

Statusrapport for luftveisinfeksjoner Sesongen 2025/26

Uke 1 (2026)

Publiseringsdato 08.01.2026

Innhold

Sammendrag og vurdering	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	6
Covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet).....	6
Influenalignende sykdom (ILS).....	8
Testing og påvisninger.....	12
Luftveisagens.....	12
Luftveivirus gjennom fyrårnsystemet.....	16
Overvåking av virus	19
Sirkulerende influensavirus i Norge	19
Genetisk karakterisering av influensavirus	26
A/H1N1-virus	26
A/H3N2-virus	28
B/Victoria-virus.....	30
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge.....	31
Sirkulerende RS-virus i Norge	32
Resistens mot antivirale midler	33
Influensavirus	33
SARS-CoV-2.....	33
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon.....	34
Sykehusinnleggelser	35
Innleggelser med luftveisinfeksjon.....	36
Sykehusinnleggelser med covid-19	38
Sykehusinnleggelser med influensa	40
Sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon	42
Dødelighet	44
Totaldødelighet	44
Dødelighetsnivå	44

Antall dødsfall per uke.....	45
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	45
Vaksinasjon mot covid-19 og influensa	47
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	47
Vaksinering – uke for uke	48
Vaksineeffekt.....	50
Luftveisinfeksjoner globalt	50
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	51
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	51
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)	51
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	51
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	51
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	51
Stat19	52
Sykehusinnleggelser	52
Totaldødelighet	52
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	53
Virologisk overvåking	53

Sammendrag og vurdering

- Vinterens influensautbrudd fortsetter, men toppen kan være nådd i store deler av landet. I fylker hvor utbruddet har kommet senere i gang er imidlertid smittetoppen kanskje ennå ikke nådd. Det er fremdeles viktig at uvaksinerte eldre, barn i risikogrupper og helsepersonell med pasientkontakt vaksinerer seg så raskt som mulig.
- Influenza: Andel prøver med påvist influensavirus blant de testede har gått noe ned de siste to ukene (22 % i uke 1 og 26 % i uke 52 mot 29 % i uke 50 og 51). Det er geografisk og aldersmessig variasjon. I uke 1 var andel prøver med påvist influensavirus høyest i Innlandet (28 %) samt Telemark, Møre og Romsdal og Trøndelag (25 %). Andel prøver med påvist influensavirus var høyest i aldersgruppen 15-29 år (31 % i uke 1). Det er nesten utelukkende influensavirus type A som er påvist, og blant disse er subtype A(H3N2) mest utbredt. De fleste H3N2-virusene som er nærmere karakterisert er av den nye K-undervarianten. I noen fylker, bl.a. Rogaland og Vestland, har det likevel vært A(H1N1)-virus som har holdt seg i flertall; i noen av disse fylkene har utbruddet kommet senere i gang og det er godt mulig at det går mot både større innslag av A(H3N2) og senere kulminasjon av utbruddet der.
Det er foreløpig rapportert om 665 sykehusinnleggelser med influensa i uke 1, etter 731 i uke 52. Mellom uke 42 og uke 1 er det rapportert om totalt 102 innleggelser i intensivavdeling med influensa, sammenlignet med 44, 85 og 114 intensivinnleggelser i samme periode i sesongene 2024/25, 2023/24 og 2022/23. Det er registrert 42 dødsfall assosiert med influensa i uke 1 etter 29 i uke 51 og 52.
- RS-virusinfeksjon: Forekomsten er økende, men fremdeles på et lavt nivå. Andel prøver med påvist RS-virus var på 5 % i uke 1, etter 3 % i uke 52. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0-4 år (andel positive prøver var på 22 % i uke 1). Det foreløpig rapportert om 90 sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon i uke 1, etter 48 i uke 52.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 har vært relativt stabil på rundt 4 % siden uke 46. I uke 1 er det foreløpig rapportert om 112 sykehusinnleggelser med covid-19, mot 106 i uke 52. Mellom uke 42 og uke 1 er det rapportert om totalt 20 innleggelser i intensivavdeling med covid-19, sammenlignet med 40 intensivinnleggelser i samme periode sesongen før.
- Infeksjon med korona forkjølelsesvirus: Andel prøver med påvist korona forkjølelsesvirus har vært økende siden uke 46, og var på 5 % i uke 1.
- I uke 1 er det foreløpig rapportert om 181 dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, etter 125 i uke 52 og 151 i uke 51. Det var en nedgang i den observerte totaldødeligheten i uke 52, etter å ha ligget stabilt høyt innenfor forventet nivå i uke 49 til uke 51.
- Vaksinasjon mot influensa: Aldersgruppen 65 år og eldre samt yngre personer i risikogruppene anbefales influensavaksine før vinteren. Det er registrert nær 1,5 millioner vaksinasjoner i SYSVAK, hvorav over 749 000 i aldersgruppen 65 år og eldre. Per 4. januar var 69 % i aldersgruppen 65 år og eldre vaksinert siden 25. august 2025.
- Vaksinasjon mot covid-19: Aldersgruppen 75 år og eldre samt yngre som tilhører en risikogruppe er i høst anbefalt en ny oppfriskningsdose. Per 4. januar var 48 % i aldersgruppen 75 år og eldre vaksinert siden 25. august 2025.

- Vaksine og smittevernråd: Beskyttelse av risikogruppene gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot [covid-19](#) og [influensa](#). 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 influensasykdom, 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						
	48	49	50	51	52	1	51-1
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)¹
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	10,6 % ▲	11,8 % ▲	12,7 % ▲	12,9 % ▲	15,9 % ▲	18,4 % ▲	21,5 % (20,5 %, 22,6 %)
Antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon	1 227 ▲	1 379	1 448	1 582 (1 582-1 591)*	1 515 (1 515-1 592)*	-	-
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	106	152 ▲	159	151 (151-153)*	125 (125-129)*	181 (181-201)*	10,6 % (-7,7 %, 29,6 %)
Covid-19							
Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 blant alle konsultasjoner	0,07 %	0,06 %	0,06 %	0,06 %	0,06 %	0,06 %	1,7 % (-14,4 %, 17,1 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	4,1 %	3,5 %	3,9 %	3,7 %	3,6 %	3,6 %	-1,1 % (-8,6 %, 6,3 %)
Antall varslede covid-19 utbrudd i helseinstitusjoner	1	0	0	0	1	0	-
Antall sykehusinnleggelser med covid-19	70	97	78	80	106	112	-
Antall covid-19 assosierte dødsfall	7	7	1-4	7	1-4	1-4	-31,4 % (-93,5 %, 34 %)
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	1 % ▲	1,3 % ▲	1,9 % ▲	2,2 % ▲	2,1 % ▲	2,5 % ▲	4,6 % (2,1 %, 7,2 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede	16,7 % ▲	24,2 % ▲	28,7 % ▲	28,8 % ▲	25,8 % ▼	21,9 % ▼	-18,1 % (-21,3 %, -14,9 %)
Antall varslede influensautbrudd i helseinstitusjoner	0	3	2	4	1	3	-
Antall sykehusinnleggelser med influensa	289	462	613	727	731	665	-
Antall influensarelaterte dødsfall	8	17 ▲	22 ▲	29	29 (29-33)*	42 (42-47)*	20,7 % (-3,7 %, 45,5 %)
RS-virusinfeksjon							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	1,3 %	2,2 % ▲	2 % ▲	2,2 %	3,3 % ▲	4,9 % ▲	39,9 % (31,7 %, 48,3 %)
Antall sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon	21	37	40	41	48	90	-
Rhinovirus							
Andel positive prøver for rhinovirus blant de testede	10,5 % ▼	9,1 % ▼	7,4 % ▼	8,6 %	7,5 %	6,2 % ▼	-17 % (-23,6 %, -10,5 %)
Antall positive prøver for rhinovirus blant innlagte	122 ▼	121 ▼	101 ▼	111	89	84 (84-96)*	-13,2 % (-27,9 %, 2,1 %)

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

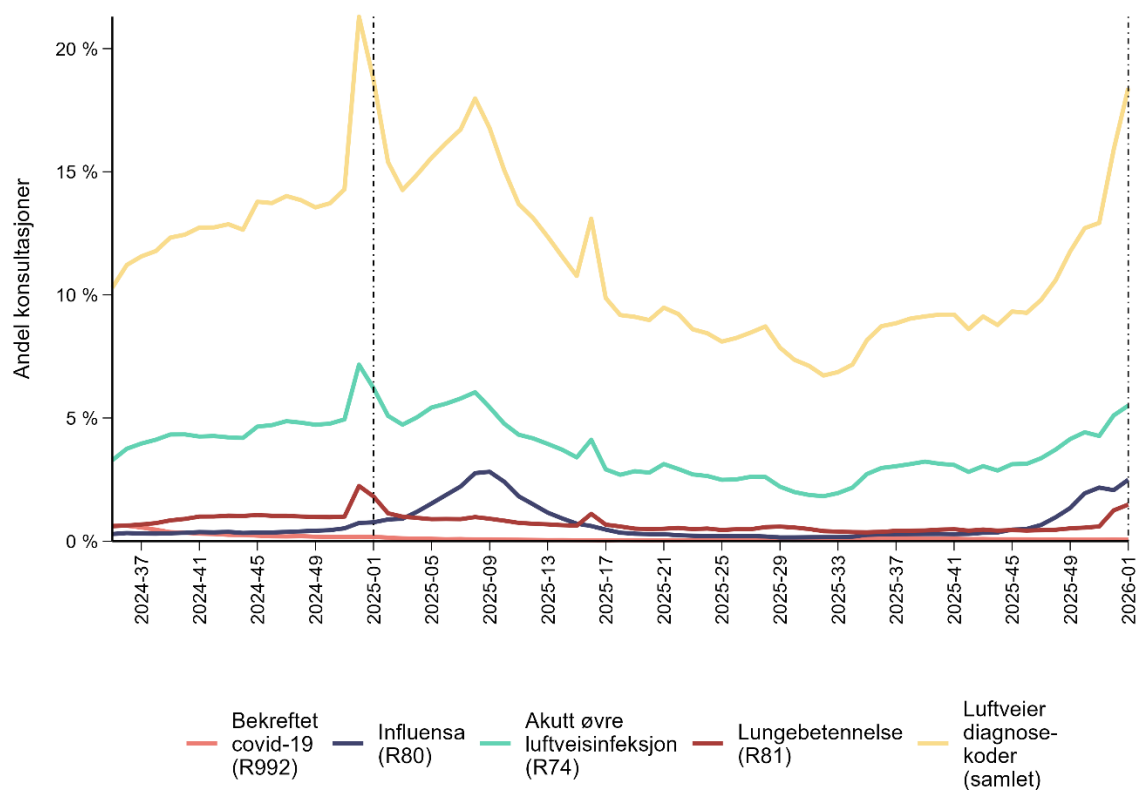
1 For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten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

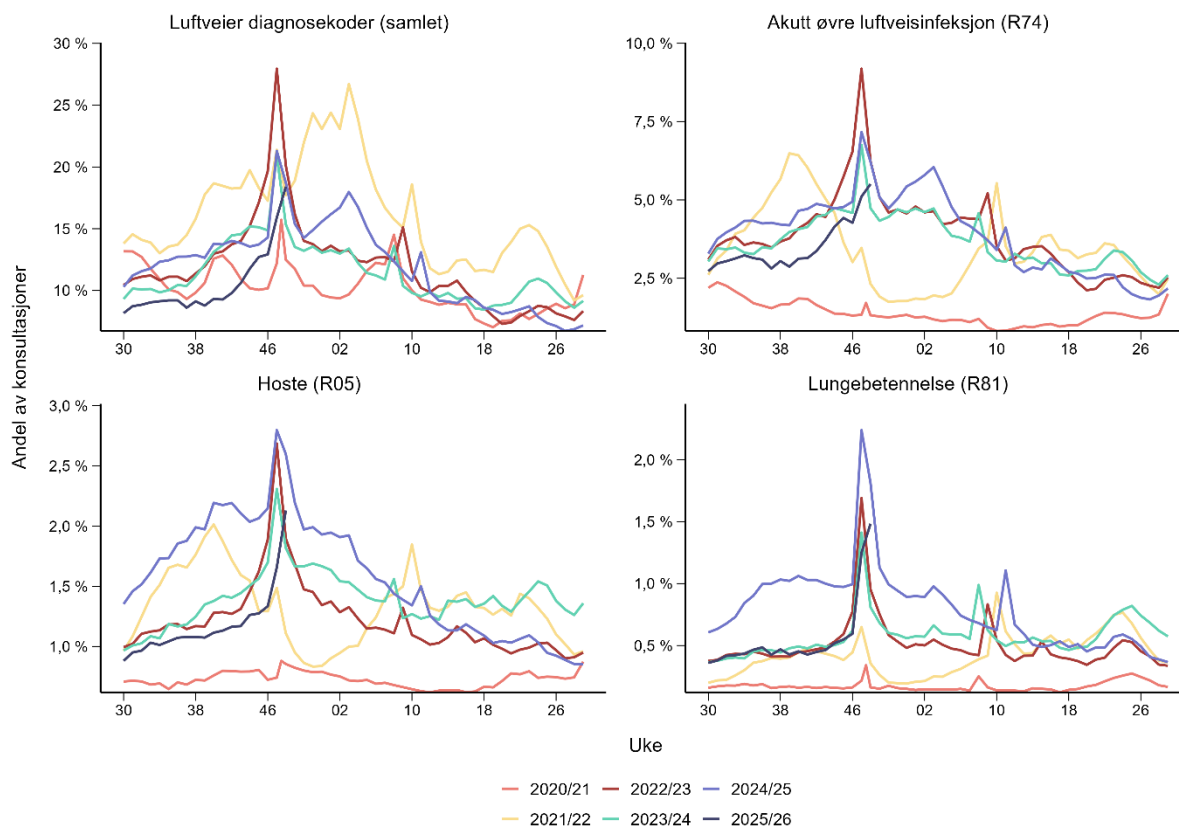
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS). Overvåkingen gjennom NorSySS gir en indikasjon på sykdomsutviklingen i befolkningen og oversikt over eventuelle utbrudd, uten å gi et 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 legesøkningsadferd. I denne rapporten brukes data for konsultasjoner med covid-19, influensa og et utvalg luftveisdiaagnosekoder. Resultatene er basert på et datasett fra NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet, oppdatert 7. januar 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 luftveis-diagnosekoder (samlet)

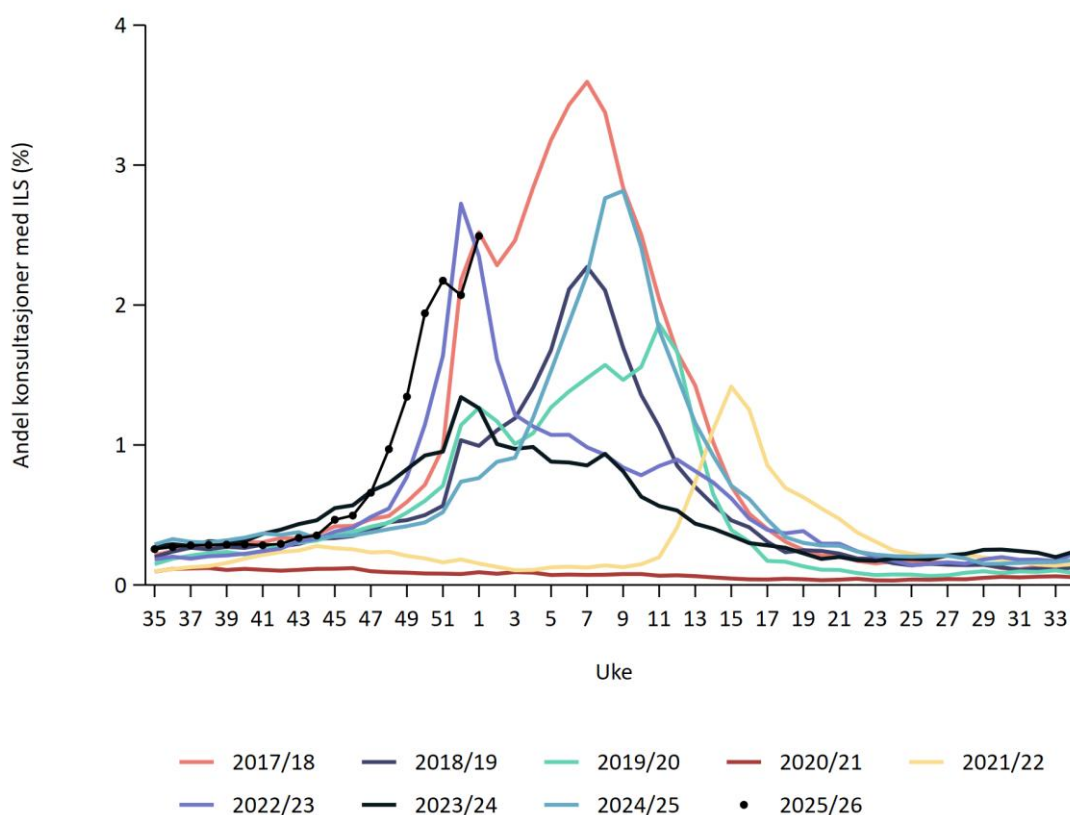


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet), 26.08.2024 – 04.01.2026. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2025 og 2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdiaagnosekoder (samlet)» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

