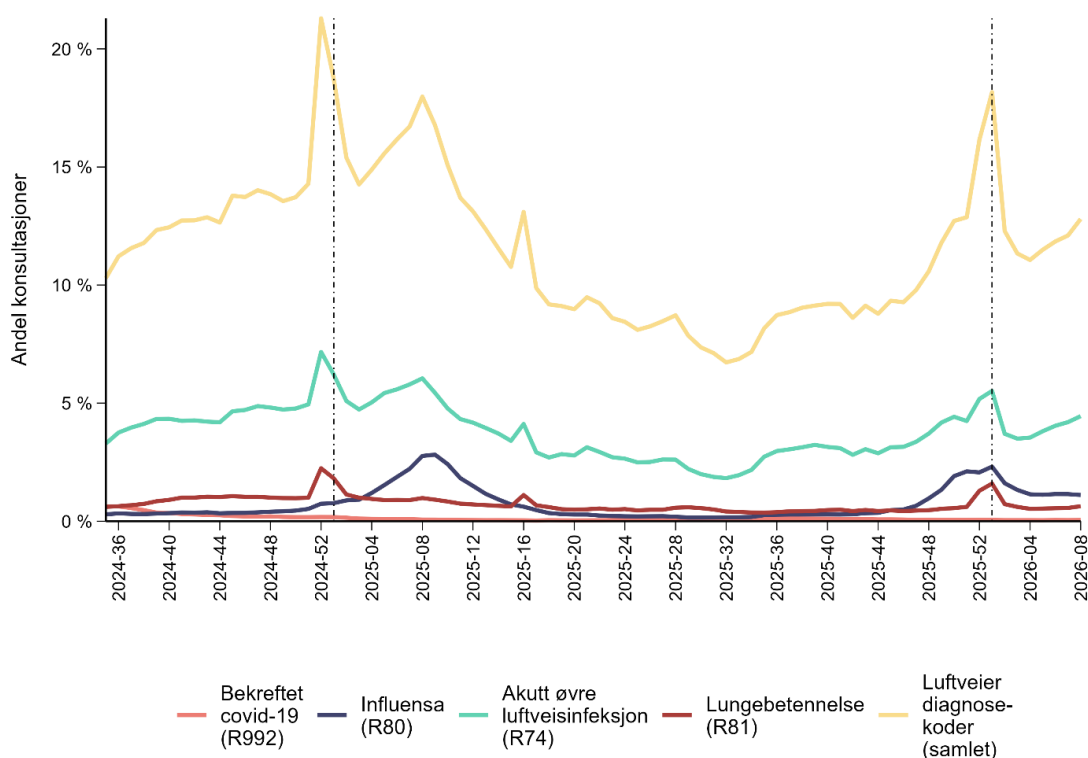
1 For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten 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)

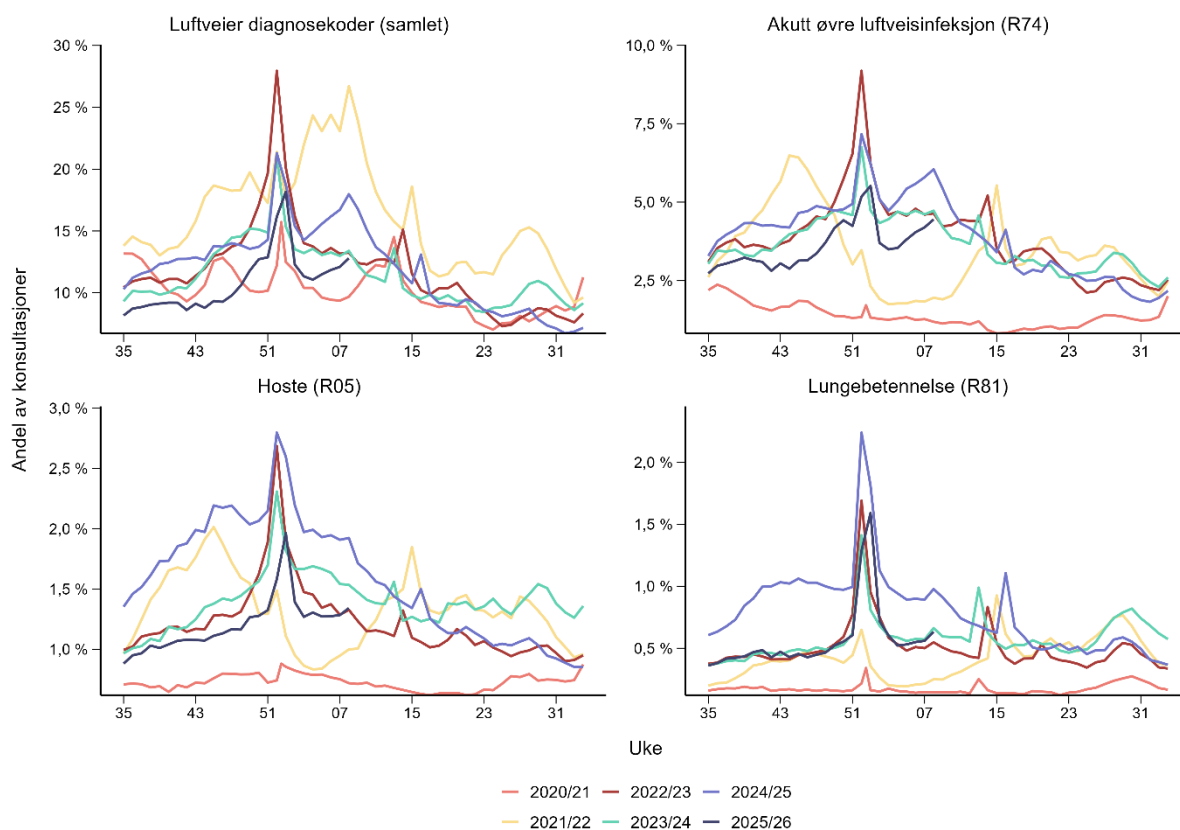
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS). Overvåkingen gjennom NorSySS gir en indikasjon på sykdomsutviklingen i befolkningen og oversikt over eventuelle utbrudd, uten å gi et 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 legesøkingsadferd. I denne rapporten brukes data for konsultasjoner med covid-19, influensa og et utvalg luftveisdiagnosekoder. Resultatene er basert på et datasett fra NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet, oppdatert 25. februar 2026.

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)

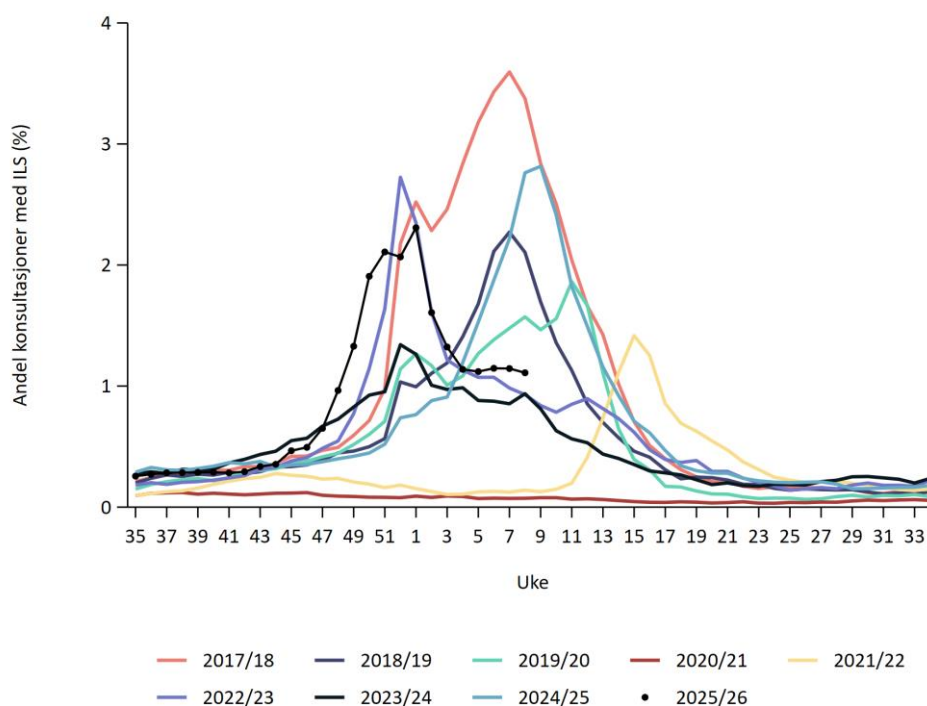


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveisdiagnosekoder (samlet), 26.08.2024 - 22.02.2026. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2025 og 2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdiagnosekoder (samlet)» er følgende ICD-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

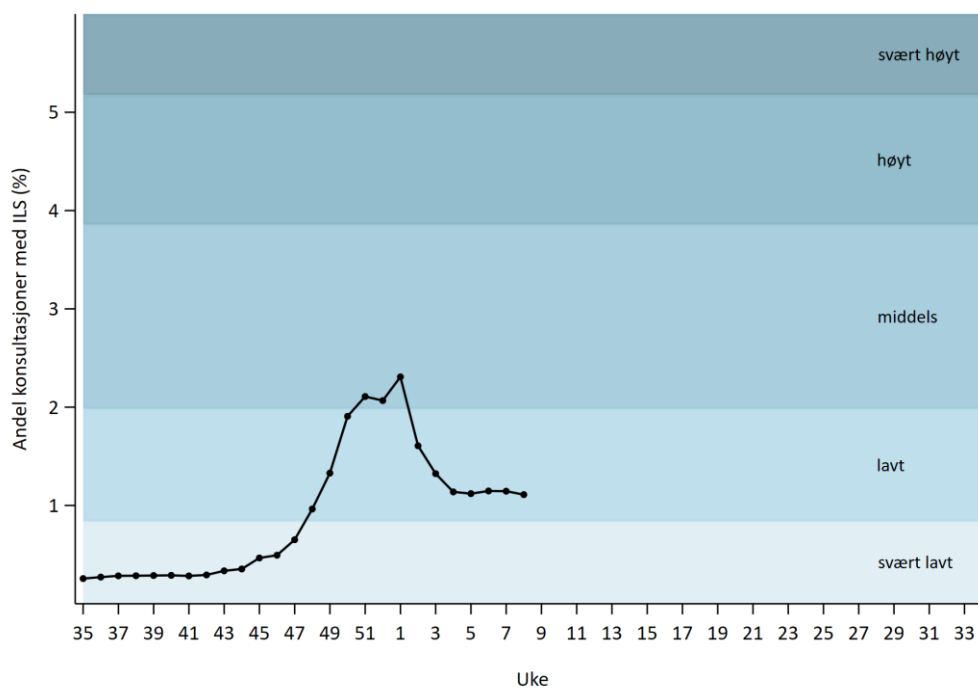


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 24.08.2020 - 22.02.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveidiagnosekoder samlet» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Influensalignende sykdom (ILS)

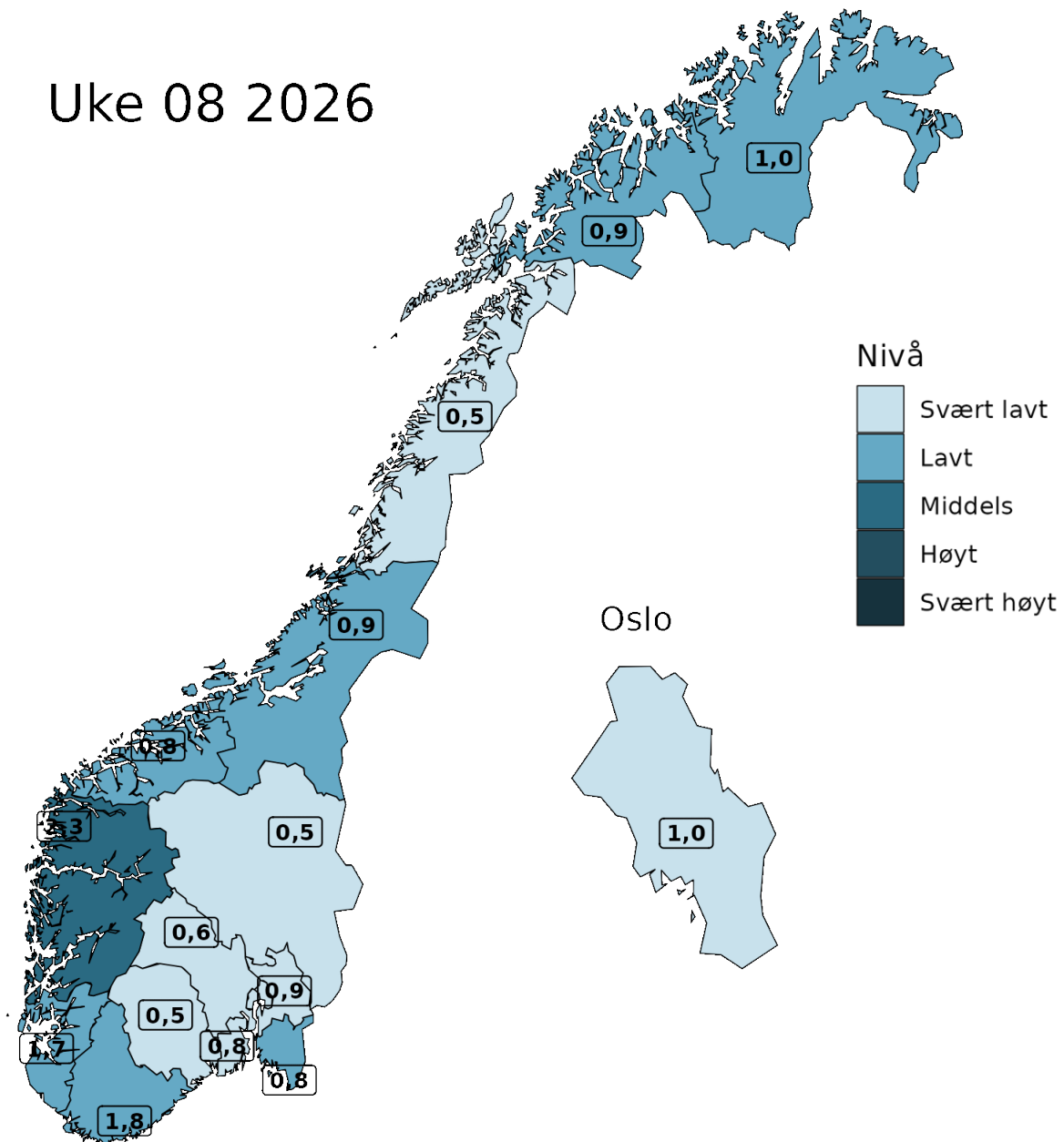


Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 28.08.2017- 22.02.2026. Tallene for siste uke kan bli justert noe opp eller ned i neste rapport. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



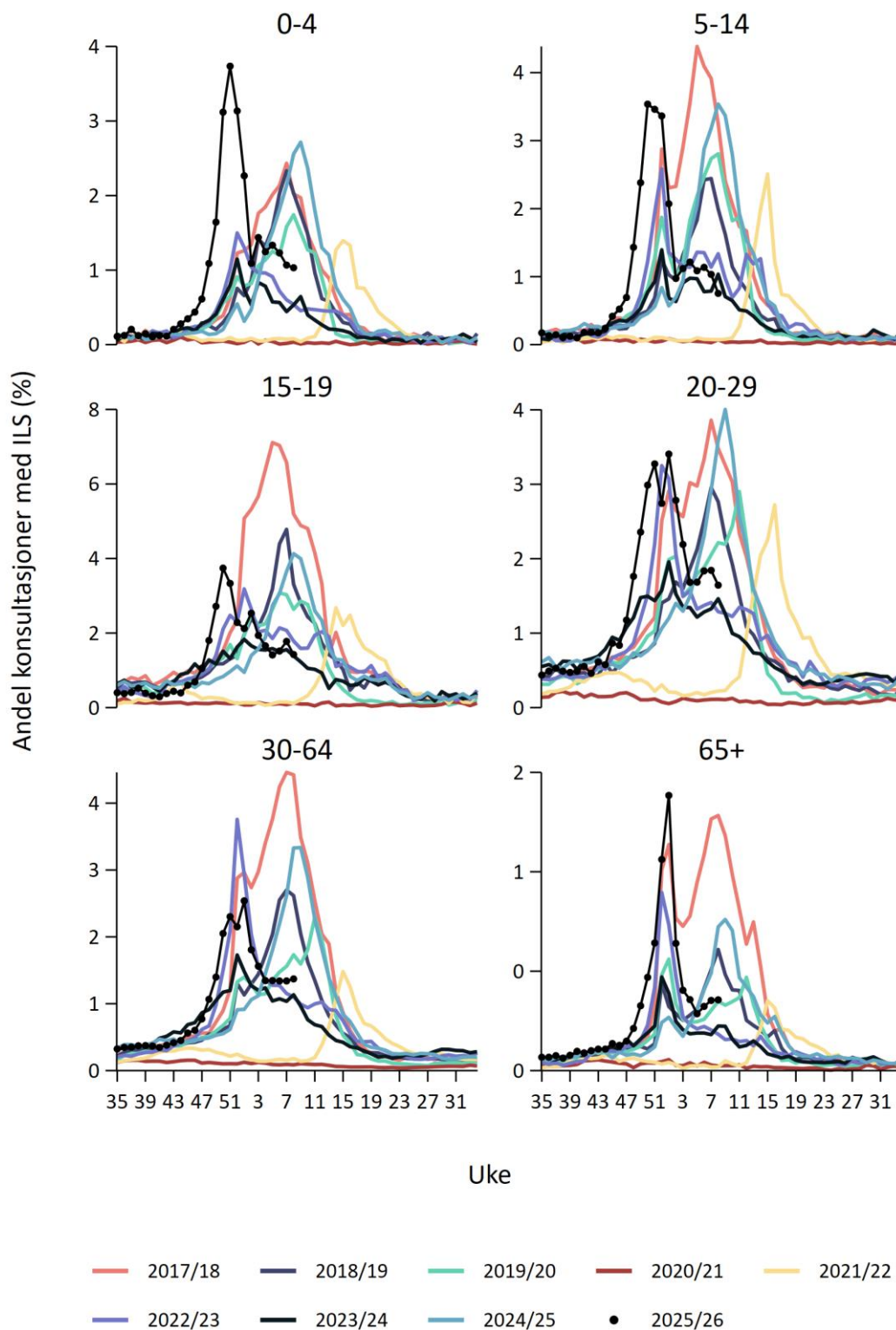
Figur 4. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), nasjonalt. Andelene kan bli etter justerte. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Uke 08 2026



