

Statusrapport for luftveisinfeksjoner Sesongen 2025/26

Uke 12 (2026)

Publiseringsdato 26.03.2026

Innhold

Sammendrag og vurdering	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	5
Covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet).....	5
Influenalignende sykdom (ILS).....	7
Testing og påvisninger.....	10
Luftveisagens.....	10
Luftveivirus gjennom fyrårnsystemet.....	14
Overvåking av virus	18
Sirkulerende influensavirus i Norge	18
Genetisk karakterisering av influensavirus	25
A/H1N1-virus	25
A/H3N2-virus	27
B/Victoria-virus.....	29
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge.....	32
Sirkulerende RS-virus i Norge.....	33
Resistens mot antivirale midler.....	35
Influensavirus	35
SARS-CoV-2.....	35
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon.....	36
Sykehusinnleggelser	37
Innleggelser med luftveisinfeksjon.....	38
Sykehusinnleggelser med covid-19	40
Sykehusinnleggelser med influensa	42
Sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon	44
Dødelighet	46
Totaldødelighet	46
Dødelighetsnivå	46

Antall dødsfall per uke.....	47
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	47
Vaksinasjon mot covid-19 og influensa	49
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	49
Vaksinering – uke for uke	51
Vaksineeffekt (VE)	52
Primærhelsetjenesten	52
Spesialisthelsetjenesten	52
Luftveisinfeksjoner globalt	53
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	54
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	54
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	54
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	54
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	54
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	55
Stat19	55
Sykehusinnleggelser	55
Totaldødelighet	56
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	56
Virologisk overvåking	56

Sammendrag og vurdering

- Det er normalt nivå av luftveisinfeksjoner for årstiden. Blant luftveisinfeksjonene påvises det nå mest RS-virus.
- RS-virusinfeksjoner: RS-virusutbruddet ser ut til å ha nådd toppen i uke 10, og forekomsten er nedadgående. Sesongens utbrudd ser foreløpig ut til å være noe kraftigere enn de tre foregående sesongene. Andel prøver med påvist RS-virus var på 14 % i uke 12, etter 16 % uken før. RSV-A og -B har tilnærmet lik forekomst. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0-4 år, hvor andel positive prøver var på 29 % i uke 12. Det er rapportert om 198 sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon i uke 12, etter 242 i uke 11.
- Rhinovirusinfeksjon: Forekomsten av rhinovirusinfeksjon er økende, som normalt for årstiden. Andel prøver med påvist rhinovirus var på 8 % i uke 12, etter 7 % uken før.
- Infeksjon med korona forkjølelsesvirus: Andel prøver med påvist korona forkjølelsesvirus er stabil og har vært mellom 6 % og 7 % de siste tre ukene.
- Infeksjon med humant metapneumovirus (hMPV): Forekomsten av infeksjon med hMPV er økende, som normalt for årstiden. Andel prøver med påvist hMPV har økt noe de siste ukene, og var på 7 % i uke 12, etter 5 % de foregående tre ukene.
- Parainfluenzavirusinfeksjon: Forekomsten av parainfluenzavirusinfeksjon er økende, som normalt for årstiden. Andel prøver med påvist parainfluenzavirus var i uke 11 og 12 på 5 %, etter 4 % i uke 10.
- Influensa: Forekomsten av influensa er på et uvanlig lavt nivå for denne tiden på året, og influensautbruddet nærmer seg slutten. Andel prøver med påvist influensavirus blant de testede var i uke 12 på 4 %, etter 5 % i uke 11. Det er influensa A-virus som dominerer. Det er foreløpig registrert 79 sykehusinnleggelser med influensa i uke 12 etter 105 i uke 11, og 12 dødsfall assosiert med influensa i uke 12, etter 9 i uke 11.
- Covid-19: Det er svært lav forekomst av covid-19. Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 var på 1 % i uke 12.
- Totaldødeligheten er innenfor forventet nivå for denne tiden av året.
- Vaksinasjonsdekning: Per 22. mars er vaksinasjonsdekningen mot influensa i aldersgruppen 65 år og eldre anslått til 69 %, mens den mot covid-19 i aldersgruppen 75 år og eldre er anslått til 48 %.
- 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 influensas sykdom, bør lege vurdere behovet for antiviral behandling så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Se [Bruk av antiviralia mot influensa](#). Sykehus, sykehjem og apotek bør ha antivirale legemidler mot influensa tilgjengelig.
- Se også [FHIs dashboard for luftveisstatisikk](#).

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

Sykdom	Uke						
	7	8	9	10	11	12	10-12
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)¹
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	12,1 % ▲	12,7 % ▲	11,7 % ▼	10,8 % ▼	10,3 % ▼	10 % ▼	-4,2 % (-5,3 %, -3,2 %)
Antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon	1 470	1 480	1 487	1 256 (1 256-1 350)*	1 140 (1 140-1 675)*	-	-
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	147	131	159	143 (143-144)*	137 (137-142)*	144 (144-167)*	1,5 % (-10,7 %, 14,2 %)
Covid-19							
Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 blant alle konsultasjoner	0,04 %	0,04 %	0,04 %	0,03 %	0,03 % ▼	0,02 %	-17,3 % (-36,3 %, 1,2 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	3,9 %	3,5 % ▼	3 % ▼	2,3 % ▼	1,8 % ▼	1,4 % ▼	-26 % (-38,2 %, -13,9 %)
Antall varslede covid-19 utbrudd i helseinstitusjoner	1	0	0	0	0	0	-
Antall sykehusinnleggelser med covid-19	66	72	73	39 ▼	30 ▼	37	-2,8 % (-26,5 %, 20,8 %)
Antall covid-19 assosierte dødsfall	1-4	1-4	1-4	1-4	0	1-4*	84,8 % (-59,6 %, 228 %)
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	1,1 %	1,1 %	0,9 % ▼	0,7 % ▼	0,5 % ▼	0,5 % ▼	-19,1 % (-23,3 %, -14,9 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede	16,2 %	15,1 % ▼	10,9 % ▼	8,4 % ▼	5,3 % ▼	4,1 % ▼	-39,7 % (-46,7 %, -32,7 %)
Antall varslede influensautbrudd i helseinstitusjoner	0	1	4	2	2	1	-
Antall sykehusinnleggelser med influensa	388	324	267 ▼	159 ▼	105 ▼	79 ▼	-35,7 % (-49,3 %, -22,5 %)
Antall influensarelaterte dødsfall	12	17	24	16 (16-17)*	9 (9-11)*	12 (12-17)*	-12,8 % (-53,4 %, 27,9 %)
RS-virusinfeksjon							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	13,8 % ▲	14,3 % ▲	15,2 % ▲	16,7 % ▲	15,8 %	14 % ▼	-10,1 % (-14,6 %, -5,5 %)
Antall sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon	237 ▲	267 ▲	289 ▲	262	242 ▼	198 ▼	-13,7 % (-22,9 %, -4,6 %)
Infeksjon med humant metapneumovirus							
Andel positive prøver for humant metapneumovirus blant de testede	3,1 % ▲	3,6 % ▲	4,5 % ▲	4,9 % ▲	5,4 % ▲	6,5 % ▲	14,3 % (6,5 %, 22,1 %)
Antall positive prøver for humant metapneumovirus blant innlagte	21	48 ▲	57	30	59	51 (51-79)*	23,3 % (-11 %, 57,1 %)
Infeksjon med korona forkjølelsesvirus							
Andel positive prøver for korona forkjølelsesvirus blant de testede	8,7 %	9 %	8,3 %	7,3 % ▼	6,4 % ▼	6,5 %	-6,6 % (-16,1 %, 2,8 %)
Antall positive prøver for korona forkjølelsesvirus blant innlagte	29	43	43	38	24	29 (29-47)*	-23,1 % (-55,2 %, 16,7 %)

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

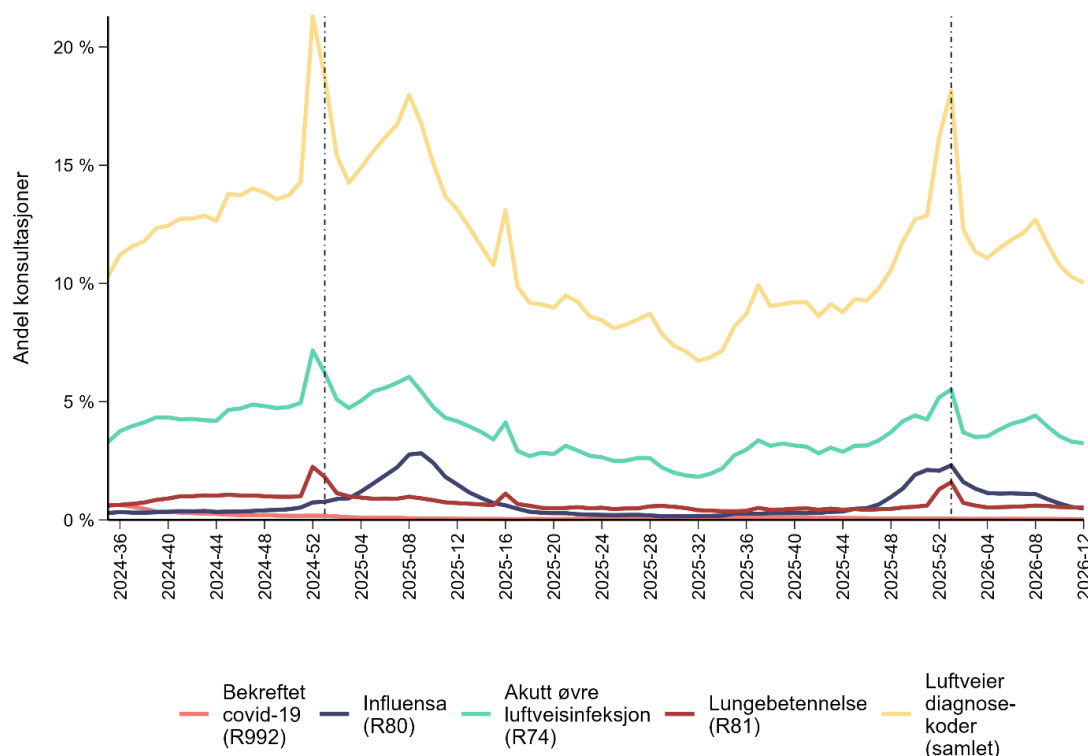
1 For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten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

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)

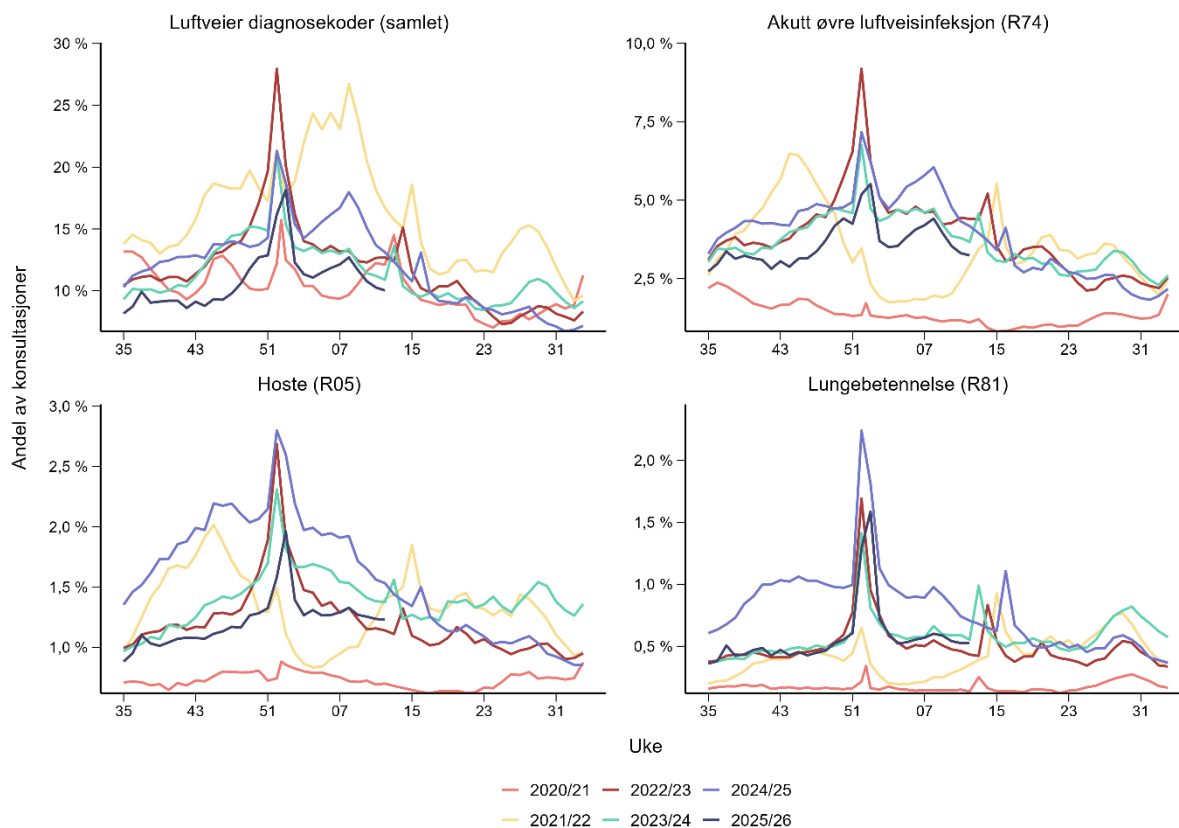
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS). Overvåkingen gjennom NorSySS gir en indikasjon på sykdomsutviklingen i befolkningen og oversikt over eventuelle utbrudd, uten å gi et nøyaktig antall syke. Oppmerksomhet rundt utbrudd kan påvirke nivået av legesøkning i primærhelsetjenesten og tallene bør derfor tolkes med forsiktighet. Det er forsinkelse i rapporteringen og resultatene under vil derfor kunne endre seg, spesielt de siste ukene. Toppene ved jul, nyttår, og påske- og vinterferie kan delvis skyldes endret legesøkningsadferd. I denne rapporten brukes data for konsultasjoner med covid-19, influensa og et utvalg luftveisdiagnosekoder. Resultatene er basert på et datasett fra NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet, oppdatert 24. mars 2026.

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

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

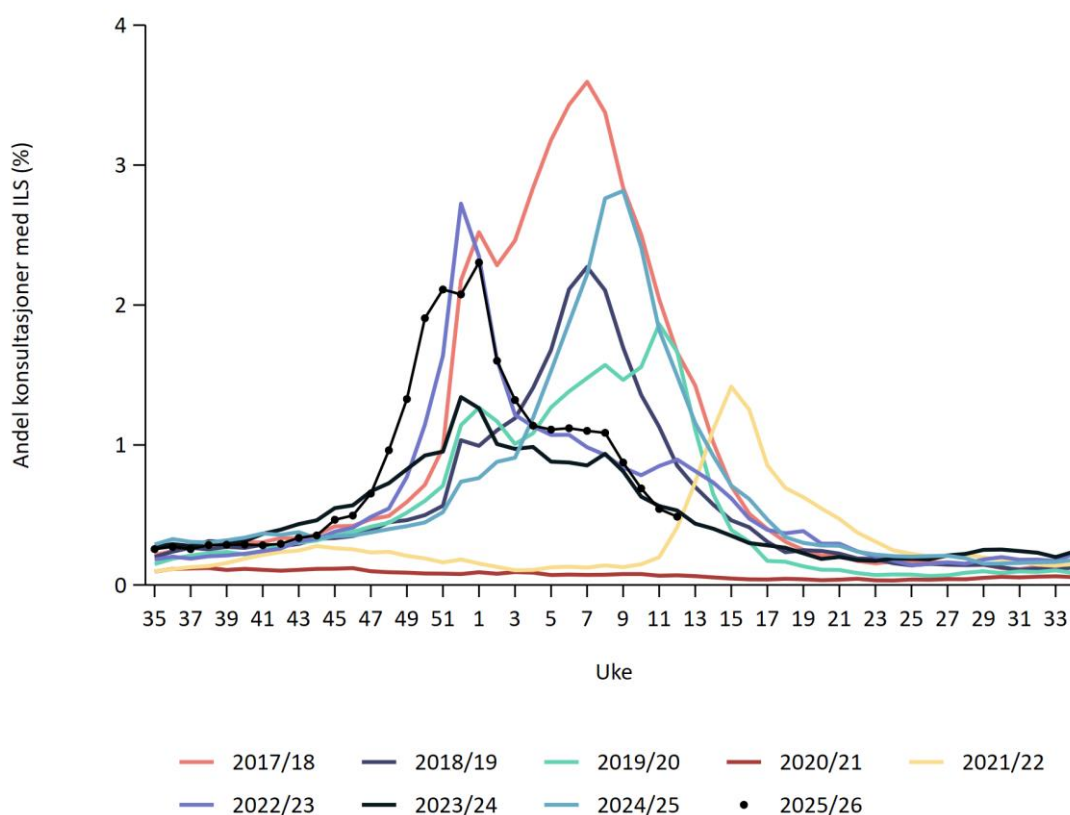


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveisdiagnosekoder (samlet), 26.08.2024 - 22.03.2026. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2025 og 2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdiagnosekoder (samlet)» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

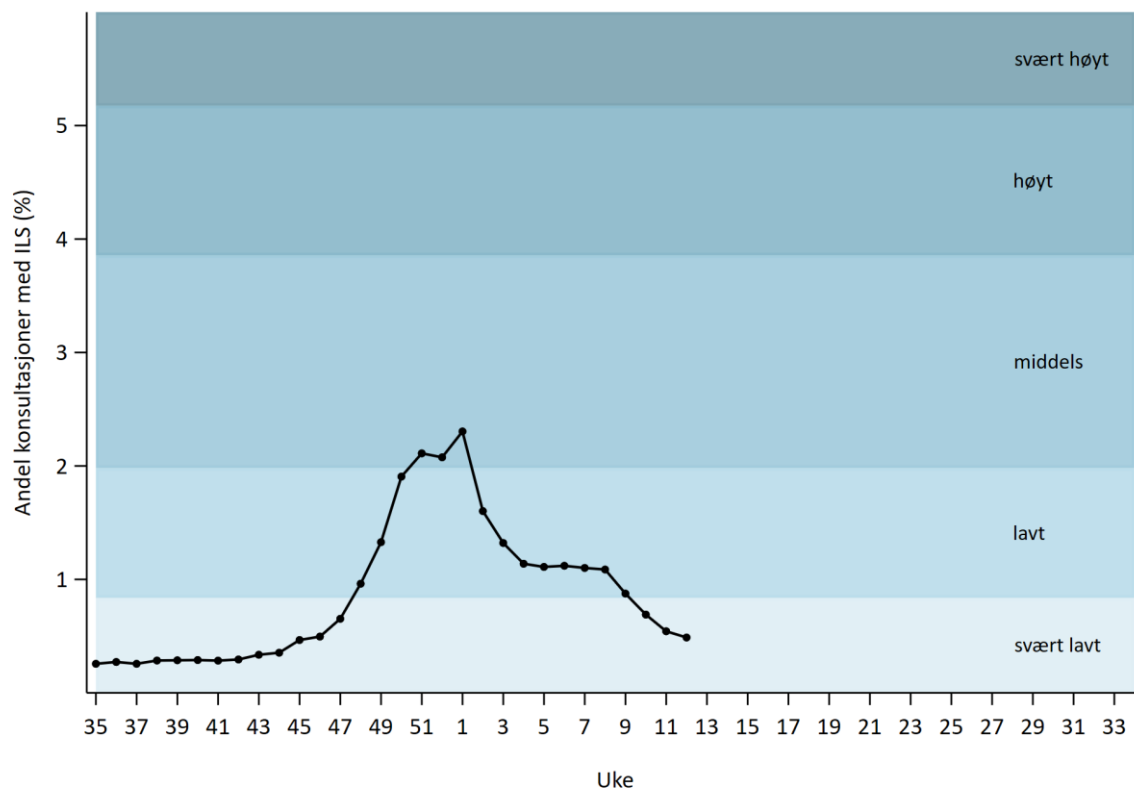


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 24.08.2020 - 22.03.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisdiagnosekoder samlet» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

