# Statusrapport for luftveisinfeksjoner Sesongen 2026/27

Uke 46 (2026)

Publiseringsdato 19.11.2026

## Innhold

Sammendrag og vurdering ... 3
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS) ... 6
Luftveisinfeksjoner (samlet) ... 6
Influensalignende sykdom ... 7
Testing og påvisninger ... 8
Luftveisagens ... 8
Luftveisvirus gjennom fyrtårnsystemet ... 13
Overvåking av virus ... 16
Sirkulerende influensavirus i Norge ... 16
Genetisk karakterisering av influensavirus ... 20
A/H1N1-virus ... 20
A/H3N2-virus ... 20
B/Victoria-virus ... 21
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge ... 21
Resistens mot antivirale midler ... 22
Influensavirus ... 22
SARS-CoV-2 ... 22
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon ... 23
Sykehusinnleggelser ... 24
Innleggelser med luftveisinfeksjon ... 25
Innleggelser med covid-19 ... 26
Innleggelser med influensa ... 27
Dødelighet ... 28
Dødsfall uansett årsak ... 28
Utvikling over tid ... 28
Antall dødsfall per uke ... 29
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa ... 29

Vaksinasjon mot covid-19 og influensa ..... 31
Vaksinasjonsdekning i befolkningen ..... 31
Vaksineeffekt (VE) ..... 34
Covid-19-vaksine ..... 34
Influensavaksine ..... 34
Om overvåkingssystemene og datakildene ..... 36
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS) ..... 36
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ..... 36
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten ..... 36
Virologisk overvåking ..... 36
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa ..... 37
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) ..... 37
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv) ..... 37
Sykehusinnleggelser ..... 37
Dødsfall uansett årsak ..... 38
Stat19 ..... 39

## Sammendrag og vurdering

- Det er normalt nivå av luftveisinfeksjoner for årstiden, men forekomsten av både influensa og covid-19 er økende. Rhinovirus, som er et av flere vanlige forkjølelsesvirus, påvises fortsatt hyppigst.
- Det begynner nå å haste med å få vaksinert befolkningen i risikogruppene mot influensa og covid-19. Personer i de anbefalte målgruppene for vaksinasjon bør vaksinere seg innenfor de nærmeste ukene for å få best mulig beskyttelse før vinterens utbrudd.
- Influensa: Forekomsten av influensa er økende og ligger noe høyere enn de foregående årene på denne tiden. Andelen prøver med påvist influensavirus var 7 % i uke 46 etter 6 % i uke 45. Den siste uken var forekomsten høyest i aldersgruppen 1-4 år, hvor 10 % av de testede fikk påvist influensavirus. Forekomsten varierer mellom fylkene, og var høyest i Troms, Finnmark og Østfold (andel positive prøver hhv. 23 %, 13 % og 11 %) i uke 46. I uke 46 er det foreløpig registrert 139 sykehusinnleggelser med influensa, etter 105 i uke 45. Blant alle påvisninger av influensavirus er de aller fleste påvisningene influensavirus A. Av disse er H1N1-subtypen påvist klart hyppigst de siste ukene og utgjorde 95 % av subtypede influensa A i uke 43-45. H1N1-virusene er nært beslektet med H1N1-virus som sirkulerte forrige sesong og H1N1-viruset i høstens influensavaksine, men bærer noen ytterligere mutasjoner. En oppdatert oversikt over sirkulerende influensavarianter er tilgjengelig via FHIs statistikkportal: Sesong 2025/26, Sesong 2026/27.
- Korona forkjølelsesvirus: Forekomsten er økende. Andel prøver med påvist korona forkjølelsesvirus var 7 % i uke 46, etter 6 % i uke 45. Forekomsten er høyest blant barn i aldersgruppen 0 år og 1-4 år, hvor henholdsvis 10 % og 9 % av de testede fikk påvist korona forkjølelsesvirus i uke 46. Disse virusene påvises sjeldent hos sykehusinnlagte.
- Covid-19: Forekomsten er økende. Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 var på 7 % i uke 46, etter 5 % i uke 45. Den siste uken var forekomsten høyest i aldersgruppen 80 år og eldre, hvor 9 % av de testede fikk påvist SARS-CoV-2. I uke 46 er det foreløpig registrert 110 sykehusinnleggelser med covid-19, etter 77 i uke 45. Blant alle sekvenserte virus har den rekombinante XFG-varianten vært den hyppigst påviste gjennom sensommeren og høsten 2026. Covid-19 vaksinen består av denne varianten. En oppdatert oversikt over SARS-CoV-2 varianter over tid er tilgjengelig via FHIs statistikkportal: Varianter av SARS-CoV-2 - Mikrobiologisk genomovervåkning (NGS) - FHI Statistikk.
- Rhinovirusinfeksjon: Forekomsten er nedadgående. Andel prøver med påvist rhinovirus var på 17 % i uke 46, etter å ha vært på 19 % de foregående tre ukene. Forekomsten er høyest blant barn i aldersgruppen 0 år og 1-4 år, hvor henholdsvis 36 % og 37 % av de testede fikk påvist rhinovirus i uke 46. Rhinovirus ble påvist hos 147 sykehusinnlagte pasienter i uke 46, etter 140 i uke 45.
- Totaldødeligheten har de siste ukene ligget lavt for denne tiden av året.
- Vaksinasjon mot influensa: Det er så langt registrert over 800 000 vaksinasjoner i SYSVAK, hvorav omtrent halvparten er i aldersgruppen over 65 år. Dekningen er per 15. november 38 % i denne aldersgruppen. Alle forhåndsbestilte vaksinedoser er sendt ut. Etterbestillinger sendes ut fortløpende. Se Vaksineanbefalinger for sesongen 2026/27.

- Vaksinasjon mot covid-19: Aldersgruppen 75 år og eldre samt yngre som tilhører en risikogruppe er i høst anbefalt en ny oppfriskningsdose. Per 15. november var 20 % i aldersgruppen 75 år og eldre vaksinert siden 24. august 2026. Se Vaksineanbefalinger for sesongen 2026/27.
- Forebygging av luftveisinfeksjon: Beskyttelse av risikogruppene 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.
- Se også FHIs 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 % | 9 % | 9 % | 8,8 % | 9,1 % | 9,7 % ▲ | 5 % (4,1-5,9) |
| Antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon | 1 041 | 940 | 1 007 (1 008-1 046) | 1 039 (1 051-1 141) ▲ | 935 (979-1 209) | - | - |
| Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon | 117 | 99 | 106 (106-108) | 99 (99-101) | 114 (114-119) | 115 (116-124) | 9,1 % (-3,6-24,6) |
| **Covid-19** | | | | | | | |
| Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 blant alle konsultasjoner | 0,02 % | 0,02 % | 0,02 % | 0,03 % ▲ | 0,04 % ▲ | 0,04 % ▲ | 15,4 % (1,1-32,7) |
| Andel personer som testet positivt for SARS-CoV-2 blant de testede | 2,7 % | 2,9 % | 3,8 % ▲ | 4,2 % ▲ | 4,8 % ▲ | 6,6 % ▲ | 28 % (18-38,7) |
| Antall varslede covid-19 utbrudd i helseinstitusjoner | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | - |
| Antall sykehusinnleggelser med covid-19 | 35 | 31 | 67 (63-67) | 64 (62-67) | 77 (73-85) | 110 (101-139) ▲ | 35 % (14,4-62,8) |
| Antall covid-19 assosierte dødsfall | . | . | . | . | 5 | 5 | 129,1 % (-59,5-1122,4) |
| **Influensa** | | | | | | | |
| Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner | 0,3 % | 0,3 % | 0,3 % ▲ | 0,3 % ▲ | 0,4 % ▲ | 0,5 % ▲ | 22,1 % (17,3-27,4) |
| Andel personer som testet positivt for influensavirus blant de testede | 2,7 % ▲ | 2,8 % | 4,1 % ▲ | 5,1 % ▲ | 5,7 % ▲ | 7,4 % ▲ | 21,9 % (13,2-31,4) |
| Antall varslede influensautbrudd i helseinstitusjoner | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | - |
| Antall sykehusinnleggelser med influensa | 40 | 49 | 64 (61-65) ▲ | 96 (91-99) ▲ | 105 (101-112) ▲ | 139 (137-210) ▲ | 29,7 % (9,3-71) |
| Antall influensarelaterte dødsfall | . | . | . | 5 | . | 6 | 10,6 % (-58,8-167,1) |
| **Korona forkjølelsesvirus** | | | | | | | |
| Andel personer som testet positivt for korona forkjølelsesvirus blant de testede | 2,4 % ▲ | 2,4 % ▲ | 4,2 % ▲ | 4,3 % ▲ | 5,5 % ▲ | 6,7 % ▲ | 26,3 % (13,3-41,6) |
| Antall sykehusinnlagte personer som testet positivt for korona forkjølelsesvirus | 5 | 2 | 8 | 5 | 13 | 16▲ | 66,9 % (9,2-162,2) |
| **Rhinovirus** | | | | | | | |
| Andel personer som testet positivt for rhinovirus blant de testede | 23,7 % | 21,6 % | 19,4 % | 18,8 % | 18,6 % | 17,4 % | -4,6 % (-9,4-0,3) |
| Antall sykehusinnlagte personer som testet positivt for rhinovirus | 194 | 146 | 161 | 150 | 140 | 147 | -1,3 % (-12,4-11,1) |

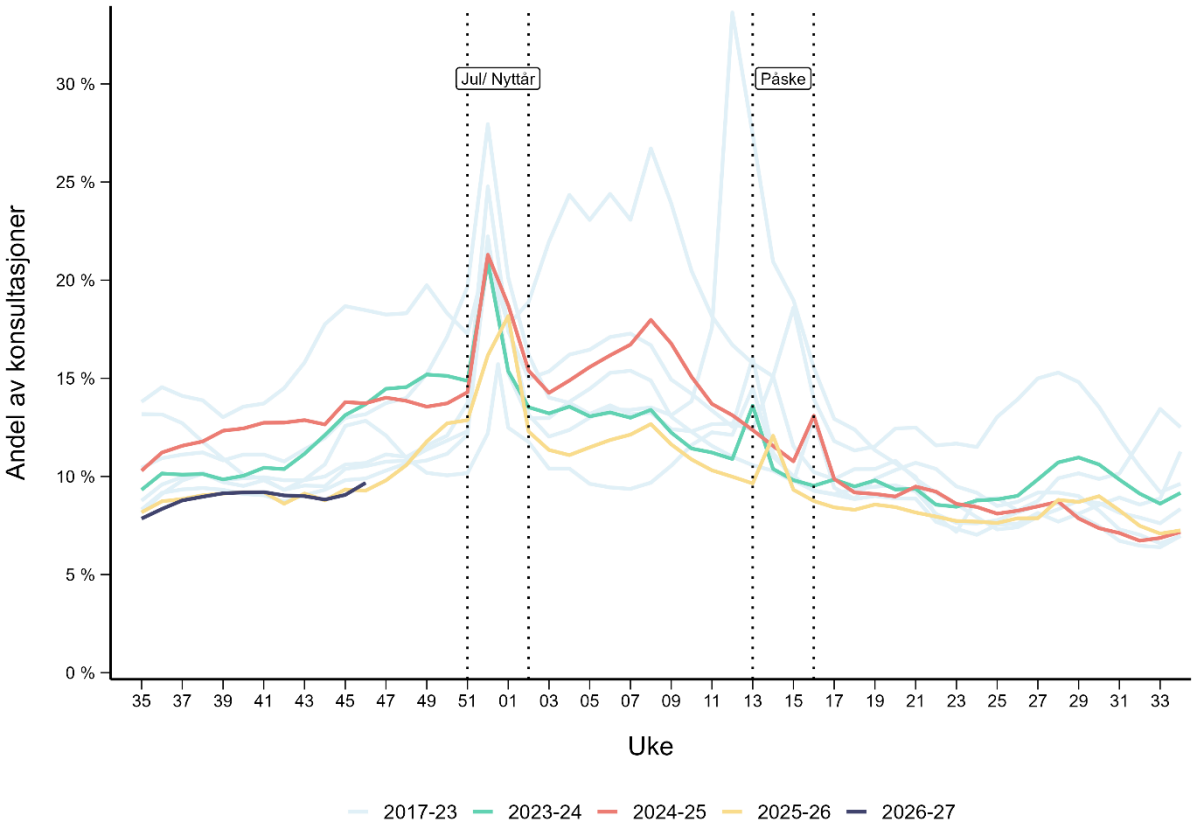
*Det er forsinkelse i rapporteringen. Antall oppgitt som intervall i parentesen viser korreksjon for tid mellom innleggelses- eller prøvedato og dato for registrering (nowcasting). [1]Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er positiv er mer enn 97,5 %. Ingen pil betyr at trenden ikke er signifikant økende. Den kan da være usikker eller synkende. Endring er angitt som estimert vekstrate per uke de siste 3 ukene og er oppgitt med 95 % konfidensintervall.

# Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)

Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekontor og legevakt der en diagnosekode er satt via det 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 17. november 2026.

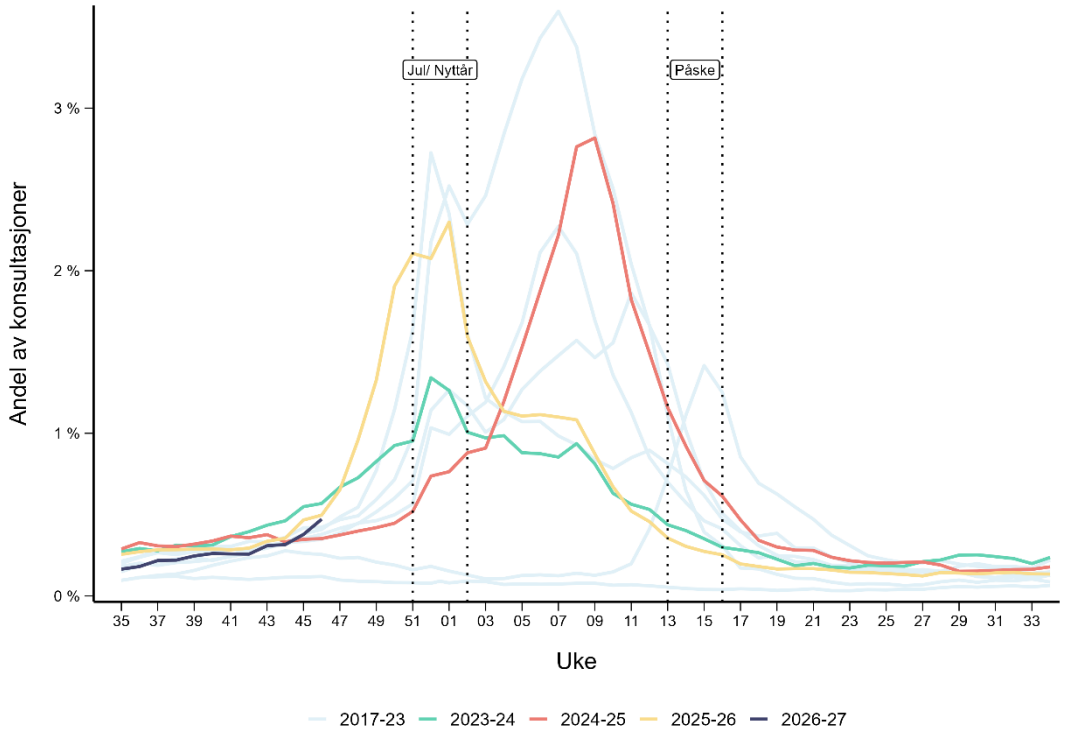
Nivåinndelingene for influensaaktivitet baseres på data fra foregående sesonger. Derfor varierer terskelverdiene noe fra sesong til sesong. Sesongens influensautbrudd defineres normalt som i gang når andelen influensa (R80)/ influensalignende sykdom (ILS) overskrider terskelen for «lav» intensitet. Nivåinndeling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

## Luftveisinfeksjoner (samlet)




*Figur 1. Ukentlig andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner etter sesong, 28.08.2017 - 15.11.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. Følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992 og A03.*

## Influensalignende sykdom




*Figur 2. Ukentlig andel konsultasjoner for* influensalignende sykdom *etter sesong, 28.08.2017 –13.11.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.*

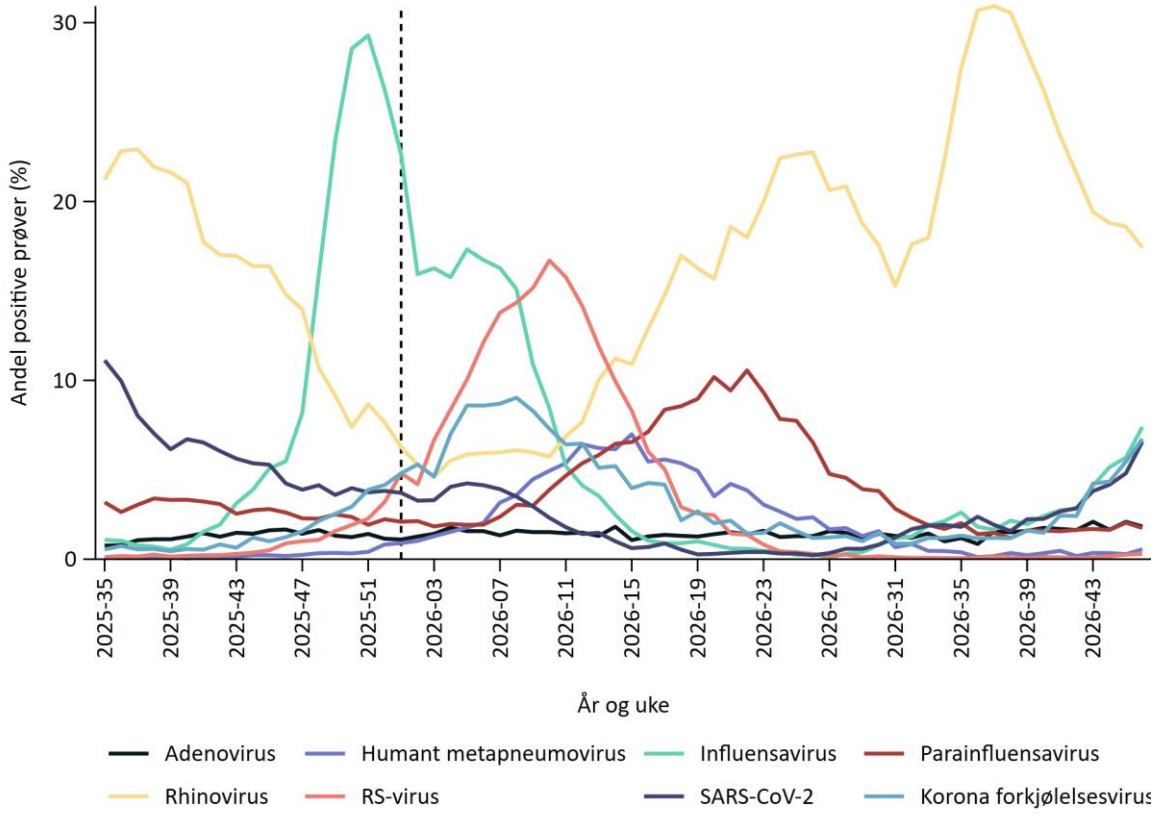
# Testing og påvisninger

## Luftveisagens

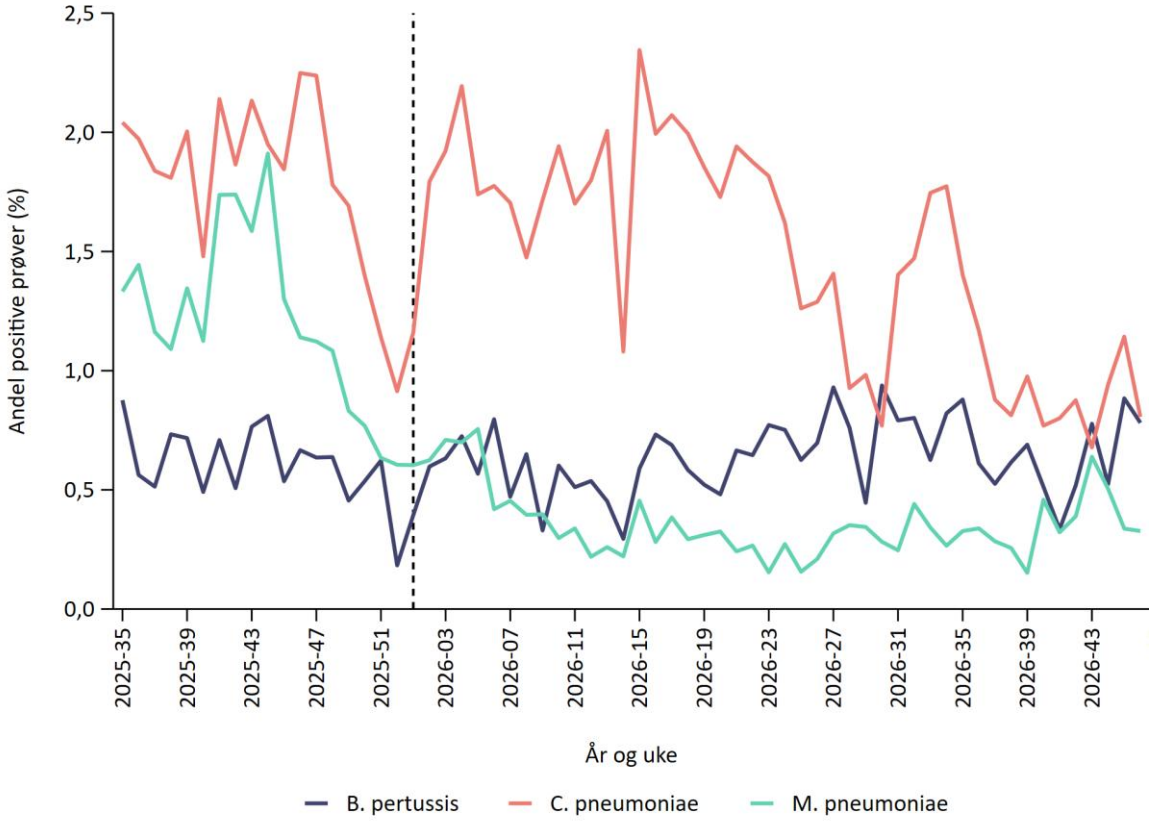
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* fra landets medisinsk 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 personer testet per uke for smittestoffene nevnt over. En person kan ha blitt testet flere ganger i løpet av en sesong og vil dermed telles flere ganger. En person kan også ha blitt testet 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.

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.

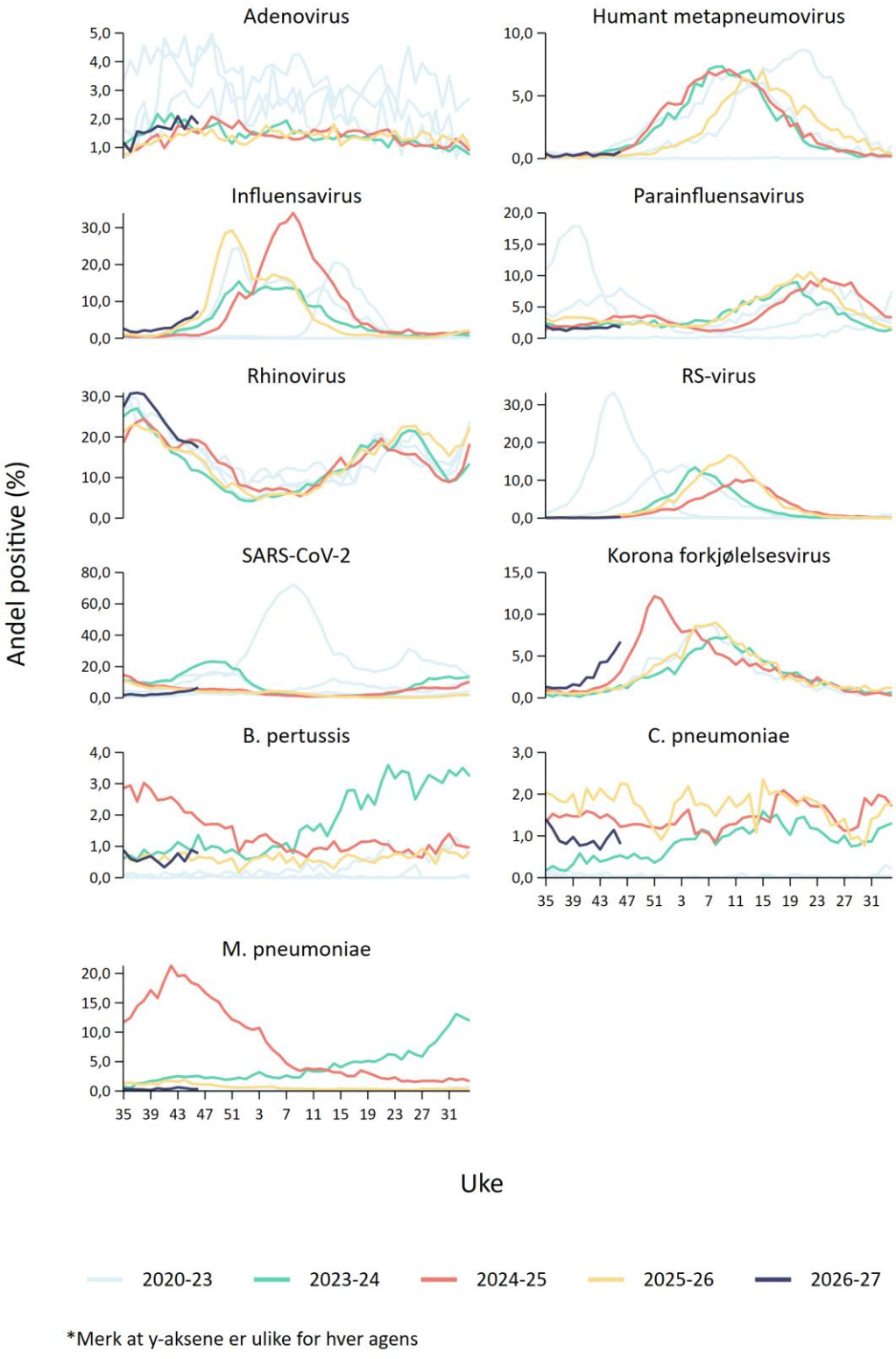
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 18. november 2026.