Oppdatert 24.02.2026

Figur 5. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), per fylke, 16.02.2026 - 22.02.2026. Merk at nivåene er ulike for de ulike fylkene basert på data på influensaaktivitet fra tidligere sesonger. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 6. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong og aldergruppe, 28.08.2017 - 22.02.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

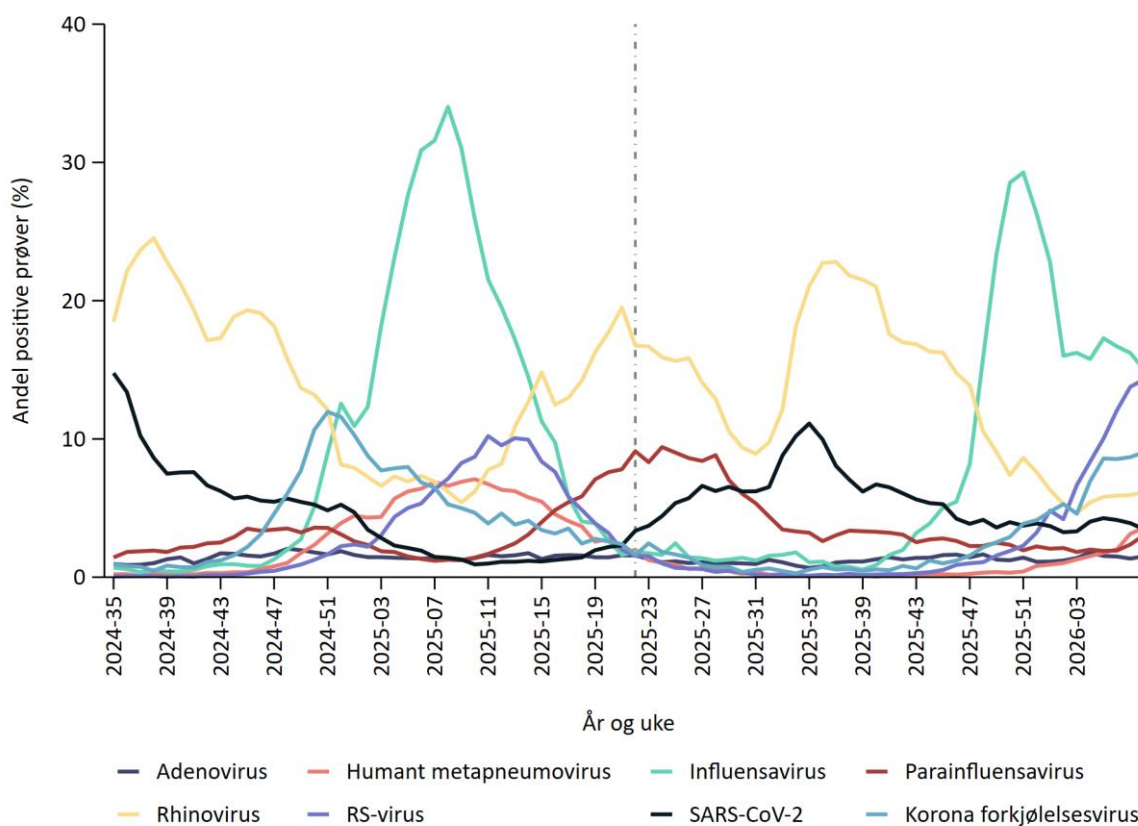
Testing og påvisninger

Luftveisagens

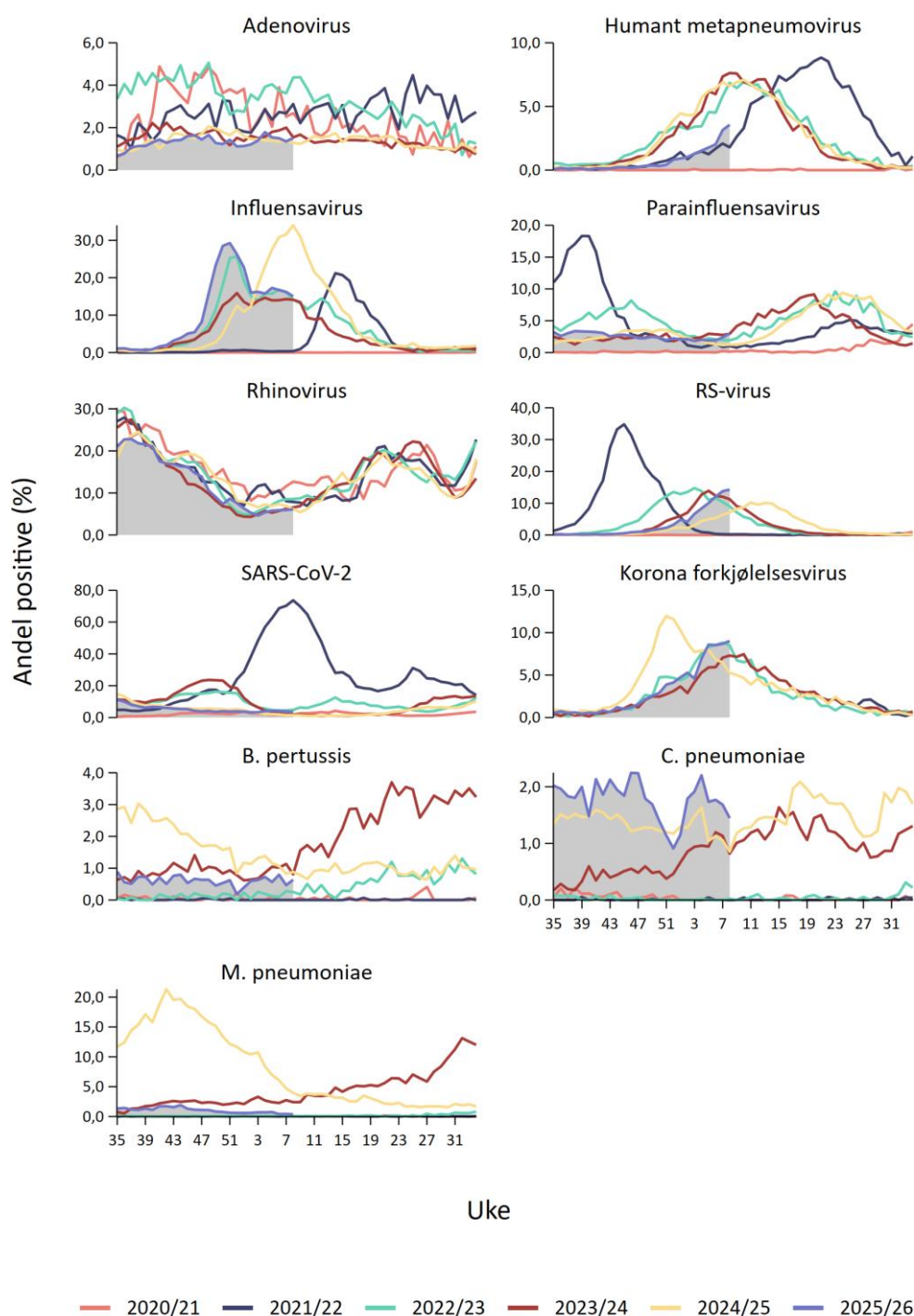
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* fra landets medisinske mikrobiologiske laboratorier meldes fortløpende elektronisk til MSIS-laboratoriedatabasen. Datagrunnlaget for korona forkjølelsesvirus 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-registeret. MSIS labdatabasen inneholder informasjon om PCR-prøver, mens til MSIS-registeret 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 25. februar 2026.



Figur 7. Andel PCR-analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 26.08.2024–22.02.2026. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2025 og 2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 8. Andel analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamyphila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 24.08.2020 – 22.02.2026. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 2. Andel positive PCR-analyser og antall PCR-analyser gjort samt antall positive analyser, Norge, siste seks uker, 12.01.2026 – 22.02.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 6-8
		3	4	5	6	7	8	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,4 %	1,8 % ▲	1,5 %	1,5 %	1,3 %	1,5 %	0,4 % (-14 %, 14,8 %)
	Antall positive	86	110	98	98	91	97	-
	Antall tester	6 166	6 148	6 352	6 530	6 741	6 406	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	1,3 % ▲	1,5 % ▲	1,8 % ▲	2 % ▲	3,1 % ▲	3,6 % ▲	27,6 % (17,5 %, 37,8 %)
	Antall positive	84	100	120	139	224	243	-
	Antall tester	6 528	6 540	6 780	6 876	7 125	6 818	-
Influenzavirus	Andel positive	16,2 % ▼	15,8 %	17,3 %	16,7 %	16,2 %	15 % ▼	-6,1 % (-10,2 %, -2,1 %)
	Antall positive	1 359	1 307	1 471	1 464	1 473	1 305	-
	Antall tester	8 374	8 282	8 511	8 768	9 080	8 674	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	1,8 %	2 %	1,9 %	1,9 %	2,4 %	3 % ▲	23,1 % (11,8 %, 34,4 %)
	Antall positive	114	125	123	126	160	194	-
	Antall tester	6 236	6 250	6 472	6 524	6 751	6 423	-
Rhinovirus	Andel positive	4,6 % ▼	5,4 %	5,8 % ▲	5,9 %	5,9 %	6,1 %	2,1 % (-5 %, 9,2 %)
	Antall positive	296	350	388	403	420	413	-
	Antall tester	6 385	6 463	6 671	6 834	7 062	6 731	-
RS-virus	Andel positive	6,7 % ▲	8,4 % ▲	10 % ▲	12,1 % ▲	13,8 % ▲	14,3 % ▲	9,6 % (5,1 %, 14,1 %)
	Antall positive	513	647	796	980	1 158	1 159	-
	Antall tester	7 707	7 740	7 935	8 117	8 409	8 110	-
SARS-CoV-2	Andel positive	3,3 %	4 % ▲	4,3 % ▲	4,1 %	3,9 %	3,5 % ▼	-8,9 % (-16,7 %, -1,1 %)
	Antall positive	274	329	358	358	351	299	-
	Antall tester	8 254	8 174	8 375	8 643	8 964	8 583	-
Korona forkjølelsevirus	Andel positive	4,6 %	7 % ▲	8,6 % ▲	8,5 % ▲	8,7 %	9 %	3 % (-4,6 %, 10,7 %)
	Antall positive	178	273	347	361	366	362	-
	Antall tester	3 873	3 928	4 039	4 223	4 212	4 008	-
<i>B. pertussis</i>	Andel positive	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,8 %	0,5 %	0,6 %	-12,7 % (-33,6 %, 8,1 %)
	Antall positive	43	49	40	57	35	45	-
	Antall tester	6 817	6 767	7 059	7 174	7 452	7 063	-
<i>C. pneumoniae</i>	Andel positive	1,9 % ▲	2,2 %	1,7 %	1,8 %	1,7 %	1,4 %	-10 % (-22,8 %, 2,8 %)
	Antall positive	135	154	126	131	130	105	-
	Antall tester	7 040	6 987	7 261	7 397	7 716	7 243	-
<i>M. pneumoniae</i>	Andel positive	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,4 % ▼	0,4 % ▼	0,4 %	-6 % (-31,5 %, 19,3 %)
	Antall positive	50	50	55	31	34	27	-
	Antall tester	7 063	7 018	7 299	7 417	7 736	7 322	-

Tabell 3. Antall analyser gjort, antall analyser positive, andel analyser positive for influensavirus, respiratorisk syncytial (RS) - virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus etter alder de siste 2 ukene, 09.02.2026 – 22.02.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

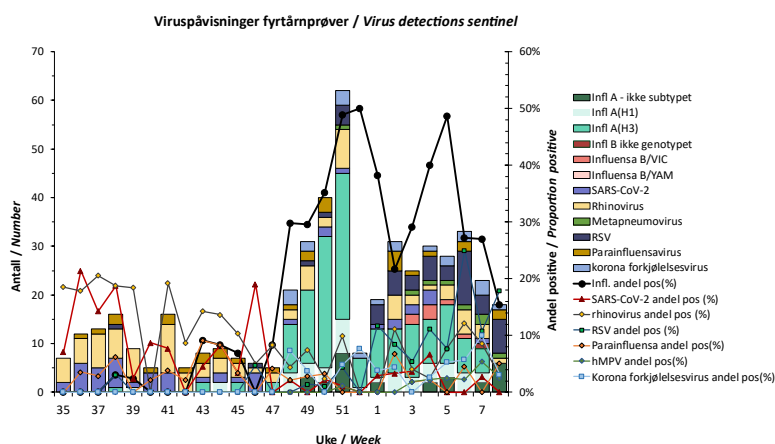
Smittestoff	Alder (år)	Uke 7			Uke 8		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
Influensavirus							
	0-4	900 (327,2)	114 (41,4)	12,7	934 (339,6)	94 (34,2)	10,1
	5-14	471 (75,1)	112 (17,8)	23,8	428 (68,2)	110 (17,5)	25,7
	15-29	1138 (109)	252 (24,1)	22,1	1045 (100,1)	211 (20,2)	20,2
	30-64	3452 (133,4)	553 (21,4)	16,0	3166 (122,4)	462 (17,9)	14,6
	65-79	1909 (241,7)	273 (34,6)	14,3	1823 (230,8)	260 (32,9)	14,3
	80+	1208 (446,5)	169 (62,5)	14,0	1278 (472,4)	168 (62,1)	13,1
RS-virus							
	0-4	900 (327,2)	394 (143,3)	43,8	943 (342,9)	411 (149,4)	43,6
	5-14	460 (73,3)	58 (9,2)	12,6	418 (66,6)	54 (8,6)	12,9
	15-29	1099 (105,3)	104 (10)	9,5	1006 (96,4)	84 (8)	8,3
	30-64	3260 (126)	315 (12,2)	9,7	3015 (116,5)	302 (11,7)	10,0
	65-79	1702 (215,5)	182 (23)	10,7	1638 (207,4)	173 (21,9)	10,6
	80+	987 (364,8)	105 (38,8)	10,6	1090 (402,9)	135 (49,9)	12,4
SARS-CoV-2							
	0-4	889 (323,2)	56 (20,4)	6,3	922 (335,2)	68 (24,7)	7,4
	5-14	466 (74,3)	32 (5,1)	6,9	427 (68)	13 (2,1)	3,0
	15-29	1140 (109,2)	47 (4,5)	4,1	1042 (99,8)	33 (3,2)	3,2
	30-64	3422 (132,2)	122 (4,7)	3,6	3157 (122)	110 (4,3)	3,5
	65-79	1879 (237,9)	61 (7,7)	3,2	1791 (226,8)	48 (6,1)	2,7
	80+	1166 (431)	33 (12,2)	2,8	1244 (459,8)	27 (10)	2,2
Korona forkjølelsesvirus							
	0-4	429 (156)	60 (21,8)	14,0	448 (162,9)	55 (20)	12,3
	5-14	237 (37,8)	23 (3,7)	9,7	224 (35,7)	16 (2,5)	7,1
	15-29	638 (61,1)	77 (7,4)	12,1	600 (57,5)	76 (7,3)	12,7
	30-64	1761 (68,1)	151 (5,8)	8,6	1625 (62,8)	168 (6,5)	10,3
	65-79	757 (95,8)	42 (5,3)	5,5	723 (91,5)	31 (3,9)	4,3
	80+	390 (144,2)	13 (4,8)	3,3	388 (143,4)	16 (5,9)	4,1