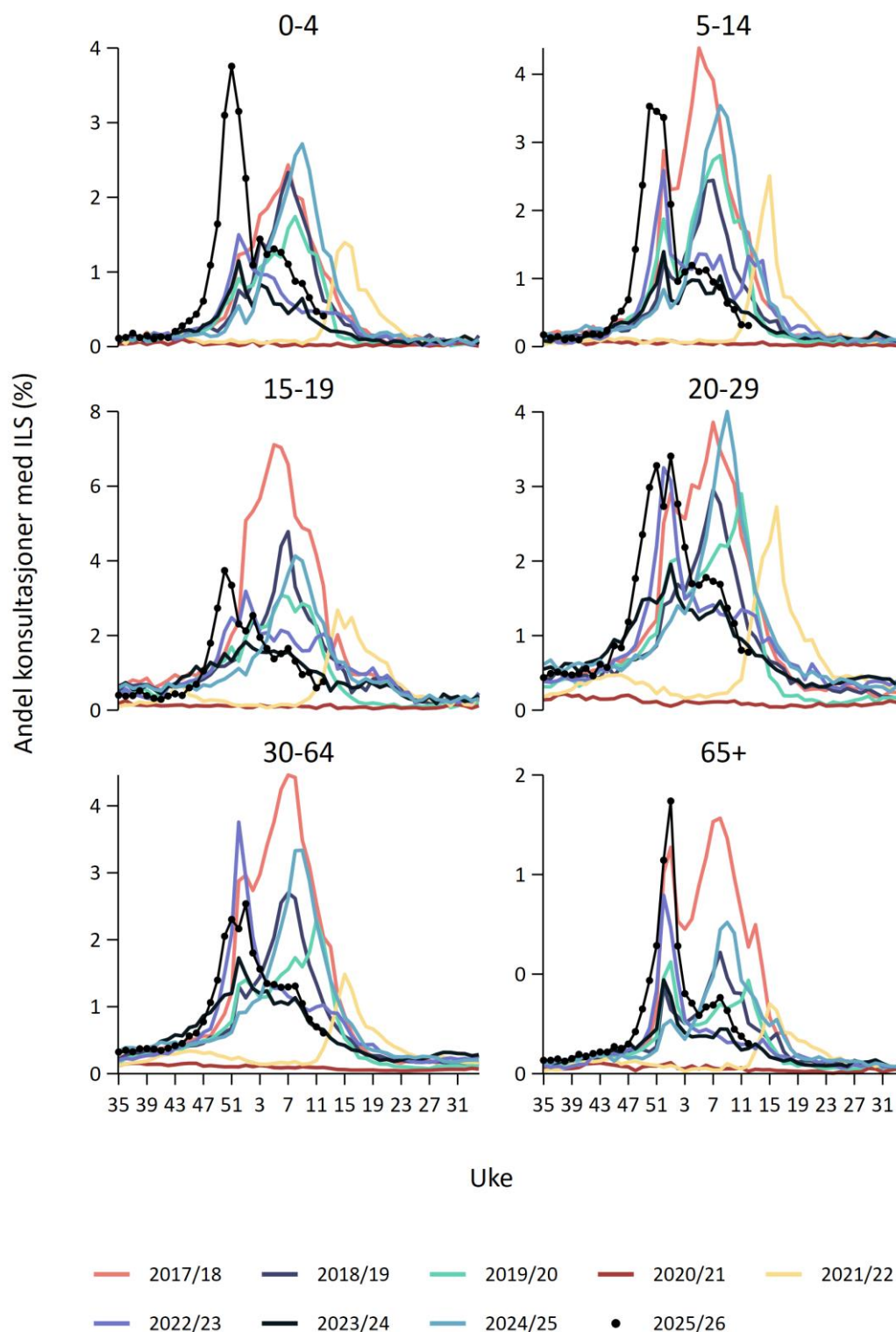
Influensalignende sykdom (ILS)



Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 28.08.2017- 22.03.2026. 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 etterjusterte. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 5. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong og aldergruppe, 28.08.2017 - 22.03.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

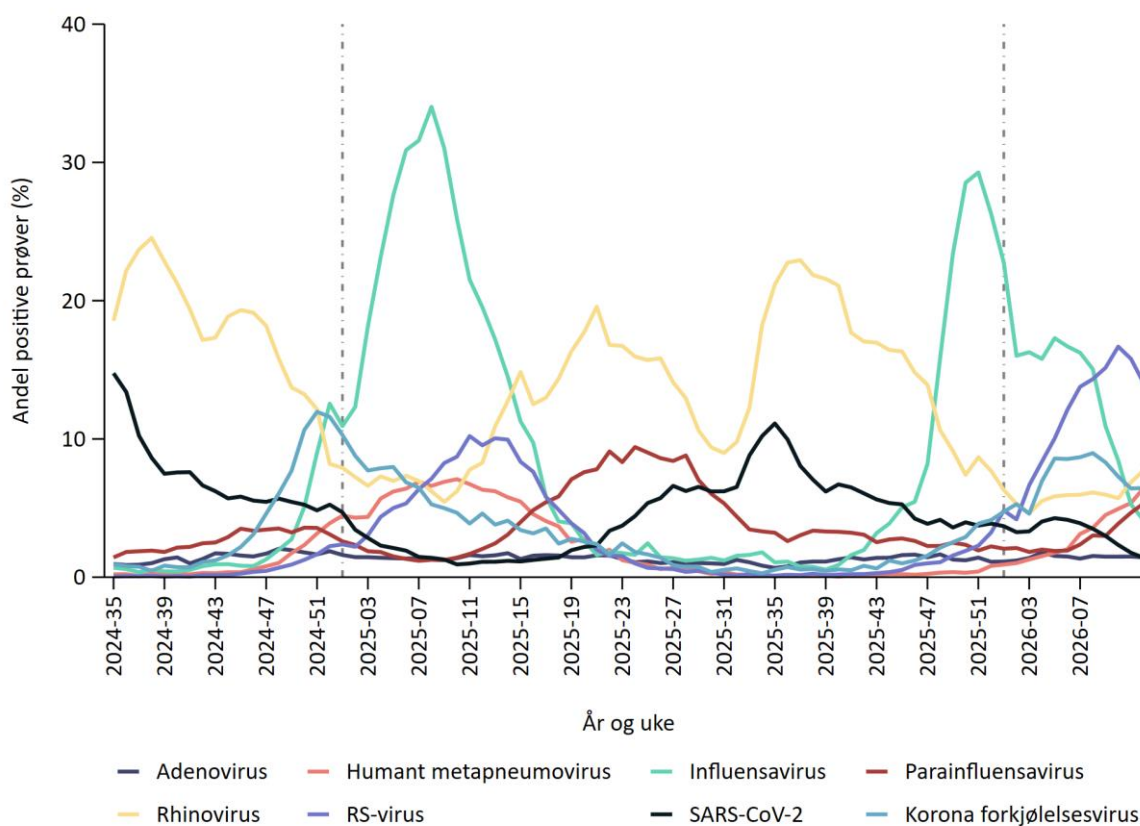
Testing og påvisninger

Luftveisagens

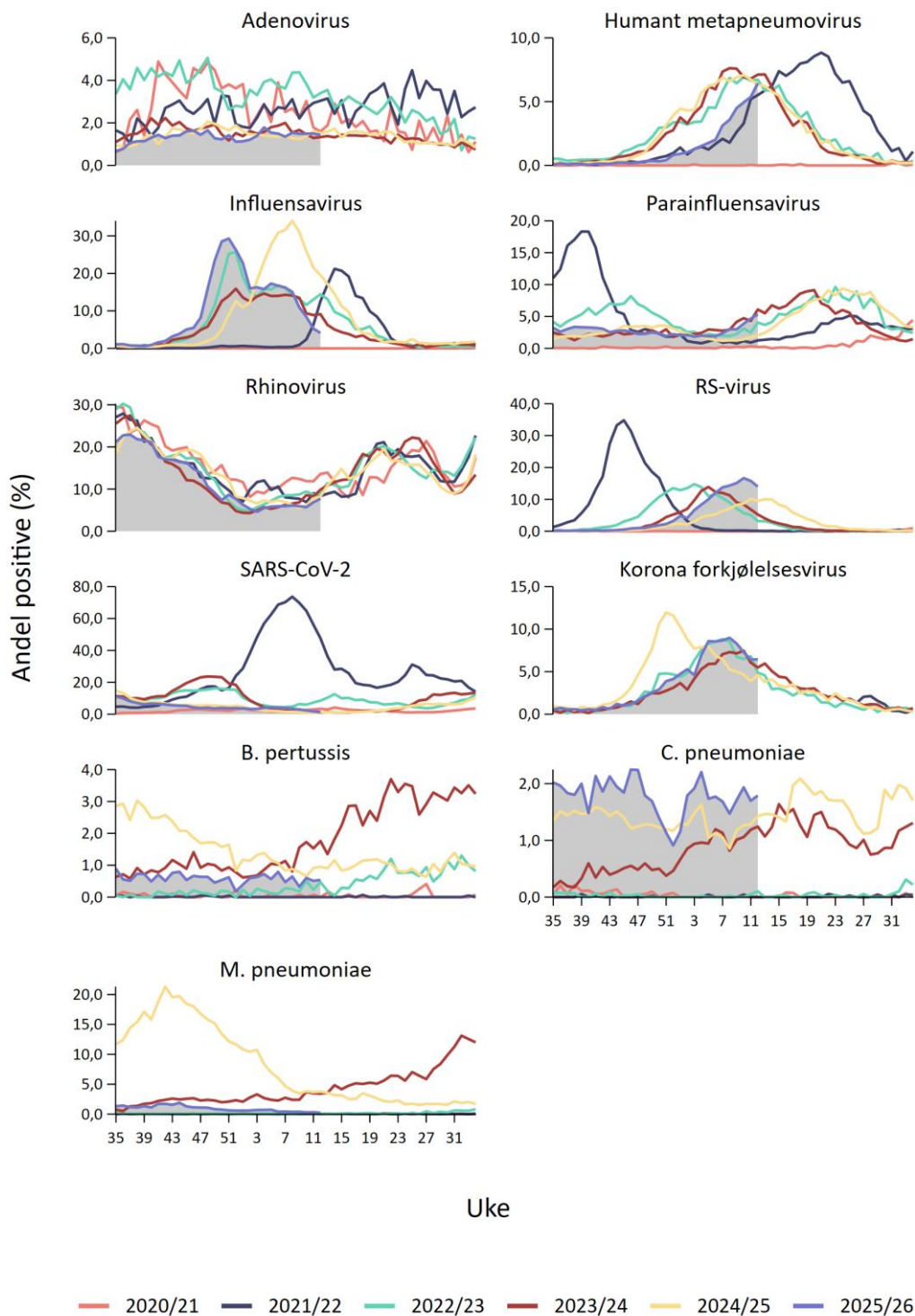
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae 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 25. mars 2026.



Figur 6. Andel PCR-analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 26.08.2024–22.03.2026. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2025 og 2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 7. Andel analyser positive for adenovirus (luftveisprøver), influenzavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 24.08.2020 – 22.03.2026. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 2. Andel positive PCR-analyser og antall PCR-analyser gjort samt antall positive analyser, Norge, siste seks uker, 09.02.2026 – 22.03.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke 7	8	9	10	11	12	Endring (95 % KI) ¹ uke 10-12
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,4 %	-1,9 % (-17,3 %, 13,3 %)
	Antall positive	91	99	97	87	84	79	-
	Antall tester	6 732	6 427	6 510	5 827	5 600	5 502	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	3,1 % ▲	3,6 % ▲	4,5 % ▲	4,9 % ▲	5,4 % ▲	6,5 % ▲	14,3 % (6,5 %, 22,1 %)
	Antall positive	223	245	311	304	320	379	-
	Antall tester	7 118	6 847	6 901	6 148	5 962	5 873	-
Influenzavirus	Andel positive	16,2 %	15,1 % ▼	10,9 % ▼	8,4 % ▼	5,3 % ▼	4,1 % ▼	-39,7 % (-46,7 %, -32,7 %)
	Antall positive	1 473	1 311	953	655	394	301	-
	Antall tester	9 070	8 708	8 726	7 762	7 477	7 313	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	2,4 %	3 % ▲	3 % ▲	3,9 % ▲	4,7 % ▲	5,3 % ▲	16,7 % (7,8 %, 25,6 %)
	Antall positive	160	195	193	221	259	289	-
	Antall tester	6 744	6 448	6 459	5 705	5 549	5 413	-
Rhinovirus	Andel positive	6 %	6,1 %	6 %	5,7 %	6,9 % ▲	7,7 % ▲	16 % (8,9 %, 23,2 %)
	Antall positive	422	416	410	349	407	450	-
	Antall tester	7 068	6 785	6 862	6 107	5 925	5 822	-
RS-virus	Andel positive	13,8 % ▲	14,3 % ▲	15,2 % ▲	16,7 % ▲	15,8 %	14 % ▼	-10,1 % (-14,6 %, -5,5 %)
	Antall positive	1 157	1 166	1 238	1 224	1 120	980	-
	Antall tester	8 400	8 136	8 170	7 338	7 089	6 983	-
SARS-CoV-2	Andel positive	3,9 %	3,5 % ▼	3 % ▼	2,3 % ▼	1,8 % ▼	1,4 % ▼	-26 % (-38,2 %, -13,9 %)
	Antall positive	350	302	258	180	132	103	-
	Antall tester	8 953	8 610	8 628	7 699	7 433	7 305	-
Korona forkjølelsesvirus	Andel positive	8,7 %	9 %	8,3 %	7,3 % ▼	6,4 % ▼	6,5 %	-6,6 % (-16,1 %, 2,8 %)
	Antall positive	365	362	340	258	221	213	-
	Antall tester	4 205	4 032	4 092	3 542	3 443	3 296	-
B. pertussis	Andel positive	0,5 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	-5,6 % (-29,4 %, 17,9 %)
	Antall positive	35	46	24	39	32	33	-
	Antall tester	7 444	7 085	7 299	6 498	6 266	6 116	-
C. pneumoniae	Andel positive	1,7 %	1,5 %	1,7 %	1,9 % ▲	1,7 %	1,8 %	-4,2 % (-17,1 %, 8,7 %)
	Antall positive	130	107	129	130	110	113	-
	Antall tester	7 708	7 268	7 536	6 715	6 477	6 312	-
M. pneumoniae	Andel positive	0,4 % ▼	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	-13,2 % (-45,9 %, 19 %)
	Antall positive	34	29	30	20	22	14	-
	Antall tester	7 728	7 347	7 561	6 737	6 506	6 349	-

Tabell 3. Antall analyser gjort, antall analyser positive, andel analyser positive for humant metapneumovirus (hMPV) influensavirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS) -virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus etter alder de siste 2 ukene, 09.03.2026 – 22.03.2026. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Alder (år)	Uke 11			Uke 12		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
hMPV	0-4	701 (254,9)	62 (22,5)	8,8	639 (232,3)	67 (24,4)	10,5
	5-14	284 (45,3)	20 (3,2)	7,0	307 (48,9)	32 (5,1)	10,4
	15-29	659 (63,1)	22 (2,1)	3,3	657 (62,9)	42 (4)	6,4
	30-64	2305 (89,1)	128 (4,9)	5,6	2237 (86,5)	129 (5)	5,8
	65-79	1290 (163,3)	63 (8)	4,9	1306 (165,4)	71 (9)	5,4
	80+	722 (266,9)	25 (9,2)	3,5	726 (268,4)	38 (14)	5,2
Influenzavirus	0-4	802 (291,6)	42 (15,3)	5,2	743 (270,1)	35 (12,7)	4,7
	5-14	335 (53,4)	26 (4,1)	7,8	337 (53,7)	25 (4)	7,4
	15-29	752 (72)	41 (3,9)	5,5	760 (72,8)	35 (3,4)	4,6
	30-64	2771 (107,1)	140 (5,4)	5,1	2628 (101,6)	104 (4)	4,0
	65-79	1712 (216,8)	90 (11,4)	5,3	1724 (218,3)	72 (9,1)	4,2
	80+	1104 (408,1)	55 (20,3)	5,0	1119 (413,6)	30 (11,1)	2,7
Parainfluenzavirus	0-4	668 (242,9)	68 (24,7)	10,2	606 (220,3)	64 (23,3)	10,6
	5-14	275 (43,8)	16 (2,5)	5,8	278 (44,3)	17 (2,7)	6,1
	15-29	629 (60,3)	26 (2,5)	4,1	614 (58,8)	35 (3,4)	5,7
	30-64	2164 (83,6)	86 (3,3)	4,0	2087 (80,7)	99 (3,8)	4,7
	65-79	1173 (148,5)	44 (5,6)	3,8	1160 (146,9)	45 (5,7)	3,9
	80+	640 (236,6)	19 (7)	3,0	667 (246,5)	29 (10,7)	4,3
RS-virus	0-4	810 (294,5)	315 (114,5)	38,9	739 (268,7)	212 (77,1)	28,7
	5-14	334 (53,2)	43 (6,9)	12,9	343 (54,7)	45 (7,2)	13,1
	15-29	738 (70,7)	69 (6,6)	9,3	745 (71,4)	99 (9,5)	13,3
	30-64	2665 (103)	355 (13,7)	13,3	2568 (99,2)	292 (11,3)	11,4
	65-79	1587 (200,9)	219 (27,7)	13,8	1594 (201,8)	206 (26,1)	12,9
	80+	954 (352,6)	119 (44)	12,5	992 (366,7)	126 (46,6)	12,7
SARS-CoV-2	0-4	801 (291,2)	26 (9,5)	3,2	736 (267,6)	23 (8,4)	3,1
	5-14	329 (52,4)	12 (1,9)	3,6	335 (53,4)	6 (1)	1,8
	15-29	755 (72,3)	7 (0,7)	0,9	760 (72,8)	7 (0,7)	0,9
	30-64	2764 (106,8)	47 (1,8)	1,7	2637 (101,9)	26 (1)	1,0
	65-79	1698 (215)	23 (2,9)	1,4	1723 (218,1)	22 (2,8)	1,3
	80+	1085 (401,1)	17 (6,3)	1,6	1112 (411)	19 (7)	1,7
Korona forkjølelsesvirus	0-4	407 (148)	33 (12)	8,1	374 (136)	26 (9,5)	7,0
	5-14	179 (28,5)	9 (1,4)	5,0	178 (28,4)	5 (0,8)	2,8
	15-29	445 (42,6)	36 (3,4)	8,1	399 (38,2)	21 (2)	5,3
	30-64	1390 (53,7)	103 (4)	7,4	1343 (51,9)	98 (3,8)	7,3
	65-79	674 (85,3)	34 (4,3)	5,0	665 (84,2)	45 (5,7)	6,8
	80+	348 (128,6)	6 (2,2)	1,7	336 (124,2)	18 (6,7)	5,4

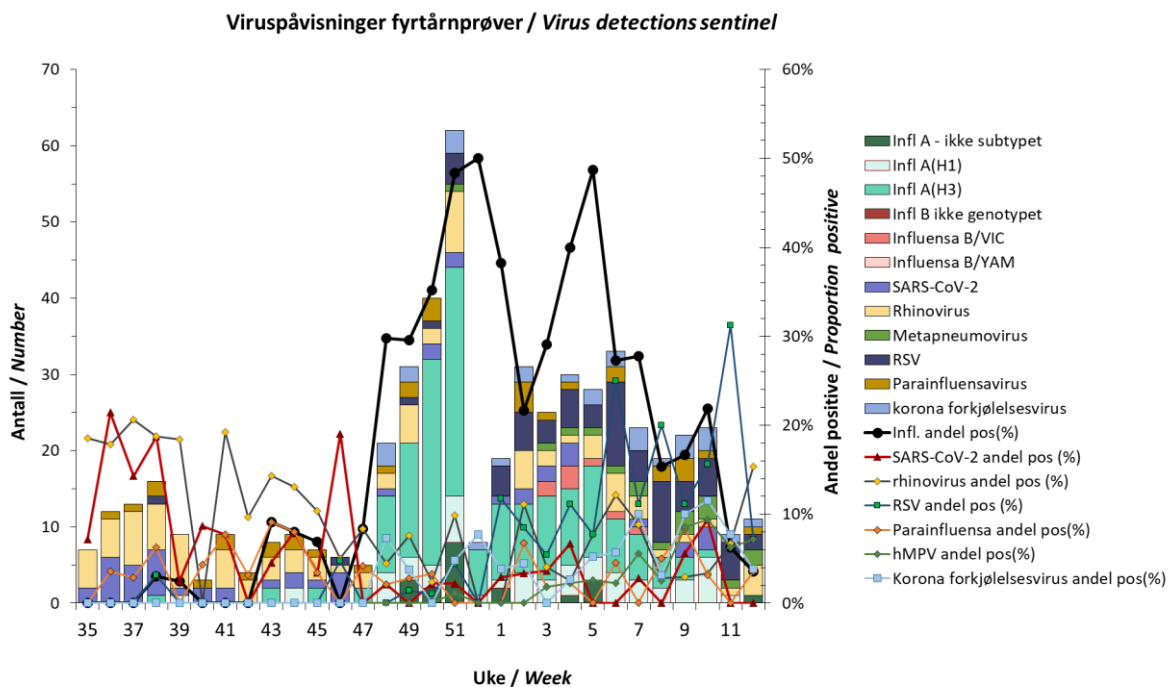
Luftveisvirus gjennom fyrtårnsystemet

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.