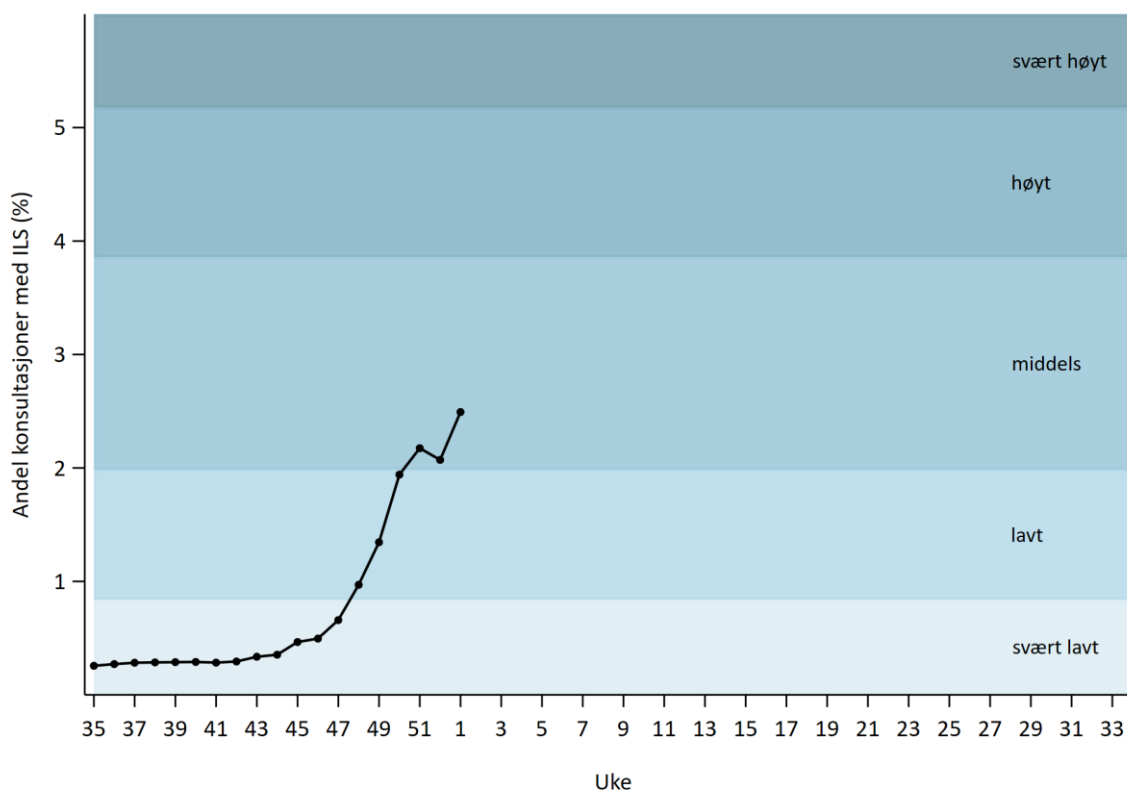


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 20.07.2020 – 04.01.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisdagnosekoder samlet» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Influensalignende sykdom (ILS)

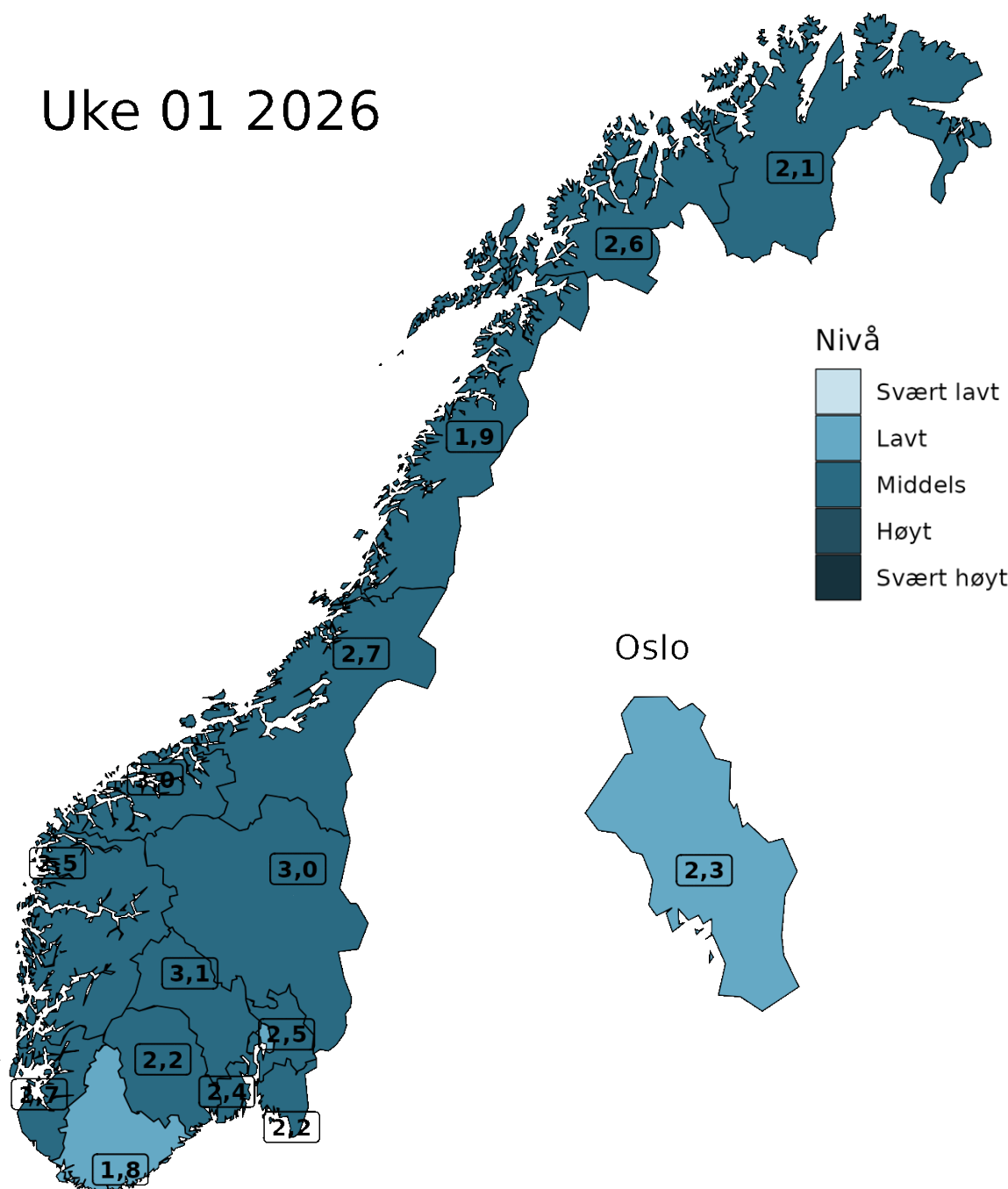


Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 28.08.2017- 04.01.2026. Tallene for siste uke kan bli justert noe opp eller ned i neste rapport. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



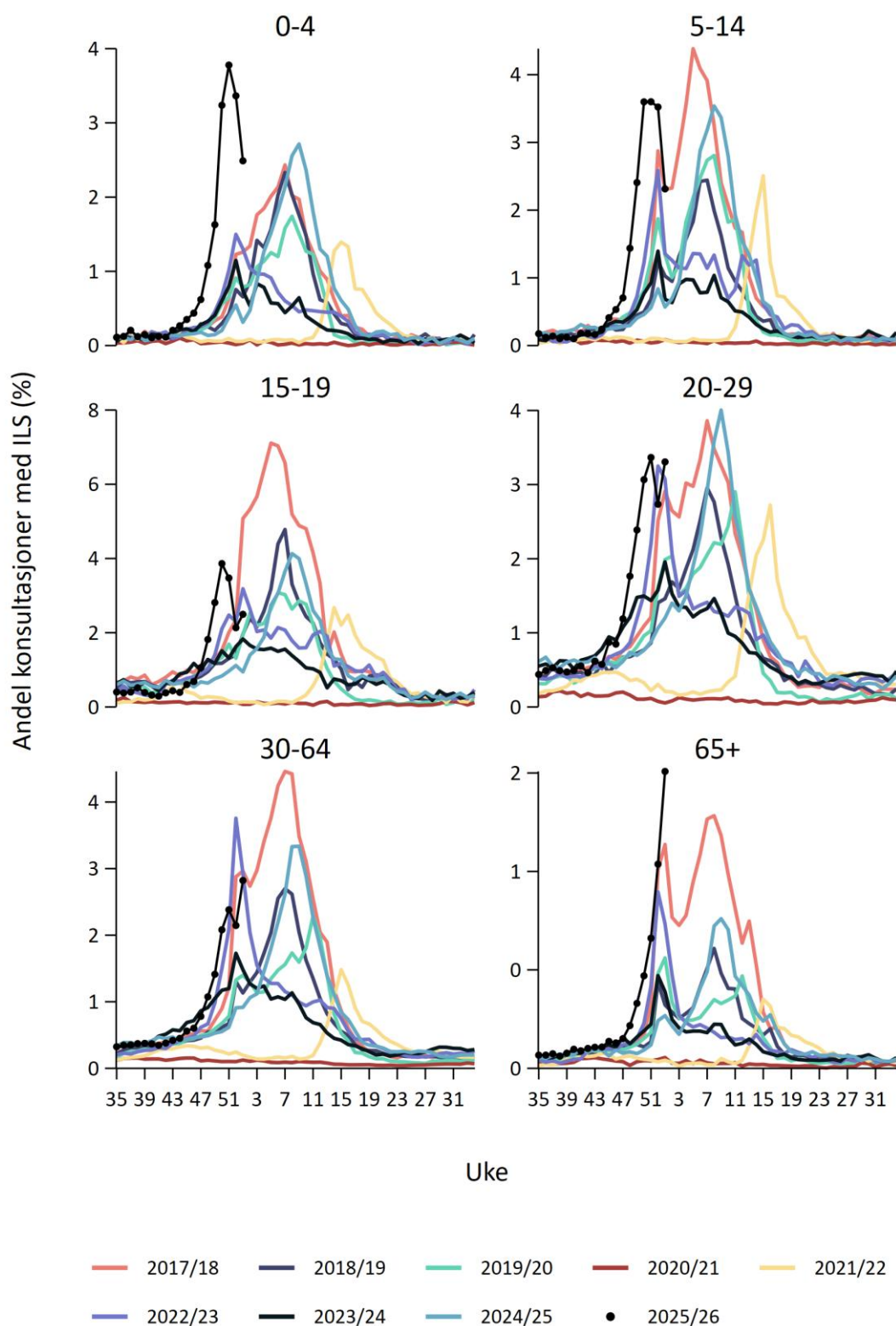
Figur 4. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), nasjonalt. Andelene kan bli etter justerte. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Uke 01 2026



Oppdatert 06.01.2026

Figur 5. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), per fylke, 24.11.2025 - 04.01.2026. 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 - 04.01.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

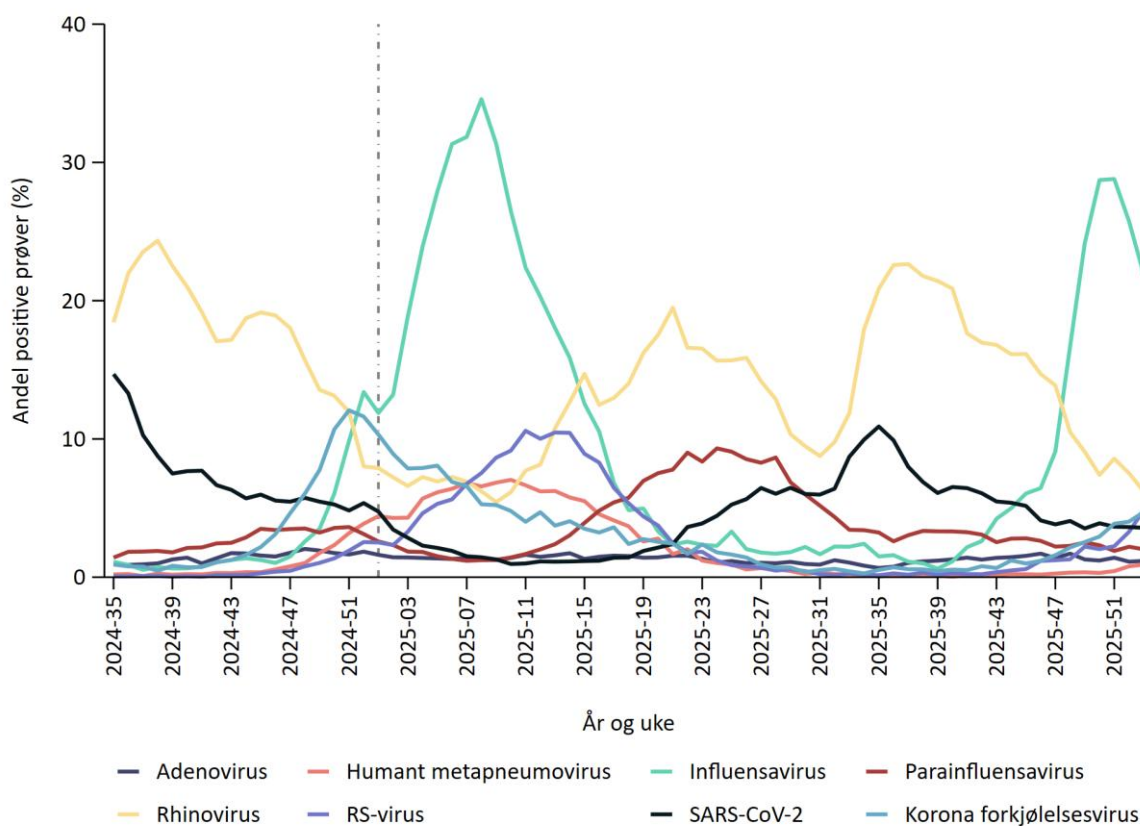
Testing og påvisninger

Luftveisagens

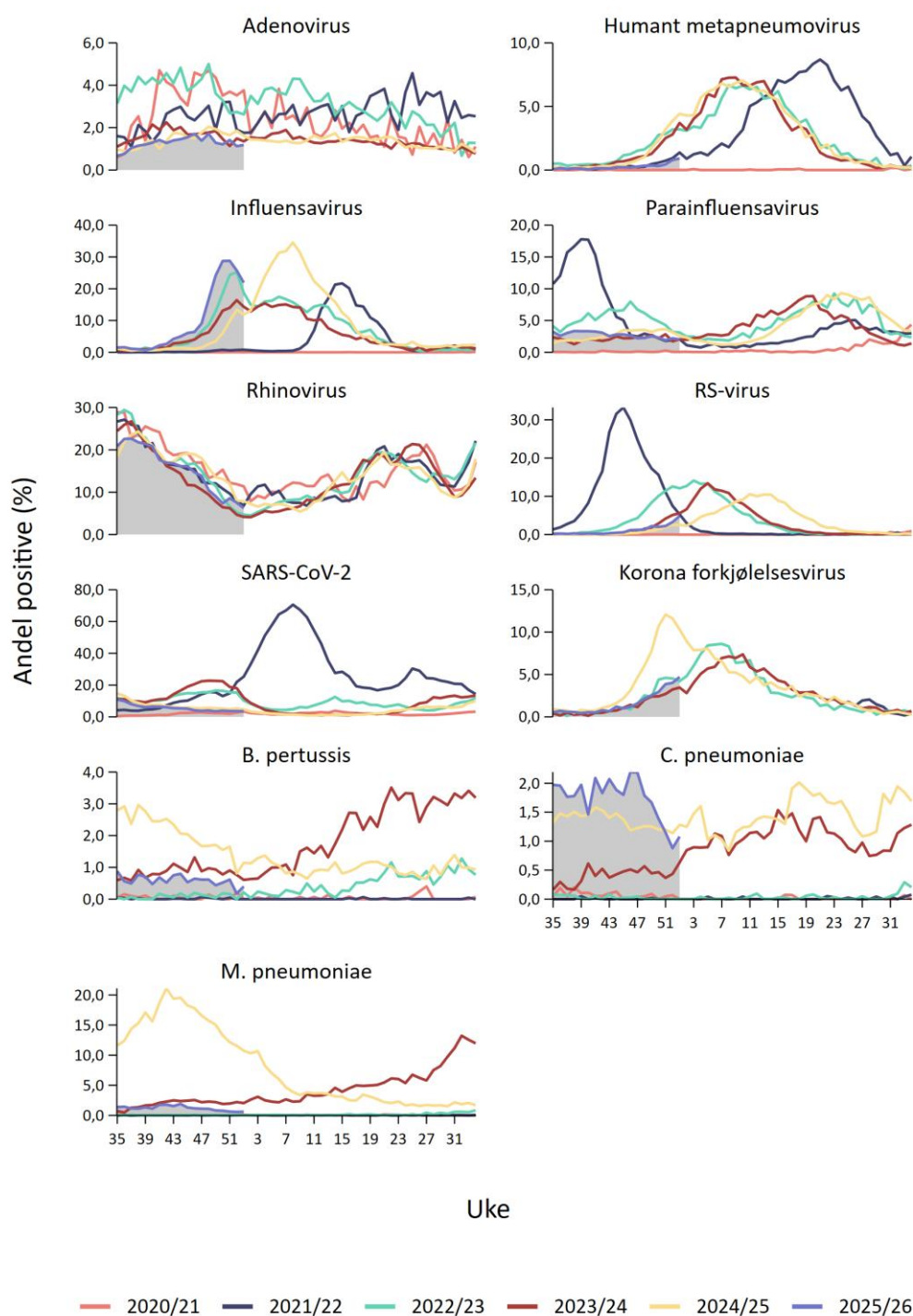
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* fra landets medisinske mikrobiologiske laboratorier meldes fortløpende elektronisk til MSIS-laboratoriedatabasen. Datagrunnlaget for korona forkjølelsesvirus før mars 2025 er ikke komplett. Tallene i rapporten baserer seg på prøvedato og presenterer antall PCR-analyser gjort for smittestoffene nevnt over. En person kan ha blitt testet flere ganger og vil dermed telles flere ganger. En prøve kan ha blitt analysert for flere smittestoff og vil dermed også telles flere ganger. Etterjusteringer kan forekomme. Innholdet i rapporten kan variere fra uke til uke, avhengig av hvilke smittestoff som sirkulerer. Omtale av de ulike infeksjonssykdommene finnes i Smittevernhandboka.