*Figur 3. Ukentlig andel personer som testet positivt for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 25.08.2025 – 15.11.2026. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2026. Kilde: MSIS-labdatabasen.*




*Figur 4. Ukentlig andel personer som testet positivt for Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, Norge, 25.08.2025 – 15.11.2026. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.*




*Figur 5. Ukentlig andel personer som testet positivt for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 24.08.2020 – 15.11.2026. Kilde: MSIS-labdatabasen*

*Tabell 2. Ukentlig antall personer testet og som testet positivt, samt andel som testet positivt for adenovirus i luftveisprøver, humant metapneumovirus, humant rhinovirus, influensavirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus de siste 6 ukene, 05.10.2026 – 15.11.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.*

| Smittestoff | Type | Uke | | | | | | Endring (95 % KI)[1] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | uke 44-46 |
| Adenovirus i luftveisprøver | Andel positive | 1,7 % | 1,6 % | 2,1 % | 1,7 % | 2,1 % | 1,8 % | 4,3 % (-10-20,9) |
| | Antall positive | 78 | 78 | 101 | 82 | 105 | 99 | |
| | Antall tester | 4 606 | 4 768 | 4 818 | 4 963 | 5 017 | 5 409 | |
| Humant metapneumovirus | Andel positive | 0,5 % ▲ | 0,2 % | 0,4 % | 0,3 % | 0,3 % | 0,6 % | 30,7 % (-4,7-79,1) |
| | Antall positive | 23 | 9 | 18 | 18 | 15 | 32 | |
| | Antall tester | 4 861 | 4 966 | 5 070 | 5 191 | 5 261 | 5 740 | |
| Influensavirus | Andel positive | 2,7 % ▲ | 2,8 % | 4,1 % ▲ | 5,1 % ▲ | 5,7 % ▲ | 7,4 % ▲ | 21,9 % (13,2-31,4) |
| | Antall positive | 157 | 166 | 250 | 322 | 361 | 517 | |
| | Antall tester | 5 730 | 5 889 | 6 074 | 6 260 | 6 347 | 6 987 | |
| Korona forkjølelsesvirus | Andel positive | 2,4 % ▲ | 2,4 % ▲ | 4,2 % ▲ | 4,3 % ▲ | 5,5 % ▲ | 6,7 % ▲ | 26,3 % (13,3-41,6) |
| | Antall positive | 64 | 67 | 118 | 124 | 166 | 220 | |
| | Antall tester | 2 619 | 2 769 | 2 786 | 2 856 | 3 043 | 3 267 | |
| Parainfluensavirus | Andel positive | 1,6 % | 1,6 % | 1,7 % | 1,6 % | 2 % | 1,7 % | 2,3 % (-11,7-18,6) |
| | Antall positive | 74 | 80 | 84 | 84 | 105 | 97 | |
| | Antall tester | 4 723 | 4 857 | 4 959 | 5 115 | 5 145 | 5 555 | |
| Rhinovirus | Andel positive | 23,7 % | 21,6 % | 19,4 % | 18,8 % | 18,6 % | 17,4 % | -4,6 % (-9,4-0,3) |
| | Antall positive | 1 116 | 1 046 | 953 | 948 | 950 | 970 | |
| | Antall tester | 4 713 | 4 849 | 4 910 | 5 042 | 5 108 | 5 564 | |
| RS-virus | Andel positive | 0,1 % | 0,07 % | 0,1 % | 0,2 % | 0,3 % ▲ | 0,3 % | 29,7 % (-10,8-88,6) |
| | Antall positive | 6 | . | 6 | 10 | 16 | 20 | |
| | Antall tester | 5 546 | 5 719 | 5 864 | 6 043 | 6 178 | 6 801 | |
| SARS-CoV-2 | Andel positive | 2,7 % | 2,9 % | 3,8 % ▲ | 4,2 % ▲ | 4,8 % ▲ | 6,6 % ▲ | 28 % (18-38,7) |
| | Antall positive | 153 | 168 | 231 | 261 | 306 | 460 | |
| | Antall tester | 5 730 | 5 874 | 6 058 | 6 261 | 6 367 | 6 995 | |

1 Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er positiv er mer enn 97,5 %. Ingen pil betyr at trenden ikke er signifikant økende. Den kan da være usikker eller synkende. Endring er angitt som estimert vekstrate per uke de siste 3 ukene og er oppgitt med 95 % konfidensintervall.

*Tabell 3. Ukentlig antall personer testet og som testet positivt, samt andel som testet positivt for Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae de siste 6 ukene, 05.10.2026 – 15.11.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.*

| Smittestoff | Type | Uke | | | | | | Endring (95 % KI)[1] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | uke 44-46 |
| *B. pertussis* | Andel positive | 0,3 % | 0,5 % | 0,8 % ▲ | 0,5 % | 0,9 % | 0,8 % | 18,3 % (-5,8-48,4) |
| | Antall positive | 17 | 27 | 41 | 28 | 48 | 46 | |
| | Antall tester | 5 082 | 5 200 | 5 273 | 5 342 | 5 430 | 5 887 | |
| *C. pneumoniae* | Andel positive | 0,8 % | 0,9 % | 0,7 % | 0,9 % | 1,1 % ▲ | 0,8 % | -7,7 % (-24-11,9) |
| | Antall positive | 42 | 47 | 37 | 52 | 64 | 49 | |
| | Antall tester | 5 247 | 5 364 | 5 456 | 5 522 | 5 600 | 6 077 | |
| *M. pneumoniae* | Andel positive | 0,3 % | 0,4 % | 0,6 % ▲ | 0,5 % | 0,3 % | 0,3 % | -20,9 % (-41,7-7,2) |
| | Antall positive | 17 | 21 | 35 | 28 | 19 | 20 | |
| | Antall tester | 5 280 | 5 395 | 5 476 | 5 550 | 5 629 | 6 111 | |

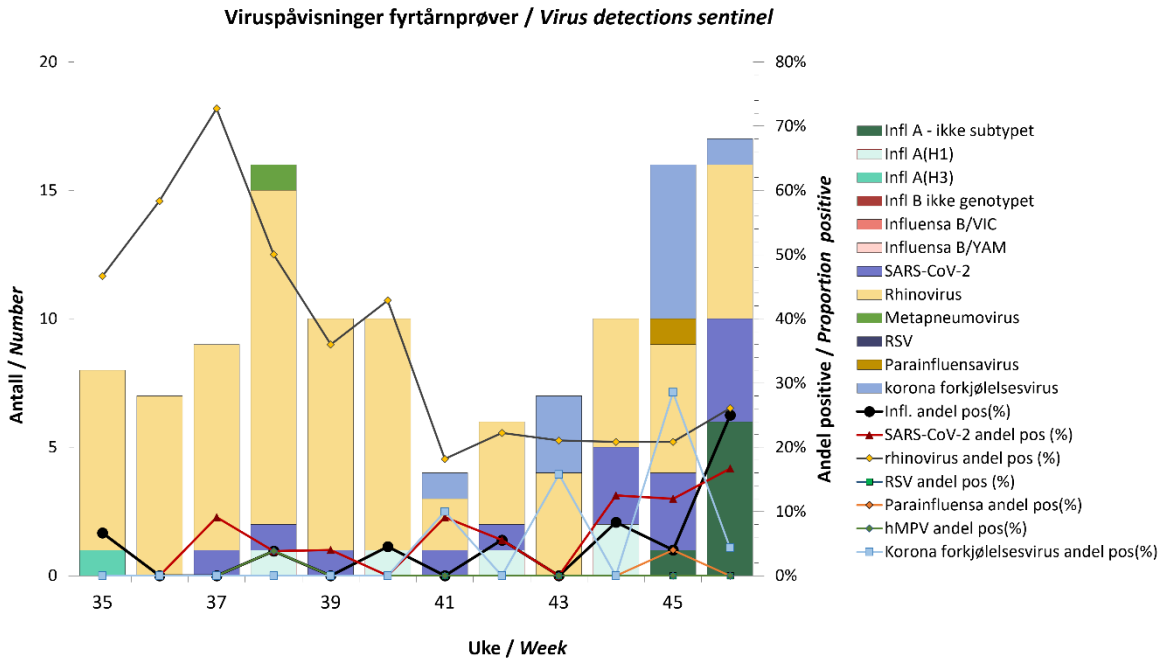
1 Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er positiv er mer enn 97,5 %. Ingen pil betyr at trenden ikke er signifikant økende. Den kan da være usikker eller synkende. Endring er angitt som estimert vekstrate per uke de siste 3 ukene og er oppgitt med 95 % konfidensintervall.

## Luftveisvirus gjennom fyrtårnsystemet

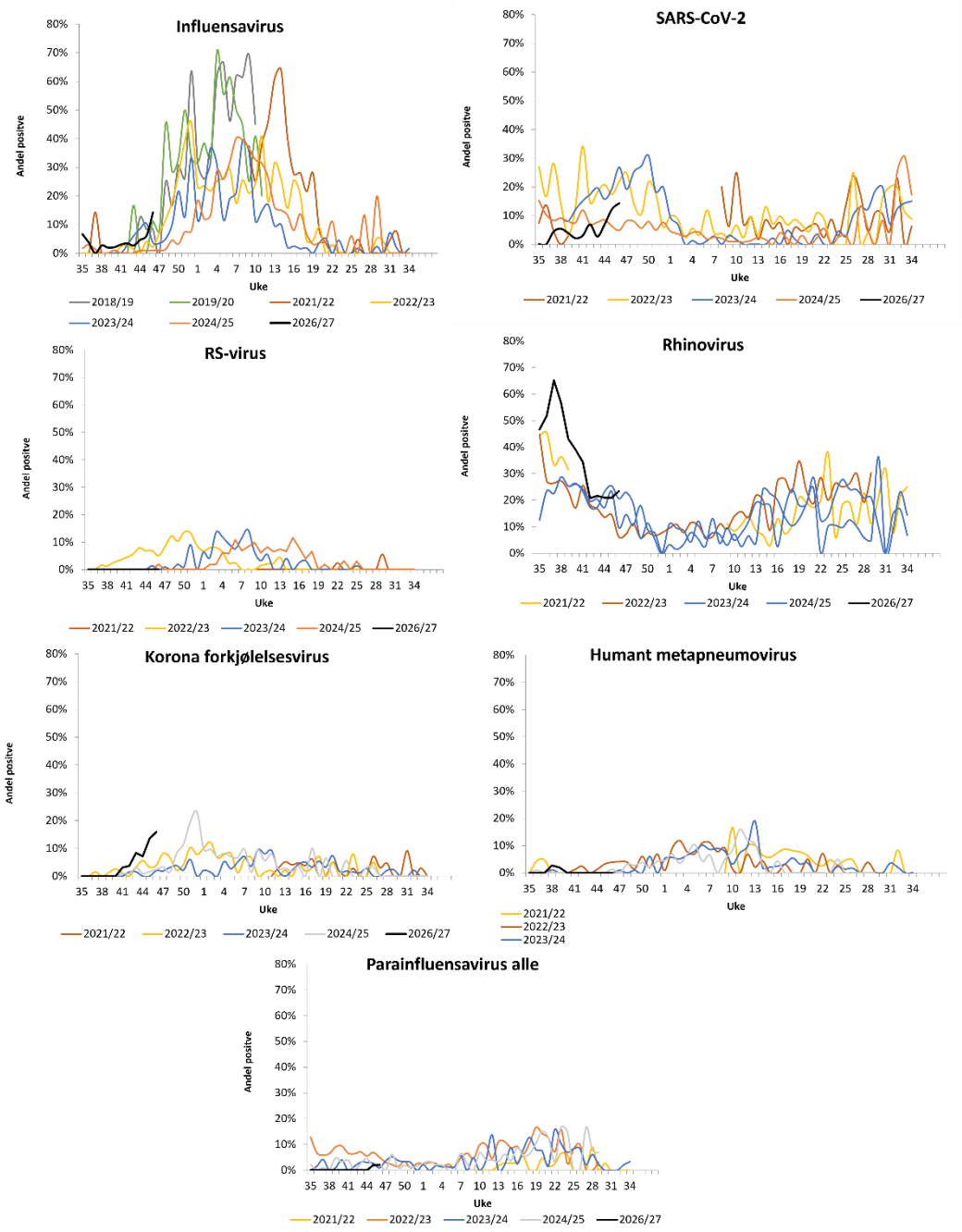
Sentinel fyrtårnsystemet er en integrert overvåking av de mest aktuelle luftveisvirus. Overvåkingen er basert på et nettverk av fyrtårnleger (fastleger og legevakter) som sender inn prøver fra pasienter med symptomer på akutt luftveisinfeksjon for utvidet luftveisviruspåvisning, samt klinisk informasjon 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 18. november 2026.