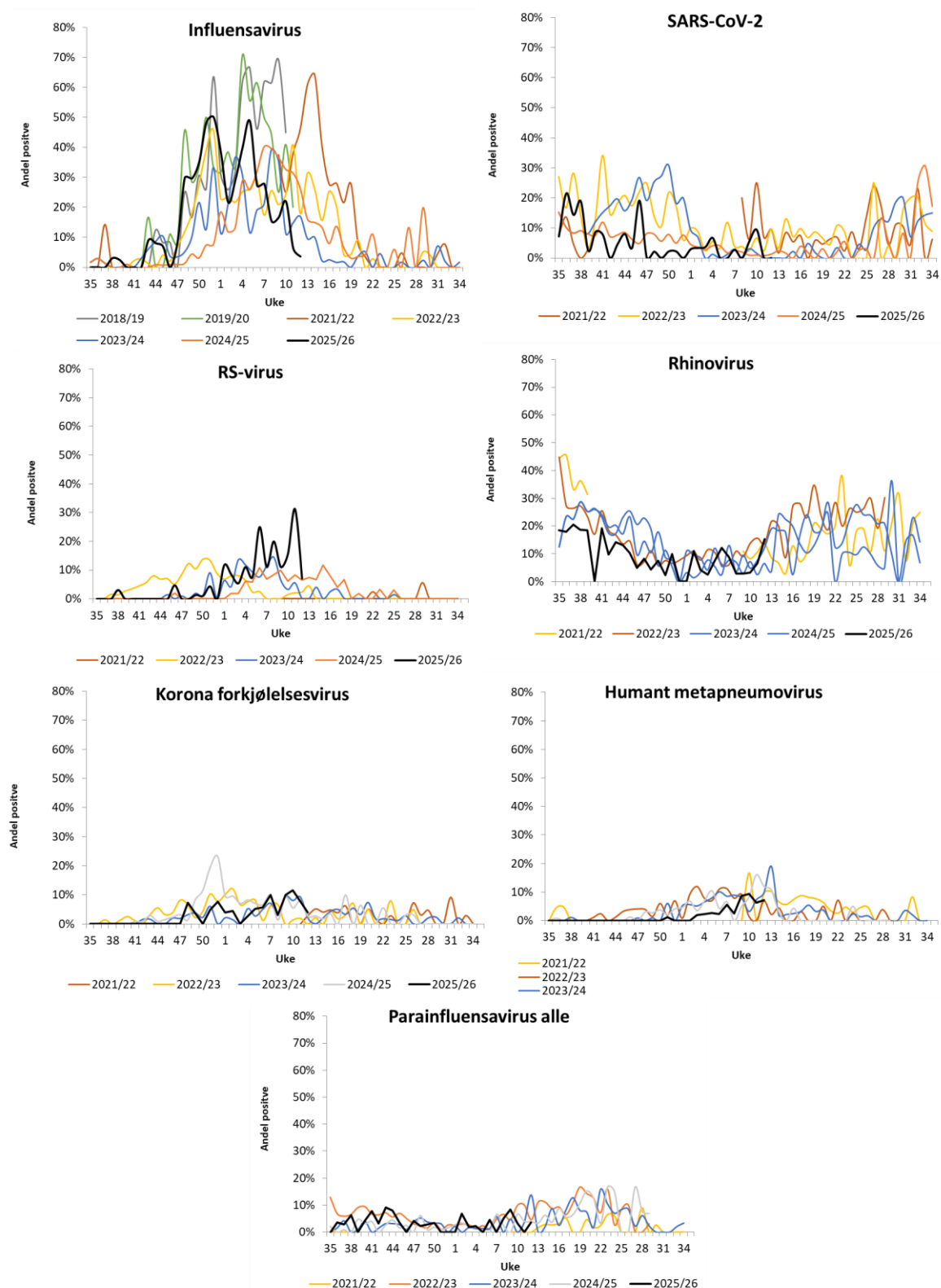
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 25. mars 2026.

For uke 12/2026 er det hittil analysert 28 fyrtårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking, mot 16 prøver i uke 11 (Figur 8, Tabell 4). Sammenslått for disse to ukene ble det påvist influensavirus A i 4,5 % av prøvene, RSV i 15 % og SARS-CoV-2 i 0 %. Siden starten av uke 35 (2025) er det analysert 1 145 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, steg markant i slutten av november (uke 48), og dominerte etter dette fram til midten av februar. En foreløpig topp ble passert i uke 51-52 med 50 % influenza A-positive, med fallende tendens til uke 2 og gjentatt økning til en ny topp i uke 5 og påfølgende fall. Den andre toppen besto i stor grad av influensatilfeller på Vestlandet hvor influensautbruddet ikke utviklet seg like tidlig som i andre deler av landet.

Blant de influenza A-positive har subtype H3 vært vanligst. Siden uke 35/2025 er det påvist 242 influenza A-virus, av disse er hittil 54 subtypet som H1 og 168 som H3. De siste to ukene med subtypedata (uke 10 & 11) har det imidlertid vært flest H1. I uke 10&11/2026 var det 7 H1 og 1 H3, mens 1 A-positiv fra uke 12/2026 venter på subtyping. Sesongens første påvisninger av influensavirus B i fyrtårnprøver kom i uke 3 (2026), med et fåtall påvisninger også i uke 4 – 7 (2026). I alt har det nå blitt 8 influenza B-funn, og de er alle identifisert som B/Victoria. I ukene etter nyttår har det vært noe mer RSV-påvisninger enn før jul. I tillegg er det påvist noe parainfluenzavirus, metapneumovirus, korona forkjølelsesvirus og enkelte tilfeller av andre luftveisvirus. Sammenlignet med tidligere sesonger skiller ikke funnene av de ulike luftveisvirusene seg vesentlig, med unntak av tidlig influensatopp (Figur 9).



Figur 8. Antall laboratoriebekreftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrstårnprøver fra uke 35 (2025) til og med uke 12 (2026), samt andel positive for en rekke luftveisvirus. Siste ukes data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.



Figur 9. Andel positive fyrtårnprøver denne sesongen (fra uke 35 (2025), svart linje), sammenlignet med seks foregående sesonger, for influenzavirus, SARS-CoV-2, RSV, rhinovirus, korona forkjølelsesvirus, humant metapneumovirus og parainfluenzavirus. Siste ukes data er ukomplette. Grunnet testpraksis under covid-19-pandemien var 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 (%) 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	7	8	9	10	11	12
Antall prøver	36	39	36	32	16	28
Influensavirus	28 %	15 %	17 %	22 %	6 %	4 %
Influenza A-virus	25 %	15 %	17 %	22 %	6 %	4 %
Influenza B-virus	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
SARS-CoV-2	3 %	0 %	6 %	9 %	0 %	0 %
RS-virus	11 %	20 %	11 %	16 %	31 %	7 %
Rhinovirus	9 %	3 %	3 %	3 %	7 %	15 %
Parainfluenzavirus	0 %	5 %	8 %	3 %	0 %	4 %
Humant metapneumovirus	6 %	3 %	9 %	9 %	6 %	7 %
Korona forkjølelsesvirus	8 %	3 %	8 %	9 %	6 %	4 %

Overvåking av virus

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

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

Resultatene i ukerapporten er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI, oppdatert 25 mars 2026.

Nasjonale overvåkingsdata om luftveisvirus er nå tilgjengelig på [FHIs dashboard for luftveisstatistikk](#).

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 influensasasjoner 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: [ERVIS](#)
- 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

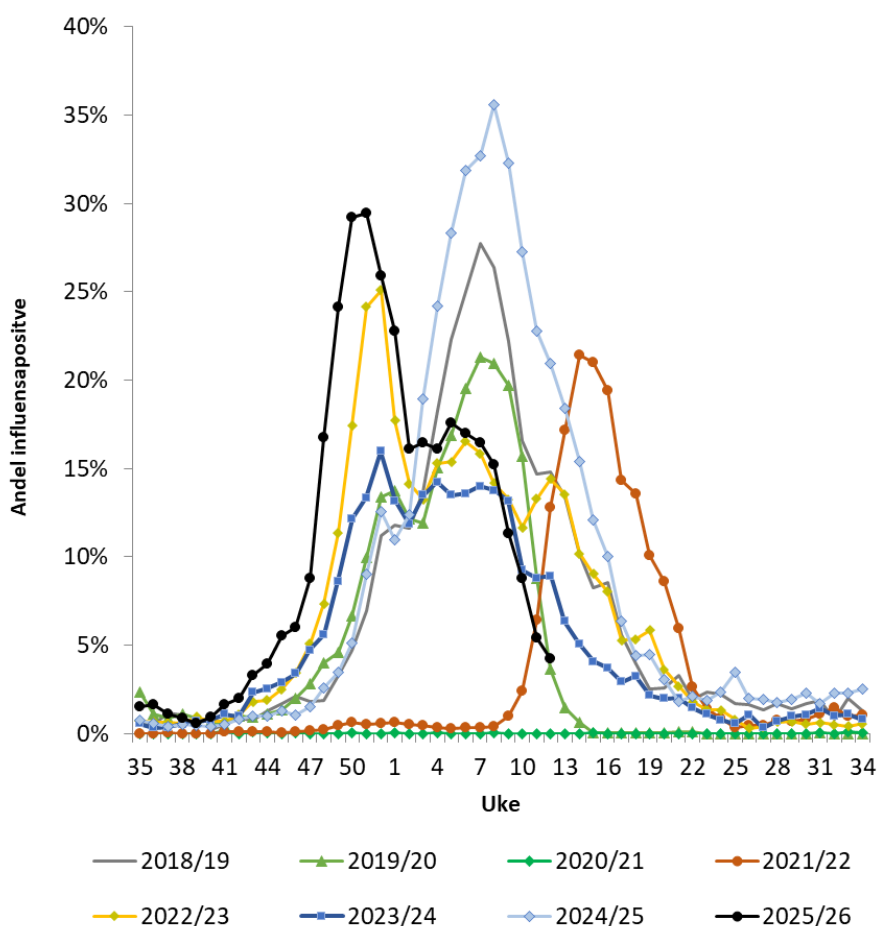
Siden uke 35 er prøver fra 237 085 pasienter undersøkt for influensavirus ved medisinsk mikrobiologiske laboratorier i Norge.

Forekomsten av påvist influensa holdt seg meget lav gjennom sommeren og tidlig høst, men med stigende tendens allerede siden uke 42. Den videre tilveksten skjedde i økende tempo fram til andelen influensapositive blant de testede nådde en foreløpig topp i uke 50-51, med 30 % positive. Andelen falt etter dette ned til 17 % i uke 2(2026), og lå i uke 3-7 på dette nivået. Det har vært en klart fallende tendens siden uke 8, og i uke 12 var andel positive nede på 4,2 % (Figur 10). I perioden er det påvist 28 168 influensavirus A og kun 397 influensavirus B.

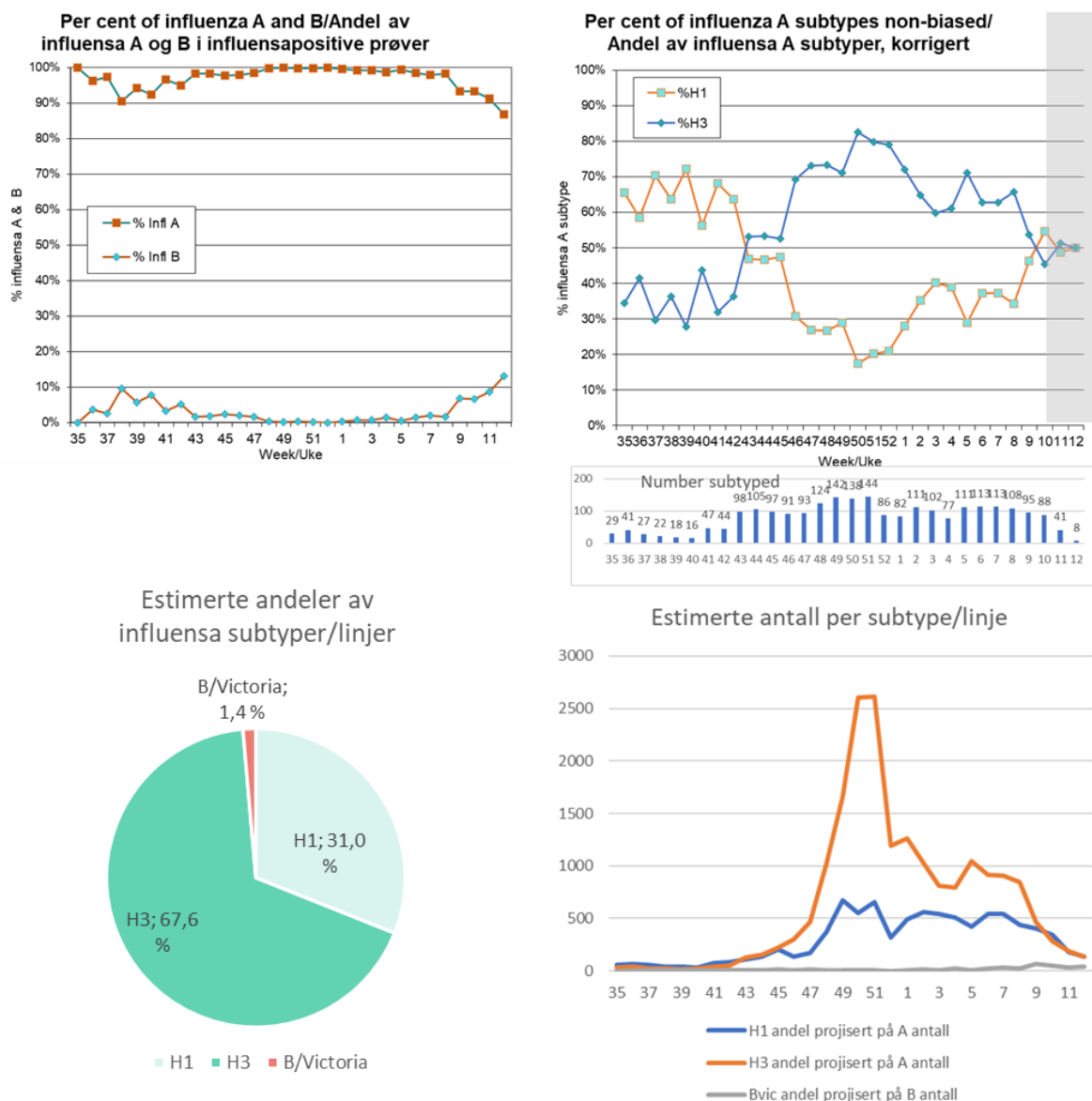
Med unntak av influensapandemien i 2009 som toppet seg i uke 44, er dette er den tidligste oppveksten av påvisninger vi har sett siden høsten 2003 da en driftet A(H3N2)-variant forårsaket et utbrudd som kulminerte i uke 49. Også fallet i påvisninger har skjedd forholdsvis tidlig.

Blant de 2 411 subtypede influensa A-virusene har det beveget seg fra en overvekt av H1 fram til uke 42 (2025), og deretter økende andel og flertall av H3, men overvekten av H3 avtok etter nyttår og siden uke 9 har frekvensen av H1 og H3 vært nokså lik på landsbasis (Figur 11).

Av 397 påviste influensa B-virus er foreløpig 85 linjebestemt til B/Victoria-linje virus, mens ingen har vært B/Yamagata. Ukentlige andeler av de ulike influensavirusene gjennom perioden er vist i Figur 11, 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 11, nederst). I følge en slik beregning er influensa A(H3N2) mest tallrik hittil (68 %), fulgt av A(H1N1) på 31 % og langt mindre B/Victoria (1,4 %).



Figur 10. Ukentlig andel prøver med influensaviruspåvisning nåværende og seks tidligere sesonger. Sesongene som har vært berørt av covid-19-pandemien (siden 2019/20) er markert med symboler på linjene. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.



Figur 11. Laboratiebekreftede influensatilfeller fra uke 35(2025), andel per type (øvre venstre) og influensa A subtype (øvre høyre). For influensa A subtyper er det sett bort fra prøver som kun er testet for én av subtypeene. Det aller meste av de viste subtypingene er dermed prøver som er oversendt til FHI og undersøkt ved referanselaboratoriet her. Minigrafen under subtypingene viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. 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. Det Kilde: MSIS Laboratedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Fordelingen av influensa A subtyper har vært ulik i de forskjellige delene av landet med størst forekomst av influensa A(H3) på deler av Østlandet og i Midt-Norge i starten, mens influensa A(H1) var i flertall på Vestlandet og i Finnmark og Troms. I løpet av desember og etter nyttår har det imidlertid skjedd en dreining mot mer A(H3) også i disse delene av landet, mens overvekten av H3 har avtatt i mange fylker som startet med H3-utbrudd (Tabell 5). Økningen av influensapåvisninger startet først i de delene av landet hvor H3 var i flertall tidlig.

