

Statusrapport for luftveisinfeksjoner

Uke 8 (2025)

Publiseringsdato 27.02.2025



Innhold

Sammendrag	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt	5
Influsalignende sykdom (ILS)	7
Testing og påvisninger	11
Luftveisagens	11
Meldte tilfeller av kikhoste gjennom MSIS	17
Luftveivirus gjennom fyrårnsystemet	18
Overvåking av virus	21
Sirkulerende influensavirus i Norge	21
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge	28
Sirkulerende RS-virus i Norge	29
Resistens mot antivirale midler	30
Influsavirus	30
SARS-CoV-2	30
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon	31
Sykehusinnleggelser	32
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter	32
Innleggelser i intensivavdeling	35
Intensivinnleggelser med covid-19	35
Intensivinnleggelser med influensa	36
Dødelighet	36
Totaldødelighet	36
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	38
Vaksinasjon mot covid-19	40
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	40
Vaksineeffekt	41
Vaksinasjon mot influensa	43
Vaksinedistribusjon	43

Vaksinasjonsdekning i befolkningen	43
Vaksineeffekt	44
Luftveisinfeksjoner globalt	45
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	46
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	46
Innleggelser i intensivavdeling	46
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)	46
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	46
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	46
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	47
Totaldødelighet	47
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	47
Virologisk overvåking	47

Sammendrag

- Vinterens influensautbrudd er pågående, fremdeles med noe økende smitte i befolkningen og økning i antall influensainnleggelser. Influentaaktiviteten i befolkningen er den høyeste siden 2017-18-sesongen. Vaksine mot influensa og covid-19 bør fortsatt tilbys eldre og andre risikogrupper som ikke har blitt vaksinert tidligere denne sesongen.
- Influenta: Andel konsultasjoner med influensalignende sykdom i primærhelsetjenesten er økende med størst legesøkning blant barn og unge. Andel prøver med påvist influensavirus er økende og var på 33 % i uke 8. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 5-14 år. Det er influensa A-virus som dominerer, og mer H1N1- enn H3N2-virus. Influenta B-virus har lavere forekomst, men øker også, og dominerer over influensa A hos barn og unge. Det er rapportert i underkant av 690 prøver med påvist influensa blant innlagte i uke 8, en økning fra rundt 600 prøver siste to uker. Det er rapportert om 12 innleggelser i intensivavdeling med influensa i uke 8, etter 21 i uke 6 og 7. Antallet for siste uker kan bli etterjustert. Det er varslet flere utbrudd med influensa fra helseinstitusjoner de siste ukene.
- RS-virusinfeksjon: Det er svakt økende forekomst av RS-virusinfeksjon, som fortsatt er på et relativt lavt nivå i befolkningen. Andel prøver med påvist RS-virus var på 7 % i uke 8 og 7, etter 5 % i uke 5 og 6. Forekomsten er derimot på et høyere nivå i aldersgruppen 0-4 år, hvor andel prøver med påvist RS-virus var 29 % i uke 8. I denne aldersgruppen ser det ut til å være omtrent lik forekomst av RS-virusinfeksjon og influensa.
- Infeksjon med humant metapneumovirus (hMPV): Forekomsten er stabil. Andel prøver med påvist hMPV var på 7 % i uke 8. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0-4 år.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 er nedadgående og var på rundt 1 % i uke 8. Rekombinanten XEC er den hyppigst forekommende enkeltvarianten.
- De siste ukene har det vært kortvarige svingninger i totaldødeligheten innenfor forventet nivå for denne tiden av året. Totaldødeligheten var i uke 7 på et lavt nivå.
- Vaksinasjon mot influensa: Det er registrert over 1,3 millioner vaksinasjoner i Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, hvorav over 685 000 er i aldersgruppen over 65 år. Per 23. februar er 65 % i denne aldersgruppen vaksinert, som tilsvarer dekningen på samme tid forrige sesong. Se [Vaksineanbefalinger](#) for sesongen 2024-25.
- Vaksinasjon mot covid-19: Per 23. februar er 50 % i aldersgruppen 65 år og eldre vaksinert. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn på samme tid forrige sesong.
- Vaksine- og smittevernråd: Hovedmålet med smittevernrådene er å redusere smitte til personer som har høyere risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner, som spedbarn, kronisk syke og eldre. Se [Luftveisinfeksjoner – råd og informasjon til befolkningen](#) og [Råd til personer med risiko for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner](#). Beskyttelse av risikogruppene gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot [covid-19](#), [influensa](#) og [pneumokokksykdom](#).
- Antiviralia mot influensa: Antiviral behandling kan redusere risikoen for alvorlig sykdomsforløp. Personer med risiko for alvorlig influensas sykdom kan sammen med sin lege vurdere behovet for antiviral behandling så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Se [Bruk av antiviralia mot influensa](#). Sykehus, sykehjem og apotek bør normalt ha antivirale legemidler mot influensa tilgjengelig.