For uke 46/2026 er det hittil analysert 24 fyrtårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking og av disse er det påvist luftveisvirus i 63 % (Figur 6). Siden starten av uke 35 er det analysert 232 prøver (Tabell 4). Rhinovirus har i perioden vært det vanligste funnet og har i det siste ligget rundt 20 % andel positive. SARS-CoV-2 har vært nest vanligst og har blitt påvist i 7 % av prøvene, 17 % i uke 46, med økende tendens. 13 influensa A-virus er påvist, de 5 siste subtypede (uke 38, 40, 42 og 44) har vært A(H1N1). I uke 46 ble det påvist 6 influensa A-virus, men 3 av dem kommer fra samme legekontor samme dag og kan representere oversampling av en klynge. Ett influensa A-virus fra uke 45 og de seks fra uke 46 er ikke subtypet ennå. Det er påvist få tilfeller med andre luftveisvirus i perioden, men noe korona forkjølelsesvirus har forekommet de siste ukene. Forekomsten av influensapåvisninger har vært normal for årstiden man antyder en stigende tendens (Figur 7).




*Figur 6. Antall laboratoriebekreftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrtårnprøver siden uke 35/2026, samt andel positive for en rekke luftveisvirus. Siste ukes data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.*




*Figur 7. Andel positive fyrtårnprøver denne sesongen (fra uke 35 (2026), svart linje), sammenlignet med foregående sesonger, for influensavirus, SARS-CoV-2, RSV, rhinovirus, korona forkjølelsesvirus, humant metapneumovirus og parainfluensavirus. 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 siste 6 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 | 11 | 18 | 19 | 24 | 25 | 24 |
| Influensavirus | 0 % | 6 % | 0 % | 8 % | 4 % | 25 % |
| Influensa A-virus | 0 % | 6 % | 0 % | 8 % | 4 % | 25 % |
| Influensa B-virus | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| SARS-CoV-2 | 9 % | 6 % | 0 % | 13 % | 12 % | 17 % |
| RS-virus | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| Rhinovirus | 18 % | 22 % | 21 % | 21 % | 21 % | 26 % |
| Parainfluensavirus | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 4 % | 0 % |
| Humant metapneumovirus | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| Korona forkjølelsesvirus | 9 % | 0 % | 16 % | 0 % | 24 % | 4 % |

# Overvåking av virus

Folkehelseinstituttet er WHO nasjonalt influensasenter og nasjonalt referanselaboratorium for både influensa, koronavirus med alvorlig utbruddspotensiale og RS-virus. Referanselaboratoriet overvåker forekomsten 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 egenskaper.

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

Resultatene i ukerapporten er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI, oppdatert 18. november 2026.

Nasjonale overvåkingsdata om luftveisvirus er nå tilgjengelig på FHIs dashboard for luftveisstatistikk.

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 influensasesonger er beskrevet i Folkehelseinstituttets influensa sesongrapporter.

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

- ECDC hovedkategorier av SARS-CoV-2 varianter (VOC, VOI og VUM)
- ECDC Europaoversikt over luftveisvirus overvåkingsresultater: ERVISS
- Norsk statistikk på SARS-CoV-2 variantforekomst: FHI Statistikk.
- Norsk statistikk på Influensa A H1N1 variantforekomst: FHI Statistikk.
- Norsk statistikk på Influensa A H3N2 variantforekomst: FHI Statistikk.
- Norsk statistikk på Influensa B Victoria variantforekomst: FHI Statistikk.
- Norsk statistikk på RSV A variantforekomst: FHI Statistikk.
- Norsk statistikk på RSV B 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 GISIAD) er tilgjengeliggjort i Folkehelseinstituttets eget NextStrain analyserom.

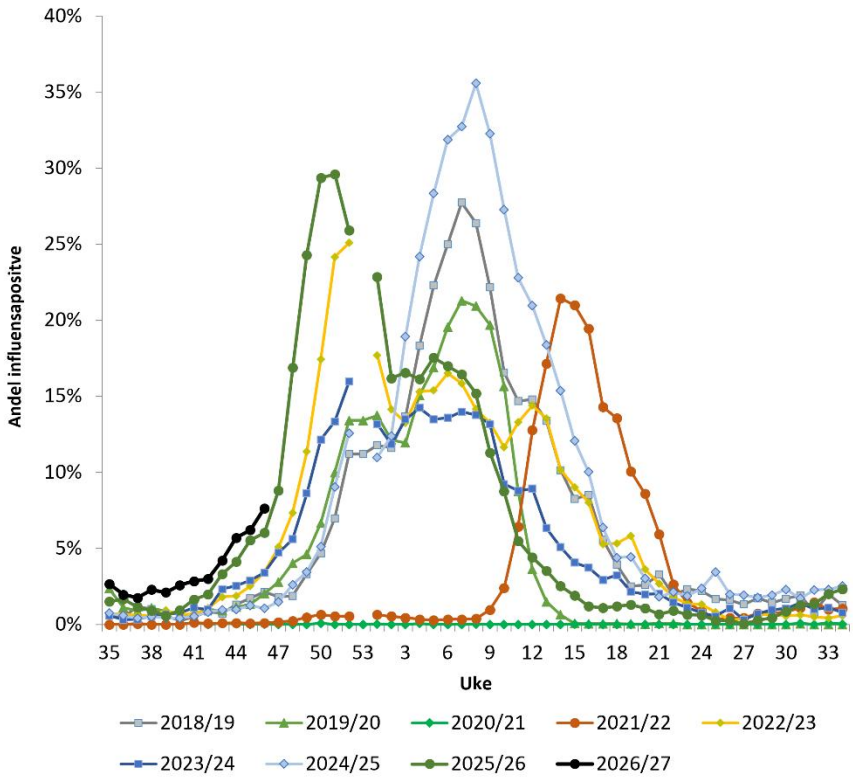
## Sirkulerende influensavirus i Norge

Utfyllende rapport til WHOs influensa vaksinemøte i september, om norske influensavirus fram til og med uke 34, er å finne her: Influenza Virological and Epidemiological season report.

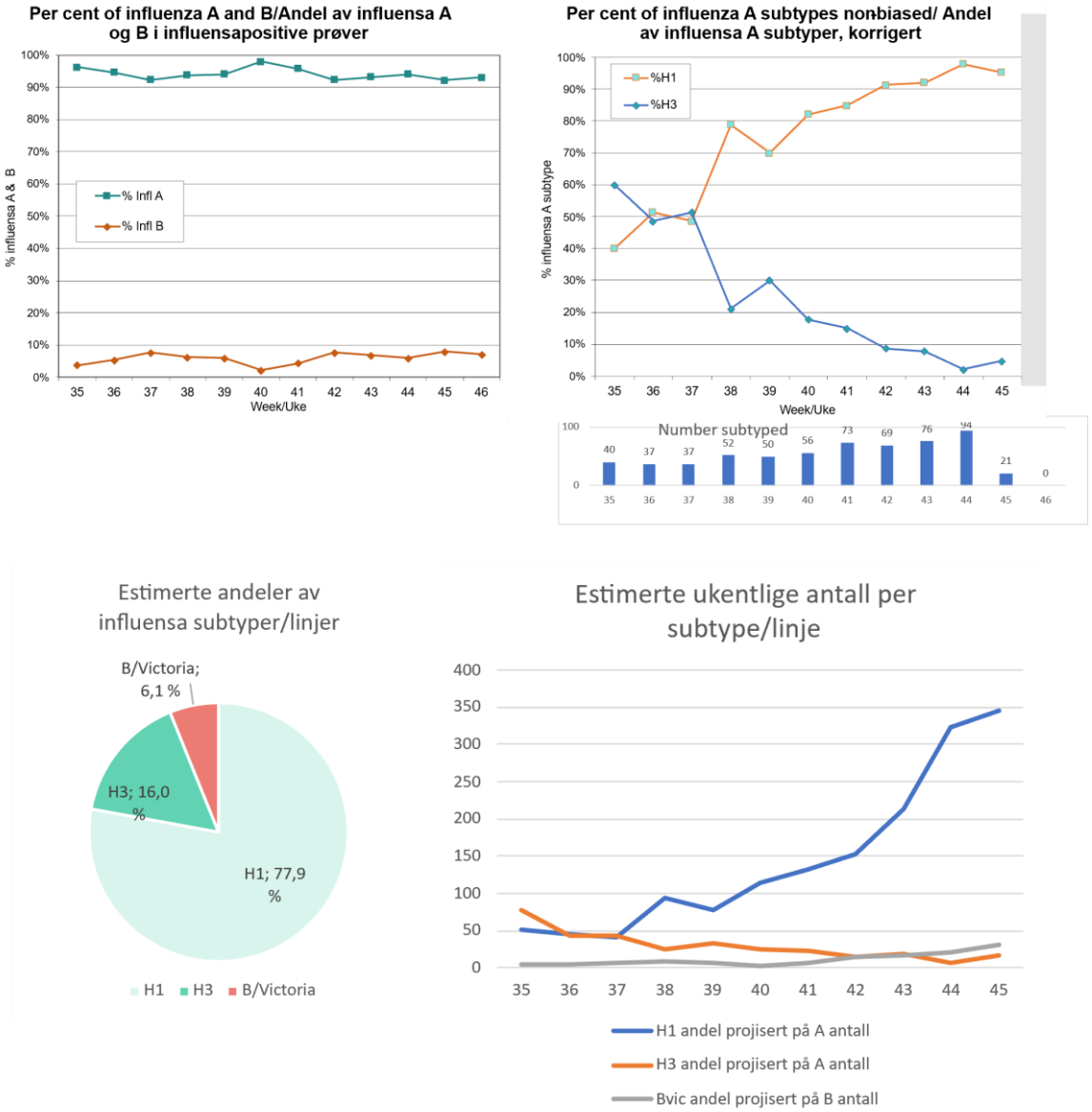
Siden uke 35 som vi har satt som start på overvåkingsperioden, er prøver fra 67 942 pasienter undersøkt for influensavirus.

Forekomsten av påvist influensa har holdt seg meget lav gjennom sommeren og tidlig høst, men noe høyere enn i de foregående sesongene. Andelen influensapositive blant de testede øker og lå i uke 46 på 7,6 % (Figur 8). I perioden er det påvist 2 346 influensa A-virus, hvorav flertallet av de 605 subtypede har vært subtype H1 (80 %) og resten H3. Av 157 påviste influensa B-virus er foreløpig 27 linjebestemt, alle er B/Victoria-linje virus (Figur 9).

Anslåtte andeler av de tre sirkulerende influensavirusene A(H1N1), A(H3N2) og B/Victoria denne sesongen er gjort ved å multiplisere de ukentlige andelene av influensa A subtyper og influensa B slektslinjer med henholdsvis antall påviste influensa A og B (Figur 9, nederst). I følge en slik beregning er influensa A(H1N1) vanligst (78 %), fulgt av A(H3N2) med 16 % og B/Victoria med 6 %.




*Figur 8. Ukentlig andel prøver med influensaviruspåvisning nåværende og åtte tidligere sesonger. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.*




*Figur 9. Laboratoriebekreftede influensatilfeller fra uke 35/2026, 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 ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Kakediagrammet 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. Linjediagrammet viser tilsvarende tall fordelt på sesongens uker. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.*

Andelen av testede som får påvist influensa har en økende trend i alle deler av landet (Tabell 5). Andelen positive influensa A har en økende trend i alle aldersgruppene, mens andelen positive influensa B prøver er veldig lav i samtlige aldersgrupper (Tabell 6).