Merk at for *Bordetella pertussis*, bakterien som forårsaker kikhoste, kan tallene avvike noe fra det som blir rapportert til MSIS-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 7. januar 2026.



Figur 7. Andel PCR-analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 26.08.2024–04.01.2026. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 8. Andel analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influenzavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydia) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 24.08.2020 – 04.01.2026. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 2. Andel positive PCR-analyser og antall PCR-analyser gjort samt antall positive analyser, Norge, siste seks uker, 24.11.2025 – 04.01.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 51-1
		48	49	50	51	52	1	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,7 %	1,3 %	1,2 % ▼	1,4 %	1,1 %	1,2 %	-10 % (-25,6 %, 5,3 %)
	Antall positive	108	93	99	119	44	63	-
	Antall tester	6 323	7 227	8 175	8 414	3 909	5 320	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,8 % ▲	0,9 % ▲	35,3 % (15,3 %, 55,6 %)
	Antall positive	24	29	28	40	33	52	-
	Antall tester	7 063	8 113	8 843	8 963	4 177	5 702	-
Influenzavirus	Andel positive	16,7 % ▲	24,2 % ▲	28,7 % ▲	28,8 % ▲	25,8 % ▼	21,9 % ▼	-18,1 % (-21,3 %, -14,9 %)
	Antall positive	1 536	2 573	3 405	3 493	1 720	1 900	-
	Antall tester	9 202	10 645	11 853	12 127	6 679	8 667	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	2,3 %	2,5 %	2,3 %	1,9 % ▼	2,2 %	2 %	3,7 % (-8,4 %, 15,7 %)
	Antall positive	152	194	196	163	85	108	-
	Antall tester	6 698	7 710	8 465	8 565	3 853	5 337	-
Rhinovirus	Andel positive	10,5 % ▼	9,1 % ▼	7,4 % ▼	8,6 %	7,5 %	6,2 % ▼	-17 % (-23,6 %, -10,5 %)
	Antall positive	721	720	641	747	298	341	-
	Antall tester	6 868	7 939	8 665	8 712	3 958	5 478	-
RS-virus	Andel positive	1,3 %	2,2 % ▲	2 % ▲	2,2 %	3,3 % ▲	4,9 % ▲	39,9 % (31,7 %, 48,3 %)
	Antall positive	107	211	214	242	183	354	-
	Antall tester	8 231	9 515	10 521	10 786	5 575	7 297	-
SARS-CoV-2	Andel positive	4,1 %	3,5 %	3,9 %	3,7 %	3,6 %	3,6 %	-1,1 % (-8,6 %, 6,3 %)
	Antall positive	364	365	453	437	237	304	-
	Antall tester	8 944	10 339	11 602	11 948	6 529	8 498	-
Korona forkjølelsevirus	Andel positive	2,2 % ▲	2,5 % ▲	2,9 % ▲	3,9 % ▲	4 % ▲	4,7 %	10,1 % (-1,1 %, 21,2 %)
	Antall positive	92	121	152	197	83	139	-
	Antall tester	4 270	4 749	5 159	5 094	2 064	2 949	-
<i>B. pertussis</i>	Andel positive	0,6 %	0,4 %	0,5 %	0,6 %	0,2 % ▼	0,4 % ▼	-29 % (-55,9 %, -3,5 %)
	Antall positive	46	37	47	56	7	23	-
	Antall tester	7 455	8 418	9 016	9 091	3 969	5 742	-
<i>C. pneumoniae</i>	Andel positive	1,8 %	1,7 % ▼	1,4 % ▼	1,1 % ▼	0,9 % ▼	1,1 %	-4,4 % (-20,4 %, 11,2 %)
	Antall positive	139	147	130	108	36	64	-
	Antall tester	7 773	8 808	9 362	9 395	4 091	5 929	-
<i>M. pneumoniae</i>	Andel positive	1,1 %	0,8 %	0,8 % ▼	0,6 %	0,6 %	0,6 %	-2,1 % (-23,2 %, 18,5 %)
	Antall positive	86	73	73	59	24	36	-
	Antall tester	7 816	8 838	9 386	9 424	4 122	5 962	-

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

Tabell 3. Antall analyser gjort, antall analyser positive, andel analyser positive for influensavirus, respiratorisk syncytial (RS) - virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus etter alder de siste 2 ukene, 22.12.2025 – 04.01.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

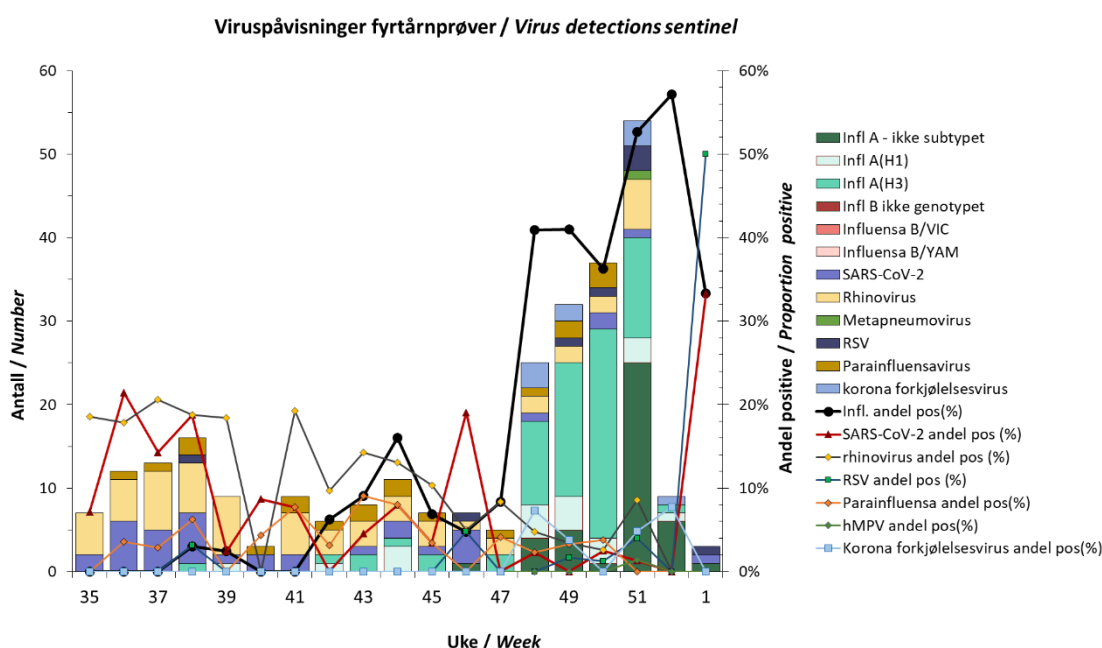
Smittestoff	Alder (år)	Uke 52			Uke 1		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
Influenzavirus							
	0-4	526 (191,2)	163 (59,3)	31,0	550 (200)	127 (46,2)	23,1
	5-14	264 (42,1)	108 (17,2)	40,9	254 (40,5)	72 (11,5)	28,3
	15-29	501 (48)	167 (16)	33,3	807 (77,3)	253 (24,2)	31,4
	30-64	1981 (76,6)	502 (19,4)	25,3	2821 (109)	583 (22,5)	20,7
	65-79	1900 (240,6)	427 (54,1)	22,5	2421 (306,5)	505 (63,9)	20,9
	80+	1506 (556,7)	353 (130,5)	23,4	1813 (670,1)	360 (133,1)	19,9
RS-virus							
	0-4	520 (189,1)	95 (34,5)	18,3	552 (200,7)	119 (43,3)	21,6
	5-14	255 (40,6)	6 (1)	2,4	249 (39,7)	10 (1,6)	4,0
	15-29	448 (42,9)	3 (0,3)	0,7	737 (70,6)	10 (1)	1,4
	30-64	1710 (66,1)	32 (1,2)	1,9	2445 (94,5)	86 (3,3)	3,5
	65-79	1518 (192,2)	26 (3,3)	1,7	1964 (248,7)	72 (9,1)	3,7
	80+	1123 (415,1)	21 (7,8)	1,9	1349 (498,6)	57 (21,1)	4,2
SARS-CoV-2							
	0-4	525 (190,9)	26 (9,5)	5,0	548 (199,2)	26 (9,5)	4,7
	5-14	265 (42,2)	12 (1,9)	4,5	254 (40,5)	12 (1,9)	4,7
	15-29	493 (47,2)	10 (1)	2,0	799 (76,5)	24 (2,3)	3,0
	30-64	1943 (75,1)	62 (2,4)	3,2	2785 (107,6)	80 (3,1)	2,9
	65-79	1850 (234,2)	56 (7,1)	3,0	2367 (299,7)	101 (12,8)	4,3
	80+	1452 (536,7)	71 (26,2)	4,9	1744 (644,6)	61 (22,5)	3,5
Korona forkjølelsesvirus							
	0-4	213 (77,4)	21 (7,6)	9,9	243 (88,4)	17 (6,2)	7,0
	5-14	125 (19,9)	3 (0,5)	2,4	123 (19,6)	2 (0,3)	1,6
	15-29	197 (18,9)	6 (0,6)	3,0	336 (32,2)	15 (1,4)	4,5
	30-64	732 (28,3)	34 (1,3)	4,6	1146 (44,3)	64 (2,5)	5,6
	65-79	477 (60,4)	12 (1,5)	2,5	675 (85,5)	21 (2,7)	3,1
	80+	320 (118,3)	7 (2,6)	2,2	426 (157,5)	20 (7,4)	4,7

Luftveisvirus gjennom fyrtårnsystemet

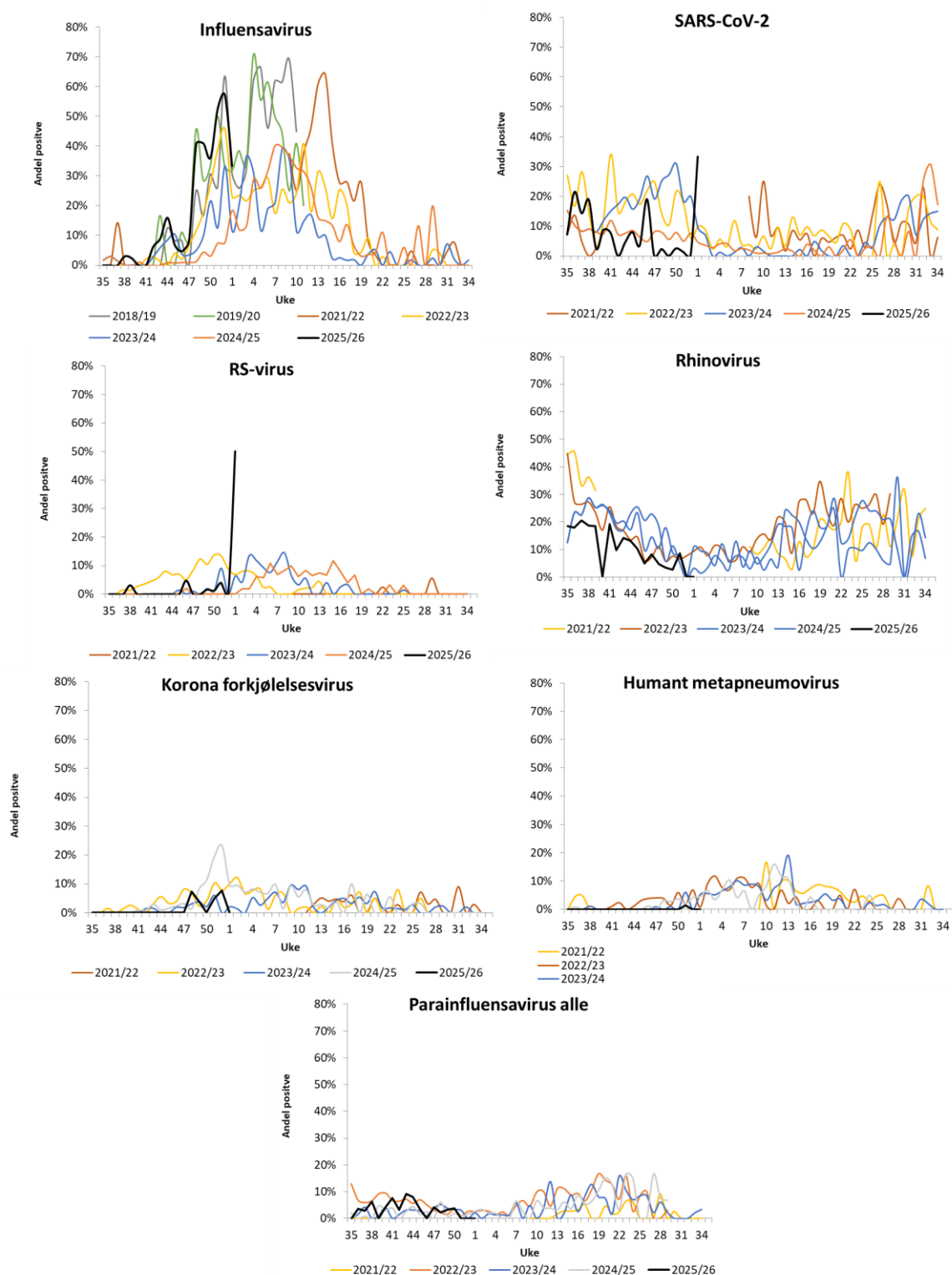
Sentinel fyrtårnsystemet er en integrert overvåking av de mest aktuelle luftveisvirus og ikke kun influensavirus og SARS-CoV-2. Overvåkingen er basert på et nettverk av fyrtårnleger (fastleger og legevakter) som sender inn prøver fra pasienter med symptomer på akutt luftveisinfeksjon for utvidet luftveisvirus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

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 7. januar 2026.

For uke 52/2025 (juleuken) er det hittil analysert 14 fyrtårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking, mot 76 prøver i uken før jul (Figur 9, Tabell 4). I romjulsuken (uke 1/2026) er det hittil analysert kun tre prøver. Sammenslått for disse to ukene ble det påvist influensavirus A i 53 % av prøvene, og SARS-CoV-2 i 6 %. Siden starten av uke 35 er det analysert 625 prøver. Fram til midten av oktober var rhinovirus det vanligste funnet, med SARS-CoV-2 som nest vanligst ut september. Influenza 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. Blant de influensa A-positive de siste ukene har subtype H3 vært vanligst. Siden uke 35 er det påvist 136 influensa A-virus, av disse er hittil 20 subtypet som H1 og 73 som H3. Det ventes at mange av de ikke-subtypede influensa A-positive fra uke 51 - 1 vil vise seg å være subtype H3. Det er ikke påvist influensavirus B i fyrtårnprøver denne høsten. Det er for øvrig påvist noe parainfluenzavirus (3 % i perioden), og enkelte tilfeller av RSV de siste ukene.



Figur 9. Antall laboratoriebekræftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrtårnprøver fra uke 35/2025 til og med uke 1/2026, samt andel positive for en rekke luftveisvirus. Siste ukens data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.



Figur 10. Andel positive fyrårprøver denne sesongen (fra uke 35/2025, svart linje), sammenlignet med seks foregående sesonger, for influensavirus, SARS-CoV-2, RSV, rhinovirus, korona forkjølelsesvirus, humant metapneumovirus og parainfluenzavirus. Siste ukes data er ukomplette. Grunnet testpraksis under covid-19-pandemien var Fyrårssystemet ikke operativt i perioden fra våren 2020 til midtvinters 2022. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.