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

Sykdom	Uke						Fra 6 til 8
	3	4	5	6	7	8	
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	14,3 % ▼	14,9 % ▼	15,6 % ▲	16,2 % ▲	16,8 % ▲	18,3 % ▲	6,9 % (6,1 %, 7,8 %)
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	145	129 ▼	149	134	123 (123-131)*	154 (154-197)*	10,5 % (-2,7 %, 26,2 %)
Covid-19							
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	2,9 % ▼	2,3 % ▼	2,1 % ▼	1,9 % ▼	1,5 % ▼	1,4 % ▼	-15,5 % (-23,6 %, -7,4 %)
Antall covid-19 tilfeller meldt til MSIS	417 ▼	324 ▼	324 ▼	317 ▼	254 (254-256)* ▼	225 (225-282)* ▼	-15,4 % (-24,7 %, -4,3 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 (Fyrtårnsystemet)	2,8 %	4,1 %	4,2 %	1,8 %	2,6 %	2,1 %	4,6 % (-81 %, 94,8 %)
Antall positive prøver for SARS-CoV-2 blant innlagte	98 ▼	71 ▼	51	56	53 (53-54)*	53 (53-57)*	-2 % (-20,8 %, 17 %)
Antall innleggelser i intensivavdeling med covid-19	0	0	0	1	2	0	-
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	0,89 % ▲	1,2 % ▲	1,5 % ▲	1,9 % ▲	2,3 % ▲	2,7 % ▲	19,2 % (17,2 %, 21,3 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede (MSIS labdatabasen)	18,8 % ▲	23,9 % ▲	27,8 % ▲	31,3 % ▲	31,4 % ▲	33,3 % ▲	4,7 % (2,5 %, 6,8 %)
Andel positive prøver for influensavirus (Fyrtårnsystemet)	13,2 %	28,9 % ▲	25,8 % ▲	31,8 %	40,2 % ▲	39,3 %	15,3 % (-10,5 %, 41,3 %)
Antall positive prøver for influensavirus blant innlagte	283	433 ▲	512 ▲	594 ▲	606 ▲	683 ▲	7,1 % (1,5 %, 12,4 %)
Antall innleggelser i intensivavdeling med influensa	6	17	14	21 (21-26)*	21 (21-32)*	12 (12-35)*	-10,5 % (-49 %, 32,9 %)
RS-virusinfeksjon							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	3,3 % ▲	4,6 % ▲	5,3 % ▲	5,6 % ▲	6,6 % ▲	7,2 % ▲	12,7 % (8,5 %, 17 %)
Andel positive prøver for RS-virus (Fyrtårnsystemet)	1,9 %	6,2 %	5,8 %	10,9 %	6,8 %	8,3 %	-14,7 % (-59,1 %, 29,5 %)
Antall positive prøver for RS-virus blant innlagte	52	96 ▲	98 ▲	112 ▲	152 ▲	157 ▲	15,9 % (4,2 %, 27,2 %)
Humant metapneumovirus infeksjon							
Andel positive prøver for humant metapneumovirus	4,3 %	5,7 % ▲	6,1 % ▲	6,4 % ▲	6,8 % ▲	6,5 %	1,1 % (-3,3 %, 5,6 %)
Antall positive prøver for humant metapneumovirus blant innlagte	38	66 ▲	73	73	87	90	10,1 % (-5 %, 25,8 %)
Kikhoste							
Andel positive prøver for <i>Bordetella pertussis</i> blant de testede	1,3 %	1,4 % ▲	1,1 %	1,1 % ▼	0,81 % ▼	0,85 % ▼	-11,3 % (-22,5 %, -0,087 %)
Antall kikhostetilfeller meldt til MSIS	218 ▲	226 ▼	199 ▼	183 (183-184)*	145 (145-148)*	148 (148-179)*	-8,6 % (-20,5 %, 4,8 %)
M. pneumoniae-infeksjon							
Andel positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant de testede	10,7 %	8,3 % ▼	7 % ▼	6 % ▼	4,6 % ▼	3,9 % ▼	-23,7 % (-28,6 %, -18,8 %)
Antall positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant innlagte	66	37 ▼	59	40 ▼	35 ▼	22 ▼	-28,7 % (-53,1 %, -4,4 %)