*Tabell 5. Ukentlig andel (%) positive for influensa av testede pasienter, pr fylke. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen*

| Uke | Øst-fold | Akers-hus | Oslo | Inn-landet | Buske-rud | Vest-fold | Tele-mark | Agder | Roga-land | Vest-land | Møre og Romsdal | Trønde-lag | Nord-land | Troms | Finn-mark |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | 0,8 % | 1,9 % | 2,2 % | 0,3 % | 2,7 % | 2,4 % | 0,9 % | 0,7 % | 2,5 % | 1,8 % | 2,1 % | 1,3 % | 0,0 % | 2,0 % | 0,0 % |
| 38 | 2,0 % | 2,6 % | 2,6 % | 0,6 % | 4,5 % | 2,8 % | 1,0 % | 2,9 % | 3,0 % | 1,6 % | 3,1 % | 0,6 % | 3,0 % | 1,1 % | 1,4 % |
| 39 | 0,7 % | 2,2 % | 1,7 % | 2,9 % | 1,4 % | 1,3 % | 2,4 % | 0,5 % | 3,8 % | 1,2 % | 3,7 % | 1,7 % | 2,8 % | 1,0 % | 1,4 % |
| 40 | 1,2 % | 3,0 % | 1,7 % | 1,4 % | 2,8 % | 2,6 % | 0,8 % | 0,5 % | 2,8 % | 2,8 % | 3,8 % | 2,9 % | 3,6 % | 0,5 % | 1,3 % |
| 41 | 1,4 % | 3,4 % | 2,3 % | 0,9 % | 1,0 % | 1,2 % | 1,6 % | 5,1 % | 3,8 % | 3,8 % | 3,8 % | 3,2 % | 3,8 % | 1,0 % | 3,9 % |
| 42 | 1,3 % | 3,2 % | 3,1 % | 3,9 % | 2,6 % | 2,0 % | 0,0 % | 4,7 % | 3,3 % | 2,7 % | 4,1 % | 3,3 % | 2,4 % | 1,4 % | 1,4 % |
| 43 | 4,9 % | 4,6 % | 3,4 % | 7,6 % | 0,9 % | 4,0 % | 4,4 % | 3,0 % | 3,5 % | 4,6 % | 4,9 % | 3,3 % | 3,6 % | 2,8 % | 3,0 % |
| 44 | 4,5 % | 6,2 % | 6,4 % | 6,5 % | 8,5 % | 4,1 % | 3,5 % | 4,8 % | 3,3 % | 5,0 % | 6,0 % | 4,4 % | 4,1 % | 4,3 % | 4,2 % |
| 45 | 6,1 % | 6,0 % | 6,8 % | 5,1 % | 2,9 % | 5,2 % | 2,5 % | 6,9 % | 5,3 % | 4,0 % | 4,3 % | 4,0 % | 11,3 % | 14,1 % | 6,4 % |
| 46 | 10,0 % | 7,6 % | 9,3 % | 6,8 % | 8,0 % | 6,8 % | 4,3 % | 9,7 % | 6,8 % | 4,9 % | 8,6 % | 4,4 % | 5,2 % | 11,5 % | 17,9 % |
| **Total** | **1,1 %** | **2,6 %** | **2,4 %** | **1,6 %** | **2,3 %** | **1,8 %** | **1,0 %** | **2,2 %** | **2,9 %** | **2,2 %** | **3,2 %** | **3,2 %** | **2,3 %** | **1,0 %** | **1,3 %** |

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

| | Influensa A | | | | | | Influensa B | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Uke** | 0-4 | 5-14 | 15-29 | 30-64 | 65-79 | 80+ | 0-4 | 5-14 | 15-29 | 30-64 | 65-79 | 80+ |
| 37 | 0,6 % | 0,0 % | 2,1 % | 1,7 % | 1,2 % | 1,9 % | 0,3 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,2 % | 0,1 % | 0,0 % |
| 38 | 0,3 % | 2,5 % | 1,4 % | 2,5 % | 2,5 % | 2,0 % | 0,3 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,1 % | 0,1 % | 0,0 % |
| 39 | 0,7 % | 3,7 % | 1,5 % | 1,7 % | 2,7 % | 1,9 % | 0,7 % | 0,0 % | 0,1 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| 40 | 2,1 % | 1,1 % | 1,7 % | 2,5 % | 2,8 % | 2,3 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,1 % | 0,1 % | 0,0 % | 0,0 % |
| 41 | 1,7 % | 1,9 % | 2,8 % | 2,5 % | 3,3 % | 3,4 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,1 % | 0,1 % | 0,0 % |
| 42 | 1,8 % | 3,3 % | 2,2 % | 3,0 % | 3,0 % | 2,7 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,5 % | 0,1 % | 0,0 % | 0,0 % |
| 43 | 3,1 % | 6,6 % | 2,5 % | 4,5 % | 3,5 % | 3,3 % | 0,4 % | 0,9 % | 0,1 % | 0,3 % | 0,0 % | 0,0 % |
| 44 | 4,2 % | 6,7 % | 3,0 % | 5,5 % | 5,6 % | 4,7 % | 0,4 % | 0,0 % | 0,3 % | 0,2 % | 0,1 % | 0,0 % |
| 45 | 3,8 % | 6,4 % | 4,3 % | 5,9 % | 5,9 % | 5,5 % | 0,2 % | 1,4 % | 0,2 % | 0,4 % | 0,0 % | 0,0 % |
| 46 | 6,8 % | 7,4 % | 4,8 % | 7,8 % | 7,6 % | 6,0 % | 0,2 % | 1,2 % | 0,2 % | 0,4 % | 0,1 % | 0,1 % |
| **Total** | **2,4 %** | **3,6 %** | **3,2 %** | **3,6 %** | **3,6 %** | **3,2 %** | **0,2 %** | **0,4 %** | **0,1 %** | **0,2 %** | **0,0 %** | **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 og andre genetiske karakteriseringsdata er tilgjengelig i FHIs egen statistikk nettside: https://statistikk.fhi.no/ngs/.

Data fra forrige sesong er tilgjengelige her: Influenza Virological and Epidemiological season report og Luftveisinfeksjoner i Norge: Sesongen 2025-2026

Så langt i 2026/27-sesongen har vi sekvensert 188 influensavirus: 125 A/H1N1, 52 A/H3N2, og 11 B/Victoria.

***A/H1N1-virus***

Alle A/H1N1-influensavirus som er karakterisert i løpet av 2026/27-sesongen har tilhørt klade 6B.1A.5a.2a.1 og subklade D.3.1.1, som har sirkulert siden våren/sommeren 2026, og som kjennetegnes av nøkkelsubstitusjonene A139D, E283K og K302E. De nyeste H1N1-virusene har i tillegg én eller flere av tilleggssubstitusjonene D139N, G155E og V152I i virusets hemagglutinin (HA1-subenheten).

A/H1-vaksinekomponenten for vintersesongen 2026/27 på den nordlige halvkule er oppdatert og basert på et A/Missouri/11/2025-lignende A(H1N1)pdm09-virus i subklade D.3.1. Verdens helseorganisasjon (WHO) har videreført den samme A/H1-vaksinekomponenten for den sørlige halvkules influensasesong 2027, ettersom denne viser god antigen gjenkjennelse av de fleste nyere D.3.1- og D.3.1.1-variantene.

***A/H3N2-virus***

I løpet av influensasesongen 2026/27 har det kun sirkulert A/H3N2-virus som tilhører klade 3C.2a1b.2a.2a.3a.1, subklade K. Disse virusene kjennetegnes blant annet av nøkkelsubstitusjonene T135K og K189R i hemagglutinin. De meste H3N2-virusene så langt har ingen ytterligere aminosyresubstitusjoner i HA sammenlignet med subklade K, som oppstod og ble dominerende forrige sesong. Det er imidlertid observert enkelte tilleggssubstitusjoner i neuraminidase, blant annet A82T og K199T.

A/H3-vaksinekomponenten for vintersesongen 2026/27 på den nordlige halvkule er oppdatert og basert på et A/Darwin/1454/2025-lignende A(H3N2)-virus i subklade K (J.2.4.1). Verdens helseorganisasjon (WHO) har videreført de samme A/H3-vaksinekomponentene for den sørlige halvkules influensasesong 2027, ettersom disse viser bedre antigenisk gjenkjennelse av de nyere J.2.4.2- og K-variantene.

***B/Victoria-virus***

Så langt denne sesongen er det kun blitt sekvensert elleve influensa B/Victoria-virus, og disse tilhørte kladen V1A.3a.2 med subkladen C.5.6, C.5.6.1 og C.3.1 (Tabell 7).

WHO på sitt vaksinemøte i februar 2026 besluttet å oppdatere vaksinekomponenten for B/Victoria for den nordlige halvkule for sesongen 2026/27 til et representativt virus fra subklade C.3.1 (B/Tokyo/EIS13-176/2025-liknende). Denne endringen vil gi bedre dekning av den mer antigent forskjellige C.3.1-subkladen, samtidig som den opprettholder god dekning av C.5 subvariantene.

*Tabell 7. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus fra Uke 35 2026, klade og subklade. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.*

| WHO/ECDC kategori | Klade | Subklade | aug-2026 | sep-2026 | okt-2026 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **A/H1N1** | **-** | **-** | **17** | **52** | **56** | **125** |
| genAH1/Missouri/11/2025 | 6B.1A.5a.2a.1 | D.3.1.1 | 17 (100%) | 52 (100%) | 56 (100%) | 125 |
| **A/H3N2** | **-** | **-** | **25** | **19** | **8** | **52** |
| genAH3/Norway/8765/2025 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | K | 25 (100%) | 19 (100%) | 8 (100%) | 52 |
| **B/Victoria** | **-** | **-** | **0** | **3** | **8** | **11** |
| genBVicB/Switzerland/329/2024 | V1A.3a.2 | C.5.6 | 0 (0.0%) | 3 (100%) | 4 (50%) | 7 |
| genBVicB/Kanagawa/AC2414/2025 | V1A.3a.2 | C.3.1 | 0 (0.0%) | 0 (0%) | 1 (12.5%) | 1 |
| genBVicB/ENG/120/2025 | V1A.3a.2 | C.5.6.1 | 0 (0.0%) | 0 (0%) | 3 (37.5%) | 3 |

Du kan finne hele tabellen ved å besøke følgende lenke: https://statistikk.fhi.no/

## Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

XFG-varianten har vært dominerende blant sekvenserte SARS-CoV-2-virus i Norge gjennom sensommeren og høsten 2026, med en økning fra 41 % i august til 63 % i september og 69 % i oktober. XFG er en rekombinant av LF.7 og LP.8.1.2 og har flere mutasjonsendringer, blant annet F456L, Q493E og R346T. NB.1.8.1 og underlinjen PQ.16.1.1 har fortsatt å sirkulere, men deres samlede andel gikk ned fra 30 % i august til 3 % i september og økte litt i november til 10 %. Verdens helseorganisasjon (WHO) klassifiserte PQ.16.1.1 som en variant under overvåking (VUM) i juli 2026. BA.3.2 ikke ble påvist i august eller september 2026.

Månedlige variantdata er også tilgjengelige på Folkehelseinstituttets statistikksider*:* FHI Statistikk mens fylogenetiske analyser og visualiseringer finnes på Nextstrain.

## 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.

For analyser av legemiddelresistens hos SARS-CoV-2 benytter vi Stanfords Coronavirus Antiviral & Resistance Database (CoVDB) over resistensassosierte mutasjoner. For influensavirus benytter vi WHOs oversikter over mutasjoner i neuraminidase (NA) assosiert med redusert følsomhet eller resistens mot oseltamivir og zanamivir, samt tilsvarende oversikter for polymeraseproteinet PA knyttet til baloxavir marboxil.

***Influensavirus***

Så langt denne sesongen er 125 A/H1N1-, 52 A/H3N2 og 11 B/Victoria-influensavirus undersøkt genetisk for mutasjoner assosiert med redusert følsomhet eller resistens mot antivirale legemidler. Ingen av virusene hadde mutasjoner assosiert med redusert følsomhet eller resistens mot oseltamivir, zanamivir eller baloxavir marboxil.

***SARS-CoV-2***

Majoriteten av omikron-variantene som sirkulerer nå (XFG, NB.1.8.1 og PQ.16.1.1) 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.