Luftveivirus gjennom fyrtårnsystemet

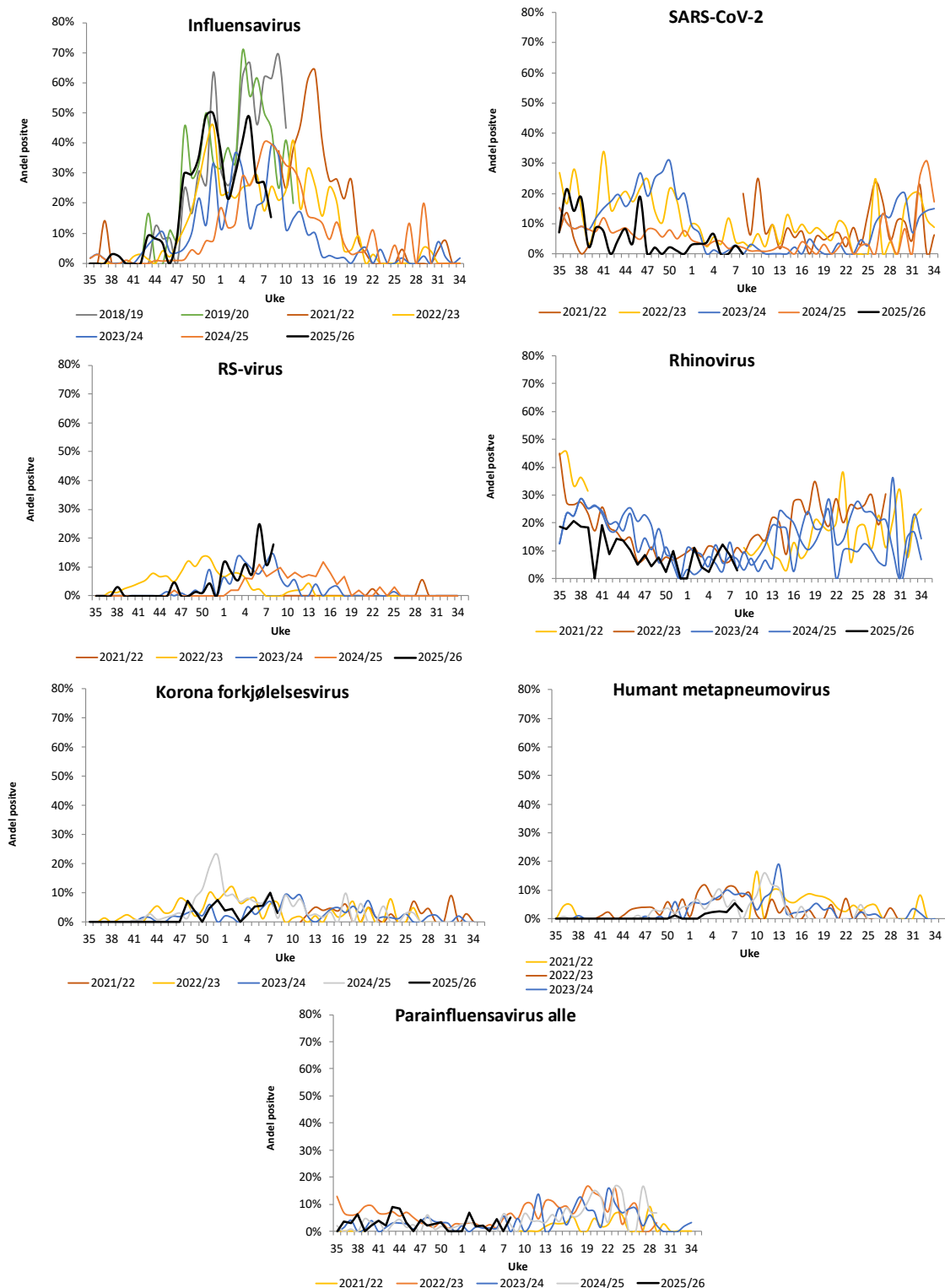
Sentinel fyrtårnsystemet er en integrert overvåking av de mest aktuelle luftveivirus og ikke kun influensavirus og SARS-CoV-2. Overvåkingen er basert på et nettverk av fyrtårnleger (fastleger og legevakter) som sender inn prøver fra pasienter med symptomer på akutt luftveisinfeksjon for utvidet luftveivirus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

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 25. februar 2026.

For uke 8/2026 er det hittil analysert 39 fyrtårnprøver i utvidet luftveivirusovervåking, mot 37 prøver i uke 7 (Figur 9, Tabell 4). Sammenslått for disse to ukene ble det påvist influensavirus A i 21 % av prøvene, RSV i 14 % og SARS-CoV-2 i 1,3 %. Siden starten av uke 35 er det analysert 1049 prøver. Fram til midten av oktober var rhinovirus det vanligste funnet, med SARS-CoV-2 som nest vanligst ut september. Influensa type A begynte å gjøre seg gjeldende fra midten av oktober, gjorde et markant hopp i slutten av november (uke 48), og har dominert etter dette. En foreløpig topp ble passert i uke 51-52 med 50 % influensa A-positive, med fallende tendens til uke 2 og gjentatt økning til en ny topp i uke 5 og påfølgende fall. Den andre toppen besto i stor grad av influensatilfeller på Vestlandet hvor influensautbruddet ikke utviklet seg like tidlig som i andre deler av landet. Blant de influensa A-positive har subtype H3 vært vanligst. Siden uke 35 er det påvist 228 influensa A-virus, av disse er hittil 42 subtypet som H1 og 158 som H3. I uke 7 var det 2 H1 og 5 H3, mens 2 A-positive fra uke 7 og alle 6 fra uke 8 venter på subtyping. Sesongens første påvisninger av influensavirus B i fyrtårnprøver kom i uke 3, med et fåtall påvisninger også i uke 4, 5 og 6. I alt har det nå blitt 8 influensa B-funn, der de 7 som hittil er testet videre er identifisert som B/Victoria. I ukene etter nyttår har det vært noe mer RSV-påvisninger enn før jul. I tillegg er det påvist noe parainflusavirus og enkelte tilfeller av andre luftveivirus. Sammenlignet med tidligere sesonger skiller ikke funnene av de ulike luftveivirusene seg vesentlig, med unntak av tidlig influensatopp (Figur 10).



Figur 9. Antall laboratoriebekreftede luftveivirusinfeksjoner blant fyrtårnprøver fra uke 35/2025 til og med uke 8/2026, samt andel positive for en rekke luftveivirus. Siste ukens 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 influenzavirus, SARS-CoV-2, RSV, rhinovirus, korona forkjølelsesvirus, humant metapneumovirus og parainfluenzavirus. Siste ukes data er ukomplette. Grunnet testpraksis under covid-19-pandemien var Fyrtårnssystemet ikke operativt i perioden fra våren 2020 til midtvinters 2022. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.

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 FHI.

Uke	3	4	5	6	7	8
Antall prøver	55	45	39	44	37	39
Influensavirus	29 %	40 %	49 %	27 %	27 %	15 %
Influensa A-virus	25 %	33 %	46 %	25 %	24 %	15 %
Influensa B-virus	4 %	7 %	3 %	2 %	3 %	0 %
SARS-CoV-2	4 %	7 %	0 %	0 %	3 %	0 %
RS-virus	5 %	11 %	8 %	25 %	11 %	18 %
Rhinovirus	4 %	3 %	8 %	12 %	9 %	3 %
Parainfluenzavirus	2 %	2 %	0 %	5 %	0 %	5 %
Humant metapneumovirus	2 %	2 %	3 %	2 %	5 %	3 %
Korona forkjølelsvirus	0 %	2 %	5 %	5 %	8 %	3 %

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 25. februar 2026.

Nasjonale overvåkingsdata om luftveivirus er nå tilgjengelig på [FHIs nye statistikk dashboard](#).

Influensa 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 influensasasjoner 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 GISAD) er tilgjengeliggjort i Folkehelseinstituttets eget [NextStrain analyserom](#).

Sirkulerende influensavirus i Norge

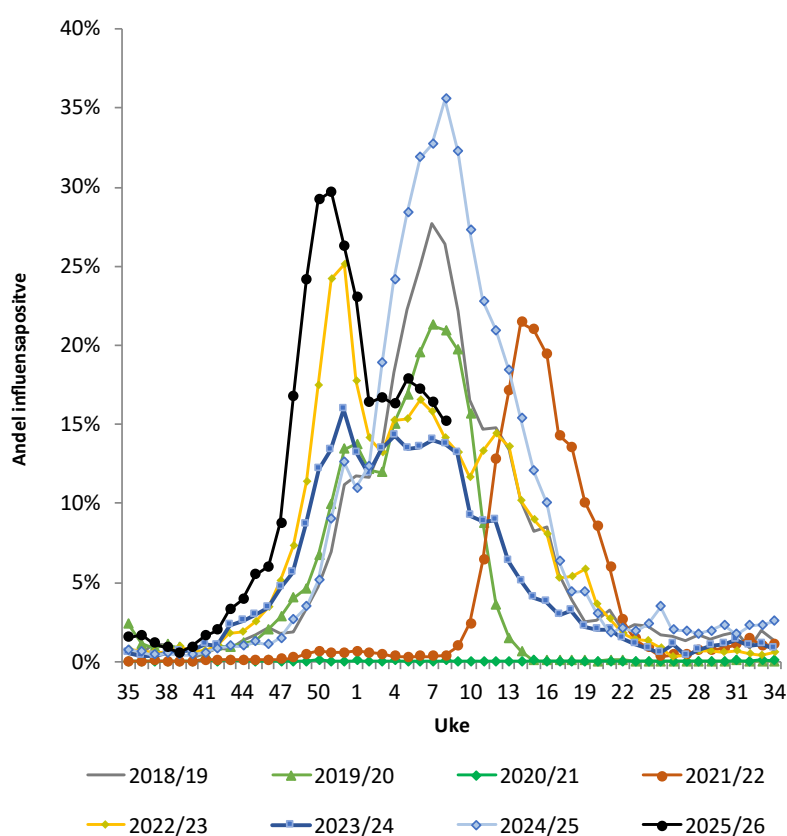
Siden uke 35 er prøver fra 206 649 pasienter undersøkt for influensavirus ved medisinsk mikrobiologiske laboratorier i Norge.

Forekomsten av påvist influensa holdt seg meget lav gjennom sommeren og tidlig høst, men med stigende tendens allerede siden uke 42. Den videre tilveksten skjedde i økende tempo fram til andelen influensapositive blant de testede nådde en foreløpig topp i uke 50-51, med 30 % positive. Andelen falt etter dette ned til 17 % i uke 2/2026, og har i uke 3-7 ligget på dette nivået, med en liten nedgang til 15 % i uke 8 (Figur 11). I perioden er det påvist 26 219 influensavirus A og kun 204 influensavirus B.

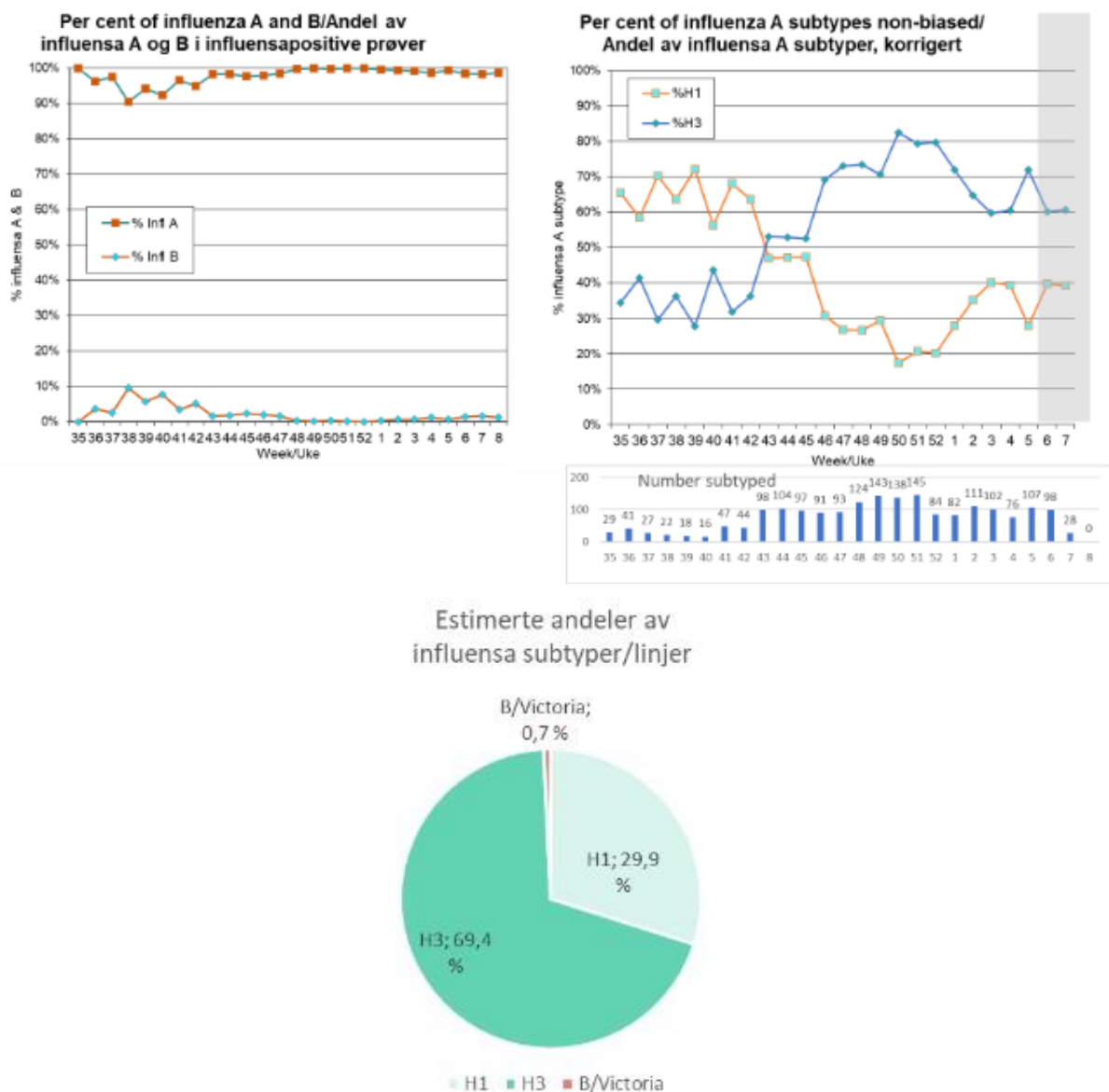
Med unntak av influensapandemien i 2009 som toppet seg i uke 44, er dette er den tidligste oppveksten av påvisninger vi har sett siden høsten 2003 da en driftet A(H3N2)-variant forårsaket et utbrudd som kulminerte i uke 49.

Blant de 1 965 subtypede influensa A-virusene har det beveget seg fra en overvekt av H1 fram til uke 42, og deretter økende andel og flertall av H3, men overvekten av H3 avtok etter nyttår og har i flere uker ligget i området 60 – 70 % (Figur 12).

Av 204 påviste influensa B-virus er foreløpig 36 linjebestemt til B/Victoria-linje virus, mens ingen har vært B/Yamagata. 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(H3N2) mest tallrik hittil (69 %), fulgt av A(H1N1) på 30 % og langt mindre B/Victoria (<1 %). Det reelle innslaget av influensa B er antakelig enda mindre, da den positive prediktive verdien av et positivt testresultat er svak når forekomsten av sanne positive er såpass lav.



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. 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 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 ukens 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.

Fordelingen av influensa A subtyper har vært ulik i de forskjellige delene av landet med størst forekomst av influensa A(H3) på deler av Østlandet og i Midt-Norge i starten, mens influensa A(H1)

var i flertall på Vestlandet og i Finnmark og Troms. I løpet av desember og etter nyttår har det imidlertid skjedd en dreining mot mer A(H3) også i disse delene av landet, mens overvekten av H3 har avtatt i mange fylker som startet med H3-utbrudd (Tabell 5). Økningen av influensapåvisninger startet først i de delene av landet hvor H3 var i flertall tidlig.

Tabell 5. Fylkesvise andeler (%) influensa A subtyper H1 og H3 blant influensa A-prøver fra uke 40-52/2025 (venstre) og uke 1-7/2026 (høyre) oversendt til FHI. Andeler over 60 % er uthevet. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Fylke	Uke 40-52			Uke 1-7		
	Antall subtypet	%H1	%H3	Antall subtypet	%H1	%H3
Østfold	72	26 %	74 %	34	18 %	82 %
Akershus	235	17 %	83 %	91	45 %	55 %
Oslo	255	16 %	84 %	72	50 %	50 %
Vestfold	48	19 %	81 %	19	42 %	58 %
Telemark	20	25 %	75 %	20	25 %	75 %
Agder	30	17 %	83 %	29	21 %	79 %
Innlandet	72	36 %	64 %	28	29 %	71 %
Buskerud	55	35 %	65 %	21	29 %	71 %
Rogaland	99	58 %	42 %	48	35 %	65 %
Vestland	86	60 %	40 %	42	29 %	71 %
Møre og Romsdal	47	21 %	79 %	21	48 %	52 %
Trøndelag	102	21 %	79 %	50	36 %	64 %
Nordland	30	47 %	53 %	5	20 %	80 %
Troms	19	63 %	37 %	6	0 %	100 %
Finnmark	1	100 %	0 %	2	50 %	50 %
Norge	1171	28 %	72 %	488	36 %	64 %