Tabell 5. Fylkesvise andeler (%) influensa A subtyper H1 og H3 blant influensa A-prøver fra uke 40-52(2025) (venstre) og uke 1-12(2026) (høyre) oversendt til FHI. Andeler over 60 % er uthevet. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Fylke	Uke 40-52			Uke 1-12		
	Antall subtypet	%H1	%H3	Antall subtypet	%H1	%H3
Østfold	72	26 %	74 %	64	33 %	67 %
Akershus	235	17 %	83 %	171	47 %	53 %
Oslo	255	16 %	84 %	163	47 %	53 %
Vestfold	48	19 %	81 %	55	31 %	69 %
Telemark	20	25 %	75 %	34	21 %	79 %
Agder	30	17 %	83 %	69	20 %	80 %
Innlandet	72	36 %	64 %	58	41 %	59 %
Buskerud	55	35 %	65 %	46	39 %	61 %
Rogaland	99	58 %	42 %	124	25 %	75 %
Vestland	86	60 %	40 %	120	32 %	68 %
Møre og Romsdal	47	21 %	79 %	42	57 %	43 %
Trøndelag	102	21 %	79 %	101	47 %	53 %
Nordland	30	47 %	53 %	32	34 %	66 %
Troms	19	63 %	37 %	10	0 %	100 %
Finnmark	1	100 %	0 %	6	33 %	67 %
Norge	1171	28 %	72 %	1095	37 %	63 %

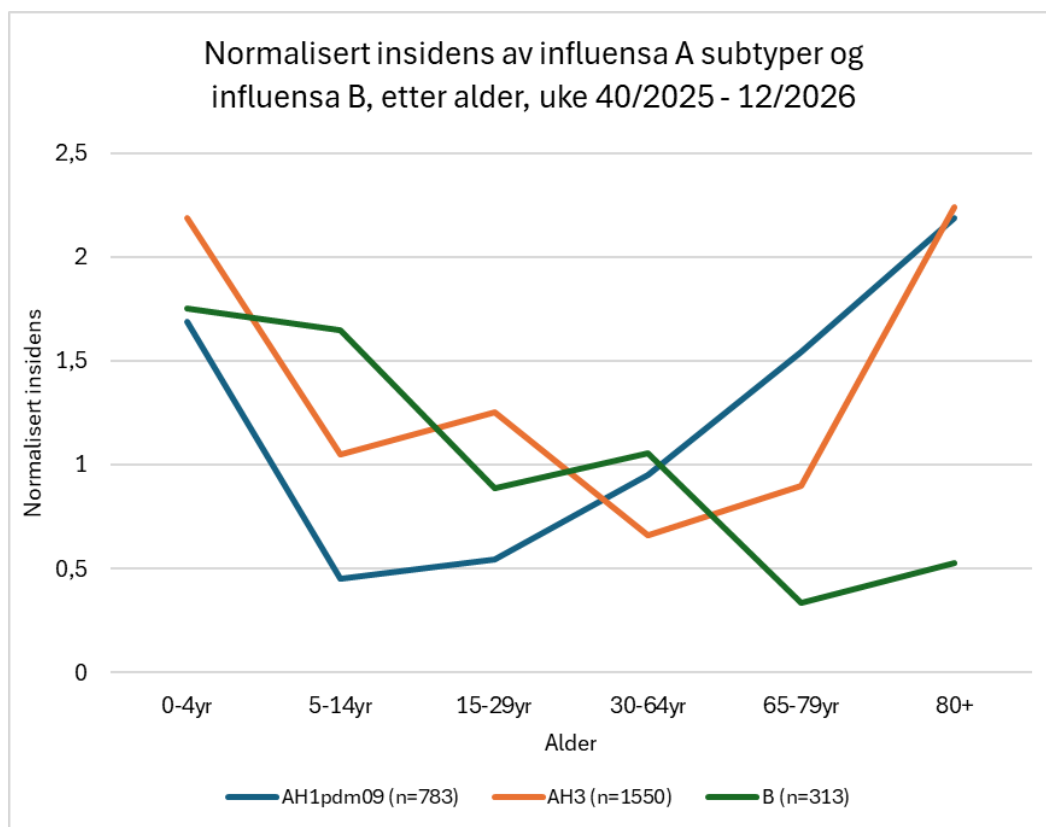
Tabell 6. Ukentlig andel (%) positive for influensa av testede pasienter, pr fylke. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen

År uke	Fylke														
	Østfold	Akershus	Oslo	Innlandet	Buskerud	Telemark	Vestfold	Agder	Rogaland	Vestland	Møre og Romsdal	Trøndelag	Nordland	Troms	Finnmark
202535	0,4 %	1,4 %	1,0 %	1,8 %	1,4 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	1,7 %	1,0 %	3,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
202536	0,3 %	0,9 %	1,9 %	0,6 %	0,0 %	0,7 %	1,1 %	1,3 %	0,6 %	0,9 %	3,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %
202537	1,1 %	1,3 %	2,4 %	0,3 %	0,8 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,9 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
202538	1,1 %	0,6 %	0,9 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	1,1 %	0,8 %	1,4 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
202539	0,5 %	0,8 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	1,1 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	1,2 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
202540	0,3 %	0,4 %	1,4 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %	1,2 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %	3,1 %	0,9 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %
202541	1,8 %	1,8 %	1,5 %	0,6 %	1,3 %	0,0 %	1,4 %	2,6 %	1,3 %	0,9 %	2,9 %	2,9 %	2,2 %	1,7 %	0,0 %
202542	0,6 %	1,4 %	2,5 %	3,3 %	2,5 %	1,3 %	1,6 %	1,5 %	2,0 %	1,6 %	2,7 %	3,2 %	1,0 %	1,0 %	2,5 %
202543	1,9 %	3,2 %	5,5 %	1,6 %	3,1 %	1,7 %	1,9 %	0,9 %	3,6 %	2,3 %	4,9 %	4,6 %	2,0 %	2,9 %	1,1 %
202544	3,7 %	4,7 %	8,2 %	1,4 %	3,5 %	1,0 %	3,0 %	2,4 %	2,4 %	3,0 %	5,2 %	5,1 %	1,0 %	0,8 %	3,3 %
202545	3,4 %	6,8 %	10,0 %	3,1 %	5,3 %	3,3 %	4,8 %	1,0 %	2,6 %	2,8 %	7,5 %	6,9 %	1,9 %	1,8 %	3,1 %
202546	6,3 %	7,3 %	10,2 %	3,3 %	2,9 %	3,0 %	3,0 %	2,3 %	2,2 %	3,1 %	7,8 %	10,0 %	4,2 %	5,5 %	1,0 %
202547	10,9 %	13,0 %	16,6 %	6,0 %	6,7 %	3,8 %	5,8 %	2,8 %	4,9 %	2,6 %	8,7 %	12,6 %	3,6 %	4,0 %	7,6 %
202548	19,5 %	23,0 %	27,8 %	15,2 %	15,9 %	6,0 %	9,4 %	7,4 %	7,5 %	6,1 %	20,9 %	17,1 %	16,1 %	10,9 %	5,6 %
202549	31,2 %	34,1 %	32,0 %	22,5 %	26,8 %	23,4 %	16,3 %	13,2 %	11,8 %	9,8 %	27,7 %	23,5 %	25,7 %	18,8 %	9,5 %
202550	36,4 %	37,6 %	32,9 %	35,8 %	31,6 %	26,9 %	26,4 %	16,0 %	18,5 %	16,9 %	28,5 %	30,9 %	31,0 %	26,8 %	15,5 %
202551	37,4 %	34,5 %	28,6 %	35,0 %	34,2 %	35,3 %	33,2 %	24,6 %	17,2 %	20,0 %	25,3 %	34,7 %	32,6 %	28,9 %	28,0 %
202552	24,2 %	26,3 %	25,6 %	36,4 %	35,6 %	29,4 %	22,6 %	21,6 %	16,8 %	18,3 %	25,2 %	36,8 %	28,2 %	28,4 %	31,3 %
202601	21,8 %	23,9 %	17,9 %	29,9 %	25,3 %	25,7 %	21,2 %	23,1 %	18,1 %	21,1 %	24,9 %	25,4 %	23,3 %	24,4 %	19,1 %
202602	15,7 %	11,7 %	16,0 %	19,2 %	15,2 %	18,1 %	16,5 %	23,3 %	14,5 %	15,6 %	13,5 %	17,8 %	15,3 %	17,8 %	20,2 %
202603	15,1 %	15,0 %	17,1 %	12,6 %	11,6 %	15,2 %	13,9 %	24,5 %	18,7 %	19,8 %	8,7 %	11,2 %	15,6 %	19,3 %	14,6 %
202604	11,8 %	14,2 %	15,4 %	11,9 %	12,3 %	7,6 %	11,3 %	25,6 %	20,1 %	21,7 %	12,4 %	11,5 %	11,2 %	13,5 %	12,1 %
202605	11,8 %	12,7 %	14,3 %	13,2 %	13,6 %	8,4 %	16,1 %	27,1 %	23,8 %	25,2 %	11,8 %	9,5 %	14,2 %	12,1 %	19,3 %
202606	15,2 %	9,4 %	12,1 %	11,9 %	9,1 %	10,2 %	11,5 %	28,3 %	23,8 %	27,2 %	10,4 %	10,6 %	12,0 %	13,3 %	14,7 %
202607	13,6 %	8,0 %	10,4 %	11,4 %	5,4 %	14,7 %	12,7 %	29,5 %	23,7 %	27,8 %	8,1 %	11,8 %	8,8 %	10,3 %	18,6 %
202608	14,9 %	7,9 %	8,7 %	10,3 %	7,2 %	8,0 %	6,2 %	27,0 %	24,8 %	25,9 %	7,6 %	10,6 %	11,8 %	8,2 %	11,7 %
202609	11,5 %	7,4 %	6,9 %	12,4 %	6,1 %	7,2 %	8,2 %	19,7 %	17,6 %	17,0 %	4,0 %	6,5 %	9,6 %	8,7 %	7,5 %
202610	10,0 %	6,2 %	5,7 %	7,4 %	6,7 %	4,1 %	6,0 %	14,9 %	11,5 %	11,2 %	5,4 %	6,4 %	10,9 %	8,7 %	10,4 %
202611	5,7 %	3,1 %	2,8 %	4,4 %	3,6 %	3,3 %	4,9 %	9,7 %	6,7 %	6,5 %	7,3 %	5,9 %	7,7 %	3,0 %	4,7 %
202612	4,1 %	3,2 %	3,9 %	3,6 %	4,4 %	2,9 %	5,2 %	5,4 %	3,7 %	4,4 %	3,6 %	5,7 %	5,7 %	2,7 %	3,2 %

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

År uke	Aldersgruppe, Type											
	0-4		5-14		15-29		30-64		65-79		80+	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
202535	0,6 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
202536	1,1 %	0,3 %	2,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,9 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
202537	1,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
202538	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,9 %	0,1 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
202539	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,8 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
202540	0,4 %	0,2 %	1,2 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %	0,7 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
202541	1,6 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	1,6 %	0,1 %	1,8 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
202542	1,5 %	0,4 %	3,5 %	0,3 %	2,1 %	0,1 %	1,7 %	0,0 %	2,3 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %
202543	1,3 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %	3,0 %	0,1 %	3,1 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %
202544	5,1 %	0,0 %	8,2 %	0,0 %	3,8 %	0,0 %	3,8 %	0,1 %	3,1 %	0,1 %	2,1 %	0,1 %
202545	4,2 %	0,0 %	11,5 %	0,0 %	8,0 %	0,4 %	4,3 %	0,1 %	3,7 %	0,1 %	3,2 %	0,0 %
202546	9,5 %	0,4 %	16,0 %	0,3 %	6,5 %	0,1 %	4,4 %	0,1 %	3,6 %	0,1 %	2,9 %	0,0 %
202547	13,6 %	0,4 %	26,1 %	0,2 %	10,3 %	0,1 %	7,0 %	0,2 %	4,5 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %
202548	18,1 %	0,0 %	35,4 %	0,0 %	25,5 %	0,0 %	12,9 %	0,1 %	11,4 %	0,0 %	9,4 %	0,0 %
202549	30,4 %	0,0 %	46,7 %	0,0 %	35,1 %	0,0 %	19,3 %	0,0 %	16,0 %	0,1 %	14,9 %	0,1 %
202550	37,0 %	0,0 %	50,1 %	0,0 %	39,2 %	0,0 %	24,7 %	0,2 %	21,9 %	0,0 %	18,9 %	0,0 %
202551	38,7 %	0,0 %	51,1 %	0,0 %	37,2 %	0,1 %	25,7 %	0,0 %	24,3 %	0,0 %	23,4 %	0,0 %
202552	31,3 %	0,0 %	42,1 %	0,0 %	34,4 %	0,0 %	24,7 %	0,0 %	22,2 %	0,0 %	23,8 %	0,0 %
202601	23,9 %	0,0 %	28,1 %	0,8 %	31,4 %	0,0 %	21,3 %	0,1 %	21,2 %	0,0 %	21,2 %	0,0 %
202602	18,4 %	0,2 %	21,4 %	0,3 %	24,7 %	0,1 %	14,5 %	0,1 %	13,3 %	0,0 %	13,4 %	0,1 %
202603	19,6 %	0,0 %	27,7 %	0,5 %	23,5 %	0,0 %	16,4 %	0,1 %	11,7 %	0,0 %	10,4 %	0,0 %
202604	14,9 %	0,0 %	32,8 %	0,2 %	22,4 %	0,2 %	15,3 %	0,2 %	11,3 %	0,1 %	10,8 %	0,0 %
202605	16,7 %	0,1 %	31,8 %	0,4 %	23,8 %	0,0 %	16,4 %	0,1 %	13,6 %	0,0 %	13,0 %	0,0 %
202606	14,0 %	0,1 %	28,4 %	0,4 %	20,5 %	0,5 %	15,8 %	0,2 %	15,8 %	0,0 %	13,1 %	0,0 %
202607	12,8 %	0,0 %	22,8 %	1,1 %	21,6 %	0,4 %	15,7 %	0,4 %	14,4 %	0,0 %	14,4 %	0,0 %
202608	10,3 %	0,0 %	24,5 %	0,9 %	19,7 %	0,5 %	14,5 %	0,2 %	14,3 %	0,1 %	13,4 %	0,0 %
202609	10,9 %	0,6 %	17,3 %	3,3 %	13,6 %	0,7 %	9,8 %	0,7 %	9,7 %	0,0 %	8,6 %	0,0 %
202610	6,3 %	0,0 %	9,1 %	2,8 %	10,4 %	0,6 %	7,8 %	0,6 %	8,3 %	0,1 %	7,9 %	0,0 %
202611	4,8 %	0,4 %	6,0 %	1,8 %	5,3 %	0,1 %	4,5 %	0,6 %	5,3 %	0,1 %	5,0 %	0,1 %
202612	3,5 %	1,2 %	6,0 %	1,5 %	3,3 %	1,2 %	3,5 %	0,5 %	4,3 %	0,0 %	2,7 %	0,2 %

Aldersprofilen for påviste influensa A subtyper er forskjellig for subtype H1 og H3, med størst innslag hos de aller yngste og eldste for H3 og særlig lavt innslag av H1 i gruppen 5-29 år. For influensa B er det grovt sett avtagende innslag med økende alder (Figur 12).



Figur 12. Antall subtypepåvisninger per 10 000 befolkning i ulike aldersgrupper, blant influensa A-positive prøver oversendt til FHI. Grafen for influensa B inkluderer påvisninger fra alle laboratorier. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

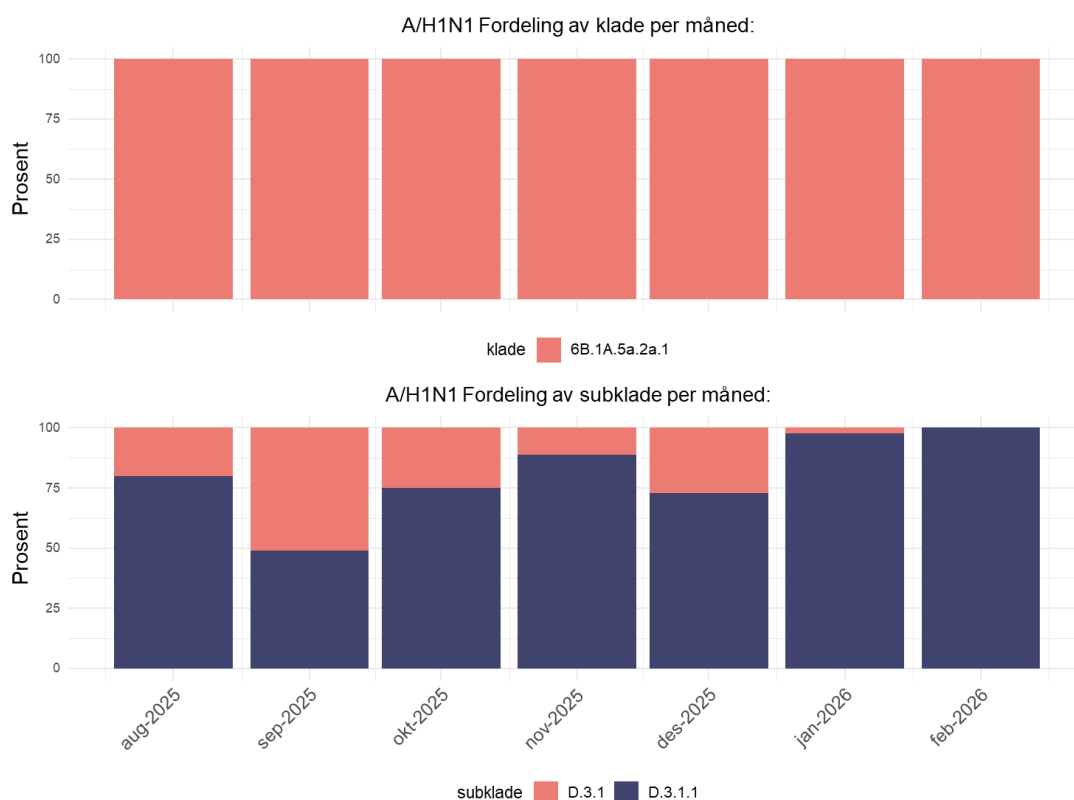
Genetisk karakterisering av influensavirus

Virusene karakteriseres for å undersøke hvilke undergrupper av virus som sirkulerer i Norge, hvordan virusene sprer seg, om virusene passer med vaksinen og om det oppstår resistensmutasjoner mot antiviralia for behandling. Interaktive fylogenetiske sammenstillinger av norske virus som er sekvensert er tilgjengelig i FHIs egen Nextstrain portal: <https://nextstrain.org/groups/niph> og andre dataene er tilgjengelig i FHIs egen statistikk nettside: <https://statistikk.fhi.no/ngs/>

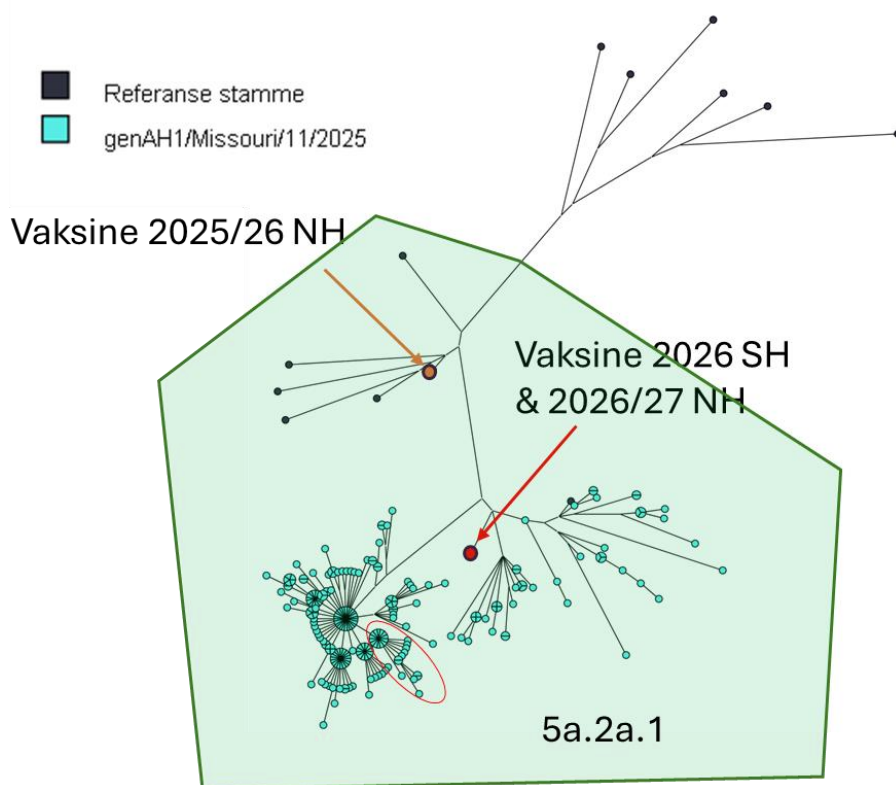
Så langt i 2025/26-sesongen har vi sekvensert 601 influensavirus: 232 A/H1N1, 353 A/H3N2, og 16 B/Victoria.

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 de nyere subklade D.3.1.1, som har sirkulert siden våren/sommeren 2025, og som har nøkkelsubstitusjonene A139D, E283K og K302E. De nyeste H1N1 virusene tilhører D.3.1.1. og har tilleggssubstitusjoner in neuraminidasegenet NA:Y155H markert med rød sirkel i den fylogenetiske sammenstillingen (Figur 14). Les mer om vurdering av denne mutasjonen under avsnitt om Resistens mot antivirale midler.