Les mer om resistensovervåkingen for forrige sesong her: Influenza Virological and Epidemiological season report og Usage of Antivirals and the Occurrence of Antiviral Resistance in Norway 2025 , Luftveisinfeksjoner i Norge: Sesongen 2025-2026

# 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 17. november 2026.

*Tabell 8. Varsler om utbrudd av luftveisinfeksjon siste uke og totalt siden sesongstart uke 35 (2026). Kilde: Vesuv, Folkehelseinstituttet.*

| Antatt smittestoff | Uke 46 (2026) | | | Totalt fra og med uke 35 (2026) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Totalt antall varslede utbrudd | Antall varsler fra helse-institusjon | Totalt antall syke | Totalt antall varslede utbrudd | Antall varsler fra helse-institusjon | Totalt antall syke |
| *Bordetella pertussis* | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 12 |
| Influensavirus | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 64 |
| Rhinovirus | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| SARS-CoV-2 | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 | 76 |

# Sykehusinnleggelser

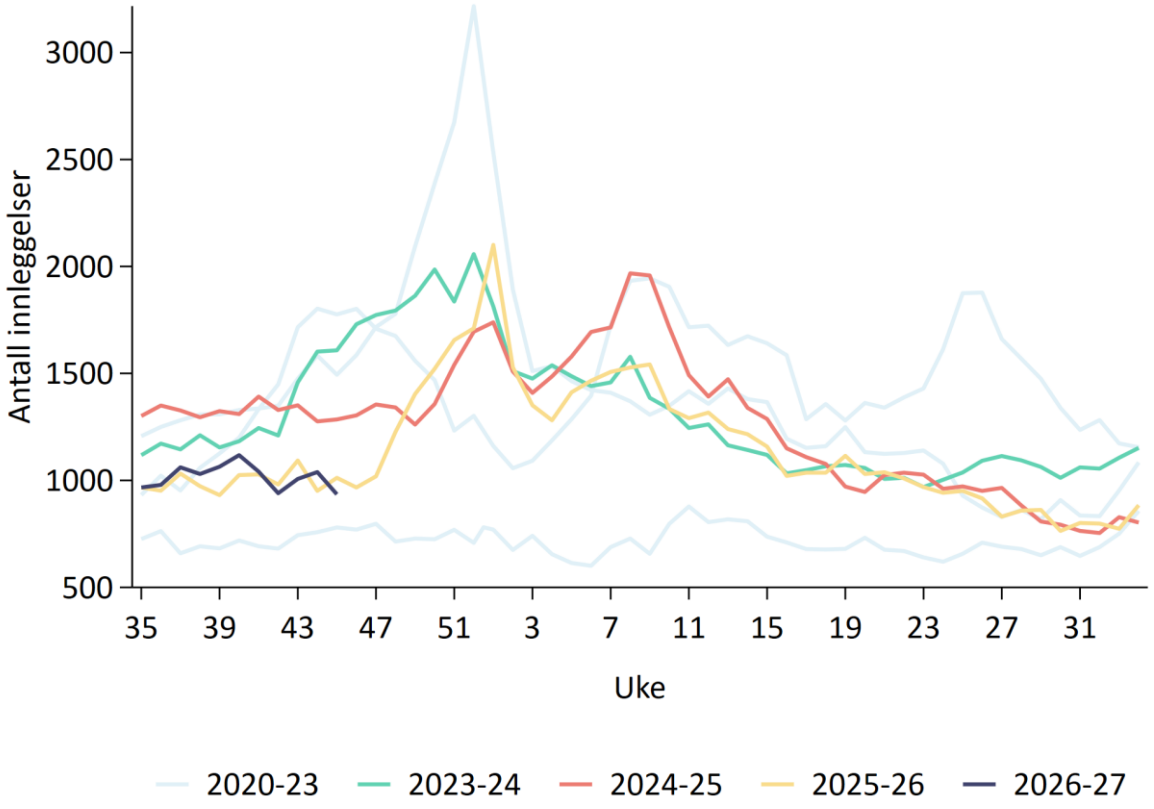
Fra og med vintersesongen 2025/26 er overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner som registreres i sykehusenes journalsystemer. ICD-10-diagnosekodene inkludert i overvåkingen er J00 og J02-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (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 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.

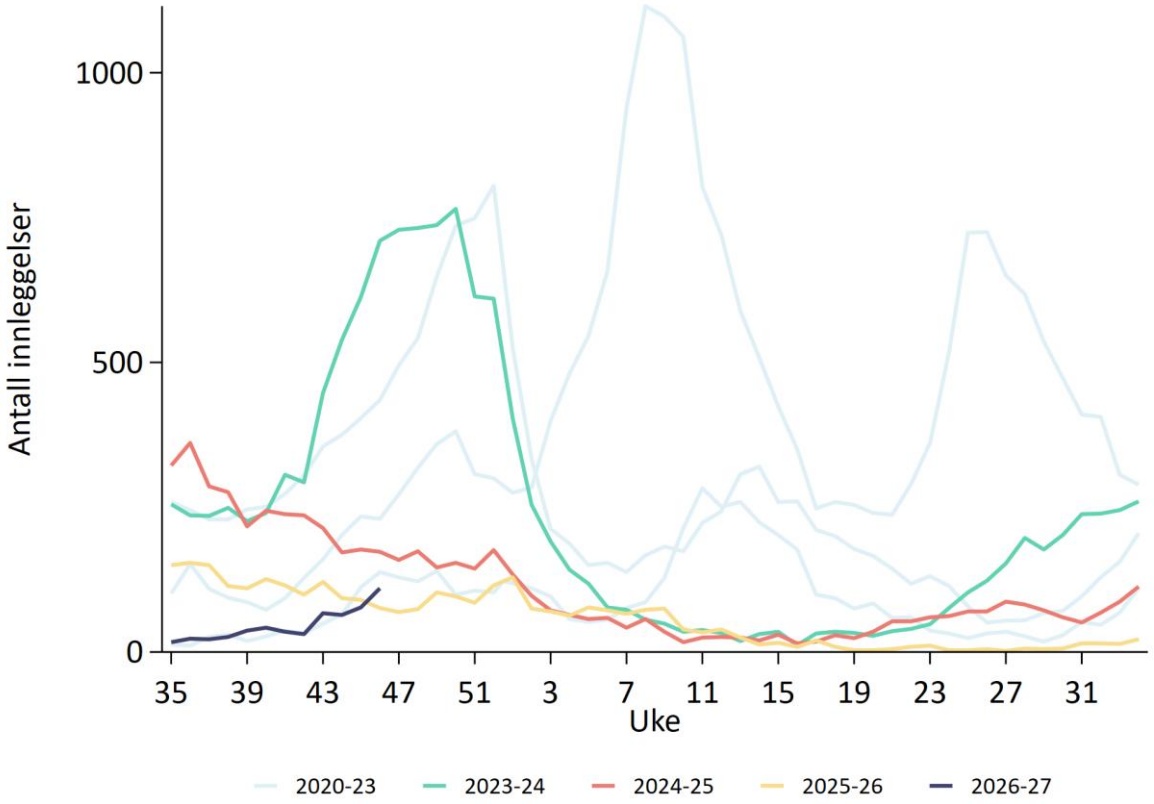
Dataene presentert her er basert på et datasett fra NPR oppdatert 17. november 2026 og MSIS-labdatabasen oppdatert 18. november 2026.

## Innleggelser med luftveisinfeksjon



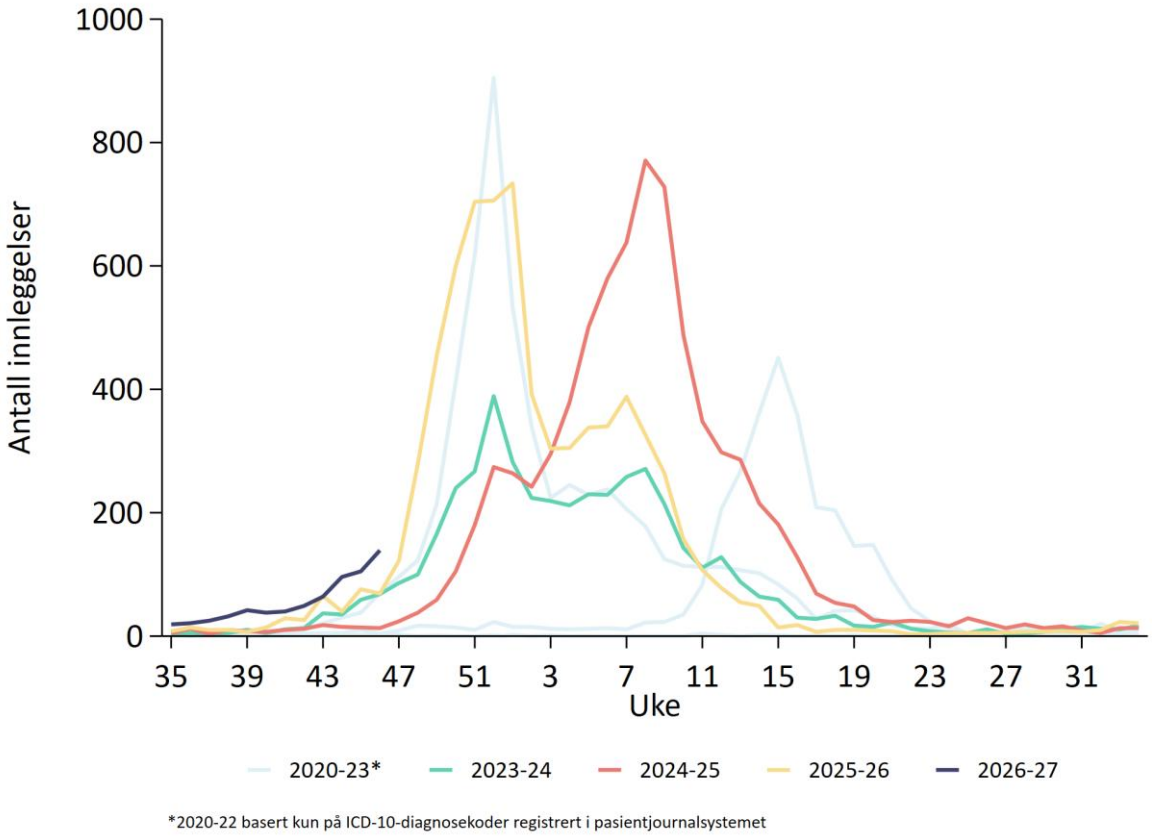

*Figur 10. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke og sesong, 24.08.2020 – 08.11.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19.*

## Innleggelser med covid-19




*Figur 11. Antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 24.08.2020 – 15.11.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19.*

## Innleggelser med influensa




*Figur 12. Antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 24.08.2020 – 15.11.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.*

# Dødelighet

## Dødsfall uansett årsak

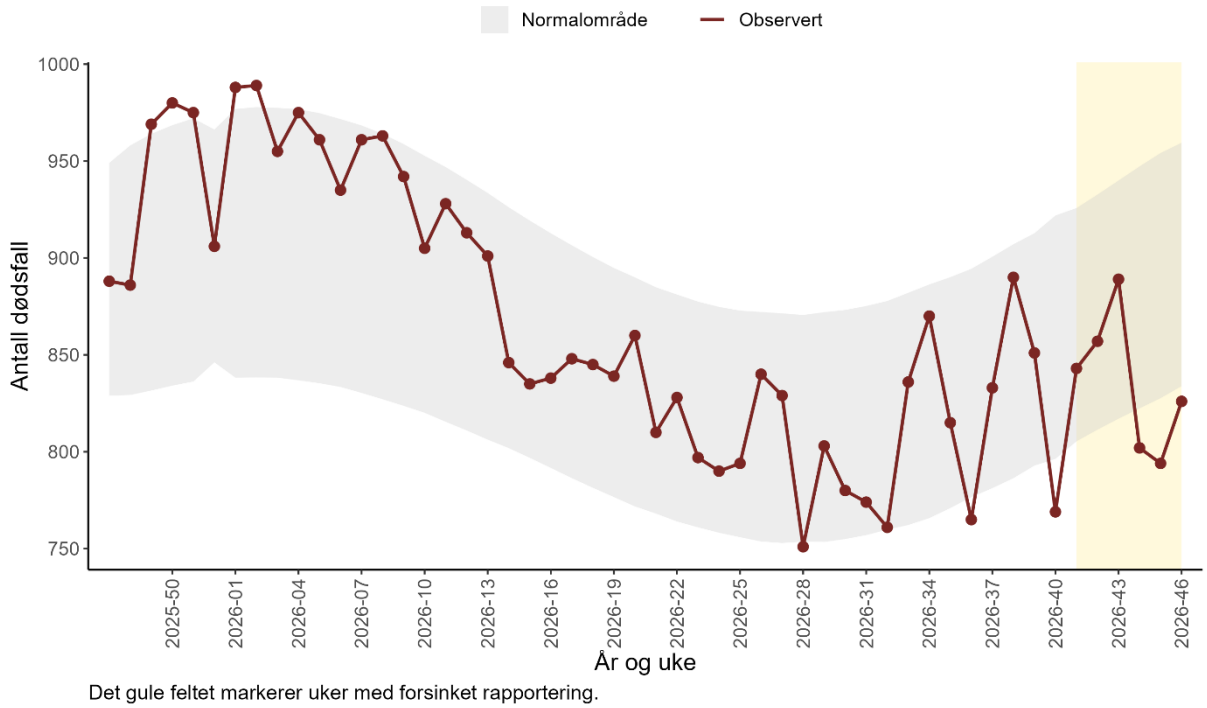
Totalt antall dødsfall per uke sammenlignes med et forventet nivå beregnet ved hjelp av EuroMOMO-modellen. Det forventede nivået er basert på antall dødsfall i Norge de siste fem foregående årene, der pandemiårene 2020–2022 er utelatt. For 2026 er referanseårene 2018-2019 og 2023-2025.