Tabell 4. Ukentlig antall fyrtårnprøver 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	48	49	50	51	52	1
Antall prøver	44	61	80	76	14	3
Influensavirus	41 %	41 %	36 %	53 %	57 %	33 %
Influenza A-virus	41 %	41 %	36 %	53 %	57 %	33 %
Influenza B-virus	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
SARS-CoV-2	2 %	0 %	3 %	1 %	0 %	33 %
RS-virus	0 %	2 %	1 %	4 %	0 %	50 %
Rhinovirus	5 %	3 %	3 %	9 %	0 %	0 %
Parainfluenzavirus	2 %	3 %	4 %	0 %	0 %	0 %
Humant metapneumovirus	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
Korona forkjølelsesvirus	7 %	3 %	0 %	4 %	7 %	0 %

Overvåking av virus

Folkehelseinstituttet er WHO nasjonalt influensasenter og nasjonalt referanselaboratorium for både influensa, koronavirus med alvorlig utbruddspotensiale og RS-virus. Referanselaboratoriet gjør opp status på forekomst av influensavirus og utfører utvidet subtyping og linjebestemmelse av influensavirus som sendes til Folkehelseinstituttet fra primærlaboratoriene eller fra allmennpraktiserende leger i Norge. I tillegg utfører laboratoriet dybdeanalyse av virusgenomet med helgenomsekvensering for å kunne karakterisere virusene ytterligere og undersøke for varianter og spesifikke mutasjoner (Se avsnitt om Virologisk overvåking). Det utføres også resistensanalyser og virusdyrkning og nøytralisasjon for bedre å forstå virusenes funksjoner.

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

Resultatene i ukerapporten er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI, oppdatert 7. januar 2026.

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

Influenza A(H1N1) pdm09 virus er i denne rapporten benevnt som A(H1N1) eller A(H1).

Folkehelseinstituttets influensarapporter til WHO er samlet på FHI.no: [Norske influensa-rapporter til WHO - FHI](#). Tidligere influensasesonger er beskrevet i Folkehelseinstituttets influensa [sesongrapporter](#).

Genetisk karakterisering av luftveivirusene

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

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

Helgenomsekvenser fra overvåkingen i Norge publiseres månedlig i GISAID databasene EpiCoV, EpiFlu og RS-virus i EpiRSV. Analysetilgang for samlede norske SARS-CoV-2, influensa og RS-virus sekvenser (også sekvenser som ikke er offentlig tilgjengelig gjennom GISAID) er tilgjengeliggjort i Folkehelseinstituttets eget [NextStrain analyserom](#).

Sirkulerende influensavirus i Norge

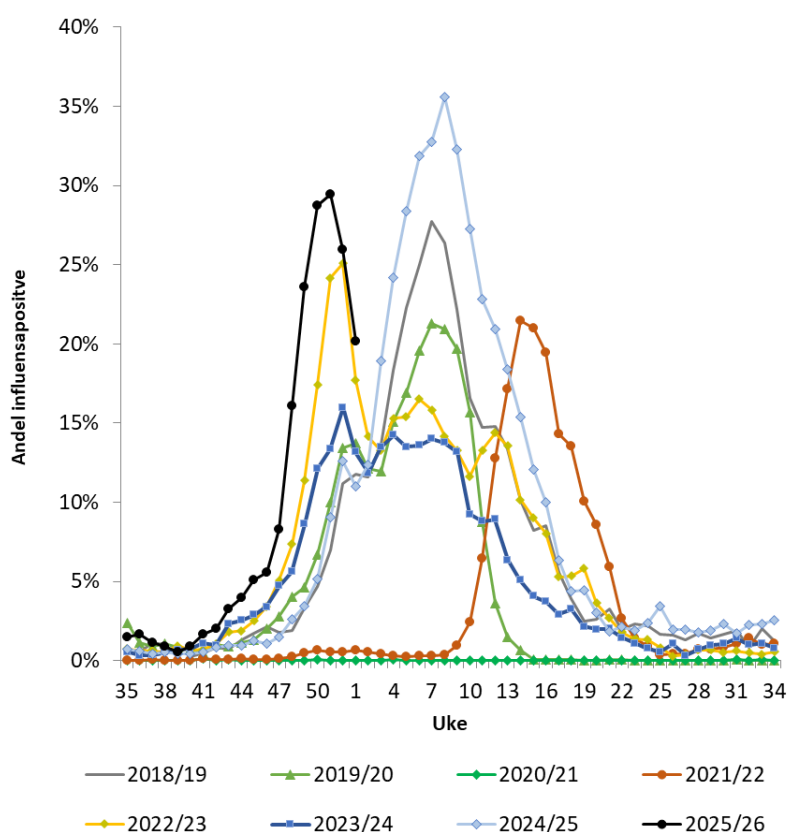
Siden uke 35 som vi har satt som start på overvåkingsperioden, er prøver fra 141 134 pasienter undersøkt for influensavirus ved medisinsk mikrobiologiske laboratorier i Norge.

Forekomsten av påvist influensa holdt seg meget lav gjennom sommeren og tidlig høst, men med stigende tendens allerede siden uke 42. Den videre tilveksten har skjedd i økende tempo, og andelen influensapositive blant de testede nådde en foreløpig topp i uke 51, med 29 % positive. Andelen gikk noe ned i uke 52 (26 %) og 1 (20 %) (Figur 11). I perioden er det påvist 14 792 influensavirus A og kun 88 influensavirus B.

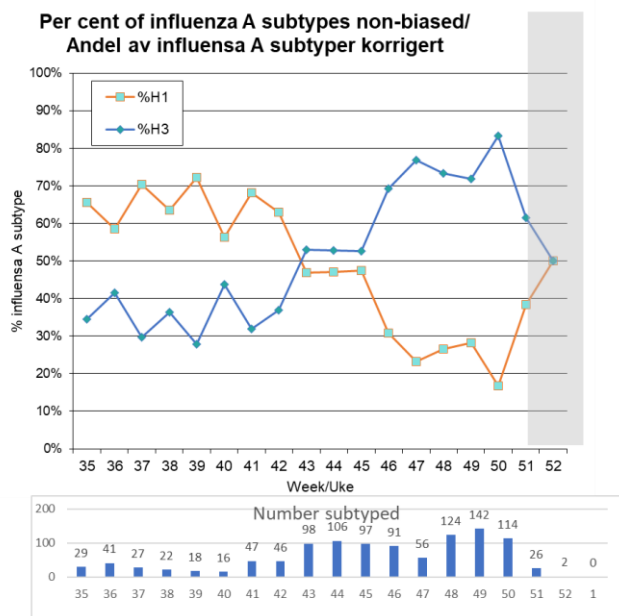
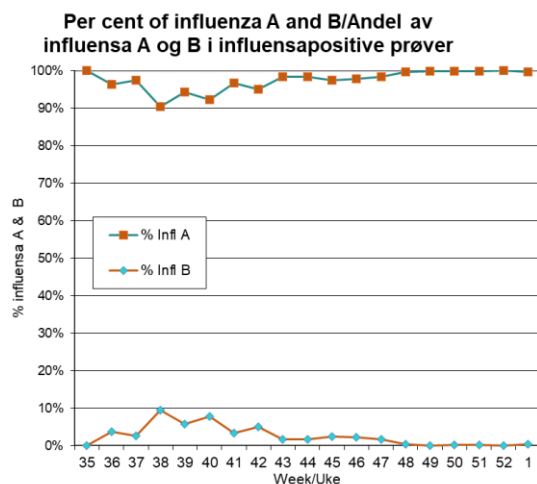
Med unntak av influensapandemien i 2009 som toppet seg i uke 44, er dette er den tidligste oppveksten av påvisninger vi har sett siden høsten 2003.

Blant de 1 365 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.

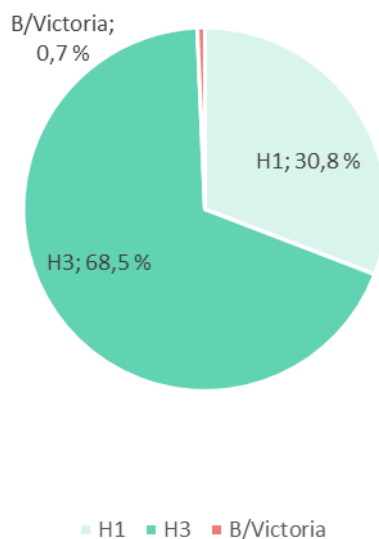
Av 88 påviste influensa B-virus er foreløpig 8 linjebestemt til B/Victoria-linje virus, mens ingen har vært B/Yamagata. Ukentlige andeler av de ulike influensavirusene gjennom perioden er vist i Figur 12, øverst. Anslåtte andeler av de tre sirkulerende influensavirusene A(H1N1), A(H3N2) og B/Victoria 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 31 % 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.



Estimerte andeler av influensa subtyper/linjer



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 ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Diagrammet nederst viser estimerte andeler for hele sesongen av de tre sirkulerende influensavirusene, beregnet ved at de ukentlige andeler av influensa A subtyper og B slektslinjer er projisert på antallet påviste influensa A og B. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Fordelingen av influensa A subtyper er ulik i de forskjellige delene av landet med størst forekomst av influensa A(H3) på deler av Østlandet og i Midt-Norge, mens influensa A(H1) er i flertall på Vestlandet og i nord (Tabell 5). I Vestland fylke var det imidlertid en dreining mot flertall av A(H3) i desember. 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 43-51 oversendt til FHI. Tallene for siste uker er ukomplette. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

Fylke	Antall subtypet	%H1	%H3
Østfold	58	33 %	67 %
Akershus	196	22 %	78 %
Oslo	217	18 %	82 %
Vestfold	45	22 %	78 %
Telemark	17	35 %	65 %
Agder	22	27 %	73 %
Innlandet	55	47 %	53 %
Buskerud	44	45 %	55 %
Rogaland	82	71 %	29 %
Vestland	77	65 %	35 %
Møre og Romsdal	44	32 %	68 %
Trøndelag	84	33 %	67 %
Nordland	34	62 %	38 %
Troms	20	65 %	35 %
Finnmark	2	100 %	0 %

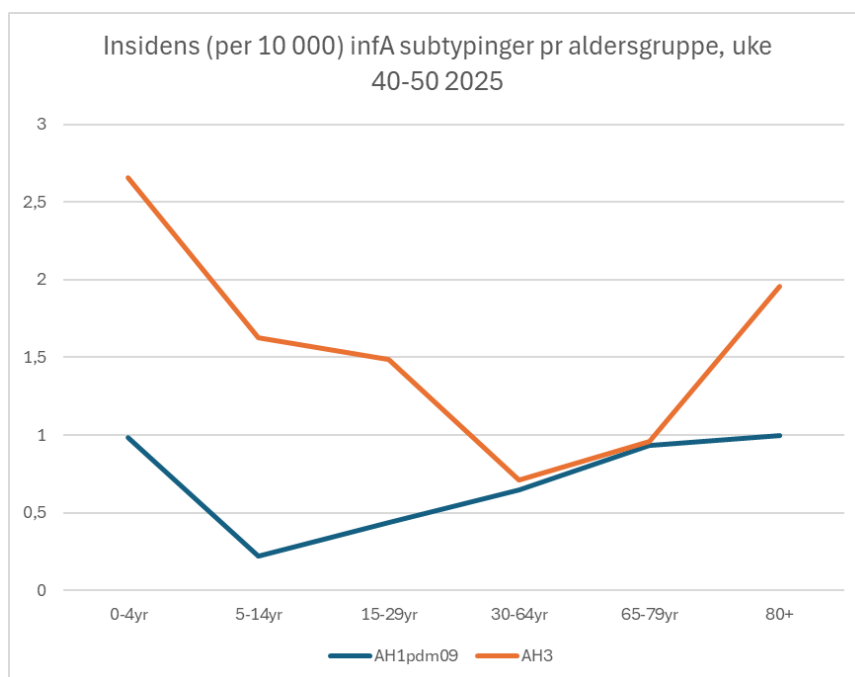
Tabell 6. Ukentlig andel (%) positive for influensa av testede pasienter, pr fylke. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen

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 %	6,8 %	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 %	0,9 %
202547	10,9 %	13,0 %	16,8 %	6,0 %	6,7 %	3,8 %	5,8 %	2,8 %	4,9 %	2,6 %	8,7 %	12,5 %	3,6 %	4,0 %	7,6 %
202548	19,5 %	23,0 %	27,9 %	15,2 %	15,9 %	6,0 %	9,4 %	7,4 %	7,5 %	6,1 %	20,9 %	17,1 %	16,1 %	10,1 %	5,6 %
202549	31,2 %	34,1 %	32,0 %	22,5 %	26,8 %	23,3 %	16,3 %	13,2 %	11,8 %	9,8 %	27,7 %	23,4 %	25,1 %	18,9 %	9,6 %
202550	36,4 %	37,6 %	32,9 %	35,8 %	31,6 %	27,3 %	26,4 %	16,0 %	18,5 %	16,9 %	28,5 %	30,9 %	31,0 %	26,7 %	15,7 %
202551	37,4 %	34,5 %	28,5 %	35,0 %	34,2 %	35,3 %	33,2 %	24,6 %	17,1 %	20,0 %	25,3 %	34,7 %	32,9 %	29,0 %	28,7 %
202552	24,2 %	26,6 %	25,4 %	36,4 %	35,6 %	29,4 %	22,6 %	21,6 %	16,9 %	18,3 %	25,2 %	36,8 %	29,1 %	29,2 %	34,0 %
202601	16,1 %	20,4 %	15,9 %	28,3 %	21,8 %	22,4 %	16,7 %	17,2 %	16,5 %	20,9 %	20,4 %	22,3 %	16,7 %	17,0 %	30,0 %

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 %	26,4 %	0,2 %	10,3 %	0,1 %	7,0 %	0,1 %	4,6 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %
202548	18,1 %	0,0 %	35,4 %	0,0 %	25,5 %	0,0 %	12,9 %	0,1 %	11,5 %	0,0 %	9,2 %	0,0 %
202549	30,4 %	0,0 %	46,7 %	0,0 %	35,0 %	0,0 %	19,3 %	0,0 %	16,0 %	0,1 %	14,8 %	0,1 %
202550	36,9 %	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 %	37,2 %	0,1 %	25,6 %	0,0 %	24,3 %	0,0 %	23,5 %	0,0 %
202552	31,4 %	0,0 %	42,1 %	0,0 %	34,3 %	0,0 %	24,8 %	0,0 %	22,3 %	0,0 %	23,9 %	0,0 %
202601	22,7 %	0,0 %	29,8 %	0,0 %	28,0 %	0,0 %	20,2 %	0,0 %	17,5 %	0,0 %	18,7 %	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 (Figur 13).



Figur 13. Antall subtypepåvisninger per 10 000 befolkning blant influensa A-positive prøver oversendt til FHI. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

Genetisk karakterisering av influensavirus

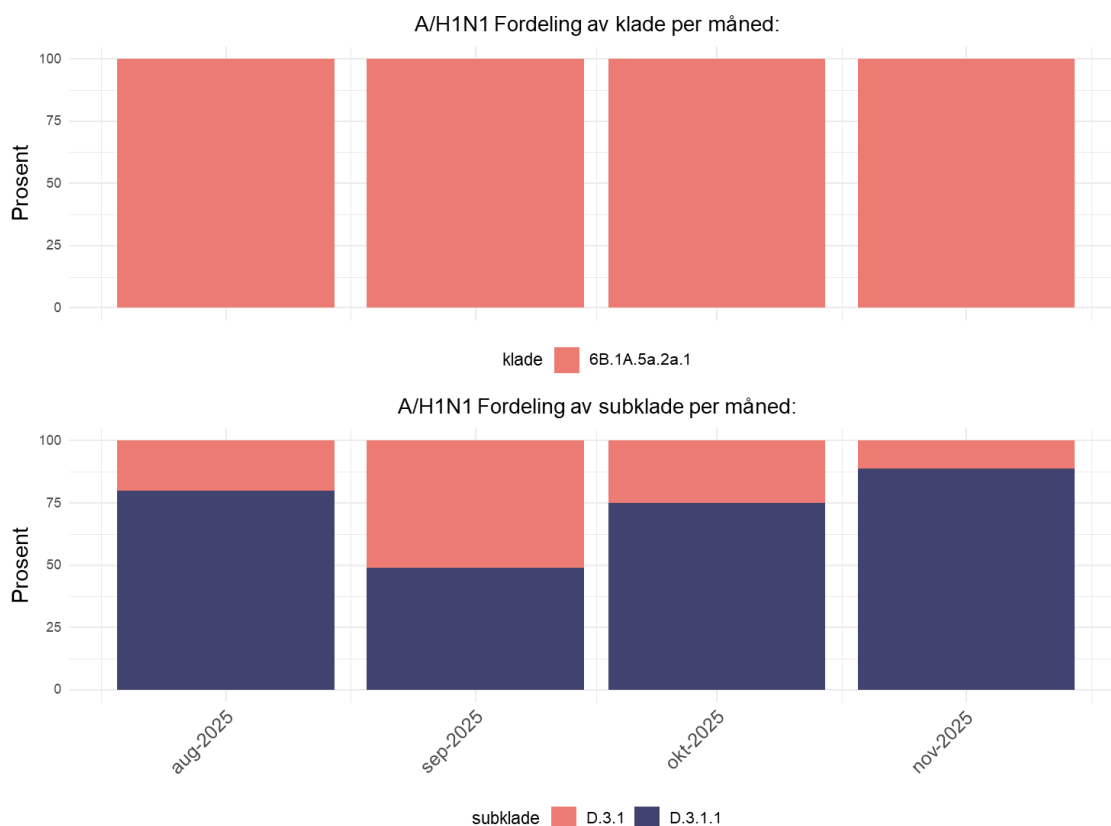
Virusene karakteriseres for å undersøke hvilke undergrupper av virus som sirkulerer i Norge, hvordan virusene sprer seg, om virusene passer med vaksinen og om det oppstår resistensmutasjoner mot antiviralia for behandling. Interaktive fylogenetiske sammenstillinger av norske virus som er sekvensert er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

Så langt i 2025/26-sesongen har vi sekvensert 390 influensavirus: 171 A/H1N1, 218 A/H3N2, og ett B/Victoria.