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

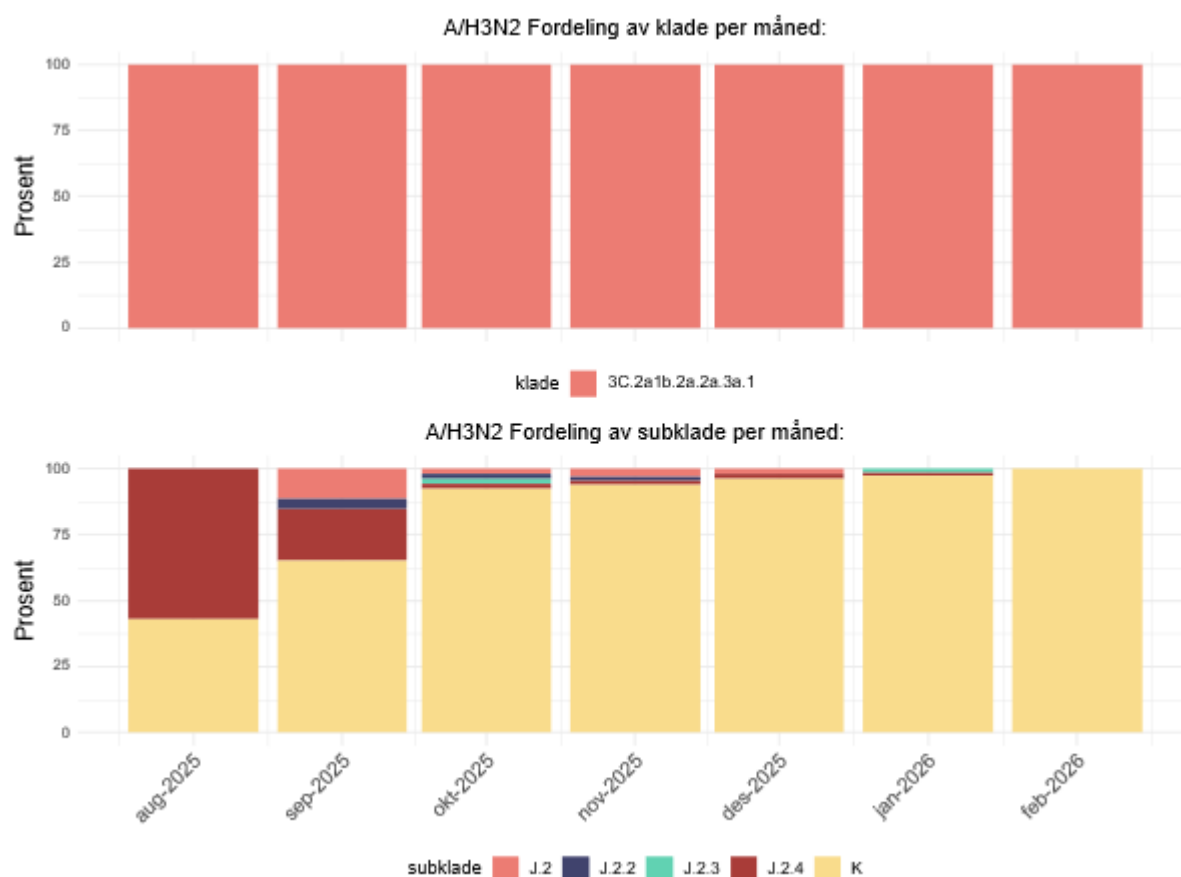


Figur 14. Fylogenetisk sammenstilling av A/H1N1-virus i Norge i sesongene 2025/26. Maximum parsimony-tre basert på helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutininsekvensen til H1N1-influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for den nordlige halvkule (NH) og den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

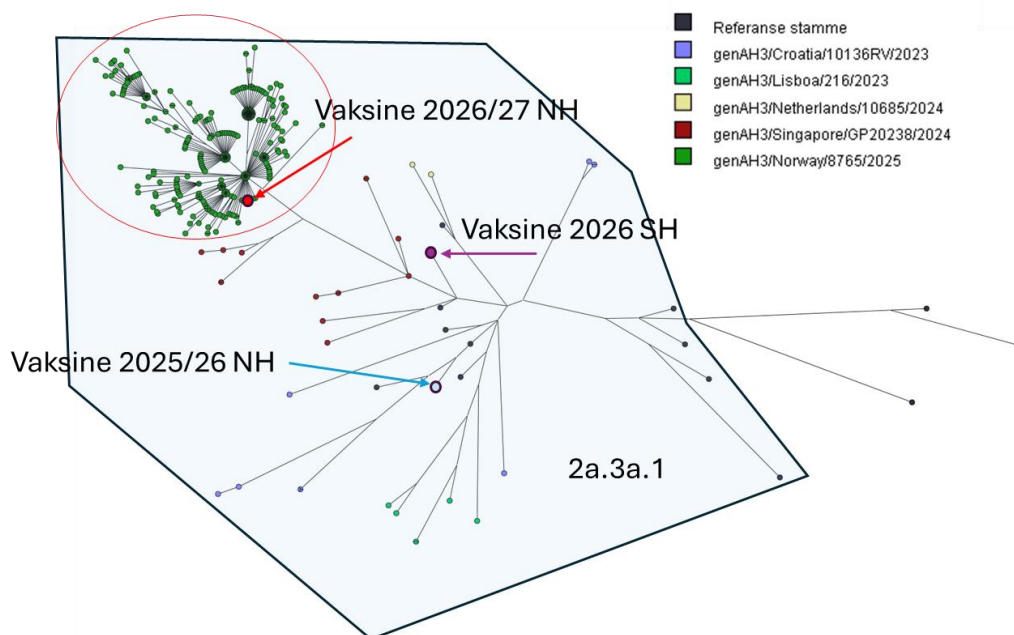
A/H1-vaksinekomponenten for vintersesongen 2025/26 på den nordlige halvkule tilhører også samme klade og er basert på et A/Victoria/4897/2022-lignende 6B.1A.5a.2a.1-virus i subklade D. Verdens helseorganisasjon (WHO) har i midlertidig oppdatert A/H1-vaksinekomponenten for den sørlige og nordlige halvkules neste vintersesong (2026/2027) til en A/Missouri/11/2025-subklade D.3.1 for bedre dekning av de nyere D.3.1- og D.3.1.1-variantene.

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 hemagglutinin. En videre mutert undervariant, K, med ekstra nøkkelmutasjoner K2N, N158D og Q173R utgjør nå den største delen av A/H3N2-påvisningene i Norge (Figur 15, Figur 16, Tabell 8). K-virusene er markert med rød sirkel i den fylogenetiske sammenstillingen (Figur 16).



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



Figur 16. Fylogenetisk sammenstilling av 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.

For sesongen 2025/26 for den nordlige halvkule ble vaksinekomponenten valgt som et A/Croatia/10136RV/2023-liknende virus, som tilhører klade 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 og subklade J.2. Dette viruset tilhører den samme kladen av A/H3N2-virus som sirkulerer i Norge nå.

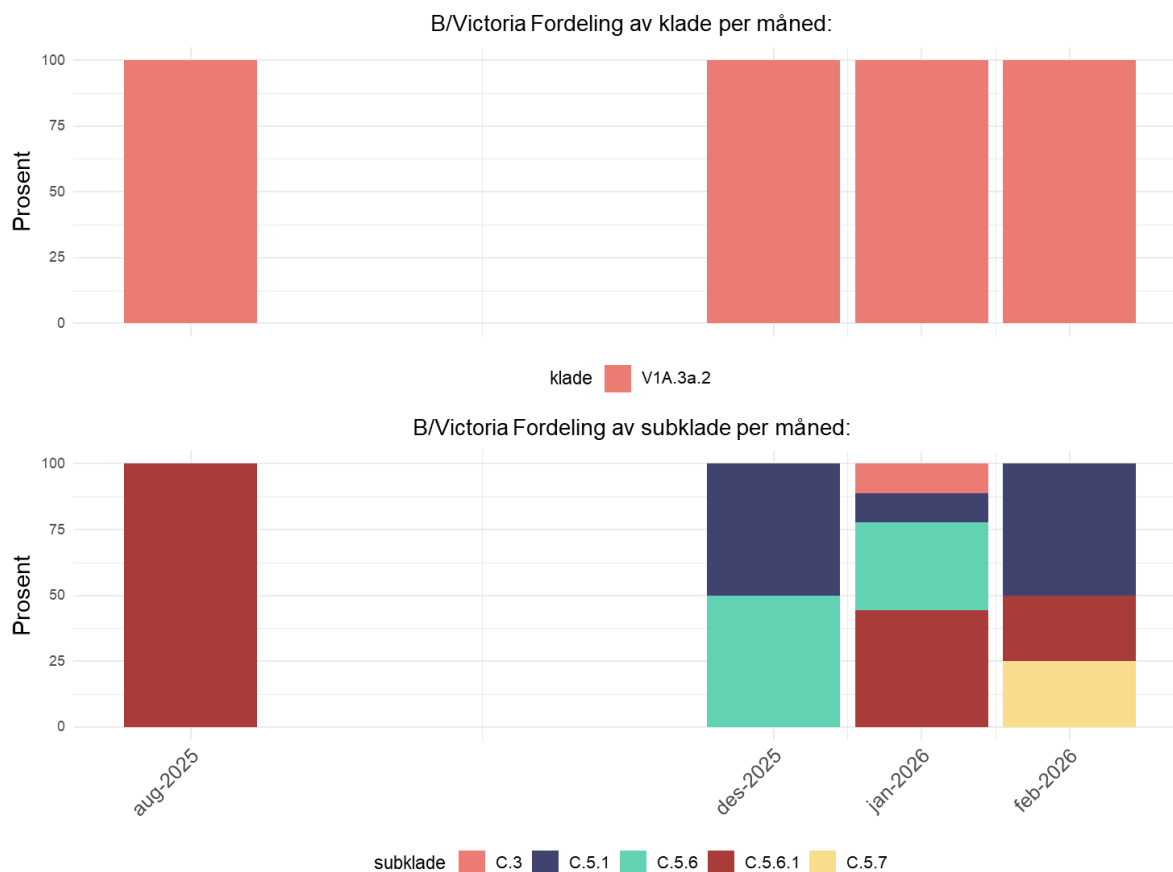
WHO anbefalte i september 2025 en [oppdatering av A/H3N2-komponenten i influensavaksinen for den sørlige halvkule 2026](#) sesong til et representativt virus fra subklade J.2.4 (A/Singapore/GP20238/2024-liknende). Dette ble gjort som respons på fremveksten av virus fra subklade J.2.4.1, som har akkumulert mange antigene mutasjoner. J.2.4.1 ble senere omdøpt til subklade K og har raskt blitt dominerende i løpet av den pågående sesongen 2025/26. I respons til dette har WHO på sitt [vaksinemøte i februar 2026 besluttet å oppdatere vaksinekomponenten for H3N2 for den nordlige halvkule for sesongen 2026/27 til et representativt virus fra subklade K](#) (A/Darwin/1454/2025-liknende).

Preliminære analyser av beskyttende effekt av influensavaksinen for 2025/26 sesongen mot k-varianten er på linje med tidligere sesongers vaksineeffekt mot andre A/H3N2 virus.

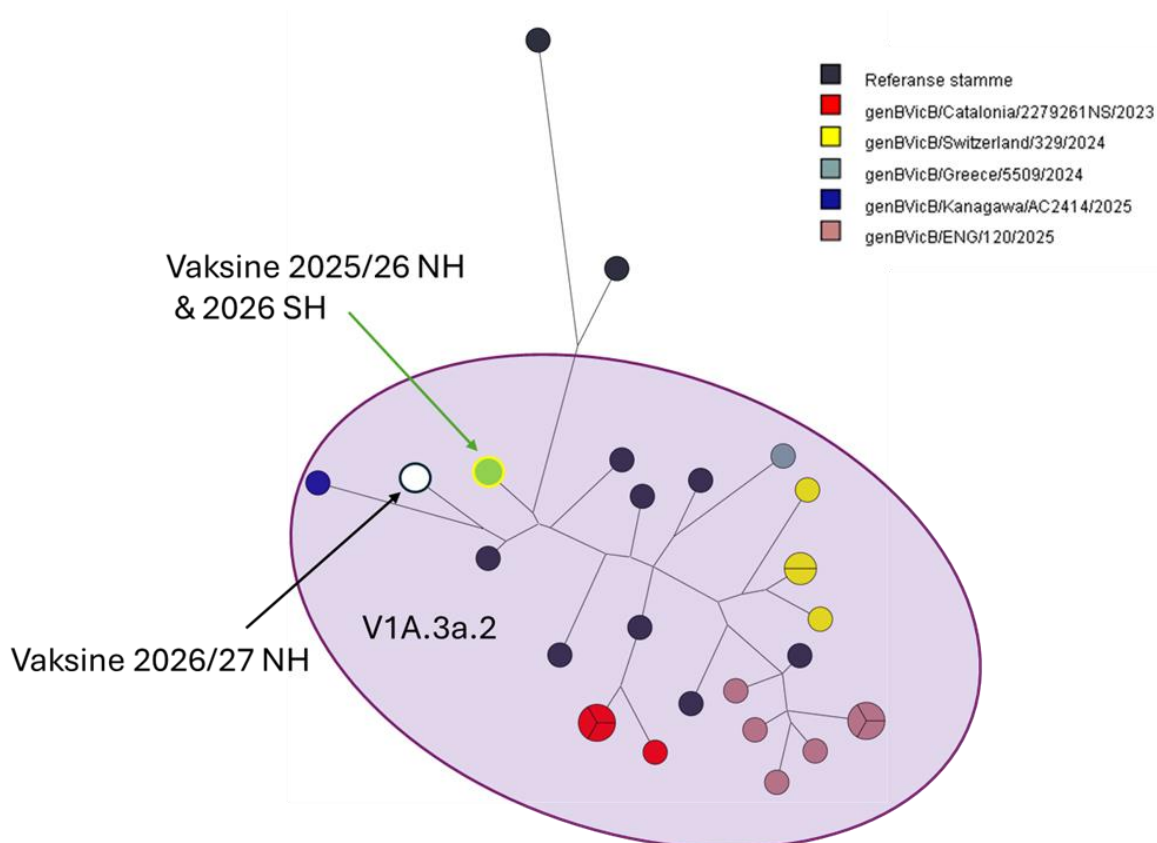
For detaljert informasjon om vaksineeffekten, se seksjonen Vaksineeffekt (VE) i denne rapporten.

B/Victoria-virus

Så langt denne sesongen er det kun blitt sekvensert 16 influensa B/Victoria-virus, og disse tilhørte kladen V1A.3a.2 med subkladene C.5.1, C.5.6, C.5.6.1, C.5.7 and C.3 (Figur 17, Figur 18 og Tabell 8).



Figur 17. Fordeling av klade og subklade for B/Victoria -virusene i Norge, sesongen 2025/26. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 18. Fylogenetisk sammenstilling av B/Victoria-virus i Norge i sesongene 2025/26. Maximum parsimony-tre basert på helgenomsekvensering. Figuren viser hvordan hemagglutininsekvensen til B/Victoria influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for den nordlige halvkule (NH) og den sørlige halvkule (SH), fargekodet etter ECDC-rapporteringskategorier. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

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 antigenisk forskjellige C.3.1-subkladen, samtidig som den opprettholder god dekning av C.5 subvariantene.

Tabell 8. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus fra Uke 35 2025, klade og subklade. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

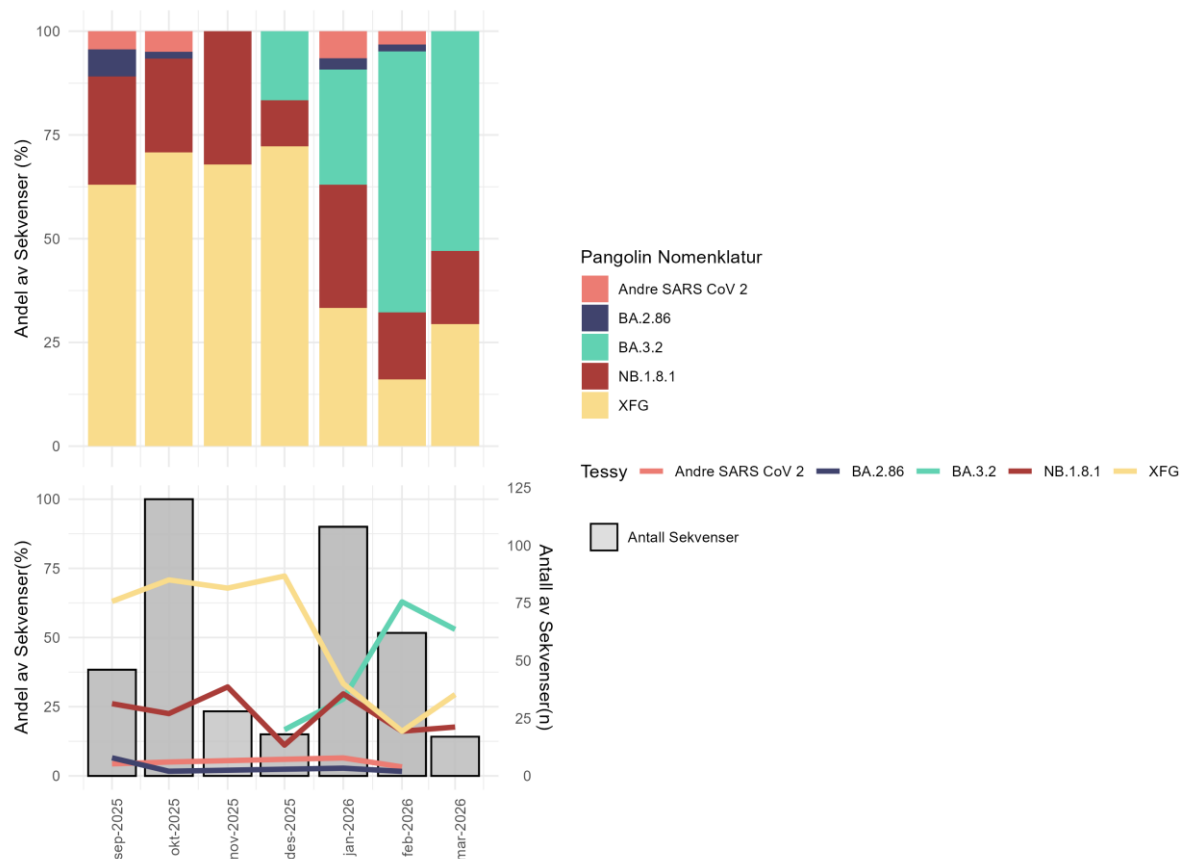
WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	des-2025	jan-2026	feb-2026	Total
A/H1N1	-	-	11	46	4	232
genAH1/Missouri/11/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1	3 (27.3%)	1 (2.2%)	0 (0%)	48
genAH1/Missouri/11/2025	6B.1A.5a.2a.1	D.3.1.1	8 (72.7%)	45 (97.8%)	4 (100%)	184
A/H3N2	-	-	52	71	11	353
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	1 (1.9%)	0 (0%)	0 (0%)	9
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4
genAH3/Netherlands/10685/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.3	0 (0%)	1 (1.4%)	0 (0%)	2
genAH3/Singapore/GP20238/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.4	1 (1.9%)	1 (1.4%)	0 (0%)	14
genAH3/Norway/8765/2025	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	K	50 (96.2%)	69 (97.2%)	11 (100%)	324
B/Victoria	-	-	2	9	4	16
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5.1	1 (50%)	1 (11.1%)	2 (50%)	4
genBVicB/Greece/5509/2024	V1A.3a.2	C.5.7	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	1
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6	1 (50%)	3 (33.3%)	0 (0%)	4
genBVicB/Kanagawa/AC2414/2025	V1A.3a.2	C.3	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	1
genBVicB/ENG/120/2025	V1A.3a.2	C.5.6.1	0 (0%)	4 (44.4%)	1 (25%)	6