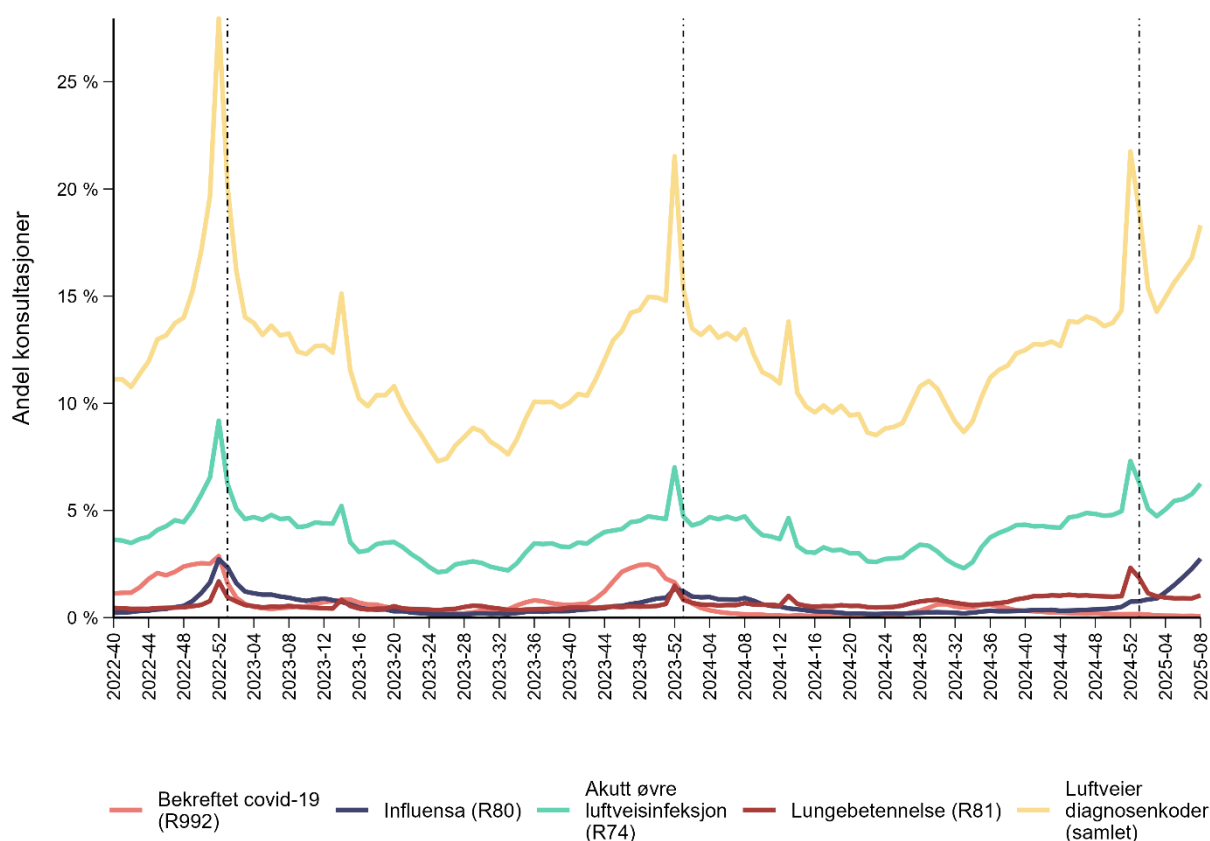
*Det er forsinkelse i rapporteringen. Antall tilfeller oppgitt som intervall i parentesen viser korreksjon for tid mellom innleggelses- eller prøvedato og dato for registrering (nowcasting). For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten 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).