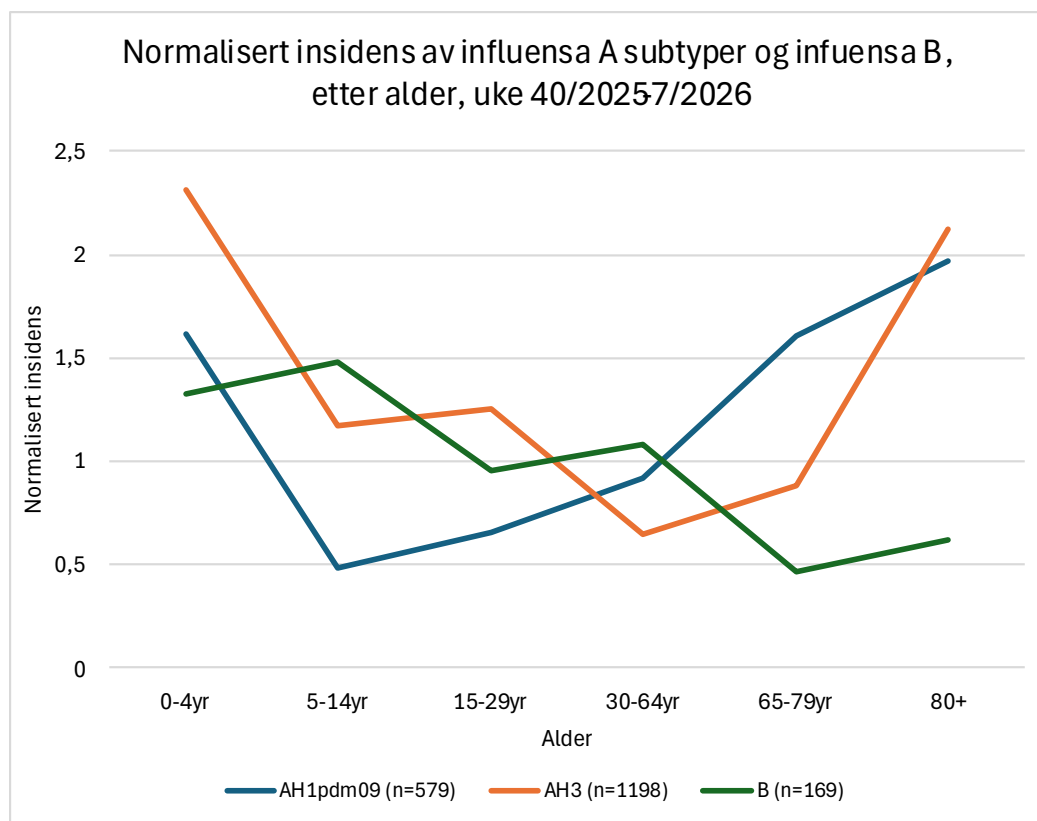
Tabell 6. Ukentlig andel (%) positive for influensa av testede pasienter, pr fylke. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen

År uke	Fylke														
	Østfold	Akershus	Oslo	Innlandet	Buskerud	Telemark	Vestfold	Agder	Rogaland	Vestland	Møre og Romsdal	Trøndelag	Nordland	Troms	Finnmark
202535	0,4 %	1,4 %	1,0 %	1,8 %	1,4 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	1,7 %	1,0 %	3,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
202536	0,3 %	0,9 %	1,9 %	0,6 %	0,0 %	0,7 %	1,1 %	1,3 %	0,6 %	0,9 %	3,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %
202537	1,1 %	1,3 %	2,4 %	0,3 %	0,8 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,9 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
202538	1,1 %	0,6 %	0,9 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	1,1 %	0,8 %	1,4 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
202539	0,5 %	0,8 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	1,1 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	1,2 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
202540	0,3 %	0,4 %	1,4 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %	1,2 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %	3,1 %	0,9 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %
202541	1,8 %	1,8 %	1,5 %	0,6 %	1,3 %	0,0 %	1,4 %	2,6 %	1,3 %	0,9 %	2,9 %	2,9 %	2,2 %	1,7 %	0,0 %
202542	0,6 %	1,4 %	2,5 %	3,3 %	2,5 %	1,3 %	1,6 %	1,5 %	2,0 %	1,6 %	2,7 %	3,2 %	1,0 %	1,0 %	2,5 %
202543	1,9 %	3,2 %	5,5 %	1,6 %	3,1 %	1,7 %	1,9 %	0,9 %	3,6 %	2,3 %	4,9 %	4,6 %	2,0 %	2,9 %	1,1 %
202544	3,7 %	4,7 %	8,2 %	1,4 %	3,5 %	1,0 %	3,0 %	2,4 %	2,4 %	3,0 %	5,2 %	5,1 %	1,0 %	0,8 %	3,3 %
202545	3,4 %	6,8 %	10,0 %	3,1 %	5,3 %	3,3 %	4,8 %	1,0 %	2,6 %	2,8 %	7,5 %	6,9 %	1,9 %	1,8 %	3,1 %
202546	6,3 %	7,3 %	10,2 %	3,3 %	2,9 %	3,0 %	3,0 %	2,3 %	2,2 %	3,1 %	7,8 %	10,0 %	4,2 %	5,5 %	1,0 %
202547	10,9 %	13,0 %	16,6 %	6,0 %	6,7 %	3,8 %	5,8 %	2,8 %	4,9 %	2,6 %	8,7 %	12,6 %	3,6 %	4,0 %	7,6 %
202548	19,5 %	23,0 %	27,8 %	15,2 %	15,9 %	6,0 %	9,4 %	7,4 %	7,5 %	6,1 %	20,9 %	17,1 %	16,1 %	10,9 %	5,6 %
202549	31,2 %	34,1 %	32,0 %	22,5 %	26,8 %	23,4 %	16,3 %	13,2 %	11,8 %	9,8 %	27,7 %	23,5 %	25,7 %	18,8 %	9,5 %
202550	36,4 %	37,6 %	32,9 %	35,8 %	31,6 %	26,9 %	26,4 %	16,0 %	18,5 %	16,9 %	28,5 %	30,9 %	31,0 %	26,8 %	15,5 %
202551	37,4 %	34,5 %	28,6 %	35,0 %	34,2 %	35,3 %	33,2 %	24,6 %	17,2 %	20,0 %	25,1 %	34,7 %	32,9 %	28,6 %	27,5 %
202552	24,2 %	26,6 %	25,5 %	36,4 %	35,6 %	29,4 %	22,6 %	21,6 %	16,8 %	18,3 %	25,2 %	36,8 %	28,7 %	28,6 %	32,7 %
202601	21,8 %	23,9 %	17,9 %	29,9 %	25,3 %	25,8 %	21,2 %	23,1 %	18,1 %	21,1 %	24,9 %	25,4 %	23,2 %	24,0 %	19,1 %
202602	15,7 %	11,7 %	16,0 %	19,2 %	15,2 %	18,1 %	16,5 %	23,3 %	14,5 %	15,6 %	13,5 %	17,8 %	15,3 %	17,7 %	20,2 %
202603	15,1 %	15,1 %	17,0 %	12,6 %	11,6 %	15,2 %	13,9 %	24,5 %	18,7 %	19,8 %	8,7 %	11,2 %	15,6 %	19,0 %	15,4 %
202604	11,8 %	14,2 %	15,5 %	11,4 %	12,3 %	7,6 %	11,3 %	25,6 %	20,1 %	21,7 %	12,4 %	11,5 %	11,1 %	13,5 %	11,0 %
202605	11,8 %	12,7 %	14,3 %	13,2 %	13,6 %	8,4 %	16,1 %	27,1 %	23,8 %	25,2 %	11,8 %	9,5 %	13,8 %	12,0 %	19,3 %
202606	15,2 %	9,4 %	12,1 %	11,9 %	9,1 %	10,2 %	11,5 %	28,3 %	23,8 %	27,2 %	10,4 %	10,6 %	12,0 %	13,3 %	14,7 %
202607	13,6 %	8,0 %	10,3 %	11,4 %	5,4 %	14,7 %	12,7 %	29,5 %	23,7 %	27,8 %	8,1 %	11,8 %	9,1 %	10,2 %	18,2 %
202608	14,9 %	7,9 %	8,7 %	10,3 %	7,2 %	8,0 %	6,2 %	27,1 %	24,9 %	25,9 %	7,6 %	10,6 %	12,3 %	8,6 %	11,1 %

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

År 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 %	3,6 %	0,1 %	2,9 %	0,0 %
202547	13,6 %	0,4 %	26,1 %	0,2 %	10,3 %	0,1 %	7,0 %	0,2 %	4,5 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %
202548	18,1 %	0,0 %	35,4 %	0,0 %	25,5 %	0,0 %	12,9 %	0,1 %	11,4 %	0,0 %	9,4 %	0,0 %
202549	30,4 %	0,0 %	46,7 %	0,0 %	35,1 %	0,0 %	19,3 %	0,0 %	16,0 %	0,1 %	14,9 %	0,1 %
202550	37,0 %	0,0 %	50,1 %	0,0 %	39,2 %	0,0 %	24,7 %	0,2 %	21,9 %	0,0 %	18,9 %	0,0 %
202551	38,7 %	0,0 %	51,1 %	0,0 %	37,1 %	0,1 %	25,6 %	0,0 %	24,3 %	0,0 %	23,5 %	0,0 %
202552	31,3 %	0,0 %	42,1 %	0,0 %	34,4 %	0,0 %	24,8 %	0,0 %	22,2 %	0,0 %	23,9 %	0,0 %
202601	23,9 %	0,0 %	28,1 %	0,8 %	31,4 %	0,0 %	21,2 %	0,1 %	21,1 %	0,0 %	21,2 %	0,0 %
202602	18,4 %	0,2 %	21,4 %	0,3 %	24,7 %	0,1 %	14,5 %	0,1 %	13,3 %	0,0 %	13,4 %	0,1 %
202603	19,5 %	0,0 %	27,7 %	0,5 %	23,5 %	0,0 %	16,4 %	0,1 %	11,7 %	0,0 %	10,4 %	0,0 %
202604	14,9 %	0,0 %	32,8 %	0,2 %	22,4 %	0,2 %	15,3 %	0,2 %	11,2 %	0,1 %	10,8 %	0,0 %
202605	16,7 %	0,1 %	31,8 %	0,4 %	23,8 %	0,0 %	16,4 %	0,1 %	13,6 %	0,0 %	13,0 %	0,0 %
202606	14,0 %	0,1 %	28,4 %	0,4 %	20,5 %	0,5 %	15,8 %	0,2 %	15,8 %	0,0 %	13,1 %	0,0 %
202607	12,8 %	0,0 %	22,8 %	1,1 %	21,6 %	0,4 %	15,7 %	0,4 %	14,4 %	0,0 %	14,3 %	0,0 %
202608	10,3 %	0,0 %	24,8 %	0,9 %	19,8 %	0,5 %	14,4 %	0,2 %	14,3 %	0,1 %	13,4 %	0,0 %

Aldersprofilen for påviste influensa A subtyper er forskjellig for subtype H1 og H3, med større innslag hos de under 30 år og de over 80 år for H3 og særlig lavt innslag av H1 i gruppen 5-14 år. For influensa B er det grovt sett avtagende innslag med økende alder (Figur 13).



Figur 13. Antall subtypepåvisninger per 10 000 befolkning i ulike aldersgrupper, blant influensa A-positive prøver oversendt til FHI. Grafen for influensa B inkluderer påvisninger fra alle laboratorier. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

Genetisk karakterisering av influensavirus

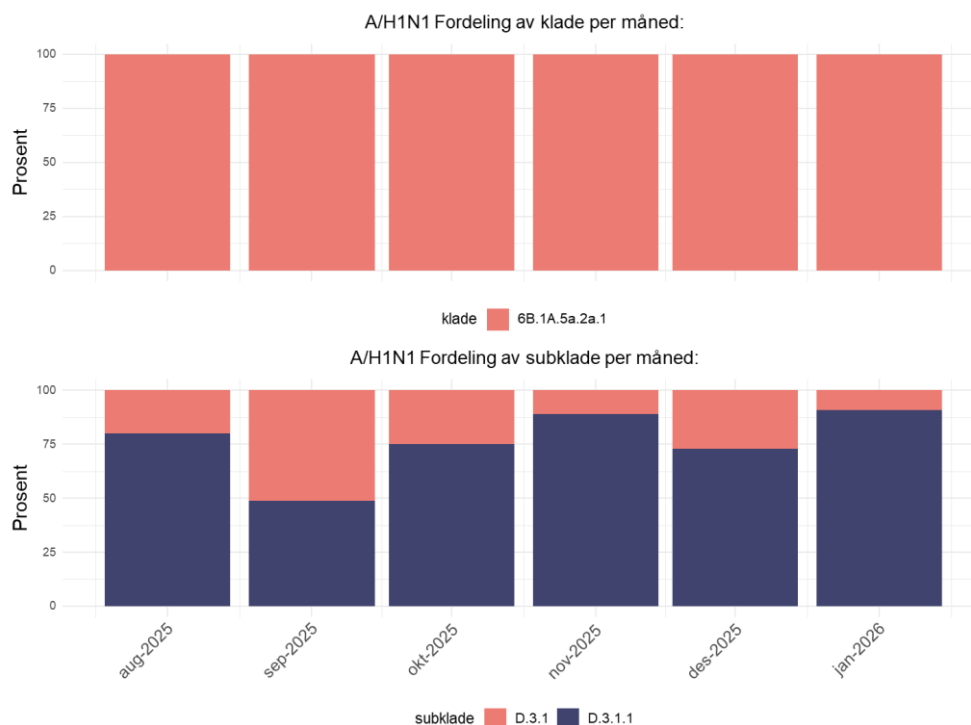
Virusene karakteriseres for å undersøke hvilke undergrupper av virus som sirkulerer i Norge, hvordan virusene sprer seg, om virusene passer med vaksinen og om det oppstår resistensmutasjoner mot antiviralia for behandling. Interaktive fylogenetiske sammenstillinger av norske virus som er sekvensert er tilgjengelig i FHIs egen Nextstrain portal: <https://nextstrain.org/groups/niph>

Så langt i 2025/26-sesongen har vi sekvensert 710 influensavirus: 193 A/H1N1, 272 A/H3N2, og fem B/Victoria.

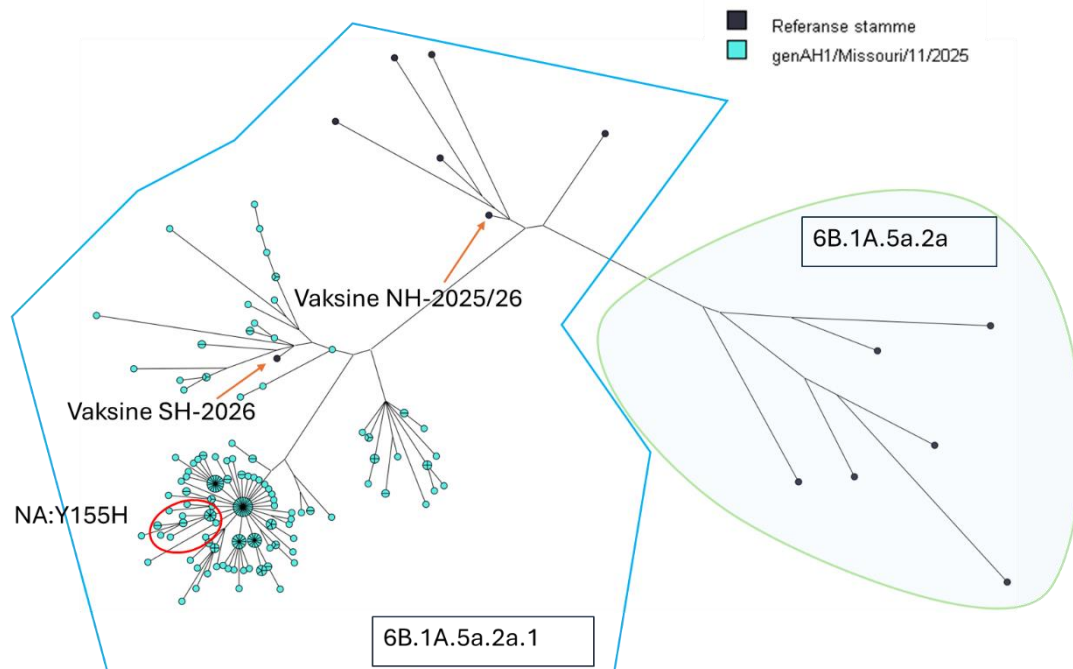
A/H1N1-virus

Alle A/H1N1-influensavirus karakterisert i løpet av 2025/26 sesongen har tilhørt klade 6B.1A.5a.2a.1. Disse virusene tilhører subklade D.3.1 og den nylig definerte D.3.1.1, som har sirkulert siden våren/sommeren 2025, som har nøkkelsubstitusjonene A139D, E283K og K302E. De nyeste H1N1 virusene tilhører D.3.1.1. og har tilleggs substitusjoner in neuraminidasegenet NA:Y155H markert med rød sirkel i den fylogenetiske sammenstillingen (Figur 15). Les mer om vurdering av denne mutasjonen under avsnitt om Resistens mot antivirale midler.

A/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 A/H1-vaksinekomponenten for den sørlige halvkules neste vintersesong (2026) for å samsvare bedre med de nyere D.3.1-variantene.