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

Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

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

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

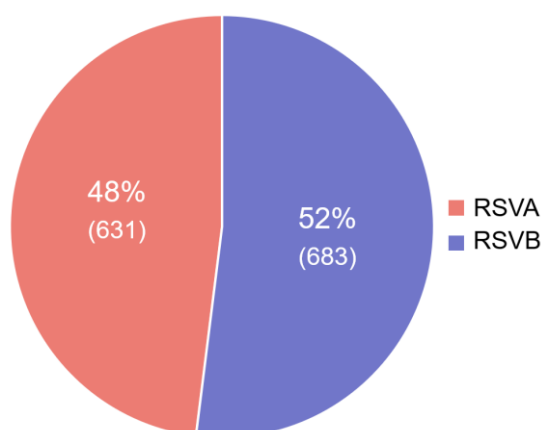


Figur 19. Fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hoved varianter. De grå stolpene i midterste figur representerer antall sekvenser per måned, mens linjene viser den dominerende undertypen for hver periode. Vær oppmerksom på at i perioder med lavt antall sekvenser kan dataene endres på grunn av større usikkerhet. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

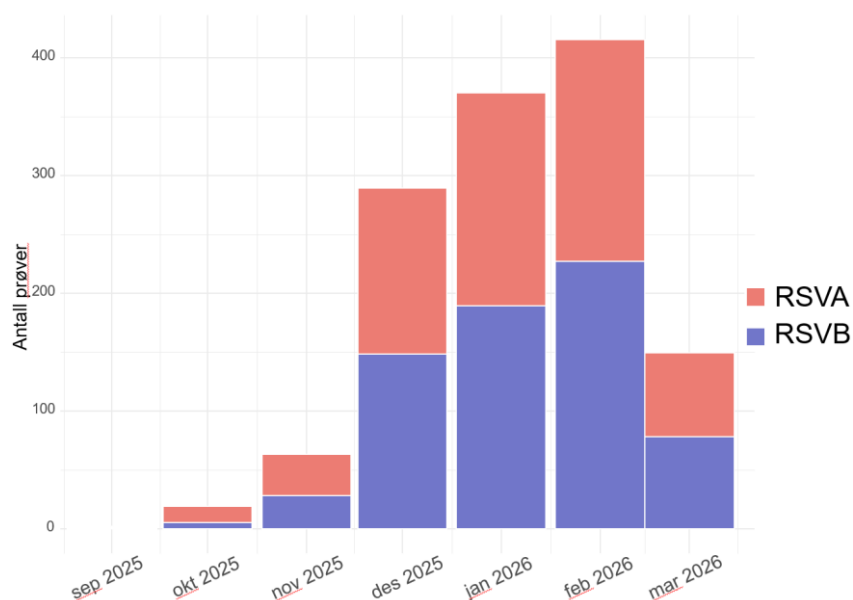
Sirkulerende RS-virus i Norge

Dette kapitlet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 25. mars 2026

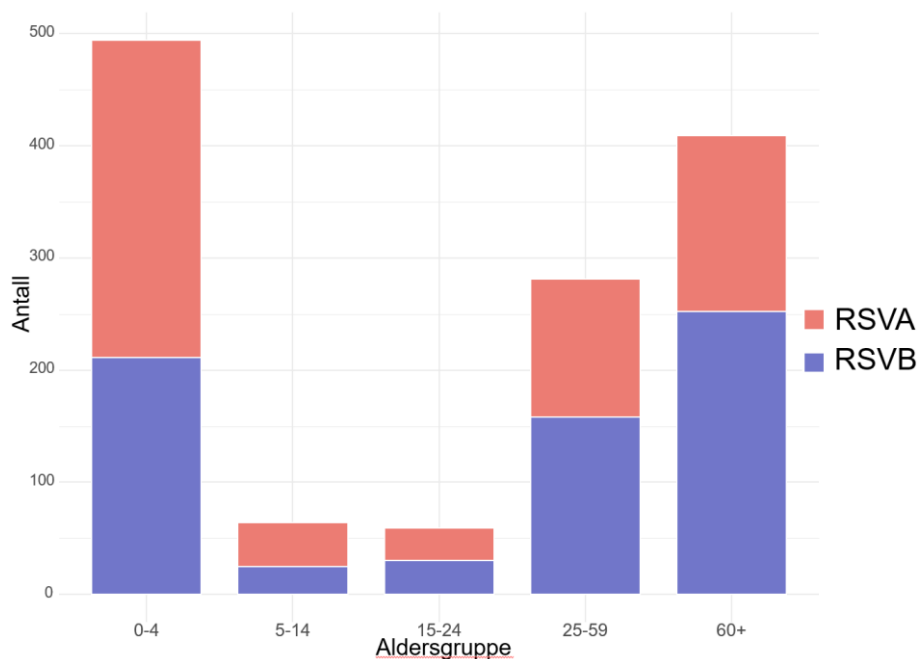
For 2025/26 sesongen så er 631 RS-virus prøver typet til RSV A og 683 prøver typet til RSV B. Tidlig i sesongen var det en overvekt av RSV A i typede prøver, men siden starten av 2026 så har de vært en liten overvekt RSV B. Barn i alderen 0-4 år utgjør gruppen med flest typede prøver, etterfulgt av den eldste aldersgruppa på 60 år og eldre. For de yngste barn har det vært en overvekt av RSV A, mens det har vært noe mer RSV B i prøver fra eldre.



Figur 20. Fordeling av RSV A og B i prøver typet ved FHI i løpet av hele 2025/26 sesongen.

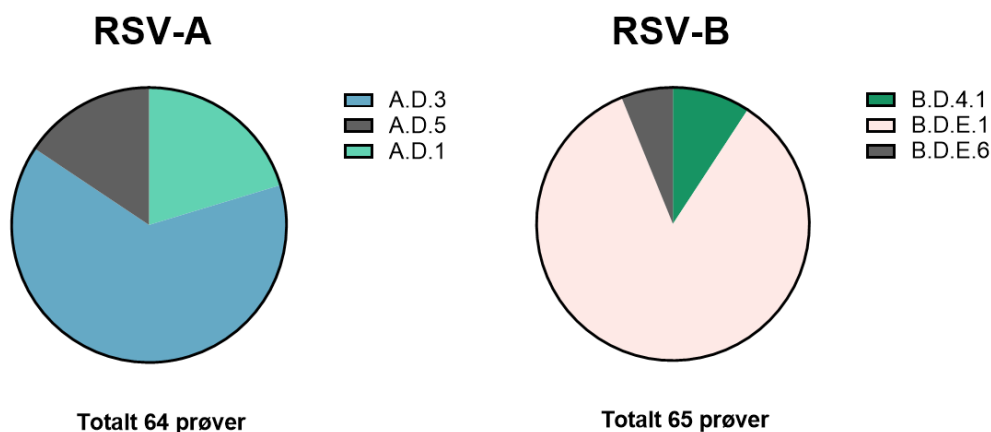


Figur 21. Fordeling av RSV A og B i prøver typet ved FHI fordelt på måned for prøvetakning.



Figur 22. Fordeling av RSV A og B i prøver typet ved FHI fordelt på aldersgruppe for hele 2025/26 sesongen.

Genetisk analyse ved helgenomsekvensering av et utvalg på totalt 129 RS-virus prøver fra 2025/26 sesongen viser at det er RSV B klade B.D.E.1 og RSV A kladen A.D.3 som klart dominerer. For RSV A er det også noe sirkulasjon av kladene A.D.1 og A.D.5, mens det for RSV B også er identifisert enkelte prøver tilhørende kladene B.D.4.1 og B.D.E.6.



Figur 23. Genetisk karakterisering 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.

Influensavirus

Så langt i sesongen har 583 influensavirus blitt undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett influensa A H1N1-virus har vist en genetisk markør for resistens mot oseltamivir og zanamivir med en I223R-mutasjon i neuraminidasegenet. Prøven ble tatt i uke 38 (2025) og pasienten har ukjent antiviral bruk. Ingen virus var resistent mot baloxavir. Nesten halvparten av H1N1-virusene i det siste sekvenseringsoppsettet viste tilstedeværelse av NA Y155H-mutasjonen, som i tidligere sesong H1N1 influensavirus før pandemien i 2009 induserte resistens mot oseltamivir (Tamiflu®) og zanamivir. Studier på postpandemisk H1 influensa, H1N1pdm09 virus, har indikert at mutasjonen ikke har samme effekt på disse virusene. Fenotypiske resistensanalyser utført ved FHI har nå bekreftet at det ikke er noen resistens forbundet med denne mutasjonen.

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

SARS-CoV-2

Majoriteten av omikron-variantene som sirkulerer nå (XFG, NB.1.8.1 og BA.3.2) er, basert på mutasjonsprofilene, resistente mot monoklonal antistoffbehandling med Evusheld® (tixagevimab/cilgavimab). I tillegg viser noen av disse variantene resistens mot bebtelovimab (grad av resistens kan avhenge av mutasjonsprofil), men ingen resistens er funnet mot Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir). Resistens får konsekvenser for behandlingsmuligheter av alvorlig syke og fremhever behovet for tilgjengelige antiviralia for behandling.

Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon

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

Resultatene er basert på et datasett fra Vesuv oppdatert 24. mars 2026.

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

Antatt smittestoff	Uke 12 (2026)			Totalt fra og med uke 35 (2025)		
	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	2	0	7
Influenzavirus	1	1	4	39	37	338
Parainfluenzavirus	0	0	0	1	1	4
RS-virus	1	1	5	4	3	38
Rhinovirus	0	0	0	2	2	22
SARS-CoV-2	0	0	0	17	17	137

Sykehusinnleggelser

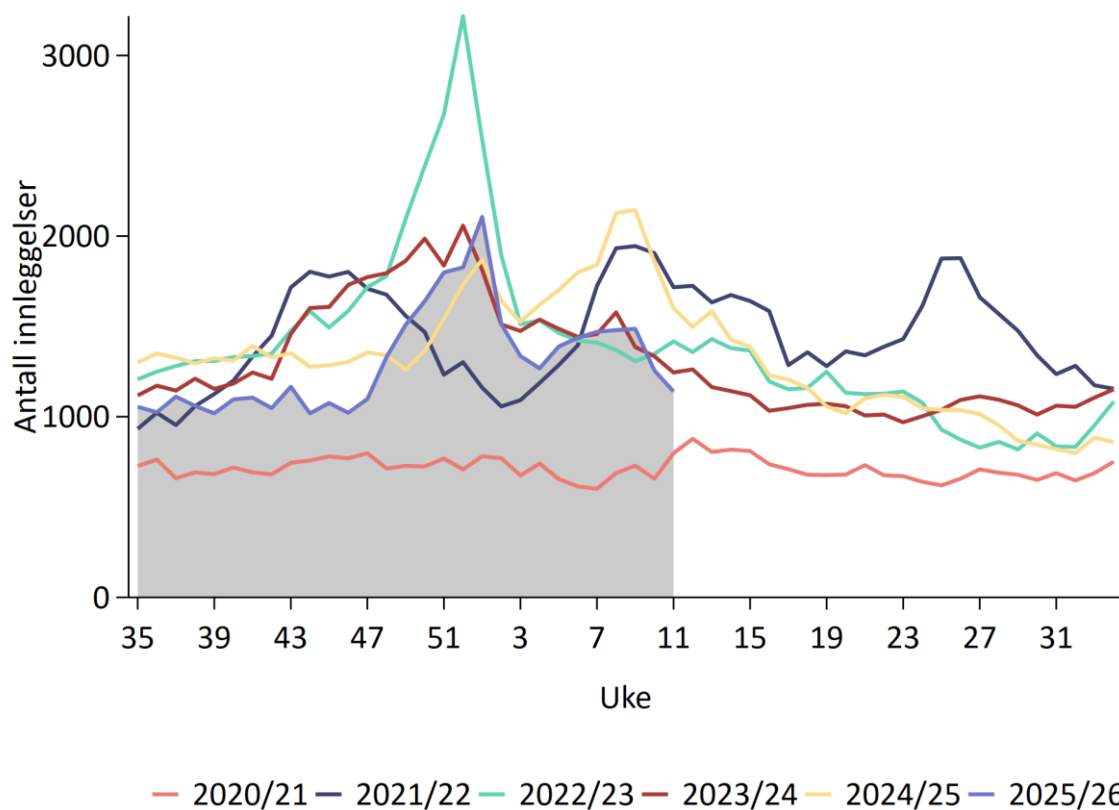
Fra og med vintersesongen 2025/26 er overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner som registreres i sykehusenes journalsystemer. ICD-10-diagnosekodene inkludert i overvåkingen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

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

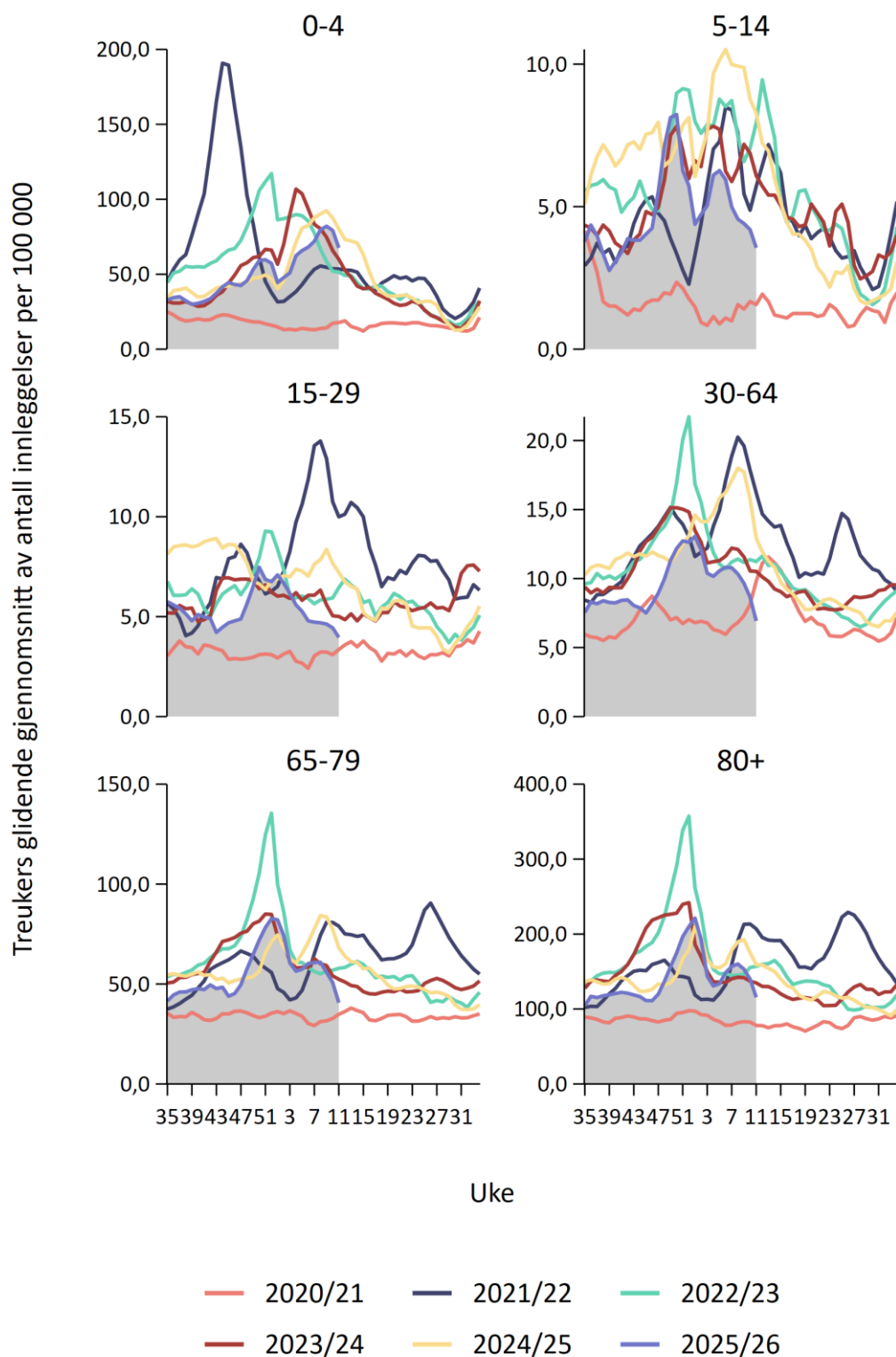
I tilfelle dataene fra NPR ikke er tilgjengelig eller hvis de er ukomplette, kan sykehusinnleggelser med spesifikke luftveisinfeksjoner også overvåkes ved hjelp av data fra MSIS-laboratoriedatabase alene. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter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

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

Innleggelser med luftveisinfeksjon



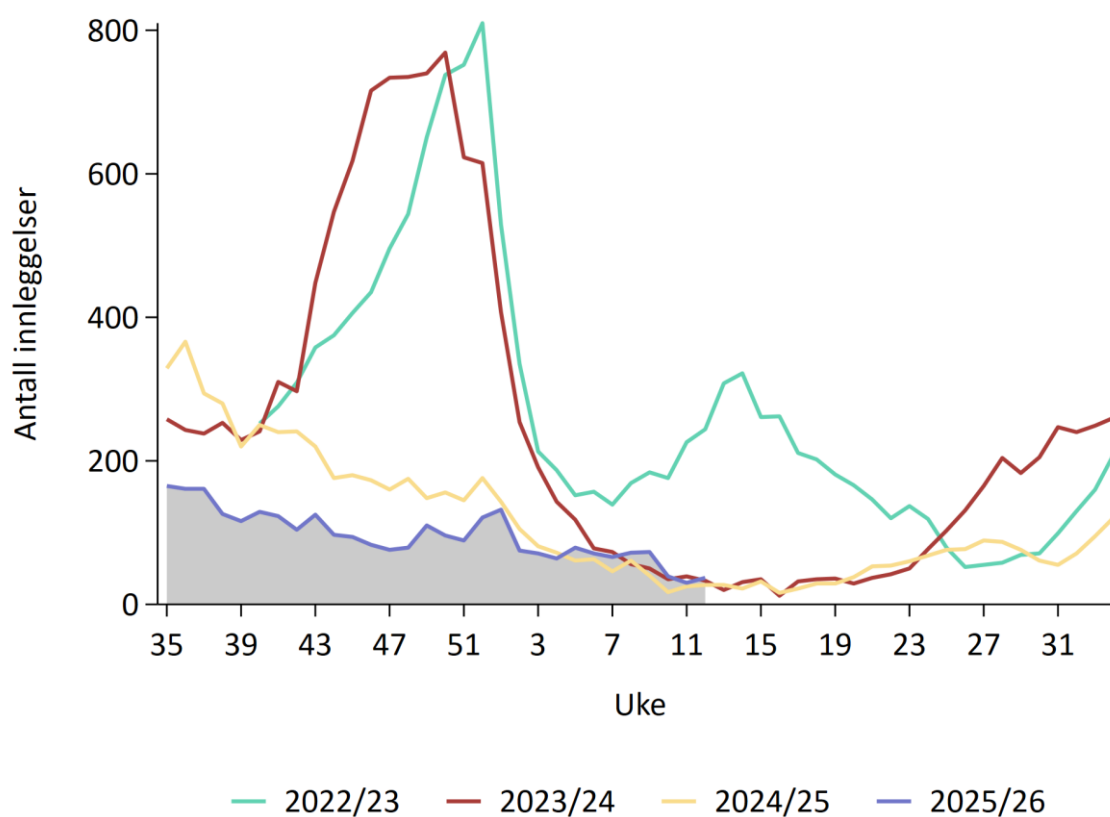
Figur 24. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke og sesong, 24.08.2020 – 15.03.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19.