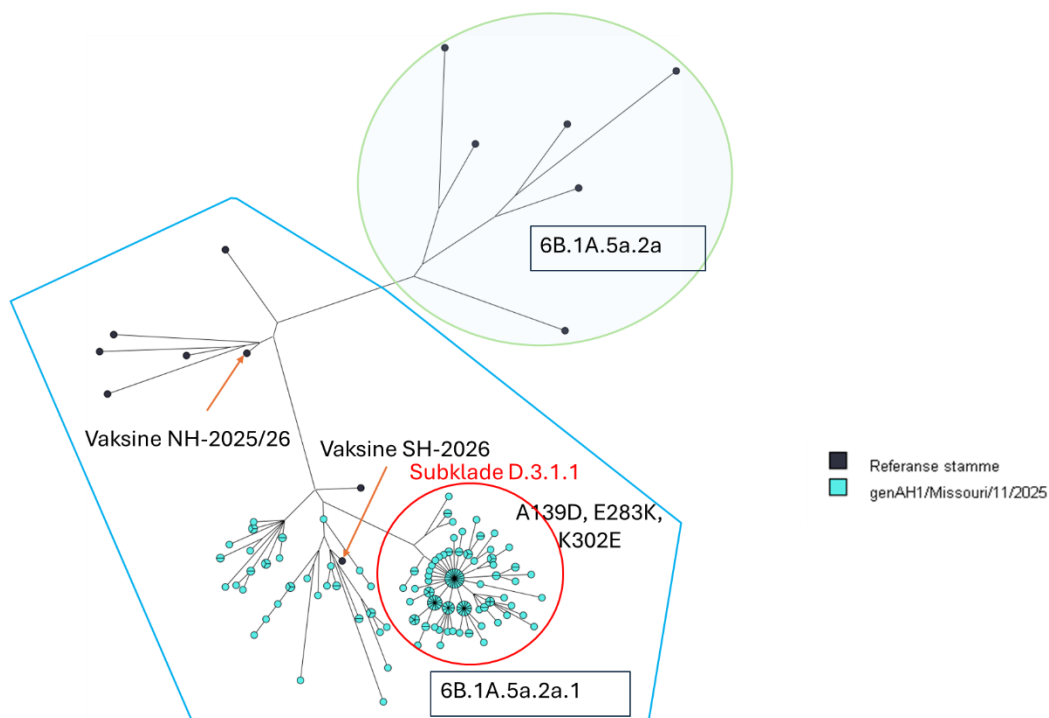
A/H1N1-virus

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. Flesteparten av de nyeste virusene tilhører **D.3.1.1**, som har nøkkelsubstitusjonene **A139D**, **E283K** og **K302E**, markert med rød sirkel i den fylogenetiske sammenstillingen (Figur 15).

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.

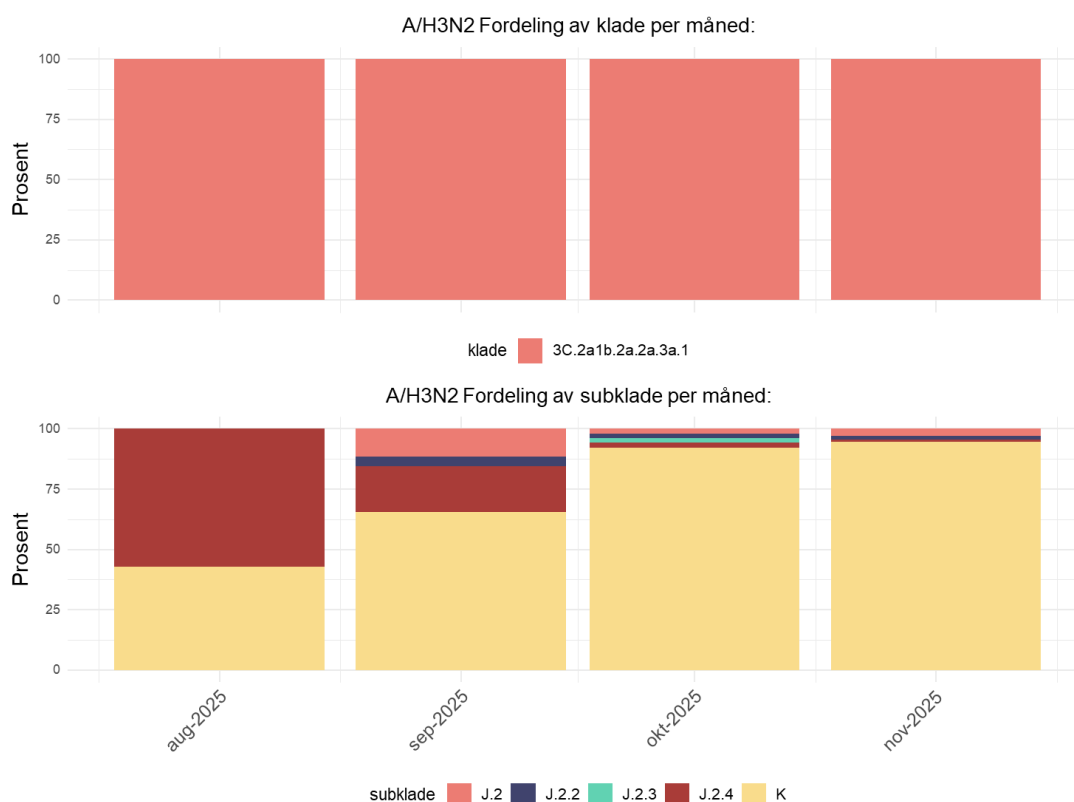


Figur 15. Fylogenetisk sammenstilling av A/H1N1-virus i Norge i sesongene 2025/26. Maximum parsimony-tre basert på helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutininsekvensen til H1N1-influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for den nordlige halvkule (NH) og den sørlige halvkule (SH), fargekodet etter ECDC-rapporteringskategorier. De nyeste virusene er markert med en rød sirkel. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

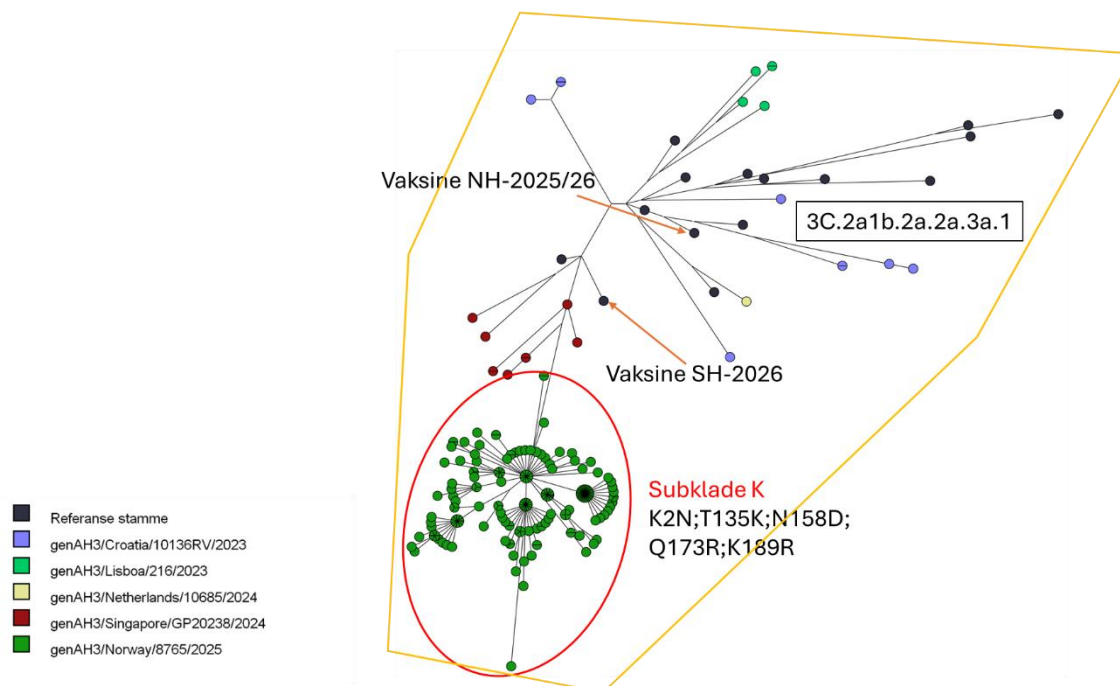
Feil! Fant ikke referanseilden.Feil! Fant ikke referanseilden.

A/H3N2-virus

I løpet av influensas sesongen 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 17Figur 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 antigenet seter og J.2.4.1 ble raskt dominant (nå benevnt som subklade "K"). Tidlige [resultater fra Storbritannia](#) på vaksins effekt på reduksjon av innleggelser 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

Det er så langt denne sesongen kun sekvensert ett influensa B-Victoria virus og dette tilhørte kladen **V1A.3a.2** og subkladen **C.5.6.1**. I løpet av influensas sesongen 2024/25 tilhørte alle influensa B/Victoria-virusene som sirkulerte i Norge også denne kladen (Tabell 8).

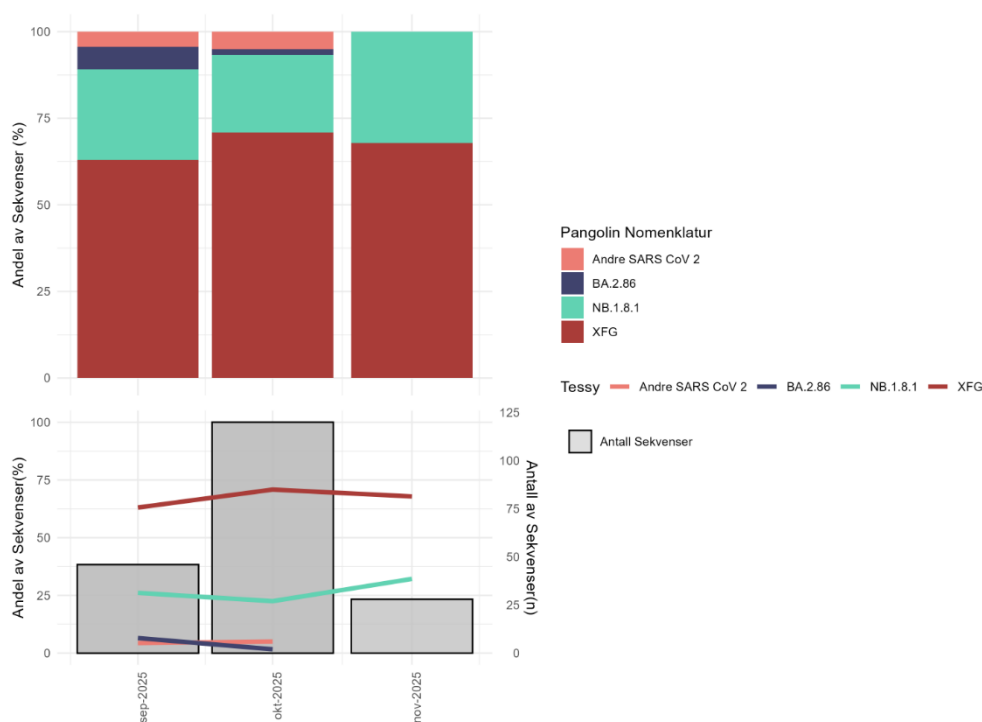
Tabell 8. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus sesongen 2025/26, klade og subklade. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	sep.25	okt.25	nov.25	Total
A/H1N1	-	-	45	44	72	172
genAH1/Missouri/11/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1	23 (51.1%)	11 (25%)	8 (11.1%)	45
genAH1/Missouri/11/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1.1	22 (48.9%)	33 (75%)	64 (88.9%)	127
A/H3N2	-	-	26	52	136	221
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	3 (11.5%)	1 (1.9%)	4 (2.9%)	8
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	1 (3.8%)	1 (1.9%)	2 (1.5%)	4
genAH3/Netherlands/10685/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.3	0 (0%)	1 (1.9%)	0 (0%)	1
genAH3/Singapore/GP20238/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.4	5 (19.2%)	1 (1.9%)	2 (1.5%)	12
genAH3/Norway/8765/2025	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	K	17 (65.4%)	48 (92.3%)	128 (94.1%)	196
B/Victoria	-	-	0	0	0	1
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6.1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1

Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

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

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

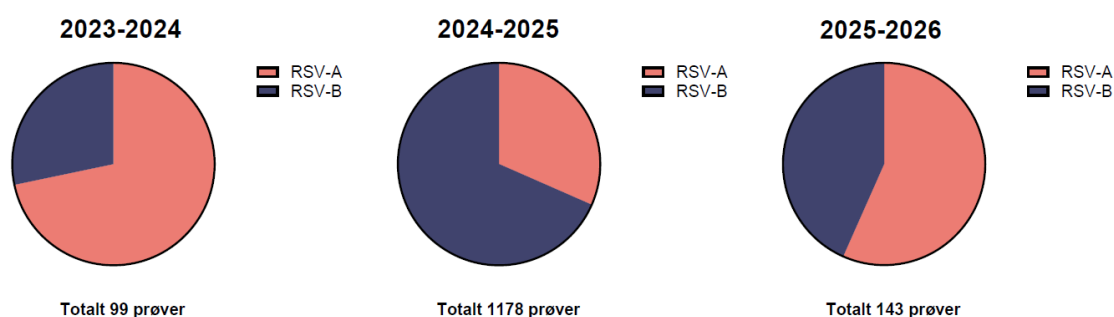


Figur 18. Fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hoved varianter. De grå stolpene i midterste figur representerer antall sekvenser per måned, mens linjene viser den dominerende undertypen for hver periode. Vær oppmerksom på at i perioder med lavt antall sekvenser kan dataene endres på grunn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

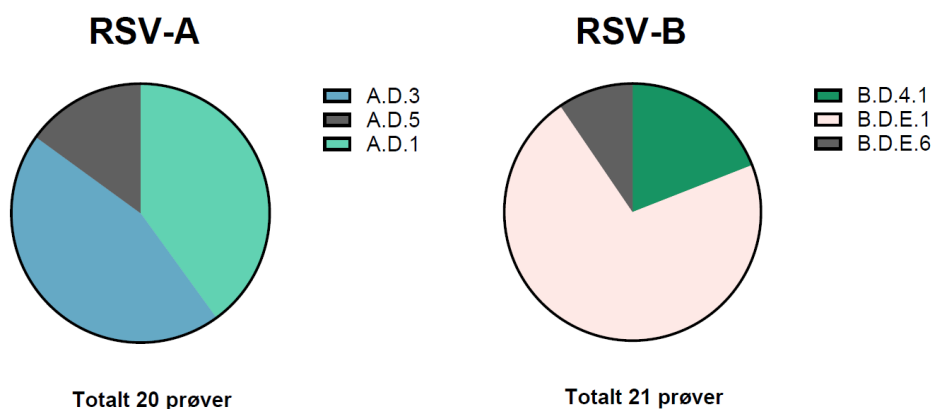
Sirkulerende RS-virus i Norge

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 08. Januar 2025

Vinteren 2024/25 var første sesong der RS-virus ble overvåket gjennom samme overvåkningssystem som influensa og SARS-CoV-2. Sesongen var dominert av RSV B, som utgjorde ca. 2/3 av alle RS-virus tilfellene typet ved referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet. Genetisk analyse på et utvalg RSV A og B prøver viste at RSV B tilfeller i hovedsak tilhørte kladen B.D.E.1, mens RSV A prøvene tilhørte kladene A.D.1 og A.D.3. For 2025/26 sesongen så er 81 RS-virus prøver typet til RSV A og 62 prøver typet til RSV B. Genetisk analyse av 41 RS-virus prøver fra 2025-26 sesongen viser at det fortsatt er RSV B klade B.D.E.1 og RSV A kladene A.D.1 og A.D.3 som dominerer.



Figur 19. Typing av RSV-A og RSV-B i et utvalg prøver fra 2023-24, 2024-25 og 2025-26 sesongene.