Antall dødsfall varierer naturlig fra uke til uke. Normalområdet er intervallet antall dødsfall forventes å ligge innenfor når det ikke foreligger uvanlige hendelser. Uker med flere dødsfall enn øvre grense for normalområdet regnes som overdødelighet. Les mer om overvåkingen av totalt antall dødsfall.

Resultatene er basert på data fra Dødsårsaksregisteret og SSBs statistikkbank, tabell 07459, oppdatert 18. november 2026.

***Utvikling over tid***

Figur 13 viser ukentlig antall dødsfall sammenlignet med normalområdet. Dødeligheten har ligget på et lavt nivå for denne tiden av året de siste ukene. Tallene for de siste seks ukene er foreløpige og vil bli justert etter hvert som flere dødsfall blir registrert.




*Figur 13. Observert antall dødsfall per uke, uke 46 2025 til uke 46 2026. Det lysegrå feltet viser normalområdet basert på EuroMOMO-modellen. Tallene i det gule feltet er foreløpige på grunn av forsinket registrering. Merk at y-aksen er trunkert og starter på 750. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSBs statistikkbank, tabell 07459.*

### *Antall dødsfall per uke*

Tabell 9 viser ukentlig antall dødsfall de siste fire ukene. Alle tall er foreløpige og vil øke noe etter hvert som flere dødsfall registreres.

*Tabell 9. Antall dødsfall, dødsfall per 100 000 innbyggere, prosentvis endring fra uken før og medianalder, uke 43-46 2026. Tallene er foreløpige. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSBs statistikkbank, tabell 07459.*

| Indikator | Uke 43 | Uke 44 | Uke 45 | Uke 46* |
|---|---|---|---|---|
| Antall dødsfall | 889 | 802 | 794 | 826 |
| Antall dødsfall per 100 000 | 15,8 | 14,3 | 14,1 | 14,7 |
| Endring fra uken før (%) | 3,7 | -9,8 | -1,0 | 4,0 |
| Medianalder | 82 år | 82 år | 82 år | 82 år |

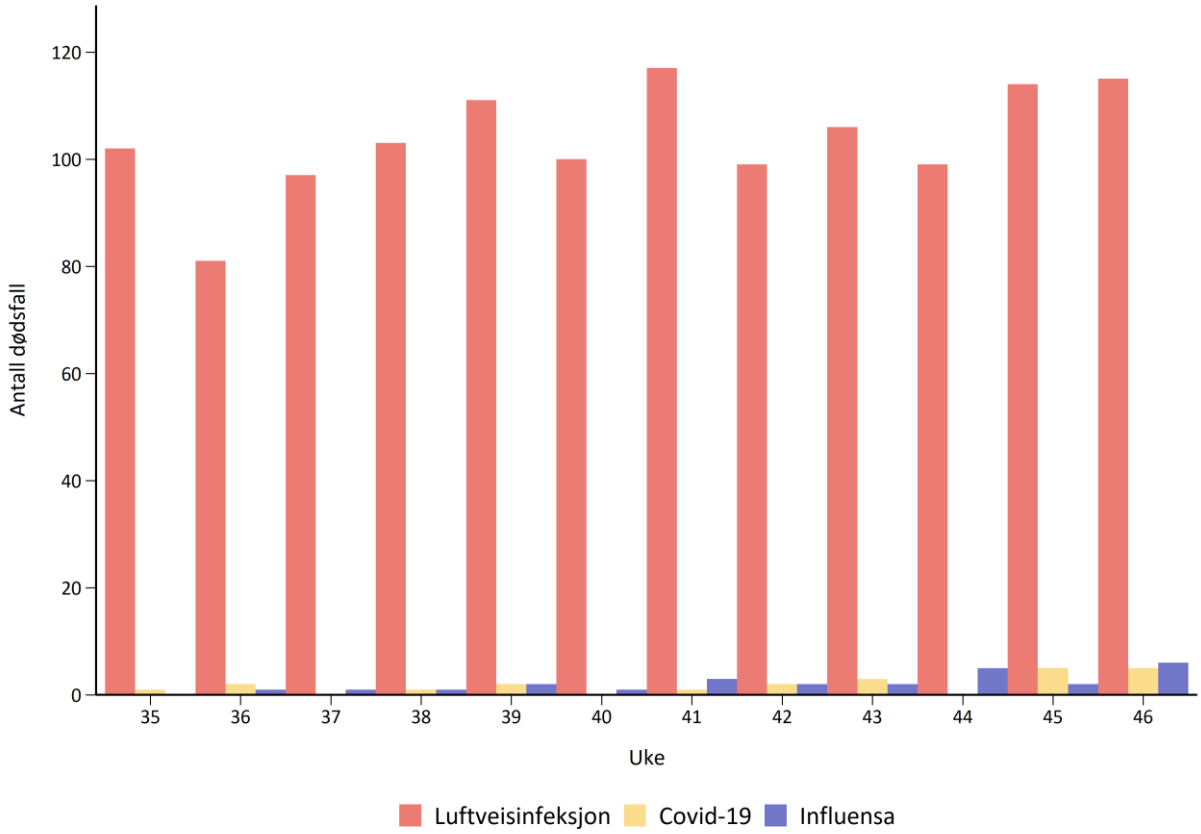
*Tallene for uke 46 er særlig ufullstendige på grunn av forsinket registrering, og antallet vil trolig øke når flere dødsfall blir registrert.

## 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 18. november 2026.




*Figur 14. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke (24.08.2026 - 15.11.2026). Covid-19- og influensaassosierte 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 (24.08.2026 - 15.11.2026). Covid-19- og influensaassosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjonsgruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.*

| | Uke | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Indikator** | **35** | **36** | **37** | **38** | **39** | **40** | **41** | **42** | **43** | **44** | **45** | **46** |
| Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon | 102 | 81 | 97 | 103 | 111 | 100 | 117 | 99 | 106 | 99 | 114 | 115 |
| Antall dødsfall assosiert med covid-19 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | 5 | 5 |
| Antall dødsfall assosiert med influensa | * | * | * | * | * | * | * | * | * | 5 | * | 6 |

# Vaksinasjon mot covid-19 og influensa

Vaksinasjon mot covid-19 og influensa inngår i 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. Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31. desember 2026 (det vil si alder for sesongen 2026/27).

Resultatene er basert på data fra SYSVAK og Folkeregisteret via Stat19 per 18. november 2026.

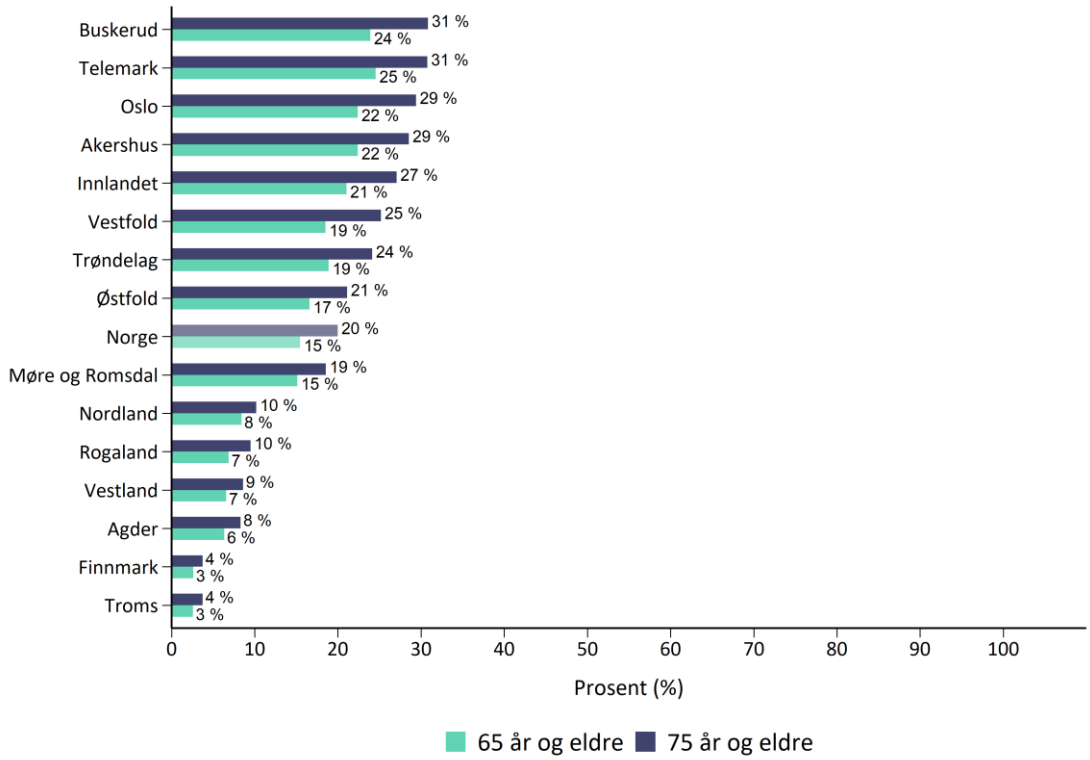
Høstens vaksinasjon mot influensa og covid-19 er forsinket sammenlignet med fjoråret. Dette skyldes forsinkelse i levering av influensavaksine til vaksinasjonsprogrammet. Siden det er lagt opp til stor grad av samvaksinering med disse to vaksinene, påvirker det også vaksineringen mot covid-19. Hovedutsendingen av influensavaksiner til programmet er nå avsluttet, men de fleste kommunene har fått vaksiner til programmet tre uker senere enn vanlig. Apotekene har mottok vaksine til privatmarkedet i uke 40 og det har derfor vært noe vaksinering mot influensa fra 1. oktober.

Vaksinasjonen mot **covid-19**: Per 15. november er ~108 000 personer av befolkningen 75 år og eldre vaksinert mot covid-19, og totalt er ~202 700 personer i alle aldre vaksinert siden starten av uke 35(2026). Dette utgjør en dekning på 20 % i aldersgruppen 75+, noe som er 19 prosentpoeng lavere enn i fjor på samme tid.

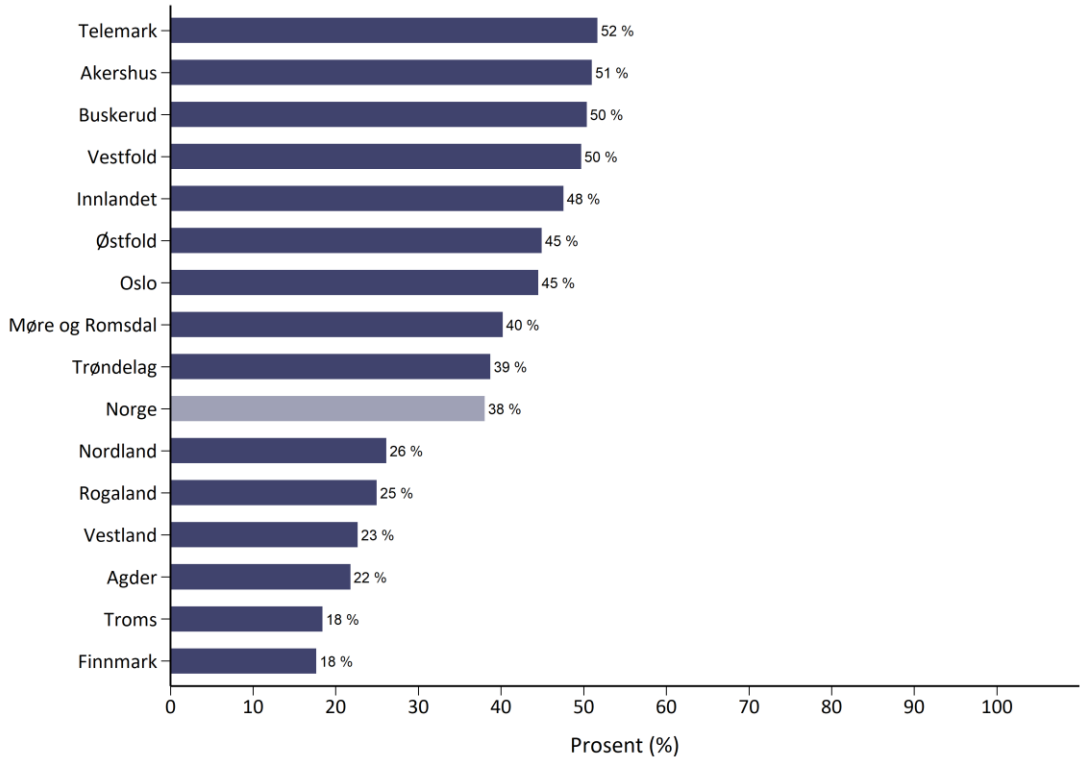
Vaksinasjonen mot **influensa:** Per 15. november er ~ 816 200 personer vaksinert denne sesongen, deriblant ~423 800 blant personer 65 år og eldre. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 13. november anslått til 38 %. Dette er 20 prosentpoeng lavere enn i fjor på samme tid.