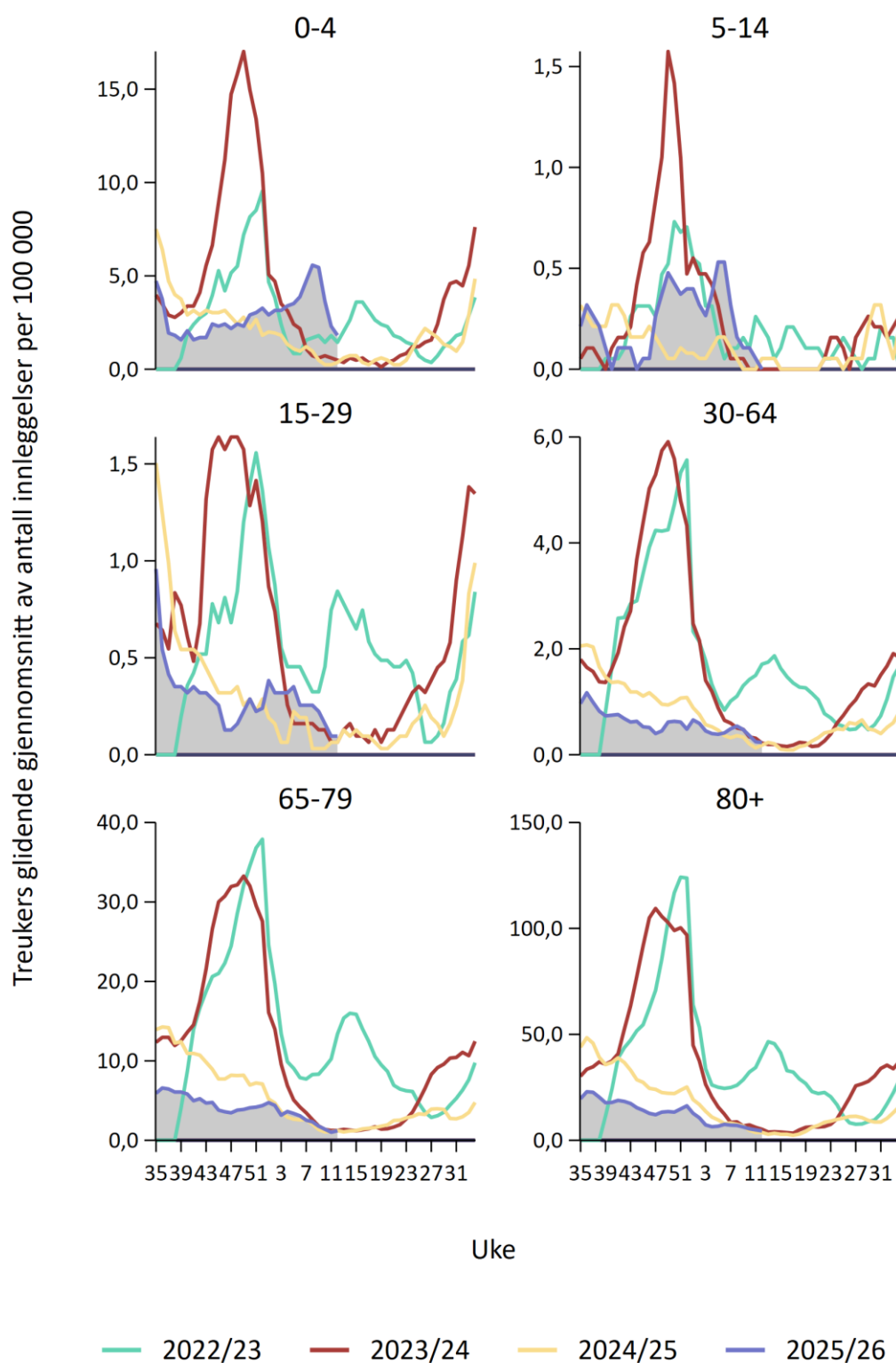
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 25. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med luftveisinfeksjon per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 15.03.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19.

Sykehusinnleggelser med covid-19



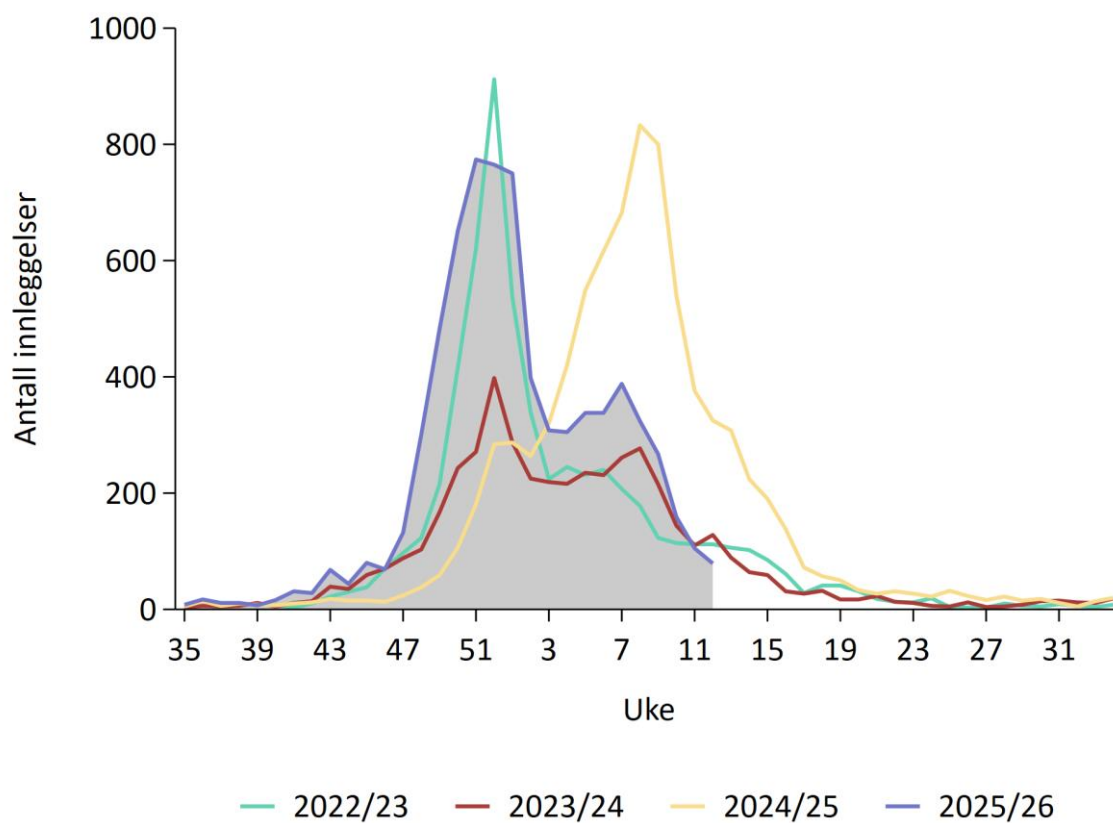
Figur 26. Antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 29.08.2022 – 22.03.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



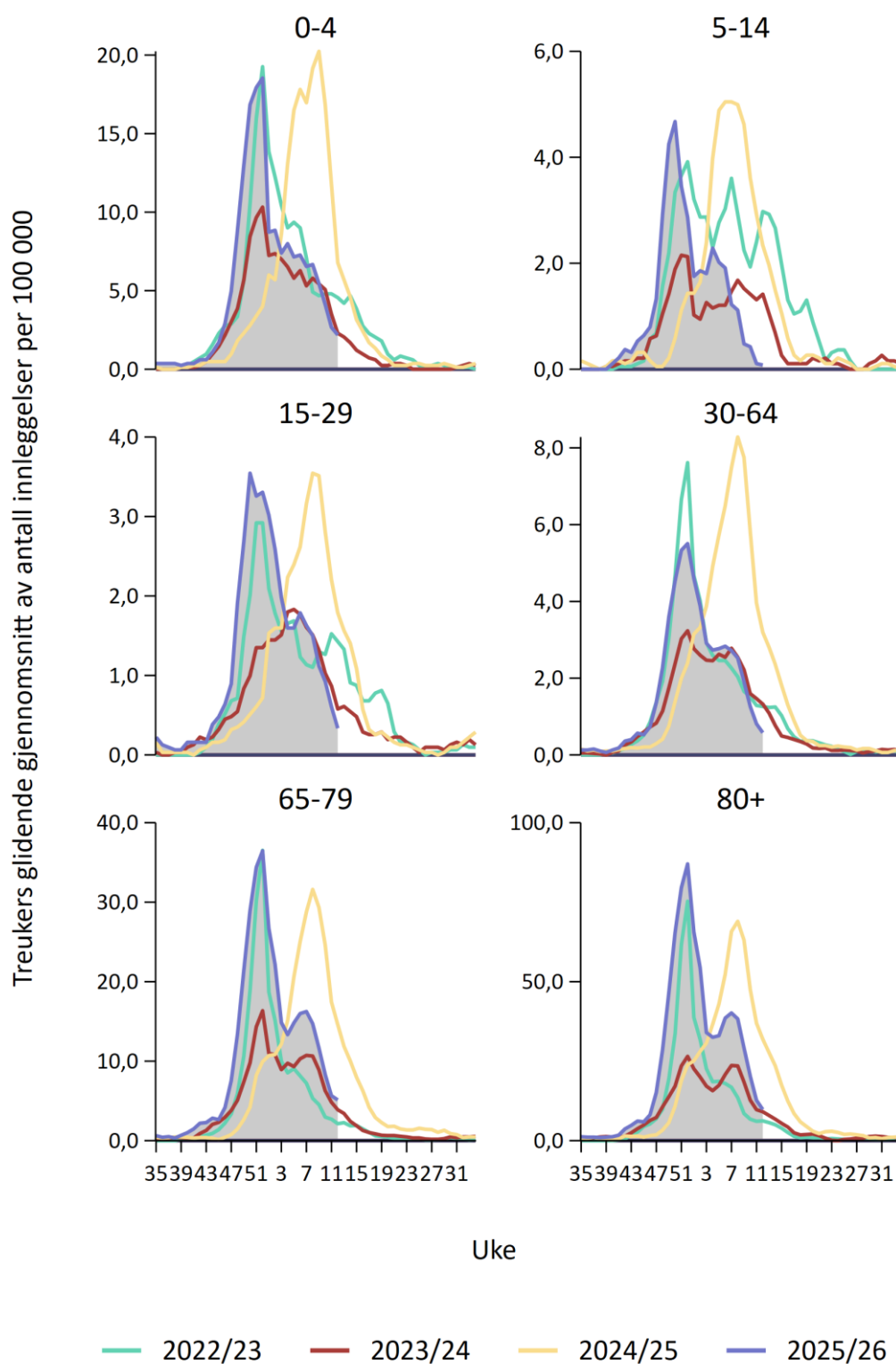
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 27. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med covid-19 per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 29.08.2022 – 22.03.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med influensa



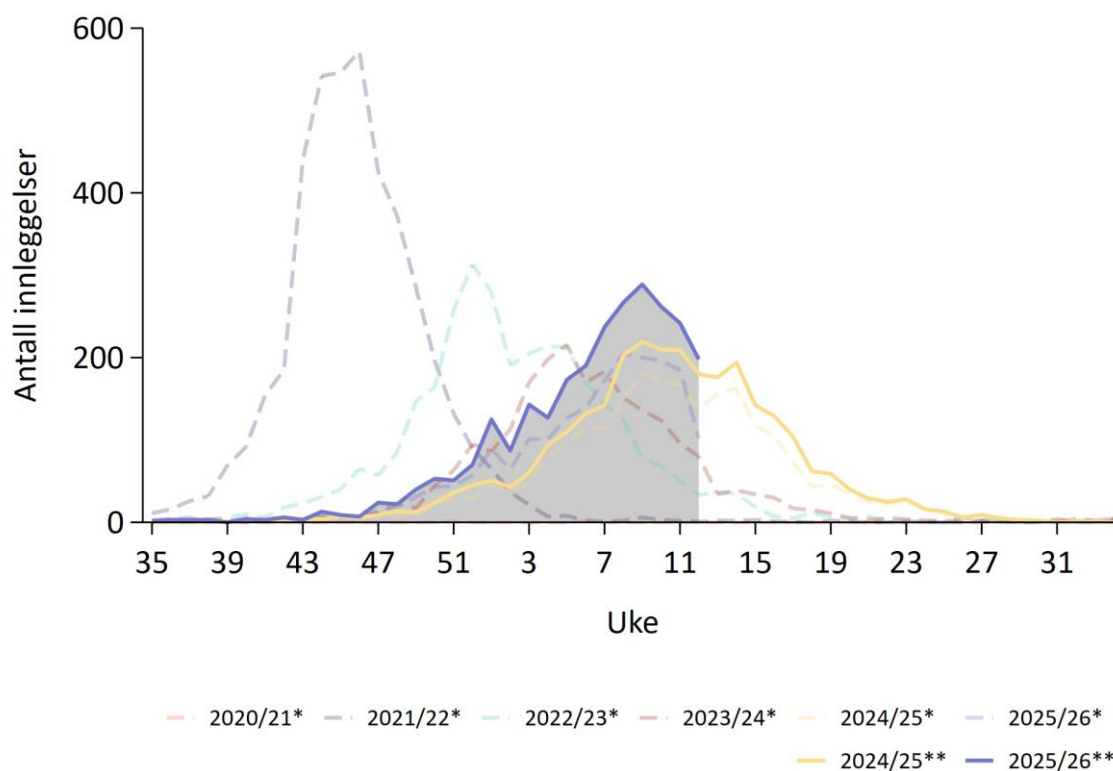
Figur 28. Antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 29.08.2022 – 22.03.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

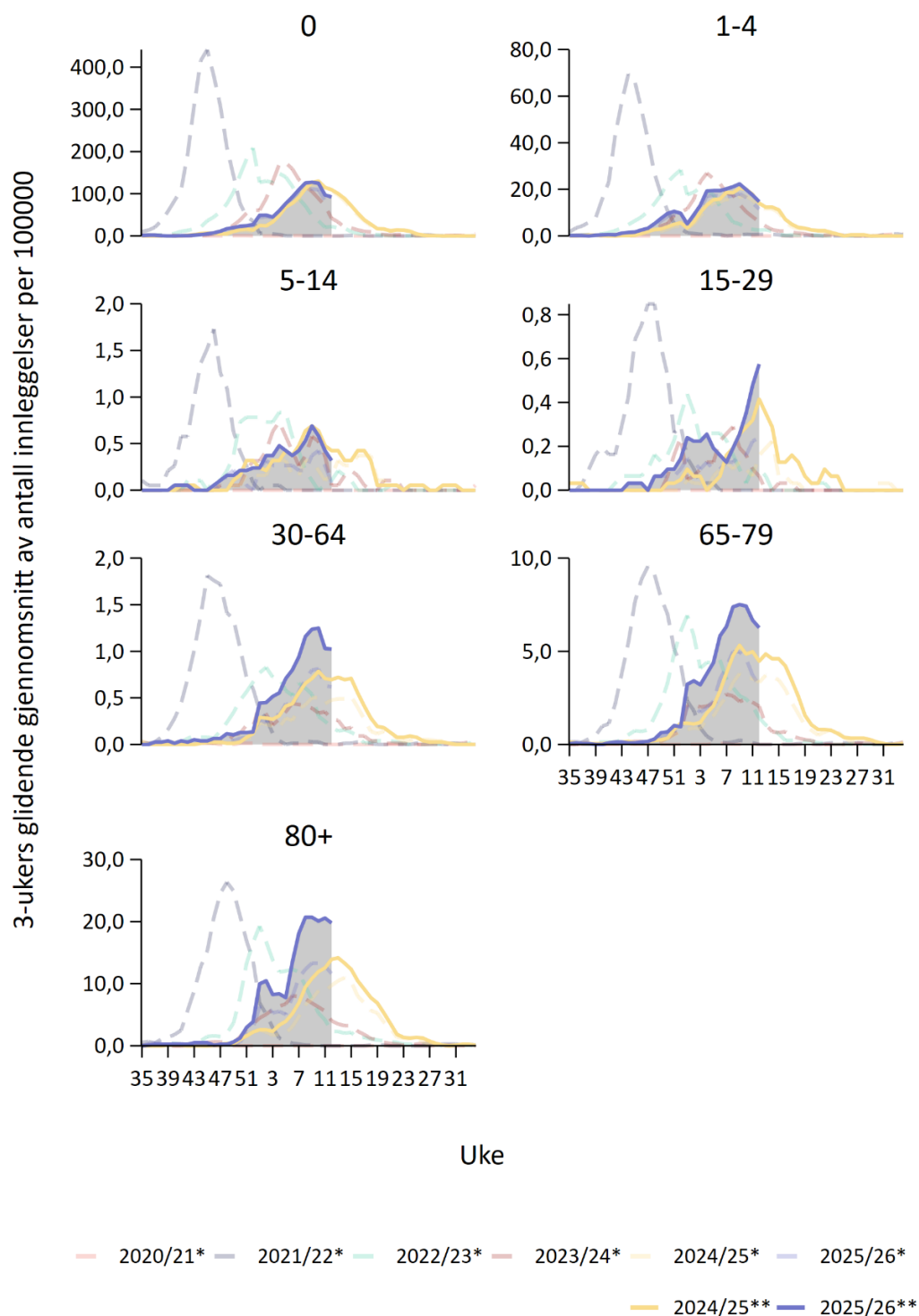
Figur 29. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med influensa per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 29.08.2022 – 22.03.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon



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

Figur 30. Antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per uke i overvåkingssystemet for alvorlige luftveisinfeksjoner (SARI, severe acute respiratory infections) sammenlignet med antall positive prøver for RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter, 24.08.2020 – 22.03.2026 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 31. Treukers glidende gjennomsnitt av antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per 100 000 per uke, sesong og aldersgruppe, 24.08.2020 – 22.03.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-laboratoriedatabase via Stat19.

Dødelighet

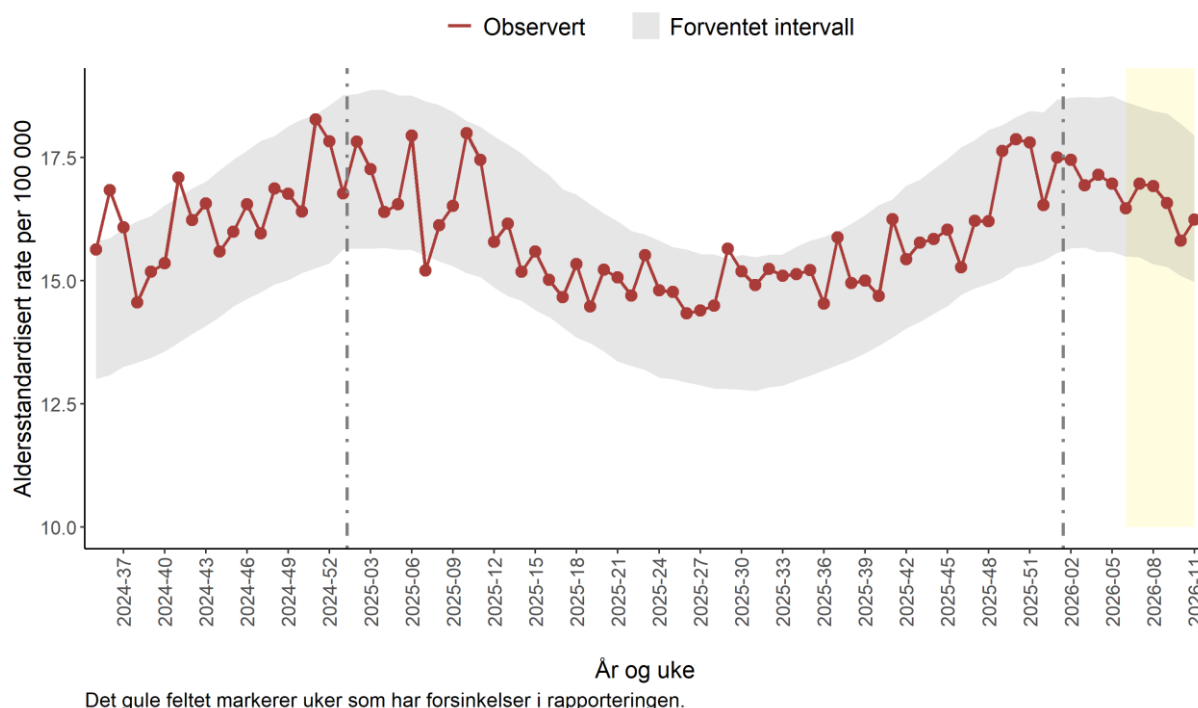
Totaldødelighet

Observert totaldødelighet sammenlignes med et forventet nivå. Det forventede nivået er beregnet med utgangspunkt i den ukentlige dødeligheten de siste ti årene (referanseperiode), der det tas hensyn til sesongmessige variasjoner i dødeligheten og endringer i størrelse og aldersfordeling i befolkningen. For å unngå at forhøyet dødelighet under pandemien påvirker beregningene av forventet dødelighet er alle uker i 2020 til 2022 utelatt fra referanseperioden. Totaldødeligheten vil naturlig variere over uker og mellom år, og denne variasjonen skaper et intervall som det er forventet at dødeligheten vil ligge innenfor. [Les mer om overvåkingen av totaldødelighet.](#)

Resultatene er basert på data fra Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459, oppdatert 25. mars 2026.