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt

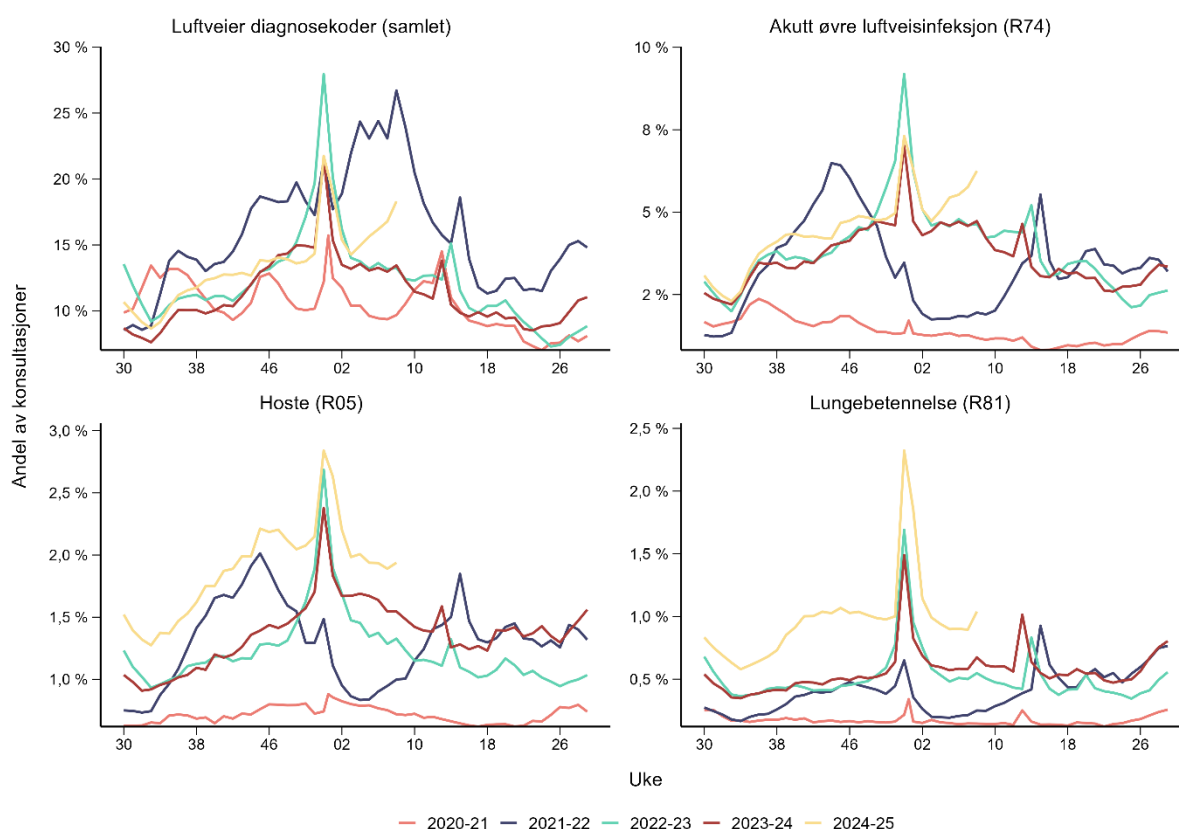
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) som er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. Overvåkingen gir 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. Data for konsultasjoner omkring jul og nyttår må tolkes med varsomhet på grunn av 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 26.02.2025.