Figur 20. Genetisk analyse av et utvalg RSV-A og RSV-B prøver fra 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 390 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 neuraminidase genet. Prøven ble tatt i uke 38, 2025 og pasienten har ukjent antiviral bruk. Ingen virus var resistent mot baloxavir.

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

SARS-CoV-2

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

Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon

Utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjoner er varslingspliktig etter MSIS-forskriften § 3-4. Varslingen skjer gjennom FHIs utbruddsvarslingssystem, Vesuv. Det reelle antallet utbrudd i helseinstitusjoner er trolig høyere enn det som oppgis under, fordi ikke alle utbrudd varsles tross varslingsplikt.

Resultatene er basert på et datasett fra Vesuv oppdatert 5. januar 2026.

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

Antatt smittestoff	Uke 1 (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	3	3	15	17	15	183
Rhinovirus	0	0	0	2	2	22
SARS-CoV-2	0	0	0	11	11	102

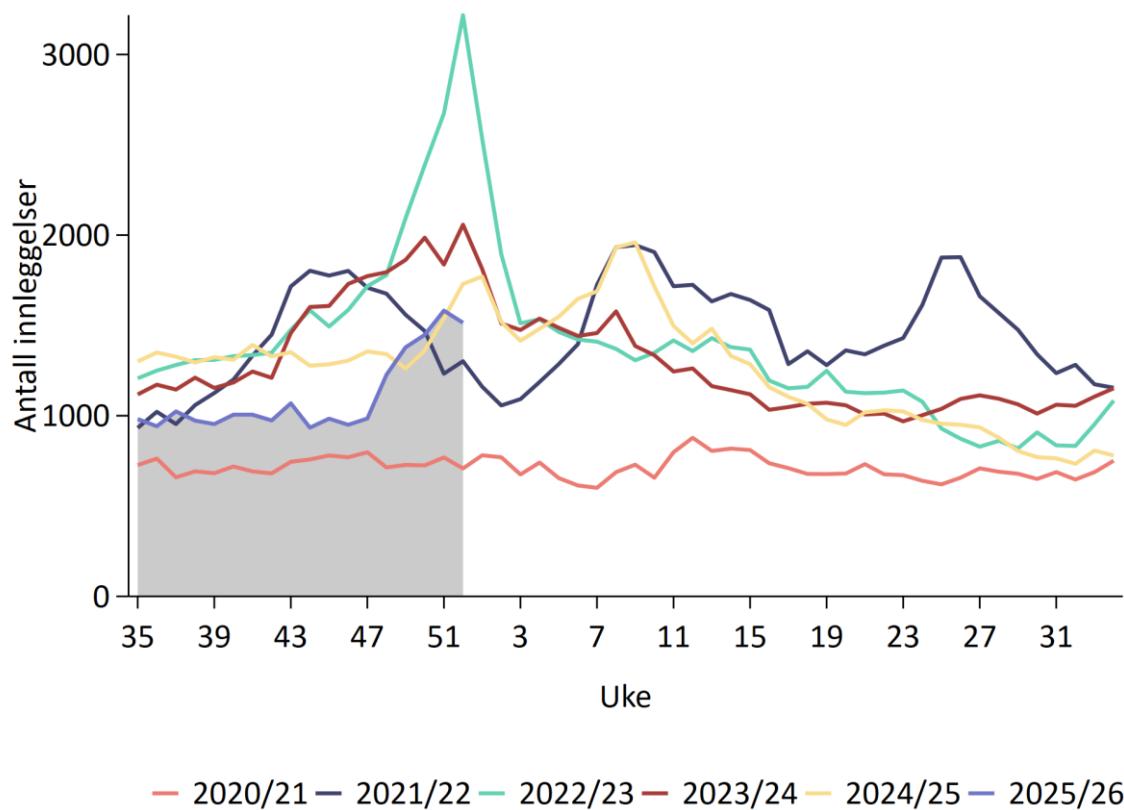
Sykehusinnleggelser

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

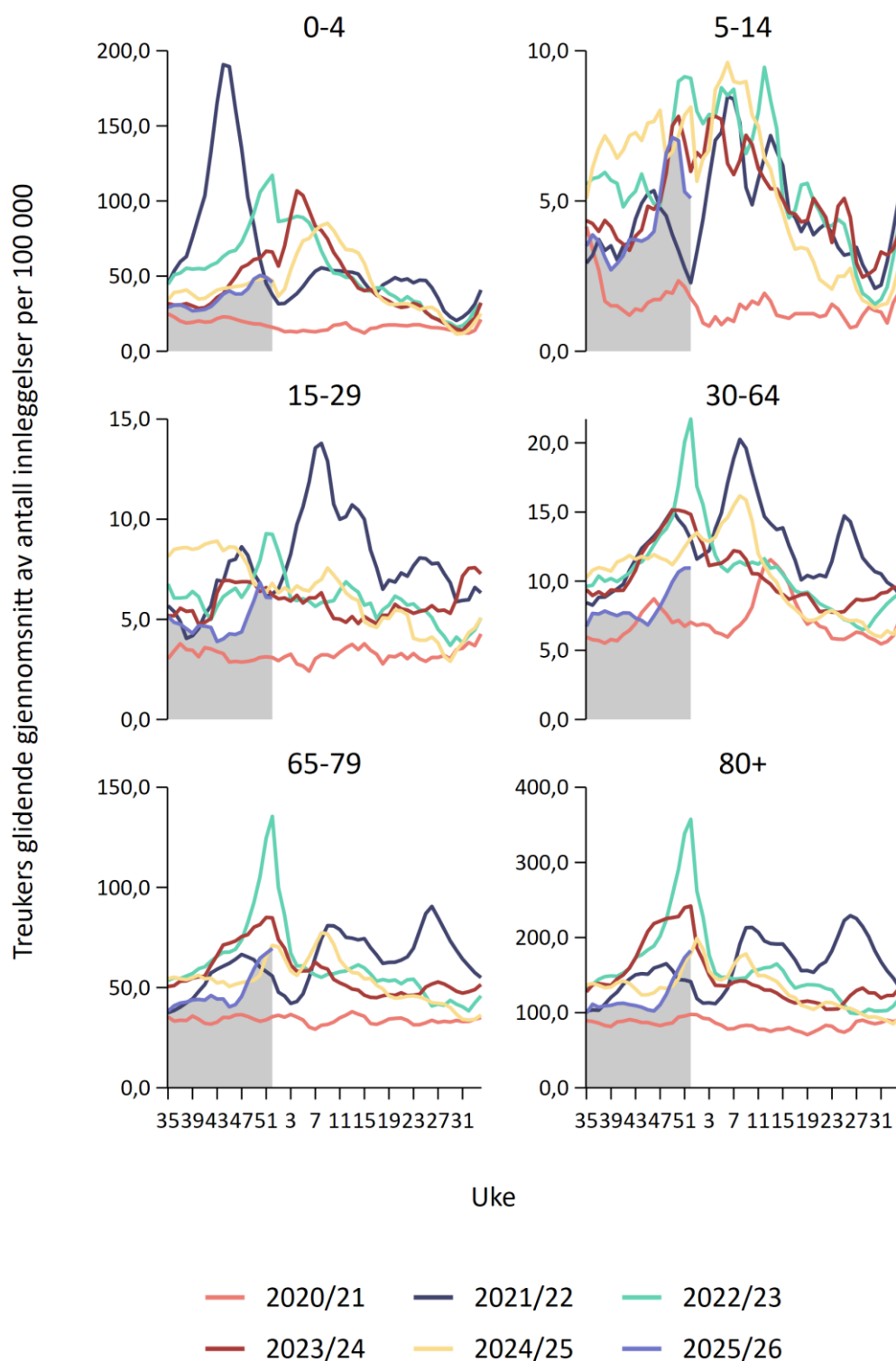
Overvåkingen av sykehusinnleggelser med covid-19, influensa og respiratorisk syncytial (RS-)virusinfeksjon baserer seg på samme system. Diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner beskrevet over kobles til positive PCR-prøvesvar for SARS-CoV-2, influensavirus og RSV fra MSIS-laboratoriedatabase. For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

Dataene presentert her er basert på et datasett fra NPR oppdatert 6. januar 2026 og MSIS-laboratoriedatabase oppdatert 7. januar 2026.

Innleggelser med luftveisinfeksjon



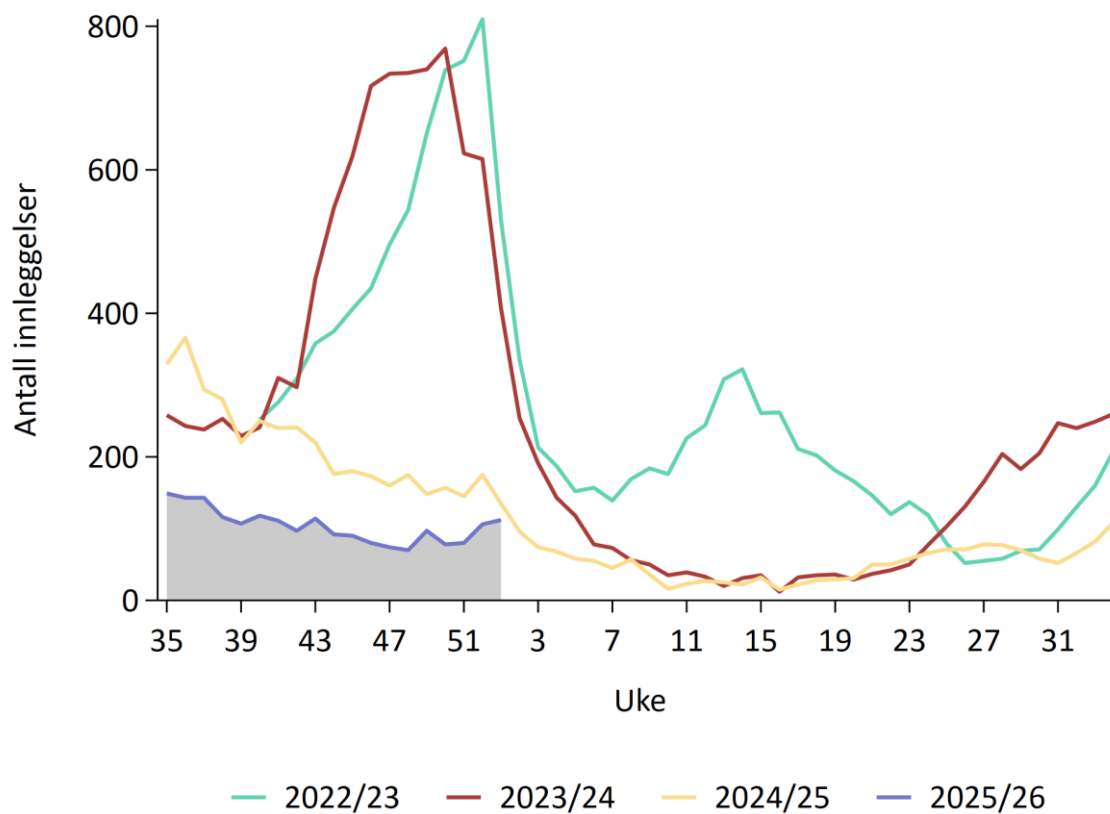
Figur 21. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke og sesong, 24.08.2020 – 28.12.2025. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.



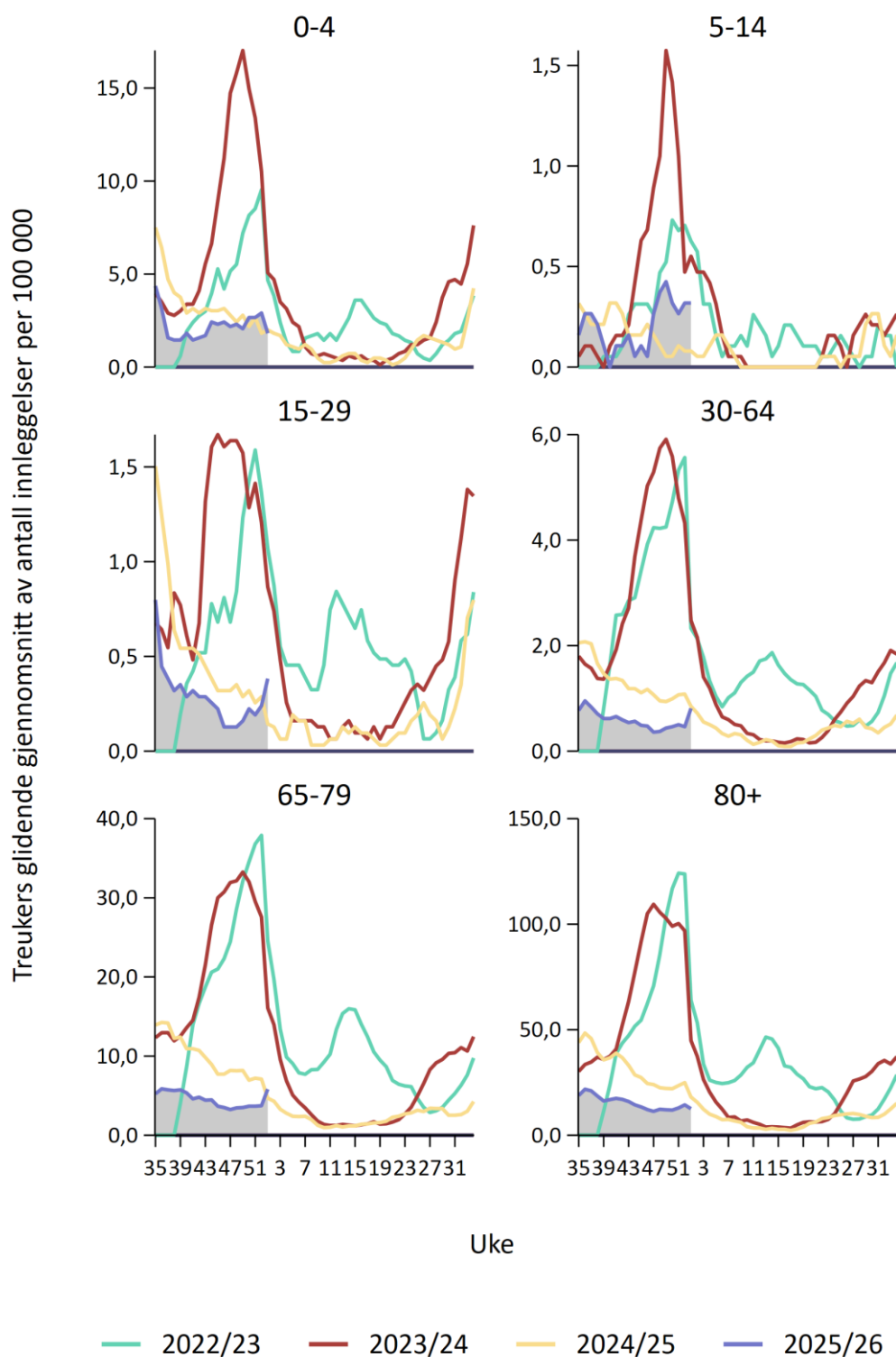
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 22. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med luftveisinfeksjon per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 28.12.2025. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.