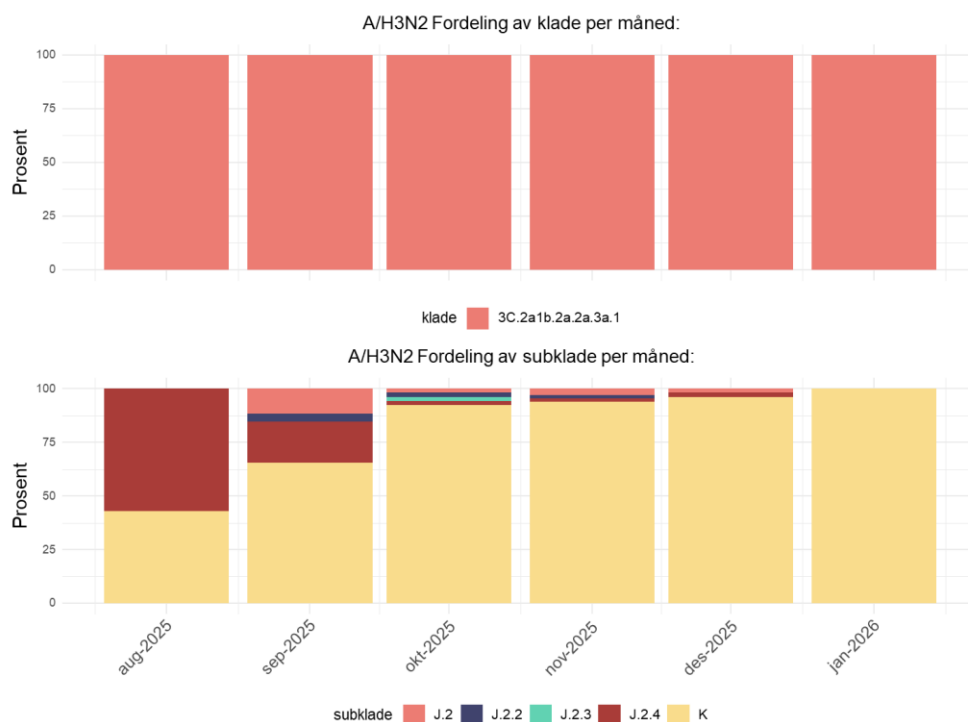
Figur 14. Fordeling av klade og subklade for A/H1N1-virusene i Norge, sesongen 2025/26. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



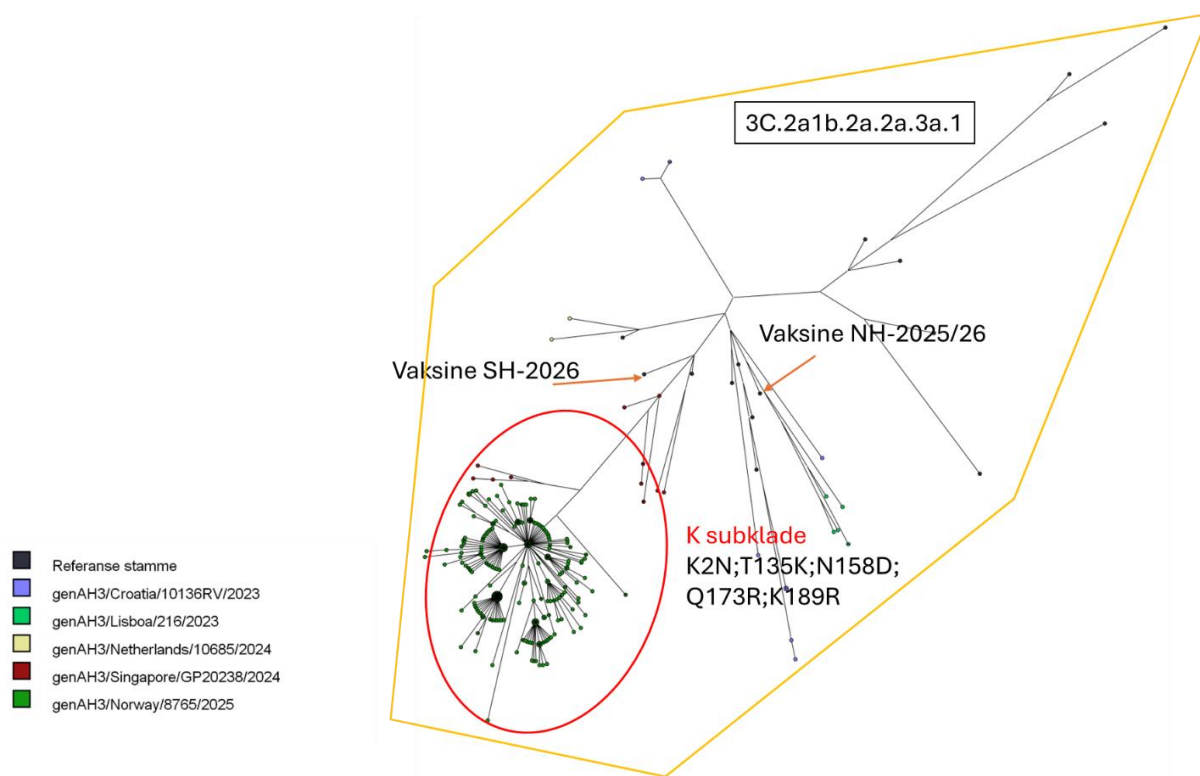
Figur 15. Fylogenetisk sammenstilling av A/H1N1-virus i Norge i sesongene 2025/26. Maximum parsimony-tre basert på helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutininsekvensen til H1N1-influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for den nordlige halvklule (NH) og den sørlige halvklule (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 influensasesongen 2024/25 og nå i 2025/26 sirkulerer kun A/H3N2 virus som tilhører kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a.1. I august 2025 ble en ny driftet undervariant av denne kladen, J.2.4, påvist i en økende andel av prøvene i Norge og i andre land. Disse virusene har blant annet nøkkelmutasjonene T135K og K189R i hemagglutininnet. En videre mutert undervariant, K, med ekstra nøkkelmutasjoner K2N, N158D og Q173R utgjør nå den største delen av A/H3N2-påvisningene i Norge (Figur 16, Figur 17, Tabell 8). K-virusene er markert med rød sirkel i den fylogenetiske sammenstillingen (Figur 17).



Figur 16. Fordeling av klade og subklade for A/H3N2-virusene i Norge, sesongen 2025/26. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 17. *Fylogenetisk sammenstilling av A/H3N2-virus i Norge i sesongene 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 A/H3N2 i sesongen 2025/26 for den nordlige halvkule er et A/Croatia/10136RV/2023-liknende virus, som tilhører klade 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 og subklade J.2, samme hovedgruppe av A/H3N2-virus som sirkulerer i Norge nå. WHO anbefalte i september 2025 likevel en oppdatering av A/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 noe antigenet forskjellig fra øvrige sirkulerende A/H3N2-virus og nåværende A/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"). Resultater fra Storbritannia på vaksinsens effekt på reduksjon av innleggelses viser tilsvarende effekt mot den nye K-varianten som for A/H3N2-virus ellers. Det er ingen tegn på at K-varianten i seg selv gir endret symptombylde eller mer alvorlig sykdom.

B/Victoria-virus

Så langt denne sesongen er det kun blitt sekvensert fem influensa B/Victoria-virus, og disse tilhørte kladen V1A.3a.2 med subkladene C.5.6.1, C.5.6 og C.5.1 (Tabell 8).

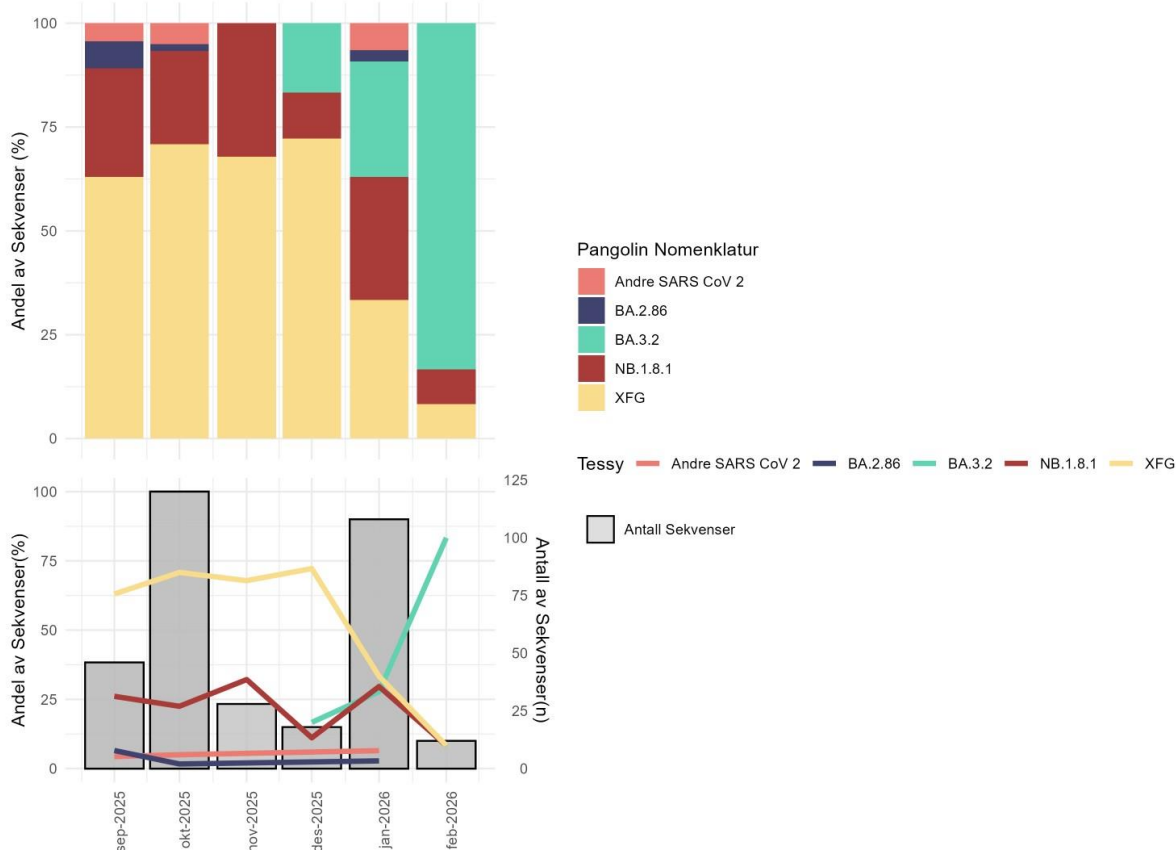
Tabell 8. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus sesongen 2025/26, klade og subklade. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	okt-2025	nov-2025	des-2025	jan-2026	Total
A/H1N1	-	-	44	72	11	21	203
genAH1/Missouri/11/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1	11 (25%)	8 (11.1%)	3 (27.3%)	1 (4.8%)	48
genAH1/Missouri/11/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1.1	33 (75%)	64 (88.9%)	8 (72.7%)	20 (95.2%)	155
A/H3N2	-	-	52	134	52	46	317
genAH3/Croatia/10136 RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	1 (1.9%)	4 (3%)	1 (1.9%)	0 (0%)	9
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	1 (1.9%)	2 (1.5%)	0 (0%)	0 (0%)	4
genAH3/Netherlands/10685/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.3	1 (1.9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.2%)	2
genAH3/Singapore/GP20238/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.4	1 (1.9%)	2 (1.5%)	1 (1.9%)	0 (0%)	13
genAH3/Norway/8765/2025	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	K	48 (92.3%)	126 (94%)	50 (96.2%)	45 (97.8%)	289
B/Victoria	-	-	0	0	2	2	5
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5.1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50%)	0 (0%)	1
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6.1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	1 (50%)	2
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50%)	1 (50%)	2

Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

Noe NB.1.8.1 (Q493E, F456L) har sirkulert parallelt med XFG varianten fra mai/april. Denne rekombinanten XFG har noe immun drift og viste økende prevalens gjennom sommeren og høst 2025. XFG er rekombinert av LF.7 og LP.8.1.2, har en rekke mutasjonsendringer F456L, Q493E, R346T. Siden desember 2025 har en ny omikron variant BA.3.2 blitt påvist i Norge og utgjør allerede en prevalens på rundt 83 %. BA.3 virus oppstod første gang i 2022 sammen med de andre BA.1 og BA.2 omikron variantene, men fikk aldri noen stor spredning da. Viruset kom tilbake som BA.3.2 i november 2024 i Sør-Afrika og har siden blitt oppdaget i alle verdensdeler og øker i prevalens. Varianten er svært forskjellig (mange mutasjonsendringer) fra andre SARS-CoV-2 virus som har vært i omløp seneste år, men det er likevel ikke ventet at viruset, i den form det er i nå, vil klare å gi stor smitteøkning. Det er ikke observert endret sykdomsbilde eller mer alvorlig sykdom med varianten og covid-19 vaksinen viser også beskyttelse overfor denne varianten. ECDC har fra 30. januar 2026 klassifisert BA.3.2 virus som en variant for overvåking (Variant under monitoring, VUM).

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

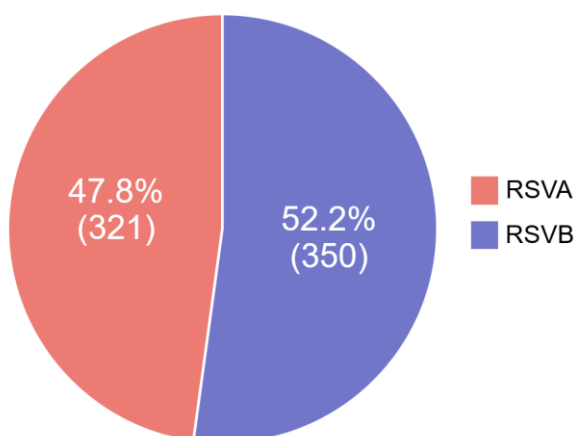


Figur 18. Fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hovedvarianter. De grå stolpene i midterste figur representerer antall sekvenser per måned, mens linjene viser den dominerende undertypen for hver periode. Vær oppmerksom på at i perioder med lavt antall sekvenser kan dataene endres på grunn av større usikkerhet. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

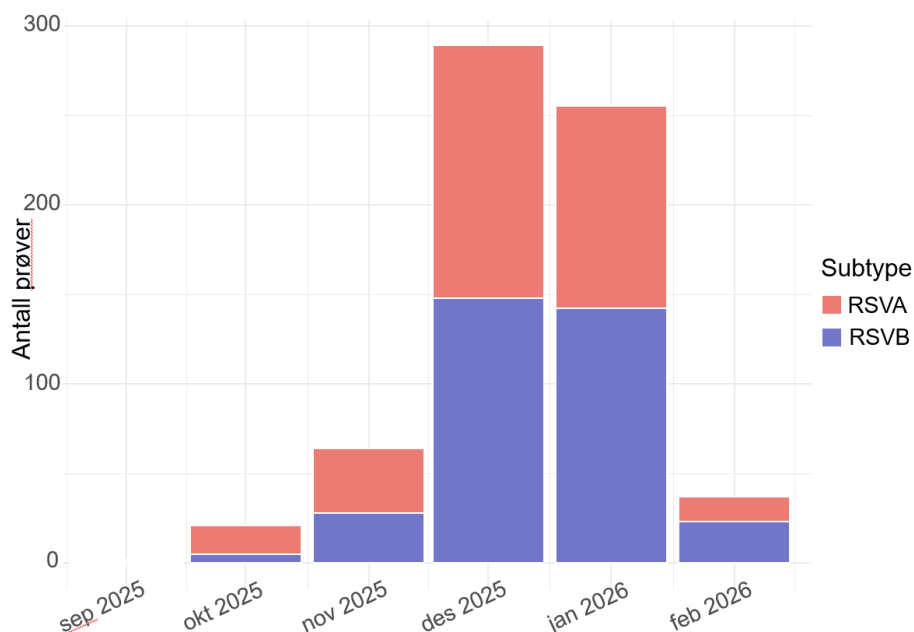
Sirkulerende RS-virus i Norge

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 26. Februar 2026

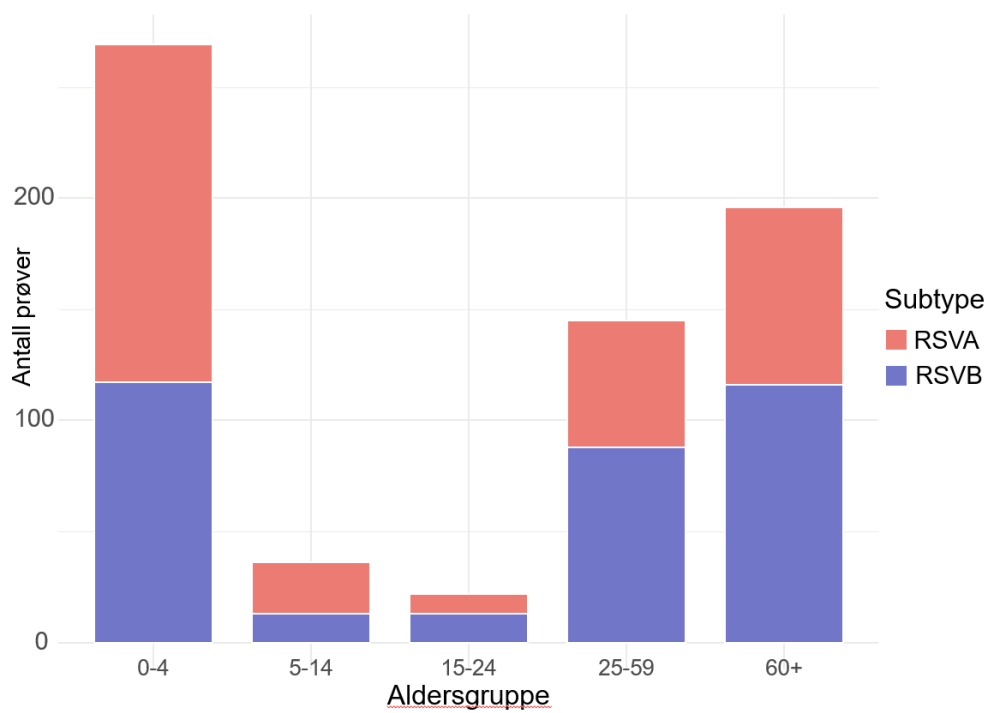
For 2025/26 sesongen så er 321 RS-virus prøver typet til RSV A og 350 prøver typet til RSV B. Tidlig i sesongen var det en overvekt av RSV A i typede prøver, men siden starten av 2026 så har de vært en liten overvekt RSV B. Barn i alderen 0-4 år utgjør gruppen med flest typede prøver, etterfulgt av den eldste aldersgruppa på 60+ år. For de yngste barn har det vært en overvekt av RSV A, mens det har vært noe mer RSV B i prøver fra eldre.



Figur 19. Fordeling av RSV A og B i prøver typet ved FHI i løpet av hele 2025/26 sesongen.