Nivåinndelingene for influensaaktivitet baseres på data fra foregående sesonger. Sesongens influensautbrudd defineres normalt som i gang når andelen influensa (R80)/ influensalignende sykdom (ILS) overskrider terskelen for «lav» intensitet. Dette gjelder for figurene som viser nivå av influensaaktivitet nasjonalt og per fylke.

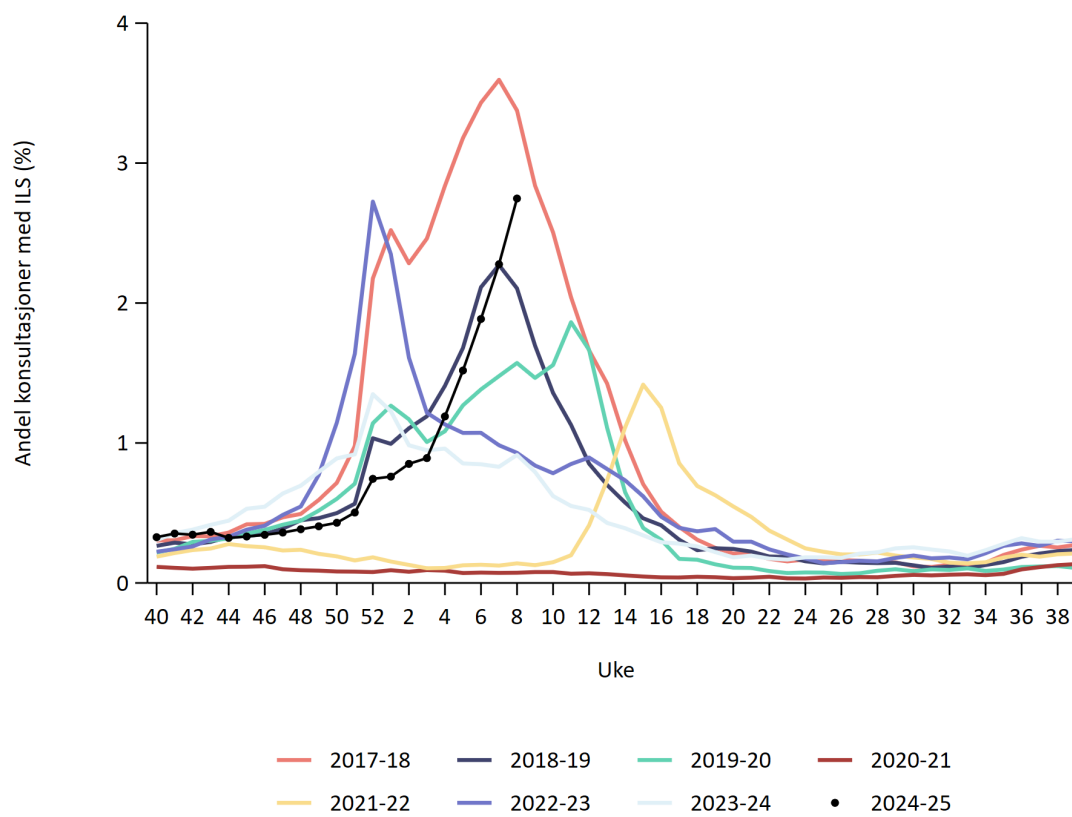


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveisdiagnosekoder (samlet), 09.03.2020 - 23.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023 og 2024. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdagnosekoder (samlet)» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