Sykehusinnleggelser med covid-19



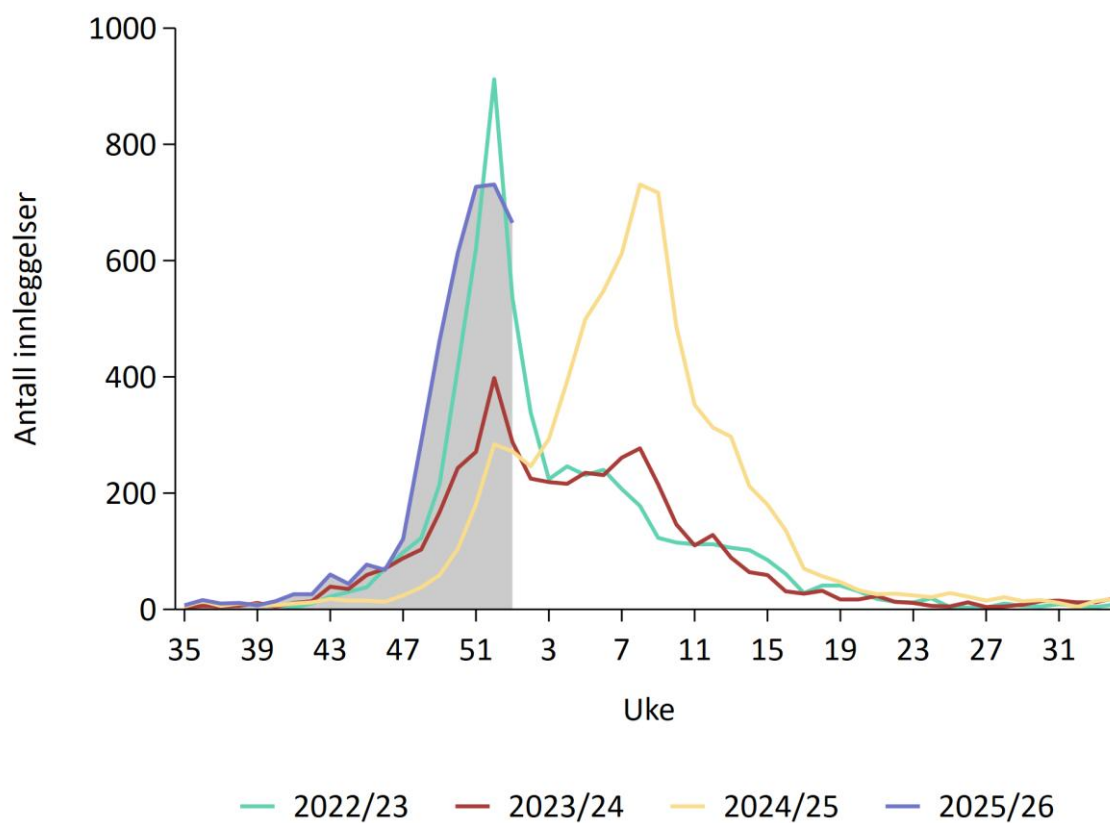
Figur 23. Antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 29.08.2022 – 04.01.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



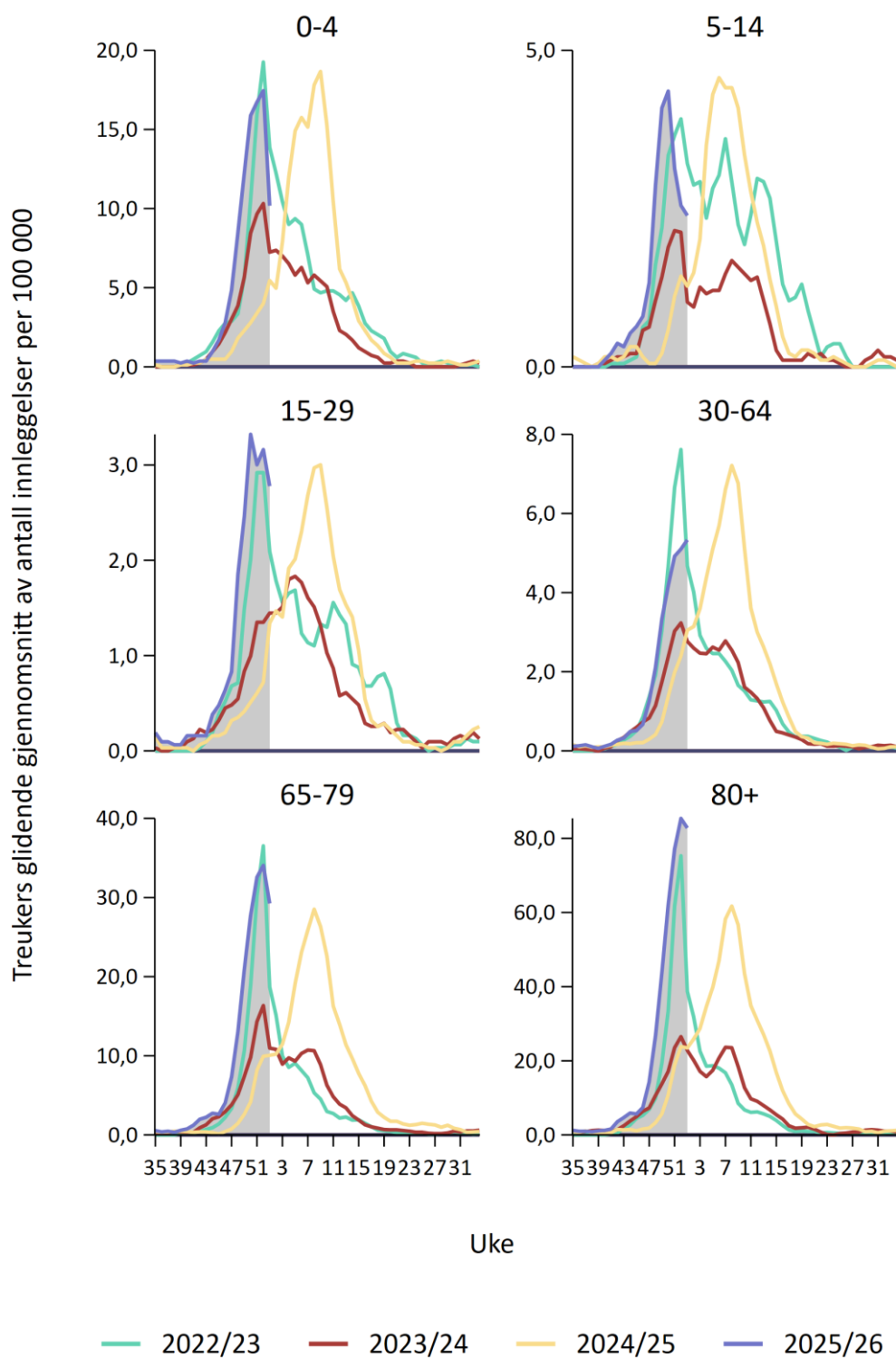
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 24. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med covid-19 per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 29.08.2022 – 04.01.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med influensa



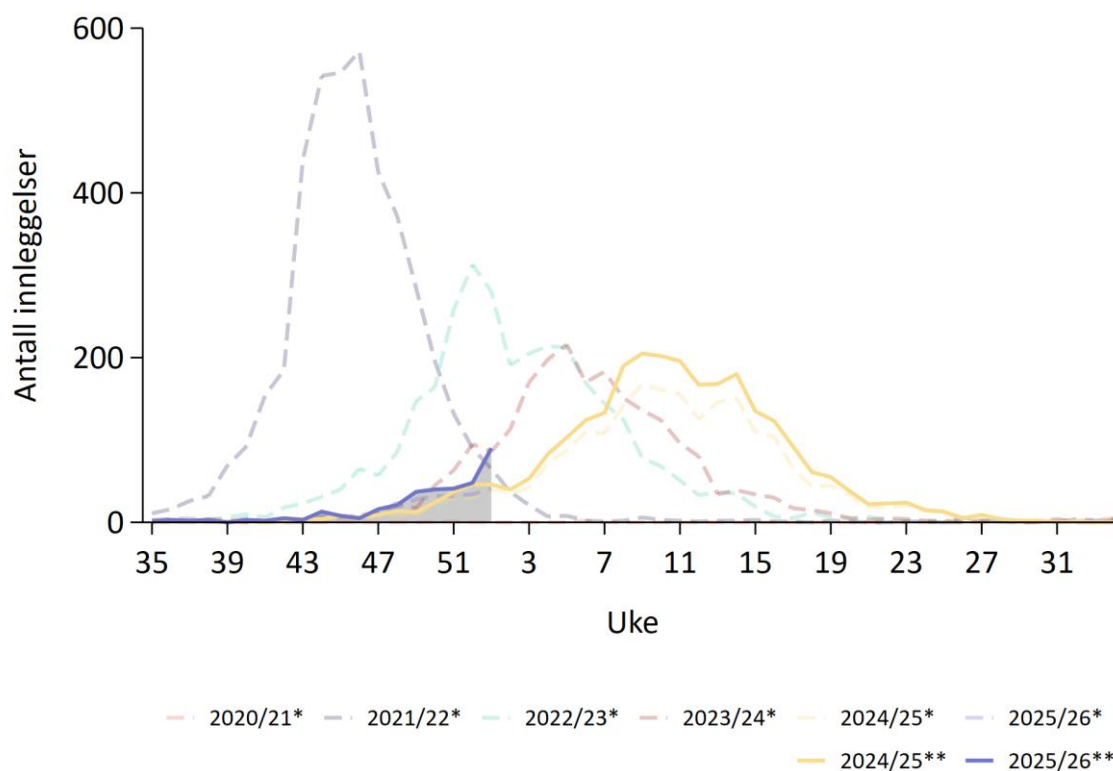
Figur 25. Antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 29.08.2022 – 04.01.2026 Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

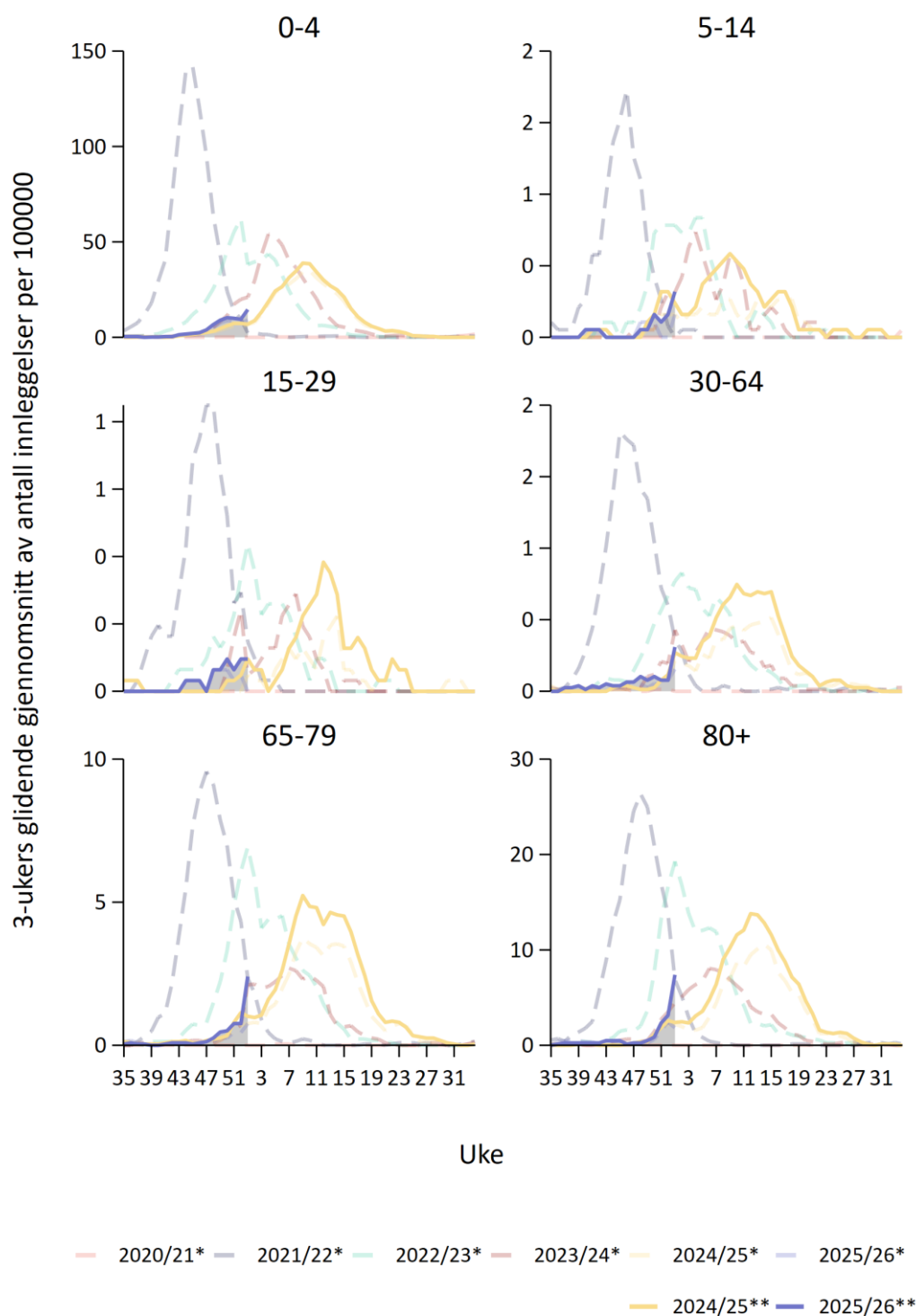
Figur 26. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med influensa per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 29.08.2022 – 04.01.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon



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

Figur 27. 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 – 04.01.2026 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 28. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 04.01.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Dødelighet

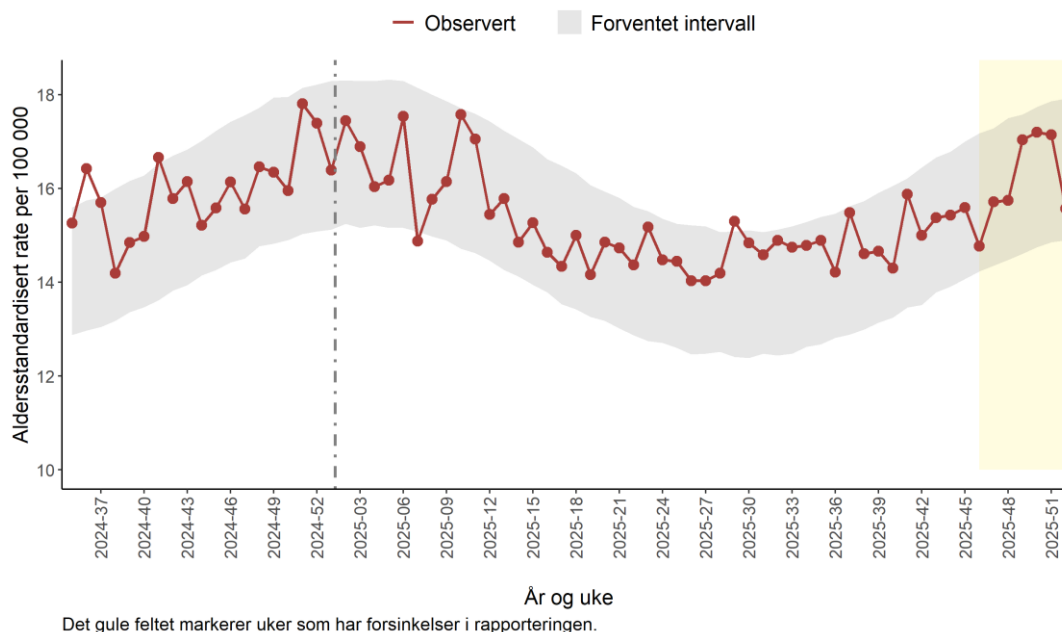
Totaldødelighet

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 7. januar 2026.

Dødelighetsnivå

Figur 29 viser utvikling i observert dødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning sammenlignet med et intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Totaldødeligheten økte fra uke 48 til 49 og lå stabilt høyt, men innenfor forventet nivå for denne tiden av året i uke 52. I uke 52 falt dødeligheten. Merk at tallene for de siste 6-8 ukene er foreløpige. Fortløpende registrering av dødsfall vil føre til at tallene endrer seg noe.



Figur 29. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 35 2024 til uke 52 2025. Det forventede intervallet (lysegrått felt) angir hvor det er forventet at dødelighetsraten skal ligge basert på trenden de siste ti år der pandemiperioden 2020 til 2022 er utelatt. Stiplet linje markerer uke 1 i 2025. Uker innenfor det gule feltet vil ha forsinkelser i rapporteringen og er derfor foreløpige. Merk at y-aksen er trunkert og starter på 10 og ikke 0. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Antall dødsfall per uke

Det ukentlige antallet meldte dødsfall de siste ukene er gitt i Tabell 10.

Tabell 10. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 49 til uke 52, med prosentvis endring fra uken før. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 49	Uke 50	Uke 51	Uke 52*
Antall nye dødsfall	953	962	959	871
Antall dødsfall per 100 000	17,0	17,2	17,1	15,6
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	8,2 %	0,9 %	-0,3 %	-9,2 %
Median alder	83 år	82 år	82 år	82 år

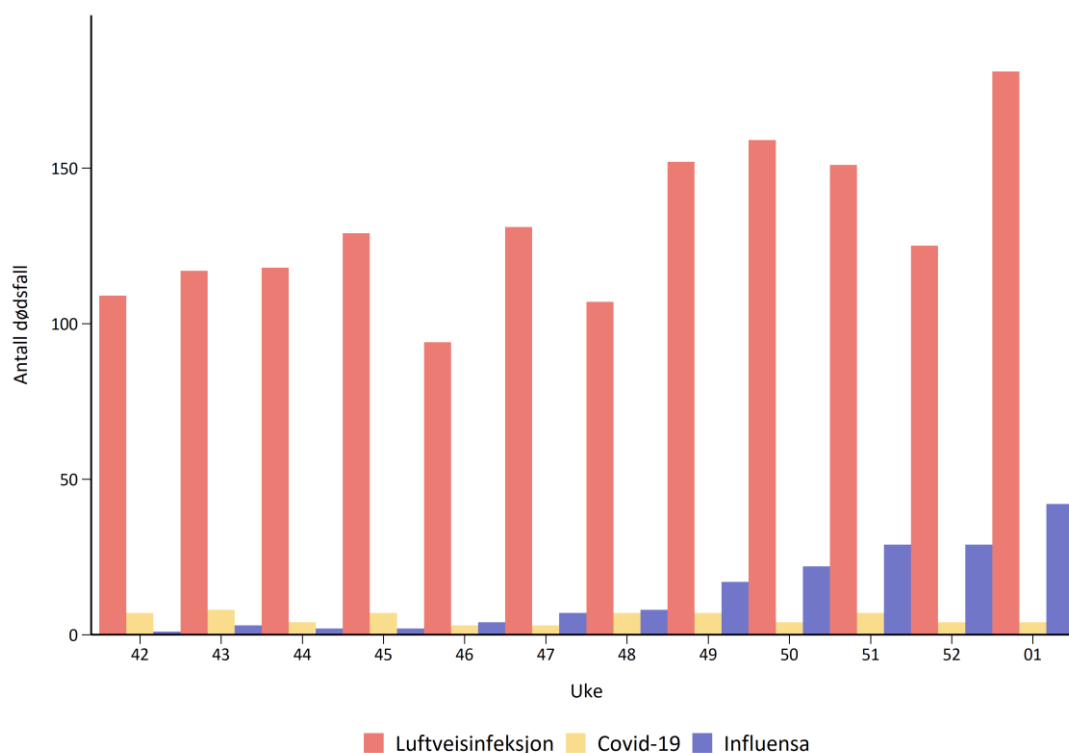
*Siste tilgjengelig uke i Dødsårsaksregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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 7. januar 2026.