Figur 20. Fordeling av RSV A og B i prøver typet ved FHI fordelt på måned for prøvetakning.



Figur 21. Fordeling av RSV A og B i prøver typet ved FHI fordelt på aldersgruppe for hele 2025/26 sesongen.

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 470 influensavirus blitt undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett influensa A H1N1-virus har vist en genetisk markør for resistens mot oseltamivir og zanamivir med en I223V-mutasjon i neuraminidasegenet. Prøven ble tatt i uke 38, 2025 og pasienten har ukjent antiviral bruk. Ingen virus var resistent mot baloxavir. Nesten halvparten av H1N1-virusene i det siste sekvenseringsoppsettet viste tilstedeværelse av NA Y155H-mutasjonen, som i tidligere sesong H1N1 influensavirus før pandemien i 2009 induserte resistens mot oseltamivir (Tamiflu®) og zanamivir. Studier på postpandemisk H1 influensa, H1N1pdm09 virus, har indikert at mutasjonen ikke har samme effekt på disse virusene. Fenotypiske resistensanalyser utført ved FHI har nå bekreftet at det ikke er noen resistens forbundet med denne mutasjonen.

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 24. februar 2026.

Tabell 9. Varsler om utbrudd av luftveisinfeksjon siste uke og totalt siden sesongstart uke 35 (2025), Kilde: Vesuv, Folkehelseinstituttet.

Antatt smittestoff	Uke 8 (2026)			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	2	0	7
Influenzavirus	1	1	3	30	28	282
Parainfluenzavirus	1	1	4	1	1	4
RS-virus	0	0	0	1	0	22
Rhinovirus	0	0	0	2	2	22
SARS-CoV-2	0	0	0	17	17	137

Sykehusinnleggelser

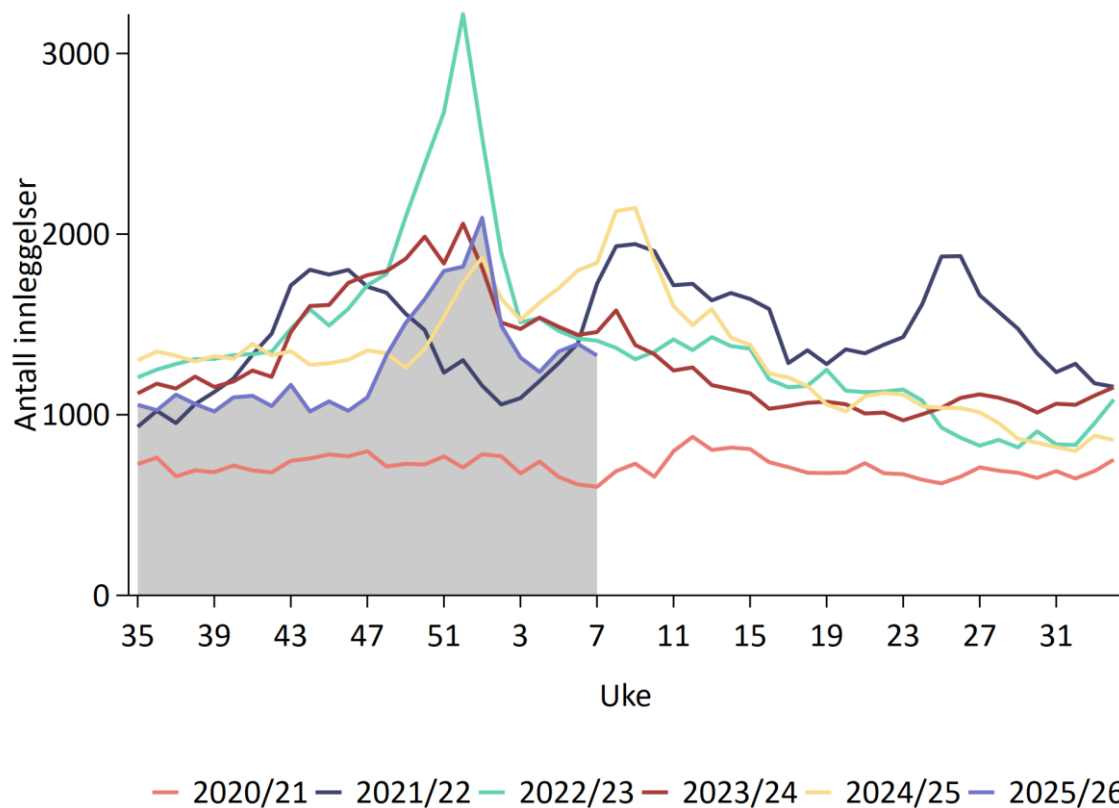
Fra og med vintersesongen 2025/26 er overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner som registreres i sykehusenes journalsystemer. ICD-10-diagnosekodene inkludert i overvåkingen 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.

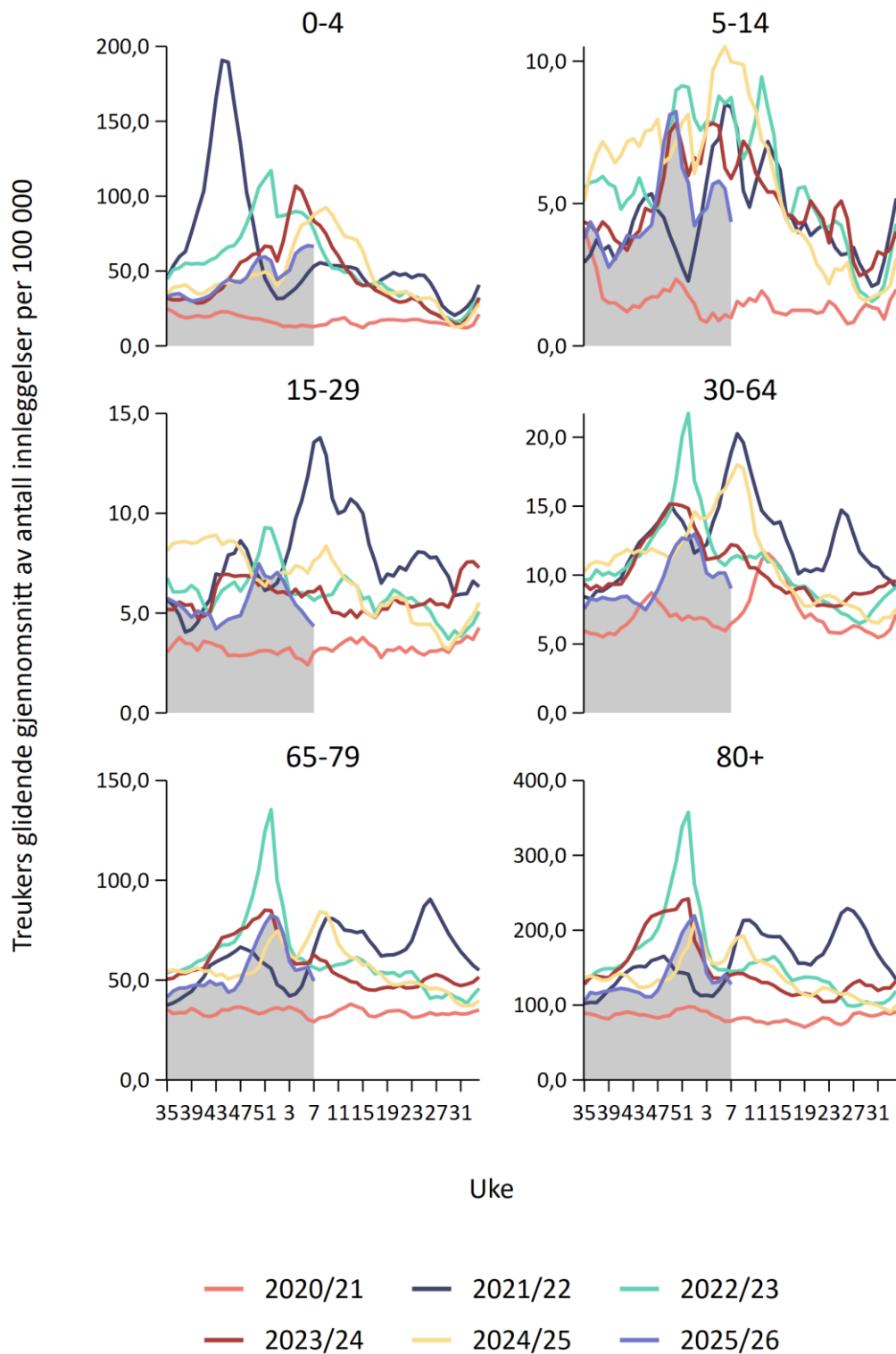
I tilfelle dataene fra NPR ikke er tilgjengelig eller hvis de er ukomplette, kan sykehusinnleggelser med spesifikke luftveisinfeksjoner også overvåkes ved hjelp av data fra MSIS-laboratoriedatabase alene. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. Positive prøver for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter overestimerer det reelle antallet sykehusinnleggelser noe i perioder med høy forekomst, men de kan brukes til å følge med på trender.

Dataene presentert her er basert på et datasett fra NPR oppdatert 24. februar 2026 og MSIS-laboratoriedatabase oppdatert 25. februar 2026.

Innleggelser med luftveisinfeksjon



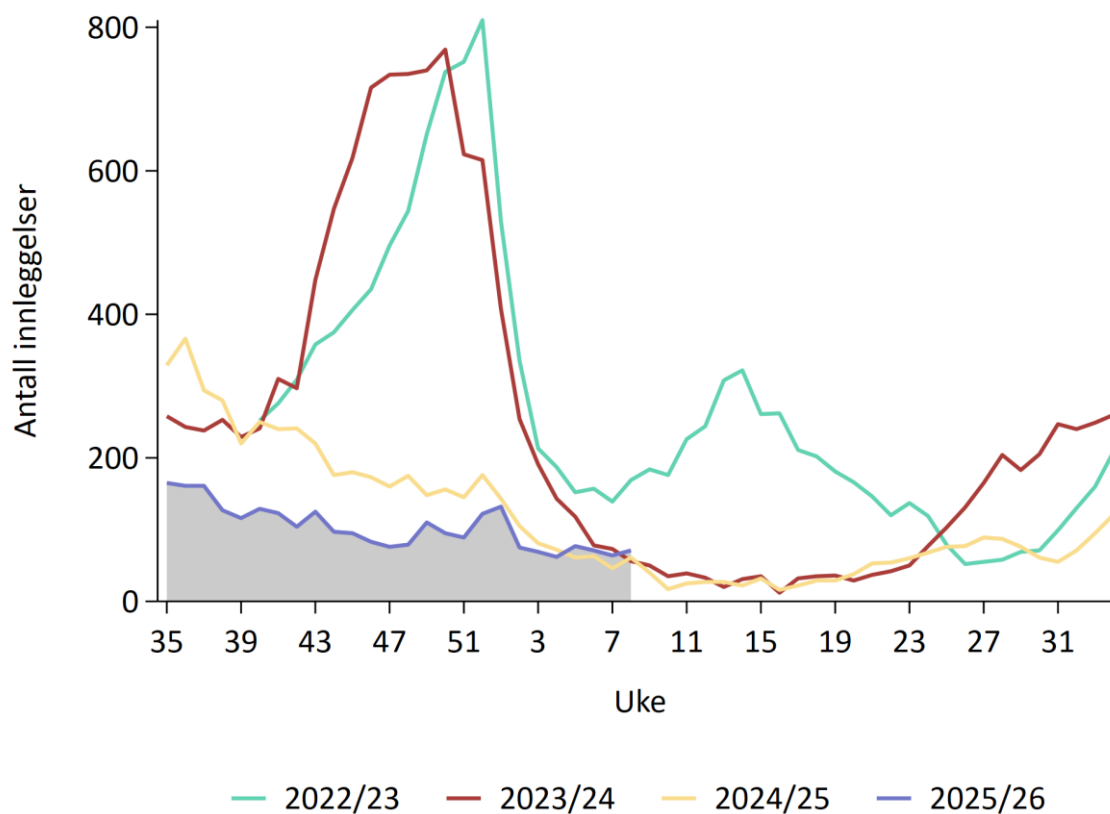
Figur 22. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke og sesong, 24.08.2020 – 22.02.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19.



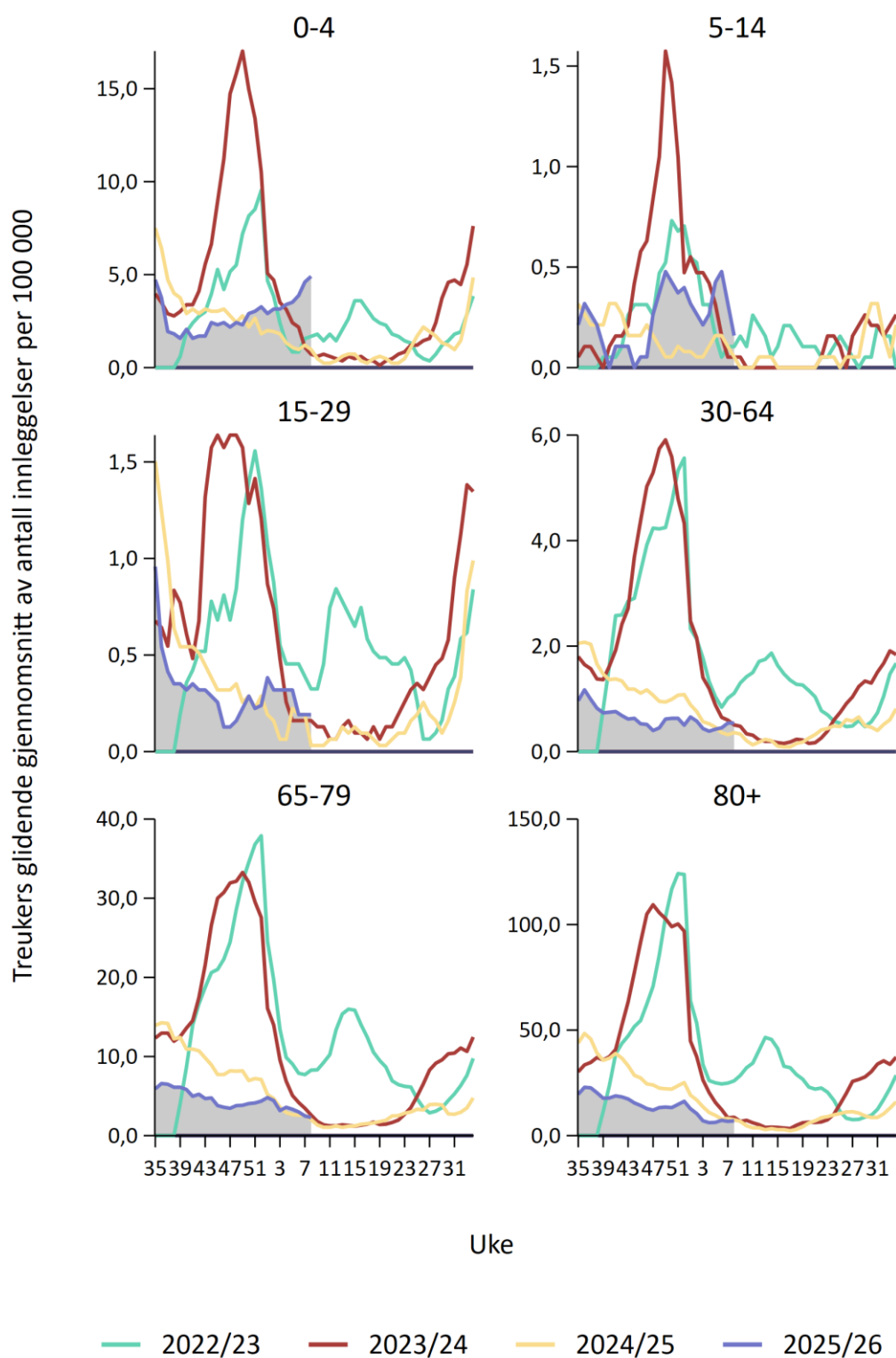
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 23. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med luftveisinfeksjon per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 22.02.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19.