Dødelighetsnivå

Figur 32 viser utvikling i observert dødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning sammenlignet med et intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Det har vært kortvarige svingninger i totaldødeligheten de siste ukene. Dødeligheten er innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Merk at tallene for de siste 6-8 ukene er foreløpige. Fortløpende registrering av dødsfall vil føre til at tallene endrer seg noe.



Figur 32. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 35 2024 til uke 11 2026. Det forventede intervallet (lysegrått felt) angir hvor det er forventet at dødelighetsraten skal ligge basert på trenden de siste ti år der pandemiperioden 2020 til 2022 er utelatt. Stiplet linje markerer uke 1 i 2025 og 2026. Uker innenfor det gule feltet vil ha forsinkelser i rapporteringen og er derfor foreløpige. Merk at y-aksen er trunkert og starter på 10 og ikke 0. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Antall dødsfall per uke

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

Tabell 10. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 8 til uke 11 2026, med prosentvis endring i antall dødsfall fra uken før. Kilde: Dødsårsaksregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 8	Uke 9	Uke 10	Uke 11*
Antall nye dødsfall	952	933	890	914
Antall dødsfall per 100 000	16,9	16,6	15,8	16,2
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	-0,3	-2,0	-4,6	2,7
Median alder	82 år	82 år	82 år	83 år

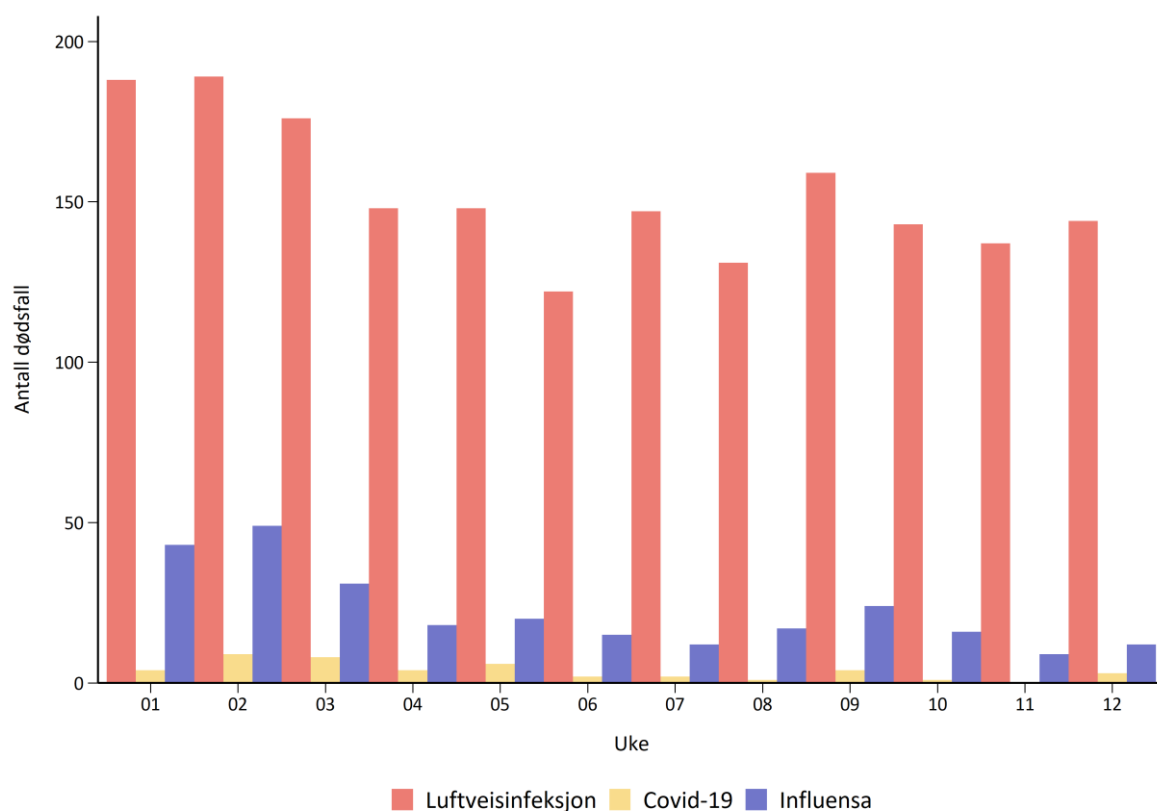
*Siste tilgjengelig uke i Dødsårsaksregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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 24. mars 2026.



Figur 33. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke (29.12.2025 - 22.03.2026). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjonsguppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 11. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (29.12.2025 - 22.03.2026). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjonsguppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Indikator	Uke											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	188	189	176	148	148	122	147	131	159	143	137	144
Antall dødsfall assosiert med covid-19	1-4	9	8	1-4	6	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	0	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	43	49	31	18	20	15	12	17	24	16	9	12

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 (24. mars 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).

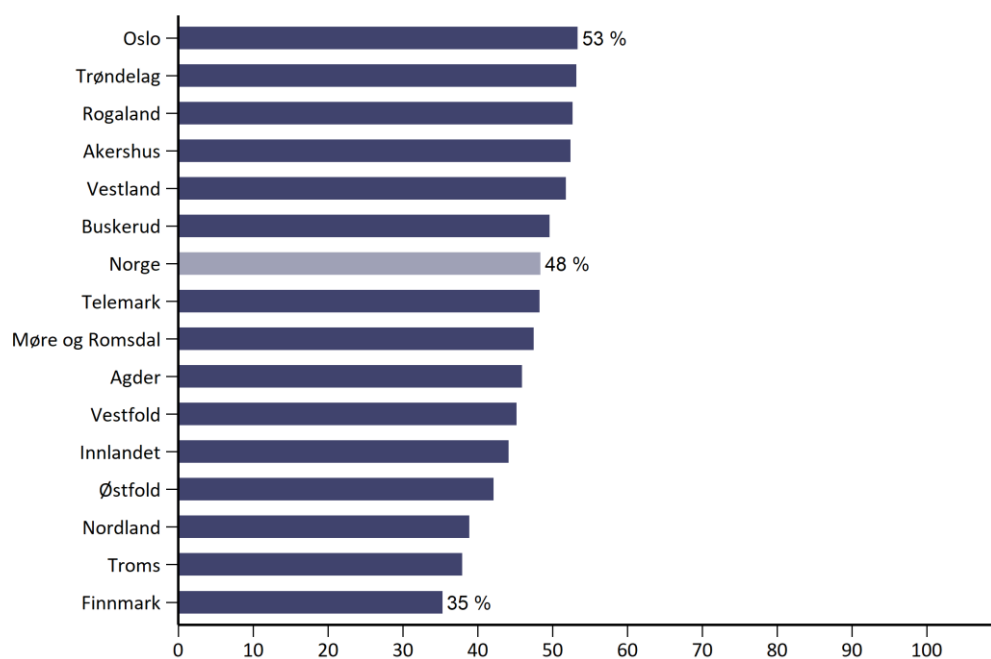
Resultatene er basert på data fra SYSVAK og Folkeregisteret via Stat19 per 24. mars 2026.

Vaksinasjonen mot covid-19: Per 22. mars er 247 801 personer av befolkningen 75 år og eldre vaksinert mot covid-19, og totalt er 497 145 personer i alle aldre vaksinert siden starten av uke 35(2025). Dekningen for aldersgruppen 75 år og eldre for hele landet samlet er anslått til 48 %. Dette er 7 prosentpoeng lavere enn på samme tid fjor. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 35 % - 53 % prosent mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

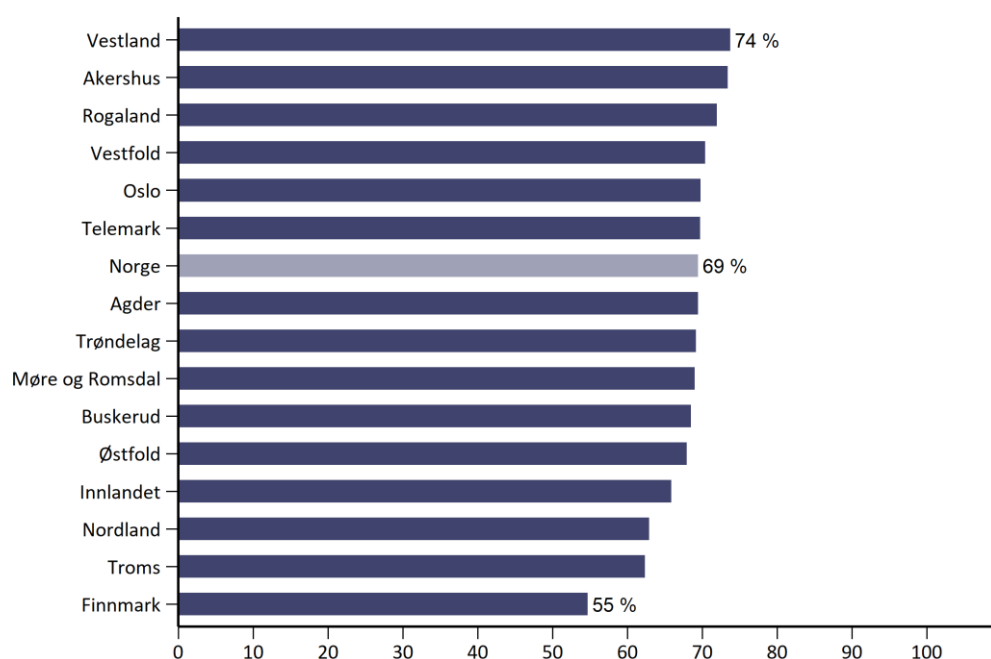
Vaksinasjonen mot influensa: Per 22. mars er 1 508 964 personer vaksinert denne sesongen, deriblant 745 712 blant personer 65 år og eldre. Dette er det høyeste antallet registrerte noen gang for sesonginfluensavaksinerings. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 22. mars anslått til 69 %. Dette er 4 prosentpoeng høyere enn i fjor på samme tid. Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn på 55-74 % mellom henholdsvis Finnmark og Vestland.

Tabell 12. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) etter alder og risikogruppe, 25.08.2025 - 22.03.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Sykdom	Alder (år)	Vaksinerte personer	
		Antall	Andel (%)
Covid-19	0-8	124	0,02 %
	9-17	699	0,1 %
	18-64	79 996	2 %
	65-74	168 525	30 %
	65+	416 326	39 %
	75+	247 801	48 %
	Totalt, alle	497 145	9 %
Influensa	0-8	5 578	1 %
	9-17	8 214	1 %
	18-64	749 460	22 %
	65+	745 712	69 %
	Totalt, alle aldre	1 508 964	27 %



Covid-19, alder 75+



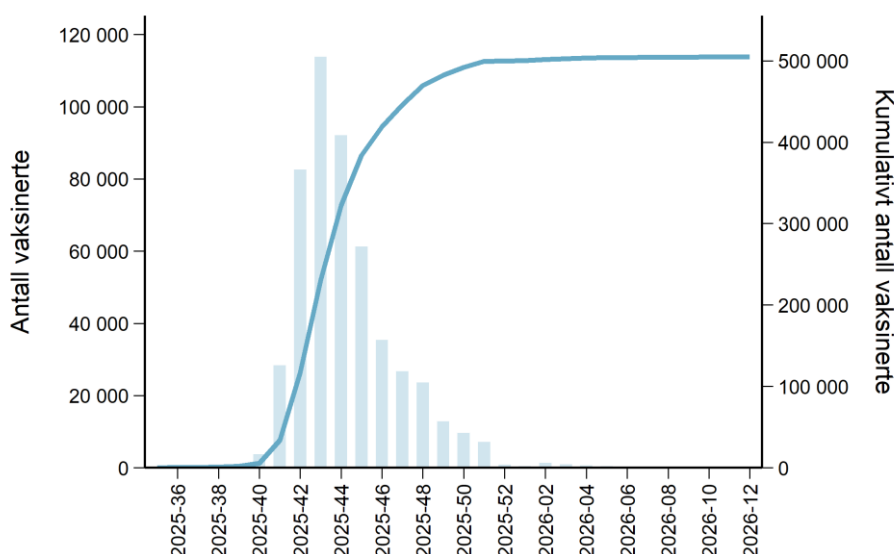
Influensa, alder 65+

Figur 34. 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 - 22.03.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

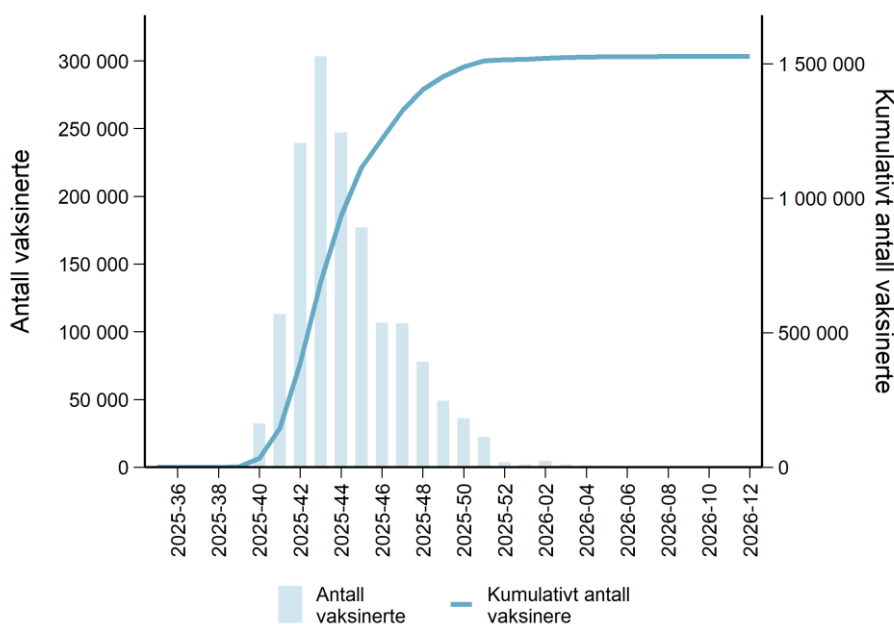
Vaksinering – uke for uke

Koronavaksineringen denne sesongen startet i uke 40 (2025) og nådde en topp for antall registrert vaksinerte per uke allerede i uke 43 (2025), da over 113 000 ble vaksinert. Antallet vaksinerte per uke falt fram mot jul og har vært på et svært lavt nivå siden nyttår. Influensavaksineringen nådde også en topp i uke 43 (2025) med over 303 000 vaksinerte. Antallet vaksinerte per uke er nå på et svært lavt nivå. Dette er det samme mønsteret som vi så forrige sesong. Vanligvis vil antallet vaksiner satt per uke falle jevnt etter toppuken. I år ble det for første gang sendt ut en påminnelse i uke 47 og 48 til personer over 65 år og over 75 år som ikke ennå var vaksinert mot henholdsvis influensa og covid-19. Det ser ut til at dette kan ha påvirket vaksineringen i noen grad i disse aldersgruppene, i det vi ser en liten utflating av antall vaksinerte i uke 48 i disse aldersgruppene, i motsetning til en jevn nedgang.

Koronavaksine



Influensavaksine



Figur 35. Antall sette doser per uke og kumulativt antall med influensa- eller koronavaksine, 2025-26 (uansett alder og status i FREG) fra 25.08.2025 til 22.03.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Vaksineeffekt (VE)

En oppsummering av foreløpige vaksineeffektdata fra ni europeiske studier denne sesongen ble publisert i Eurosurveillance 19. februar 2026. Studiene inkluderer seks enkeltlandsstudier og tre multinasjonale studier i både primærhelsetjenesten (3 stk) og sykehus (6 stk). I studien er det oppgitt hvilke vaksinetyper som er brukt til hver aldersgruppe, med andeler for hver vaksinetype. Vi ser spesielt til studiene hvor det er brukt tradisjonell vaksine (ikke forsterket), siden det er denne som brukes mest i Norge.

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

Primærhelsetjenesten

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

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

Spesialisthelsetjenesten

Når det gjelder VE mot sykehusinnleggelse er flertallet av studier fra Storbritannia (to fra England, en fra Skottland og en fra Nord-Irland). Det er i tillegg en dansk studie og en multinasjonal studie med 10 land og 97 sykehus. I den multinasjonale studien hadde 42 % av kontrollgruppen i aldersgruppen 65 år og eldre fått forsterket vaksine (adjuvantert eller høydose), mens det i studiene fra Danmark og UK var mellom 80 % og 10 % som hadde fått forsterket vaksine.

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

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

Luftveisinfeksjoner globalt

Aktuelle lenker

- **Felles om forekomst av luftveisinfeksjoner i Europa**

Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) og Verdens helseorganisasjon (WHO) europakontor om luftveisinfeksjoner i Europa: <https://erviss.org/>

- **Covid-19**

Verdens helseorganisasjon (WHO) om Covid-19: <https://covid19.who.int/>

- **Influenza**

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

Det europeiske smittevernbyråets (ECDC) influensa-sider: <https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza>

Om overvåkingssystemene og datakildene

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon overvåkes gjennom Dødsårsaksregisteret, og defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J00, J02-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19) og A37 (kikhoste). Influensa-assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J09, J10 og J11. Covid-19 assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: U07.1, U07.2, U09.9, U10.9.

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)

Det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på diagnosekoder gitt ved konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. NorSySS henter data fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjon) systemet som er eid av Helsedirektoratet, og administrerer refusjonskrav fra helsepersonell og institusjoner til staten (HELFO). NorSySS bruker ICPC-2 koder for fastsettelse av årsak til kontakt med helseinstitusjon. ICPC-2 kodesystemet er utviklet av World Organization of Family Doctors og formelt anerkjent av WHO.

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. MSIS har en registerdatabase og en laboratedatabase. MSIS-registeret inneholder mikrobiologisk informasjon fra laboratoriene og epidemiologisk informasjon meldt fra legene om alle meldingspliktige smittsomme sykdommer i Norge. MSIS-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](#).

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

Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten

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

Stat19

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

Sykehusinnleggelser

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

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

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

Dødsfall assosiert med innleggelser med luftveisinfeksjon er definert som dødsfall som skjer under sykehusoppholdet eller innen 14 dager etter utskrivning. Datakildene brukt her er NPR og 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-laboratedatabase alene. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. Positive prøver for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter overestimerer det reelle antallet sykehusinnleggelser noe i perioder med høy forekomst, men de kan brukes til å følge med på trender.

Totaldødelighet

Antall døde per uke hentes fra Dødsårsaksregisteret, mens befolkningsgrunnlaget er hentet fra [SSB sin statistikkbank tabell 07459](#). Aldersstandardiseringen er basert på befolkningssammensetningen per 1.1.2026. Dødsfallene hentet fra Dødsårsaksregisteret og inkluderer alle som er registrert som bosatt i Folkeregisteret ved dødstidspunktet.

I analysene har vi brukt ukentlig dødelighetsrate per 100 000 de siste ti årene som referanseperiode for å modellere forventet ukentlig dødelighetsrate per 100 000. Forventet dødelighet beregnes ved bruk av en Bayesiansk Serfling modell som tar hensyn til aldersfordeling i befolkningen, trender i utvikling av dødelighet i referanseperioden, samt sesongmessige og ukentlig variasjon. For å unngå at forhøyet dødelighet under pandemien påvirker beregningene av forventet dødelighet er alle uker i 2020 til 2022 utelatt fra referanseperioden. Dette er samme tilnærming som den som er valgt av EuroMOMO (det europeiske overvåkningssystem for totaldødelighet) etter pandemien. For beregning av forventet dødelighet i 2026 inngår derfor alle uker i årene 2013-2019 og 2023-2025 i referanseperioden, og likeledes inngår årene 2012 til 2019 og 2023-2024 i beregningen av forventet dødelighet i 2025. 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.