Figur 30. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke (13.10.2025 – 04.01.2026). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjonsgruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 11. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (13.10.2025 – 04.01.2026). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Indikator	Uke											
	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	109	117	118	129	94	131	107	152	159	151	125	181
Antall dødsfall assosiert med covid-19	7	8	1-4	7	1-4	1-4	7	7	1-4	7	1-4	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	7	8	17	22	29	29	42

Vaksinasjon mot covid-19 og influensa

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

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

Data om vaksinasjon mot covid-19 og influensa inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (7. januar 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).

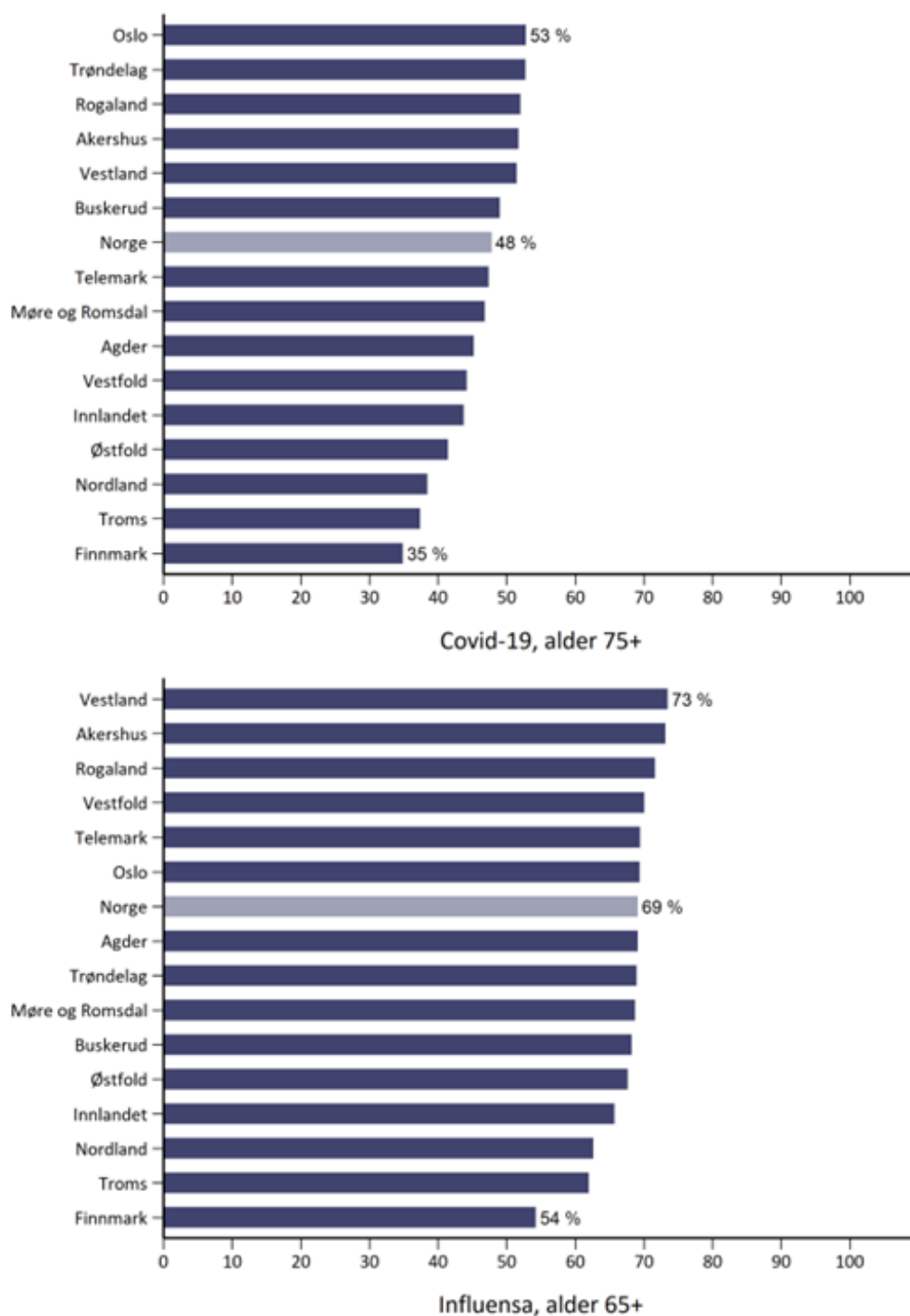
Resultatene er basert på data fra SYSVAK og Folkeregisteret via Stat19 per 7. januar 2026

Vaksinasjonen mot covid-19: Så langt har 248 448 personer 75 år og eldre fått koronavaksine, og totalt er 464 635 personer i alle aldre vaksinert siden starten av uke 35. Dekningen for aldersgruppen 75 år og eldre for hele landet samlet er 48 %. Dette er 7 prosentpoeng lavere enn på samme tid fjor, men for aldersgruppen 65 år og eldre er dekkningen bare 1 prosentpoeng lavere enn på samme tid i fjor. Aldersindikasjon for vaksine ble endret fra 65 år og eldre til 75 år og eldre før nåværende sesong. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 35 % - 53 % prosent mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

Vaksinasjonen mot influensa: Det er til sammen vaksinert 1 498 364 personer, 748 844 blant personer 65 år og eldre siden starten av uke 35. Dette er det høyeste antallet registrerte noen gang for sesonginfluensavaksinering. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 4. januar 69 %. Dette er 5 prosentpoeng høyere enn i fjor på samme tid. Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn på 54-73 % 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 – 04.01.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Sykdom	Alder (år)	Vaksinerte personer	
		Antall	Andel (%)
Covid-19	0-8	116	0,02 %
	9-17	678	0,1 %
	18-64	78 991	2 %
	65-74	167 903	30 %
	65+	416 351	38 %
	75+	248 448	48 %
	Totalt, alle	496 136	9 %
Influensa	0-8	5 402	1 %
	9-17	8 022	1 %
	18-64	736 096	21 %
	65+	748 844	69 %
	Totalt, alle aldre	1 498 364	27 %



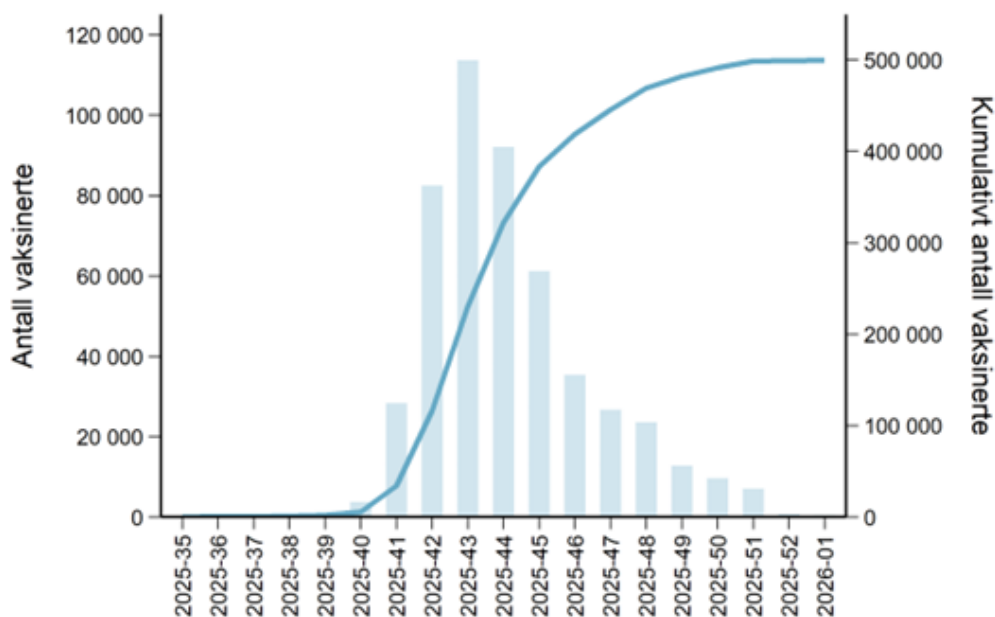
Figur 31. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 75 år vaksinert med koronavaksine per fylke samt andel over 65 år vaksinert med influensa vaksine, 25.08.2025 – 04.01.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Vaksinering – uke for uke

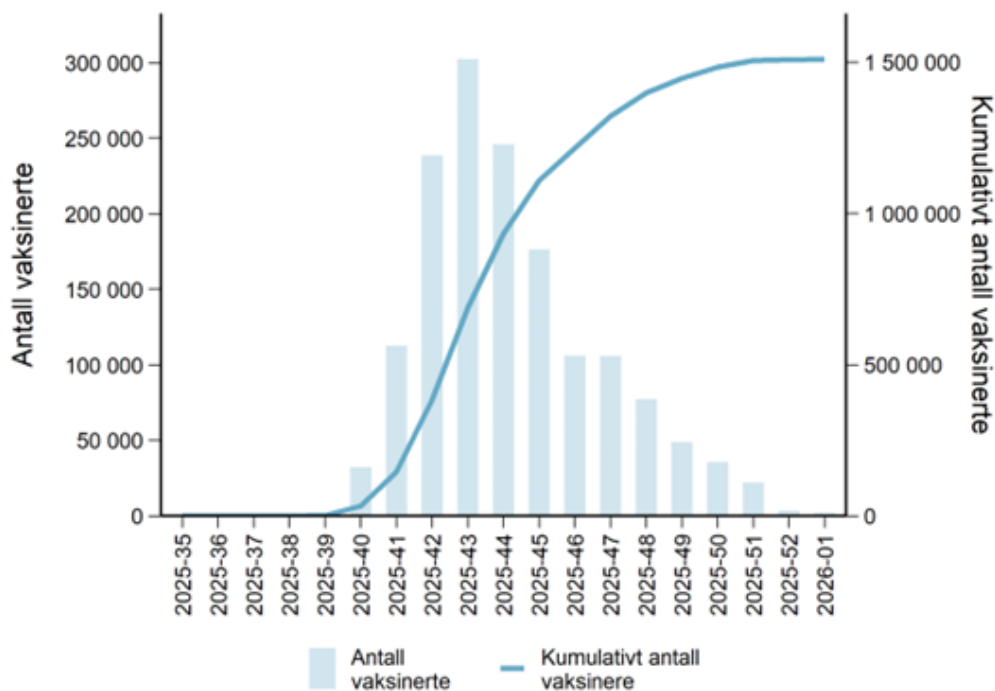
Koronavaksineringen denne sesongen startet i uke 40 og nådde en topp for antall registrert vaksinerte allerede i uke 43, da over 113 000 ble vaksinert. Antallet vaksinerte per uke falt fram mot jul og har vært på et svært lavt nivå de siste 2 ukene. Influensavaksineringen nådde også en topp i

uke 43 med over 302 000 vaksinerte. 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 har påvirket vaksineringen i noen grad i disse aldersgruppene, i det vi ser en utflating av antall vaksinerte i uke 48, i motsetning til en jevn nedgang.

Koronavaksine



Influensavaksine



Figur 32. Antall sette doser per uke og kumulativt antall med influensa- eller koronavaksine, 2025-26 (uansett status i FREG) fra 25.08.2025 til 04.01.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Vaksineeffekt

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

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

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) publiserte 19. desember tidlige estimater for vaksineeffekt mot influensa som krever legehjelp på primærhelsetjenestenivå i Europa. [Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness against influenza requiring medical attention at primary care level in Europe, week 41 - 49, 2025](#). Data er hentet fra studiesteder i Frankrike, Tyskland, Irland, Italia, Nederland, Spania og Romania.

Effektestimater ble kalkulert for perioden uke 41-49 2025, etter influensasubtype og alder. Det var ikke mulig å estimere vaksineeffekten i aldersgruppen over 65 år på grunn av for lavt antall influensatilfeller i denne gruppen.

Total vaksineeffekt med alle aldergrupper inkludert er som følger:

- 44% (95% KI: 25–59) mot influensa (alle typer);
- 52% (95% KI: 29–69) mot influensa A(H3N2);
- 16% (95% KI: -43–54) mot influensa A(H1N1)pdm09.

Aldersspesifikk vaksineeffektestimater for A(H3N2) var 52% (95% CI: 21-72) blant barn 0–17 år, og 57% (95% CI: 4-84) blant personer 18–64 år. På grunn av dominans av A(H3N2) var det ikke mulig å beregne effekt av andre subtyper på aldersspesifikt nivå.

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-Labdatabasen inneholder alle mikrobiologiske prøvesvar rapportert fra medisinske laboratorier i Norge. Les mer om MSIS, formål og meldingsplikt [på våre nettsider](#).

Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)

SYSVAK er et landsdekkende elektronisk vaksinasjonsregister. Formålet med SYSVAK er å holde oversikten over vaksinasjonsstatus for den enkelte og over vaksinasjonsdekningen i landet. Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for SYSVAK (jfr. SYSVAK-registerforskriften § 1-5). Alle vaksinasjoner er meldepliktige til SYSVAK, og krav til elektronisk registrering av covid-19 vaksiner ble vedtatt 21. mai 2020. Les mer om SYSVAK [på våre nettsider](#).

Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveivirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten

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

en rekke kliniske data på samtlige prøver. Les mer [om overvåkingssystemet for influensa på våre nettsider](#).

Stat19

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

Sykehusinnleggelser

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

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

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

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

Totaldødelighet

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

I analysene har vi brukt ukentlig dødelighetsrate per 100 000 de siste ti årene som referanseperiode for å modellere forventet ukentlig dødelighetsrate per 100 000. Forventet dødelighet beregnes ved bruk av en Bayesiansk Serfling modell som tar hensyn til aldersfordeling i befolkningen, trender i utvikling av dødelighet i referanseperioden, samt sesongmessige og ukentlig variasjon. For å unngå at forhøyet dødelighet under pandemien påvirker beregningene av forventet dødelighet er alle uker i 2020 til 2022 utelatt fra referanseperioden. Dette er samme tilnærming som den som er valgt av EuroMOMO (det europeiske overvåkningssystem for totaldødelighet) etter pandemien. For beregning av forventet dødelighet i 2025 inngår derfor alle uker i årene 2012-2019 og 2023-2024 i referanseperioden, og likeledes inngår årene 2011 til 2019 og 2023 i beregningen av forventet dødelighet i 2024. Modelltilnærmingen er nærmere beskrevet [her](#).

Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)

Utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjoner er varslingspliktig etter [MSIS-forskriften § 3-4](#). Dette gjøres gjennom Folkehelseinstituttets utbruddsvarslingssystem, [Vesuv](#). Tross varslingsplikt er det sannsynligvis en betydelig underrapportering.

Virologisk overvåking

FHI har nasjonal referansefunksjon for både influensa (også WHO nasjonalt influensasenter), for coronavirus med alvorlig utbruddspotensiale og nå også for RS-virus. Disse referansefunksjonene ligger hos Seksjon for influensa og andre luftveisvirus ved Avdeling for virologi. Medisinsk-mikrobiologiske laboratorier sender ukentlig inn både et geografisk representativt og et mer målrettet utvalg av SARS-CoV-2, influensa og RS-virus-positive prøver til referanselaboratoriet ved FHI for nasjonal virusovervåking. Mer informasjon for hvert av virusene tilgjengelig via FHI.no laboratorieanalyser og i FHI.labfag.no:

- [Influensa](#)
- [SARS-CoV-2](#)
- [Påvisning og overvåking av SARS-CoV 2-virusvarianter](#)
- [RS-virus](#)
- [Overvåkingssystemet for influensa](#)

For influensavirus kombinerer referanselaboratoriet data fra MSIS labdatabasen med egne utvidede typings- og karakteriseringsresultater, og formidler slike data i nasjonal og internasjonal overvåking.

Referanselaboratoriet gjør helgenomsekvensering, virusdyrkning og virusnøytralisasjon på prøvene for å kunne forstå pandemiens og influensa epidemiens forløp og egenskaper til nye virusvarianter. Virussekvensene sees i sammenheng med metadata som kan bidra til utbruddsopklaring og pandemiforståelse. I tillegg undersøkes immuniteten mot covid-19 og influensa i befolkningen årlig gjennom seroepidemiologiske undersøkelser.