Sykehusinnleggelser med covid-19



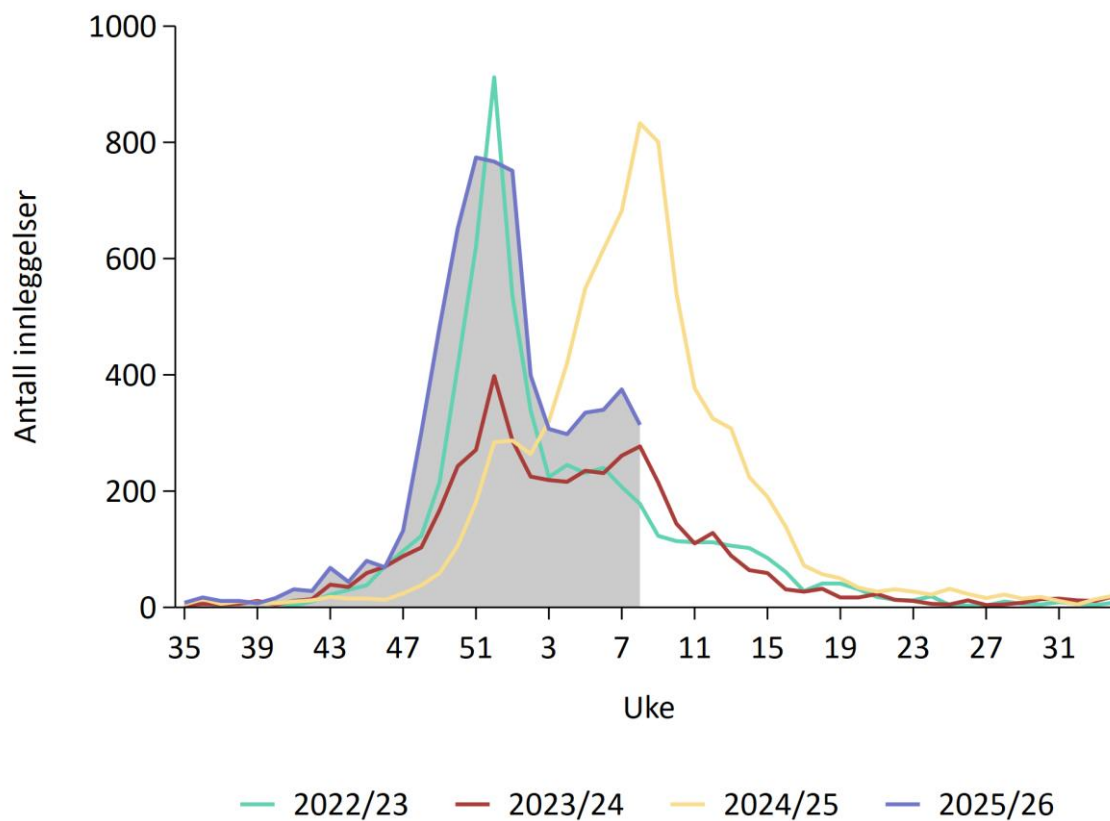
Figur 24. Antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 29.08.2022 – 22.02.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



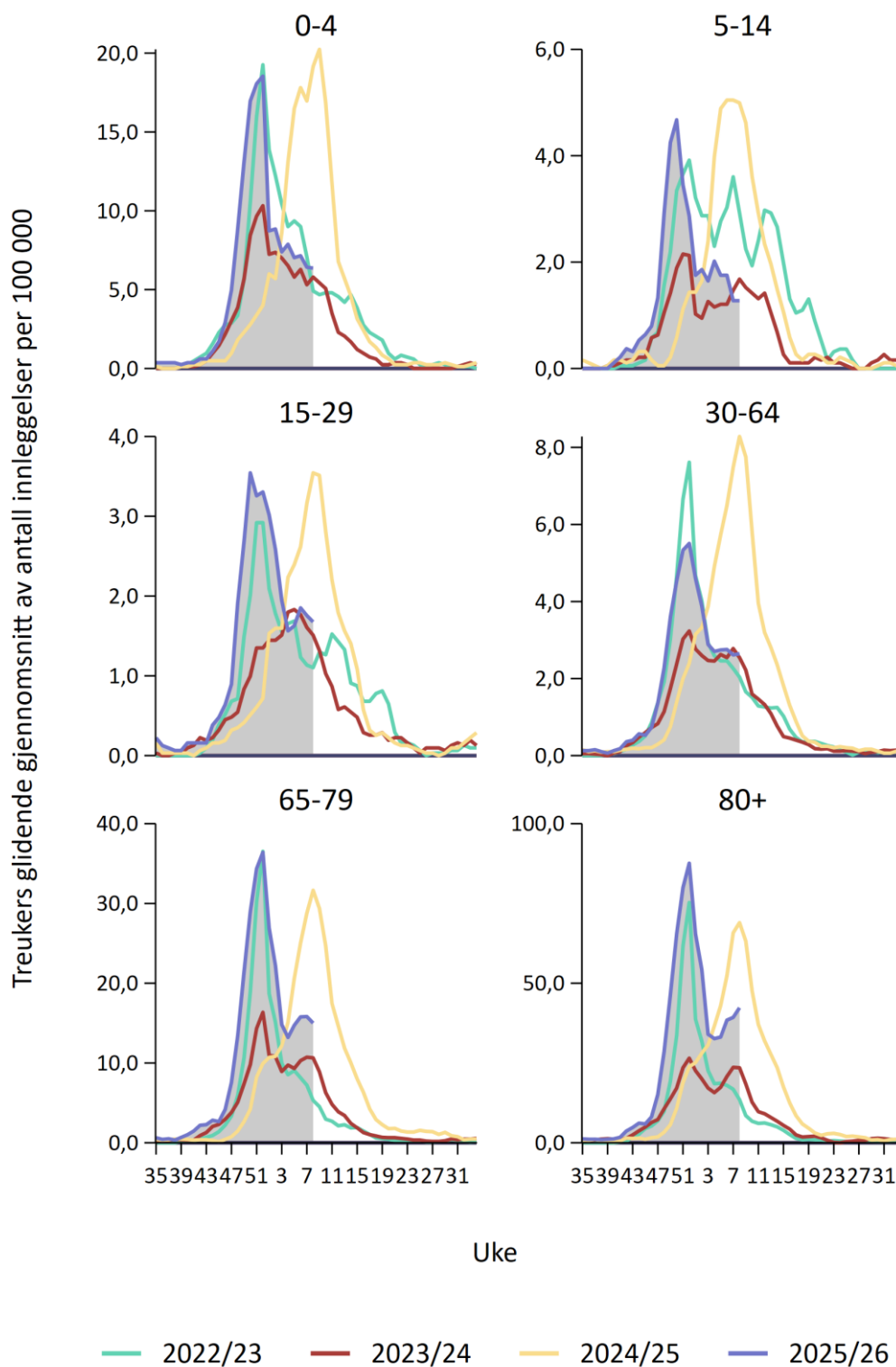
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 25. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med covid-19 per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 29.08.2022 – 22.02.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med influensa



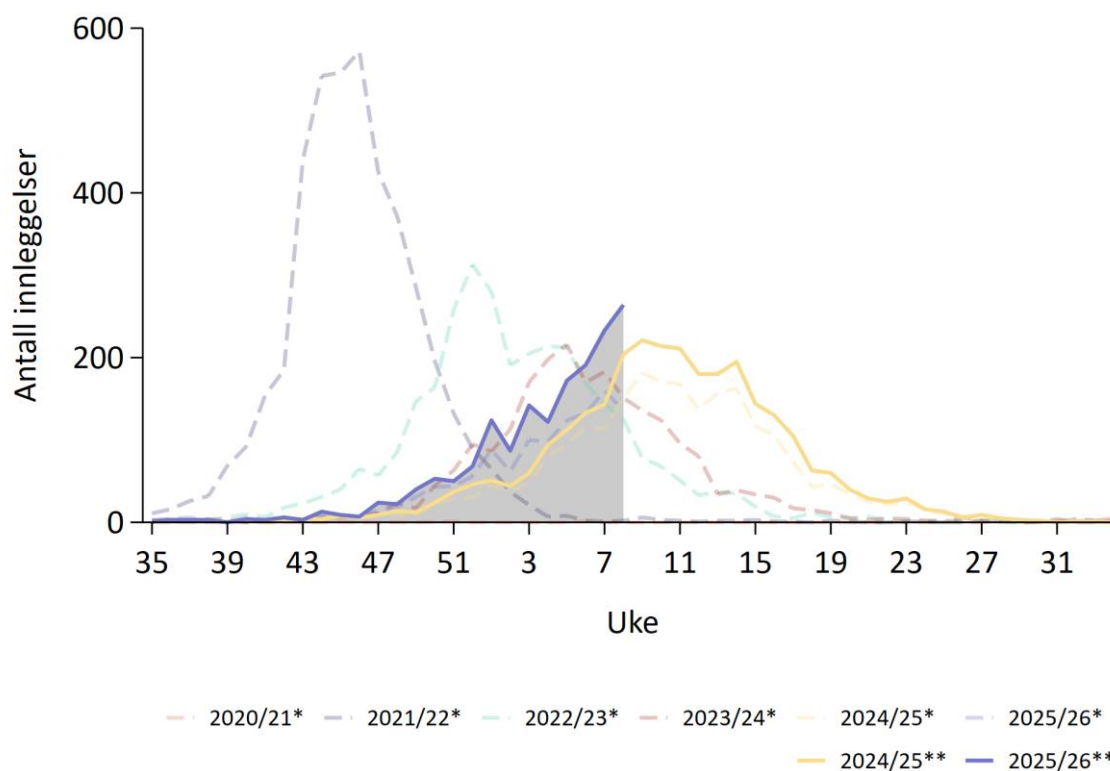
Figur 26. Antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 29.08.2022 – 22.02.2026 Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

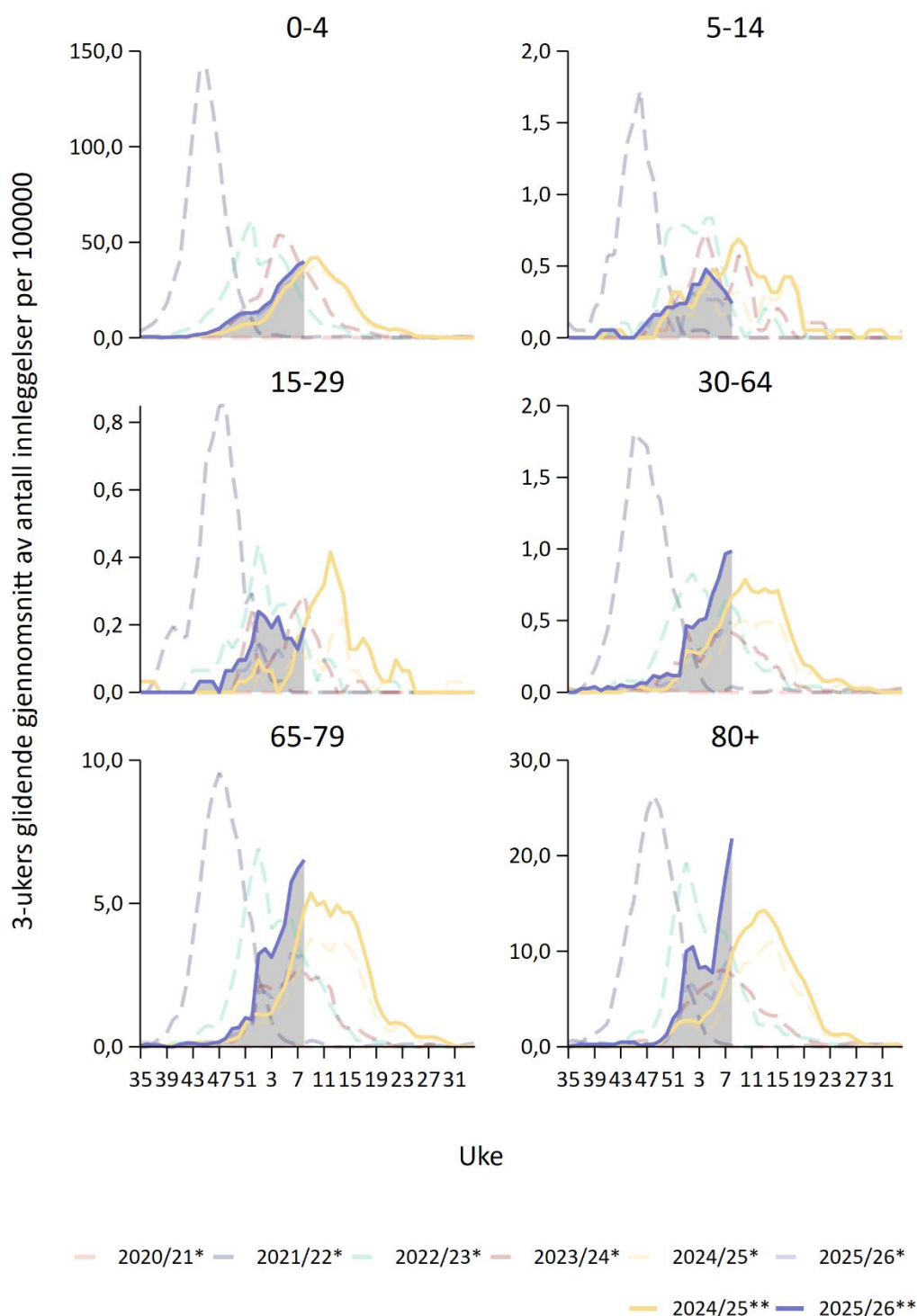
Figur 27. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med influensa per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 29.08.2022 – 22.02.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon



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

Figur 28. Antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per uke i overvåkingssystemet for alvorlige luftveisinfeksjoner (SARI, severe acute respiratory infections) sammenlignet med antall positive prøver for RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter, 24.08.2020 – 22.02.2026 Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

*Stiplet linje: innleggelser med sykdomsspesifikk diagnose i pasientjournalssystemet

**Heltrukket linje: innleggelser med diagnose for luftveisinfeksjon og positiv PCR-prøve

Figur 29. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 22.02.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Dødelighet

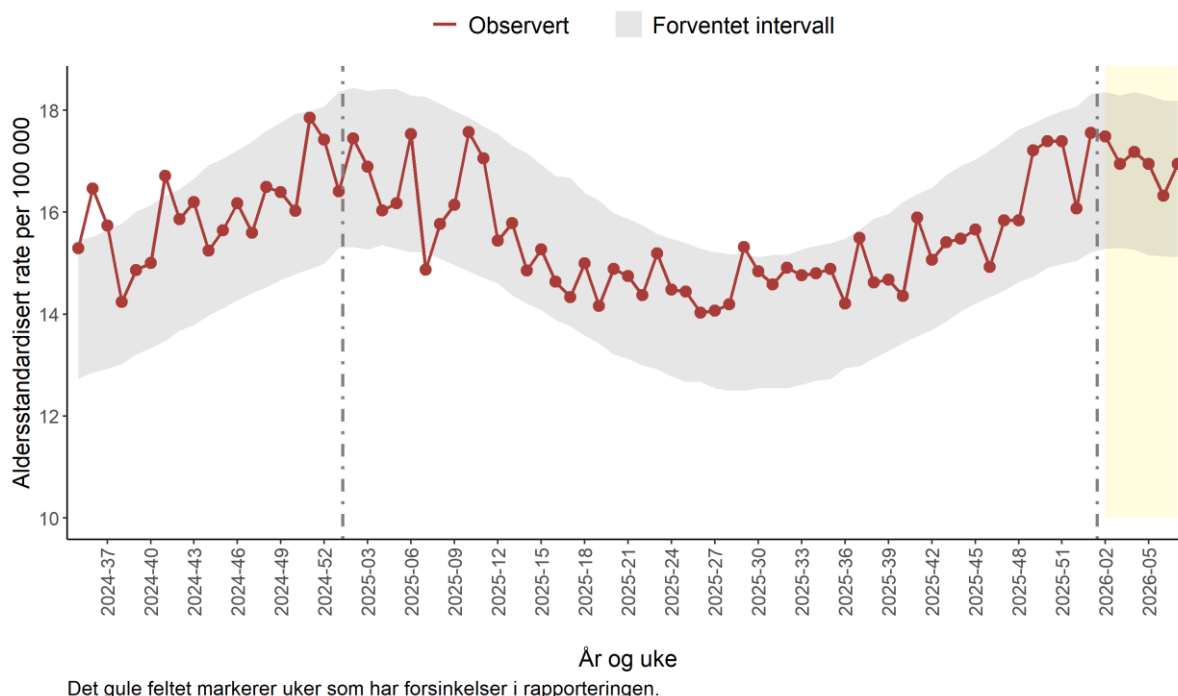
Totaldødelighet

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 25. februar 2026.

Dødelighetsnivå

Figur 30 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. Det har vært kortvarige svingninger i totaldødeligheten de siste ukene. Dødeligheten er innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Merk at tallene for de siste 6-8 ukene er foreløpige. Fortløpende registrering av dødsfall vil føre til at tallene endrer seg noe.



Figur 30. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 35 2024 til uke 7 2026. 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 og 2026. 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 10.

Tabell 10. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 1 til uke 7 2026, med prosentvis endring i antall dødsfall fra uken før. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7*
Antall nye dødsfall	961	948	913	948
Antall dødsfall per 100 000	17,2	16,9	16,3	16,9
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	1,4 %	-1,4 %	-3,7 %	3,8 %
Median alder	83 år	82 år	82 år	82 år

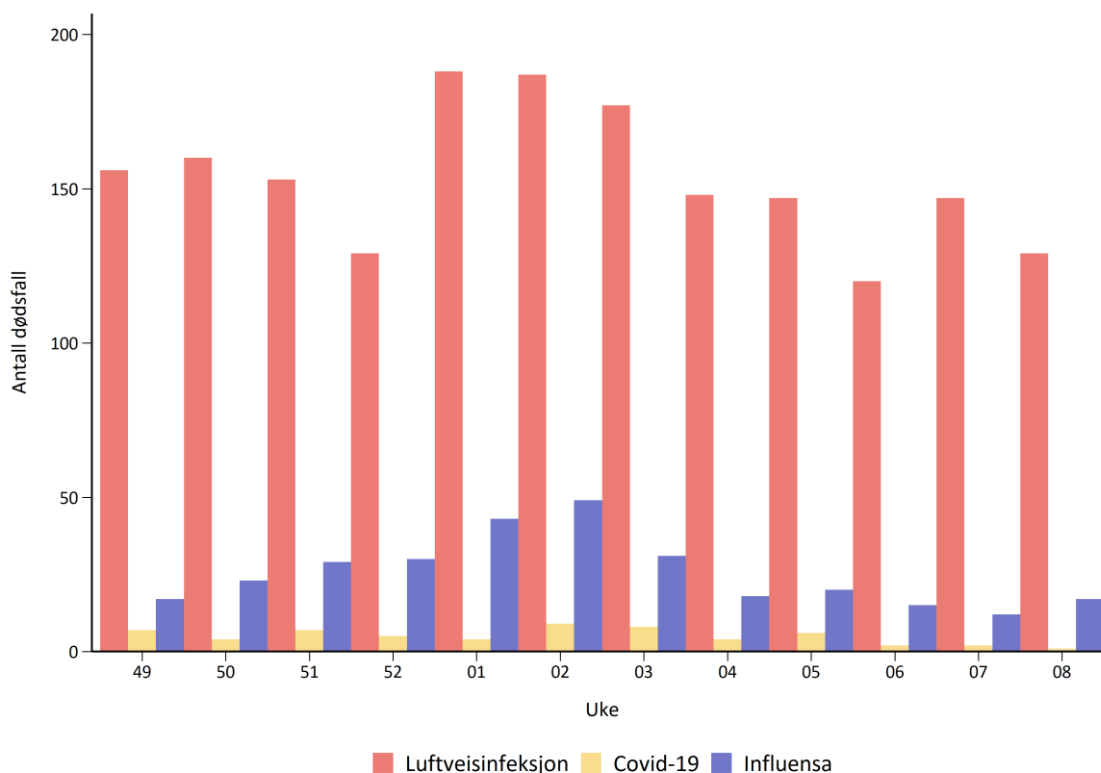
*Siste tilgjengelig uke i Dødsårsaksregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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 laboratoriebekreftelse. På grunn av mer utbredt testing for SARS-CoV-2 er det også sannsynlig at influensa-assosierte dødsfall i større grad underrapporteres sammenlignet med covid-19-dødsfall.