*Tabell 11. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) etter alder og risikogruppe, 24.08.2026 – 15.11.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.*

| Sykdom | Alder (år) | Andel (%) vaksinerte personer |
|---|---|---|
| Covid-19 | 0-8 | < 0.01 % |
| | 9-17 | 0,04 % |
| | 18-64 | 0,9 % |
| | 65-74 | 11 % |
| | 65+ | 15 % |
| | 75+ | 20 % |
| Influensa | 0-8 | 0,6 % |
| | 9-17 | 0,6 % |
| | 18-64 | 11 % |
| | 65+ | 38 % |



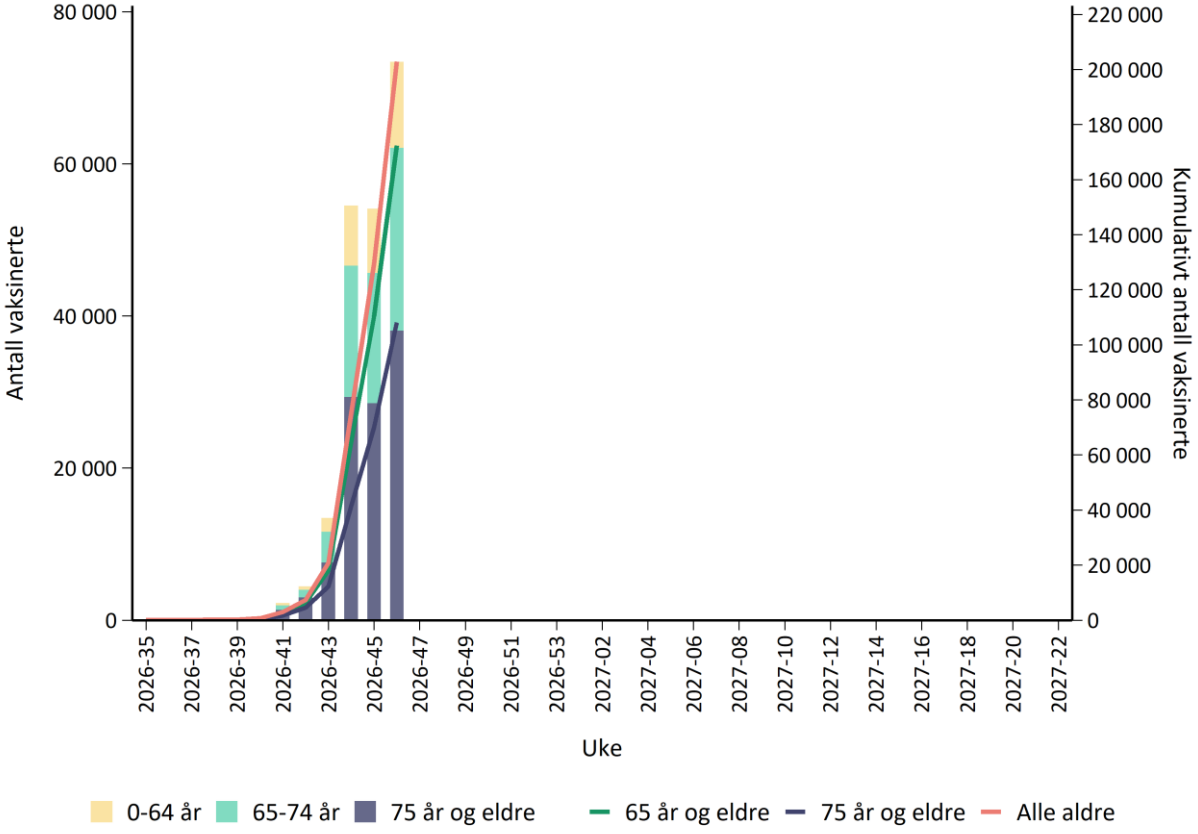

*Figur 15.* Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) henholdsvis 65 og 75 år og eldre vaksinert med **koronavaksine** per fylke, 24.08.2026 – 15.11.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.




*Figur 16. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert med **influensavaksine** per fylke, 24.08.026 – 15.11.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.*

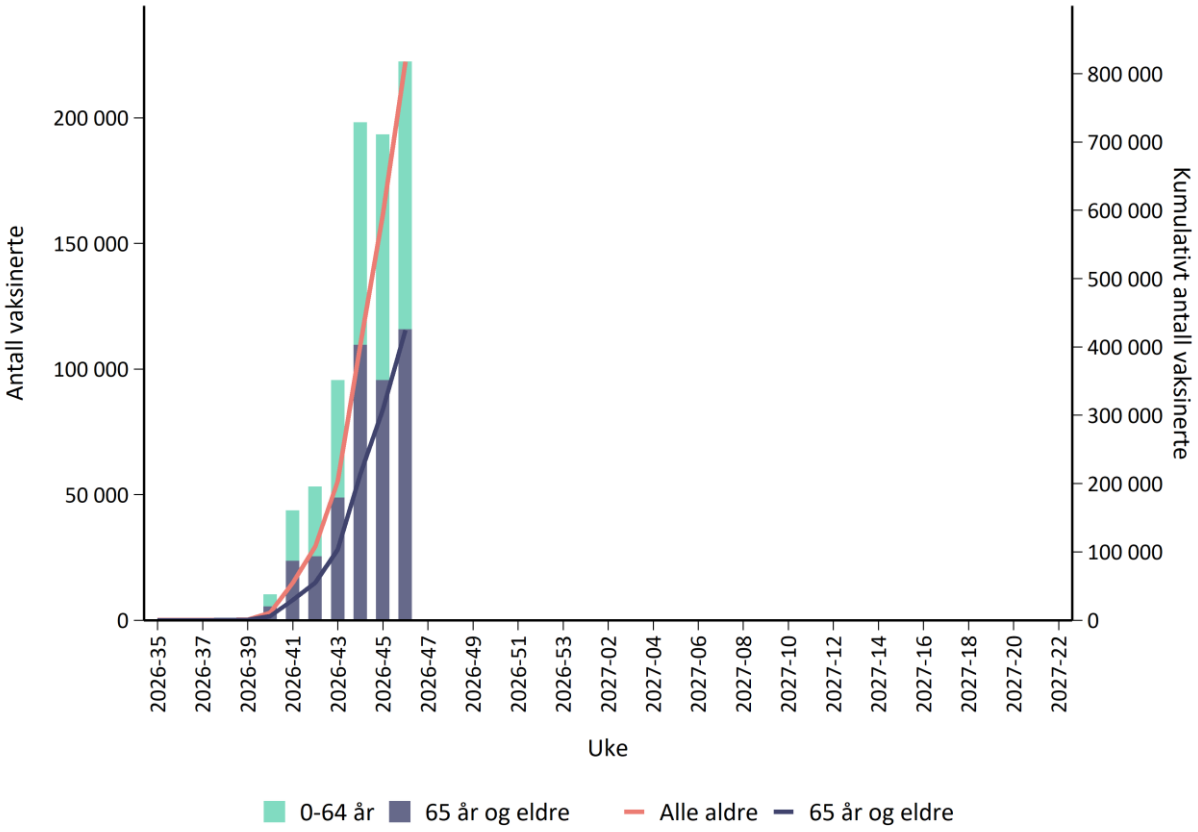
## Vaksinering – uke for uke

Koronavaksineringen denne sesongen startet så smått i uke 41, med en kraftig økning fra uke 44. Det er ventet en fortsatt økning parallelt med at influensavaksineringen i kommunene fortsetter. Tidligere sesonger har toppnivået ligget rundt uke 43, men vi forventer at toppen i vaksineringsaktiviteten forskyves og flater ut på grunn av utstrakt samvaksinering med influensavaksine i mange kommuner.




*Figur 17.* Antall satte doser per uke og kumulativt antall med **koronavaksine** fordelt på alder, sesongen 2026-27 (uansett alder og status i FREG) fra 24.08.2026 – 15.11.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Influensavaksineringen har fortsatt å øke og det ventes en topp denne eller kommende uke (uke 47) Antallet vaksineringer per uke har tidligere sesonger vært i uke 43, men gitt forsinkelsene i utsending på 3 uker kan man forvente en forskyvning i vaksineringsaktiviteten. Vaksinering i apotekene bidrar likevel til at vaksinasjonsdekningen i befolkningen er høyere enn fryktet.




*Figur 18.* Antall satte doser per uke og kumulativt antall med **influensavaksine** fordelt på alder, sesongen 2026-27 (uansett alder og status i FREG) fra 24.08.2026 – 15.11.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

## Vaksineeffekt (VE)

Det er tidlig i sesongen, slik at det ikke foreligger egne VE-studier enda.

***Covid-19-vaksine***

Vaksinen inneholder samme rekombinant som sirkulerer i Norge nå; XFG. Det forventes god effekt av vaksinen.

***Influensavaksine***

De aller fleste av de sirkulerende influensavirusene per nå er A(H1N1)-virus i subklade D.3.1.1. Vaksinestammen for A(H1N1) i denne sesongens vaksine tilhører subklade D.3.1 som D.3.1.1-gruppen er etterkommere av. Selv om de sirkulerende virusene har ervervet noen tilleggsmutasjoner, forventer vi at vaksinestammen gir beskyttende effekt mot disse. Vaksinestammen for A(H3N2) har god match med de få virusene som er funnet av denne typen så langt, og forventes også å gi beskyttelse som normalt. Også de få B-Victoria- virusene som er funnet i Norge til nå i høst matcher med vaksinen, og det forventes god effekt.

# 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

## Konsultasjoner ved legekontor 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 laboratoriedatabase. MSIS-registeret inneholder mikrobiologisk informasjon fra laboratoriene og epidemiologisk informasjon meldt fra legene om alle meldingspliktige smittsomme sykdommer i Norge. MSIS-Labdatabasen inneholder alle mikrobiologiske prøvesvar rapportert fra medisinske laboratorier i Norge. Les mer om MSIS, formål og meldingsplikt på våre nettsider.

## 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.

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

## 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.

## 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.

## 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.

## 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 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-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.

## Dødsfall uansett årsak

FHI er en del av EuroMOMO-samarbeidet som overvåker totaldødeligheten i Europa. I alt 27 land deltar i prosjektet, deriblant Norge. I EuroMOMO modellen sammenlignes observert antall dødsfall med et forventet antall. Forventet antall dødsfall er beregnet basert på hvordan dødeligheten har utviklet seg i Norge de siste fem årene. Covid-19-pandemien førte til store og uvanlige endringer i dødeligheten. For å unngå at disse avvikene påvirker beregningene av forventet antall dødsfall etter pandemien, har EuroMOMO nettverket besluttet å utelate alle uker fra årene 2020, 2021 og 2022 fra beregningene av forventet antall dødsfall. For 2026 er referanseårene 2018-2019 og 2023-2025.

Antall dødsfall vil variere naturlig fra uke til uke. Derfor beregnes et normalområde. Hvis antall dødsfall er innenfor dette normalområdet, er den innenfor den forventede variasjonen for denne tiden av året. Normalområdet er beregnet ved bruk av EuroMOMO sin statistiske modell. I beregningene brukes antall døde per uke fra Dødsårsaksregisteret, mens befolkningsgrunnlaget er hentet fra SSB sin statistikkbank, tabell 07459. Dødsfallene inkluderer alle som er registrert som bosatt i Folkeregisteret ved dødstidspunktet. Modelltilnærmingen er nærmere beskrevet her.

## 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.