Resultatene er basert på data fra Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret i Stat19 per 25. februar 2026.



Figur 31. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke (01.12.2025 - 22.02.2026). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjongruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 11. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (01.12.2025 - 22.02.2026). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Indikator	Uke											
	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	156	160	153	129	188	187	177	148	147	120	147	129
Antall dødsfall assosiert med covid-19	7	1-4	7	5	1-4	9	8	1-4	6	1-4	1-4	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	17	23	29	30	43	49	31	18	20	15	12	17

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](#).

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 (25. februar 2026). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31. desember 2025 (det vil si alder for sesongen 2025/26).

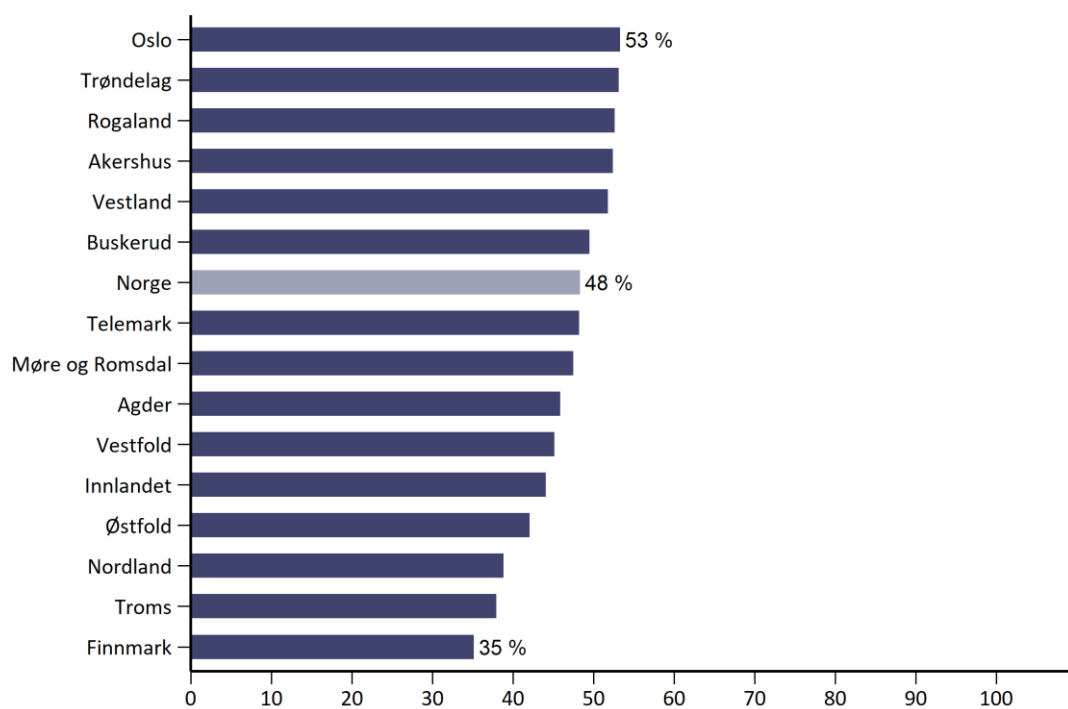
Resultatene er basert på data fra SYSVAK og Folkeregisteret via Stat19 per 25. februar 2026.

Vaksinasjonen mot covid-19: Per 22. februar er 248 876 personer av befolkningen 75 år og eldre vaksinert mot covid-19, og totalt er 498 173 personer i alle aldre vaksinert siden starten av uke 35(2025). Dekningen for aldersgruppen 75 år og eldre for hele landet samlet er anslått til 48 %. Dette er 7 prosentpoeng lavere enn på samme tid fjor. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 35 % - 53 % prosent mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

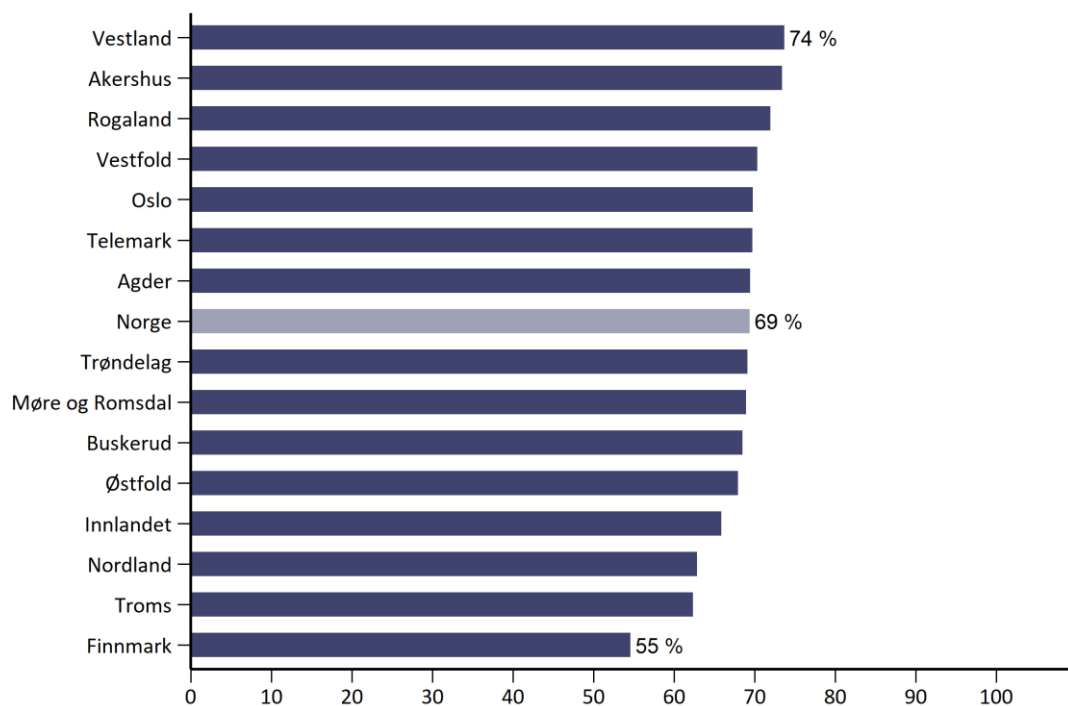
Vaksinasjonen mot influensa: Per 22. februar er 1 509 597 personer vaksinert denne sesongen, deriblant 747 650 blant personer 65 år og eldre. Dette er det høyeste antallet registrerte noen gang for sesonginfluensavaksinering. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 22. februar anslått til 69 %. Dette er 4 prosentpoeng høyere enn i fjor på samme tid. Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn på 55-74 % mellom henholdsvis Finnmark og Vestland.

Tabell 12. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) etter alder og risikogruppe, 25.08.2025 - 22.02.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Sykdom	Alder (år)	Vaksinerte personer	
		Antall	Andel (%)
Covid-19	0-8	123	0,02 %
	9-17	693	0,1 %
	18-64	79 908	2 %
	65-74	168 573	30 %
	65+	417 449	39 %
	75+	248 876	48 %
	Totalt, alle	498 173	9 %
Influensa	0-8	5 561	1 %
	9-17	8 186	1 %
	18-64	748 200	22 %
	65+	747 650	69 %
	Totalt, alle aldre	1 509 597	27 %



Covid-19, alder 75+



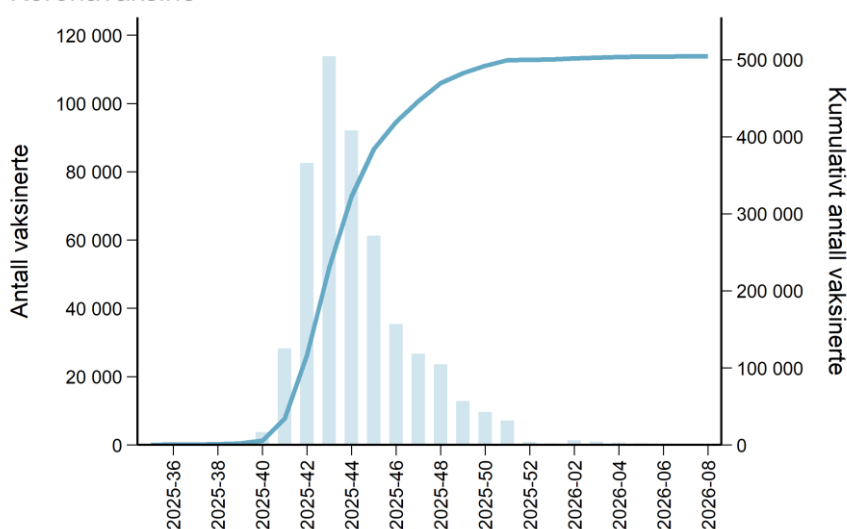
Influenza, alder 65+

Figur 32. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 75 år vaksinert med koronavirusvaksiner per fylke samt andel over 65 år vaksinert med influensa vaksine, 25.08.2025 - 22.02.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

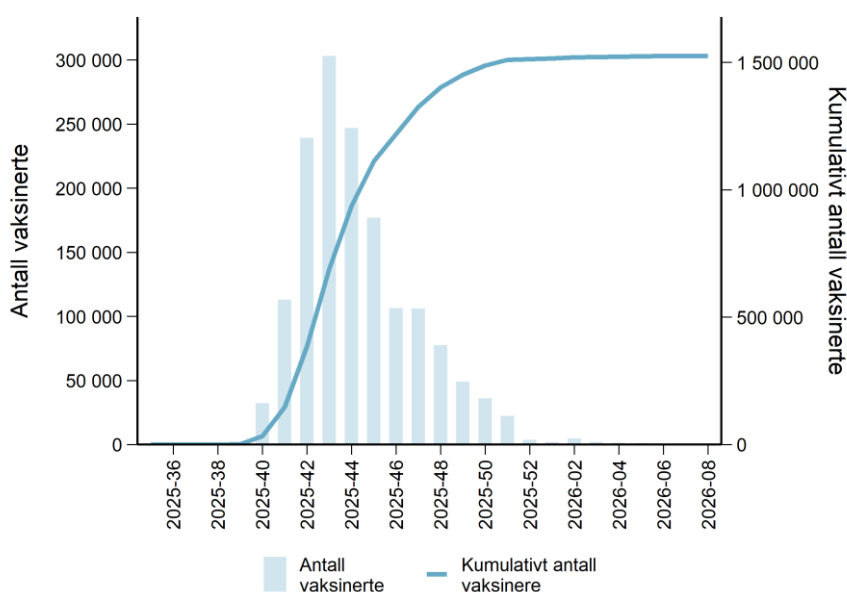
Vaksinering – uke for uke

Koronavaksineringen denne sesongen startet i uke 40 og nådde en topp for antall registrert vaksinerte allerede i uke 43, da over 113 000 ble vaksinert. Antallet vaksinerte per uke falt fram mot jul og har vært på et svært lavt nivå siden nyttår. Influensavaksineringen nådde også en topp i uke 43 med over 303 000 vaksinerte. Antallet vaksinerte per uke er nå på et svært lavt nivå. Dette er det samme mønsteret som vi så forrige sesong. Vanligvis vil antallet vaksiner satt per uke falle jevnt etter toppuken. I år ble det for første gang sendt ut en påminnelse i uke 47 og 48 til personer over 65 år og over 75 år som ikke ennå var vaksinert mot henholdsvis influensa og covid-19. Det ser ut til at dette kan ha påvirket vaksineringen i noen grad i disse aldersgruppene, i det vi ser en liten utflating av antall vaksinerte i uke 48 i disse aldersgruppene, i motsetning til en jevn nedgang.

Koronavaksine



Influensavaksine



Figur 33. Antall satte doser per uke og kumulativt antall med influensa- eller koronavirusvaksine, 2025-26 (uansett alder og status i FREG) fra 25.08.2025 - 22.02.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Vaksineeffekt (VE)

En oppsummering av foreløpige vaksineeffektdata fra ni europeiske studier denne sesongen ble publisert i Eurosurveillance 19. februar. Studiene inkluderer 6 enkeltlandsstudier og tre multinasjonale studier i både primærhelsetjenesten (3 stk) og sykehus (6 stk). I studien er det oppgitt hvilke vaksintyper som er brukt til hver aldersgruppe, med andeler for hver vaksintype. Vi ser spesielt til studiene hvor det er brukt tradisjonell vaksine (ikke forsterket), siden det er denne som brukes mest i Norge.

[Eurosurveillance | Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A\(H3N2\) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026](#)

Primærhelsetjenesten

Studiene fra primærhelsetjenesten er fra Danmark (DK) og Storbritannia (UK), samt en multinasjonal studie med 12 europeiske land (EU). Både DK og UK bruker adjuvantert vaksine til sine innbyggere over 65 år (over 80% i kontrollgruppen), mens den europeiske studien har en andel på 51 % i kontrollgruppen som har fått forsterket vaksine (adjuvantert eller høydose) i denne aldersgruppen. Ifølge den multinasjonale studien er VE totalt for influensa A i aldersgruppen 18-64 år og 65+ henholdsvis 26 % (10-38, 95% KI) og 40 % (23-53, 95% KI). VE mot influensa A(H1N1) i de samme aldersgruppene er henholdsvis 49 % (25-66, 95% KI) og 52 % (27-69, 95% KI), mens VE mot influensa A(H3N2) er henholdsvis 20 % (1-36, 95% KI) og 33 % (8-51, 95% KI).

VE totalt for influensa A fra studiene i UK og DK ligger mellom 33% og 44 % for aldersgruppen 18-64 år og 25% og 45 % for aldersgruppen 65+. Det var ingen signifikant VE for A(H1N1) for disse studiene. VE for A(H3N2) var 33-60% for aldersgruppen 18-64 år og 26 % (UK) for aldersgruppen over 65 år.

Spesialisthelsetjenesten

Når det gjelder VE mot sykehusinnleggelse er flertallet av studier fra Storbritannia (to fra England, en fra Skottland og en fra Nord-Irland). Det er i tillegg en dansk studie og en multinasjonal studie med 10 land og 97 sykehus. I den multinasjonale studien hadde 42 % av kontrollgruppen i aldersgruppen 65+ fått forsterket vaksine (adjuvantert eller høydose).

Total VE for influensa A mot sykehusinnleggelse for aldersgruppen over 65 år ligger mellom 27 % og 36 % for de 6 studiene. Kun tre av studiene (alle fra UK) har signifikant VE i aldersgruppen 18-64 år og de ligger mellom 24 % og 29 %. Bare studiene fra UK viste signifikant VE mot A(H3N2). For aldersgruppen 65+ lå den mellom 26 % til 30 %. For aldersgruppen 18-64 år var det bare en stor engelsk studie fra akuttmottak («emergency department») som hadde signifikant VE på 32 %.

VE mot A(H1N1) var kun signifikant i den multinasjonale studien og var for aldersgruppene 18-64 år og 65+ på henholdsvis 59 % (15-83, 95% KI) og 36 % (15-51, 95% KI).

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/>

- **Influensa**

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](#).

Tallene fra SYSVAK som vises på FHI statistikk og i KoSy (Kommunens sykdomsoversikt for kommuneoverleger) og tallene i statusrapporten hentet fra Stat19 vil kunne være ulike. Dette skyldes at SYSVAK berikes med folkeregisteropplysninger fra Persontjenesten/Grunndata, mens Stat19 bruker opplysninger fra siste tilgjengelig versjon av Folkeregisteret hos Folkehelseinstituttet ('FHIs gamle folkeregister'). Begge kildene bruker 'FHIs gamle folkeregister' som nevner, så befolkningsgrunnlaget for både SYSVAK og Stat19 er like. Løpende vaksinasjonsstatistikk vil kunne variere fra dag til dag, og må derfor betraktes som et estimat for den faktiske dekningen.

Sentinel Fyrtårnsystemet – Integriert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten

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

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-laboratedatabase. 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 of Folkeregistret.

I tilfelle dataene fra NPR ikke er tilgjengelig eller hvis de er ukomplette, kan sykehusinnleggelser med spesifikke luftveisinfeksjoner også overvåkes ved hjelp av data fra MSIS-laborieredatabase alene. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. Positive prøver for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter overestimerer det reelle antallet sykehusinnleggelser noe i perioder med høy forekomst, men de kan brukes til å følge med på trender.

Totaldødelighet

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