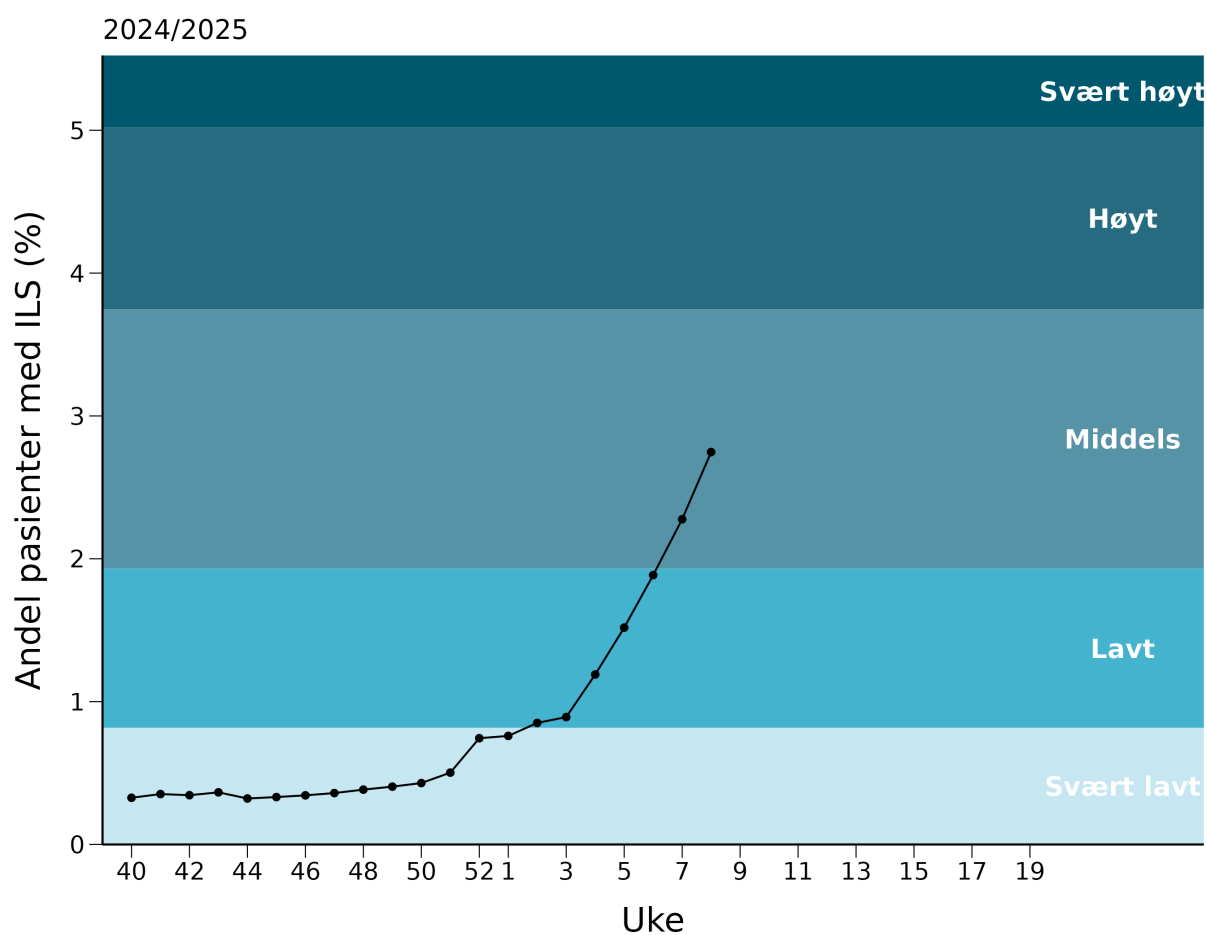


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 20.07.2020 - 23.02.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisd Diagnosekoder samlet» er følgende ICD-10 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Influensalignende sykdom (ILS)

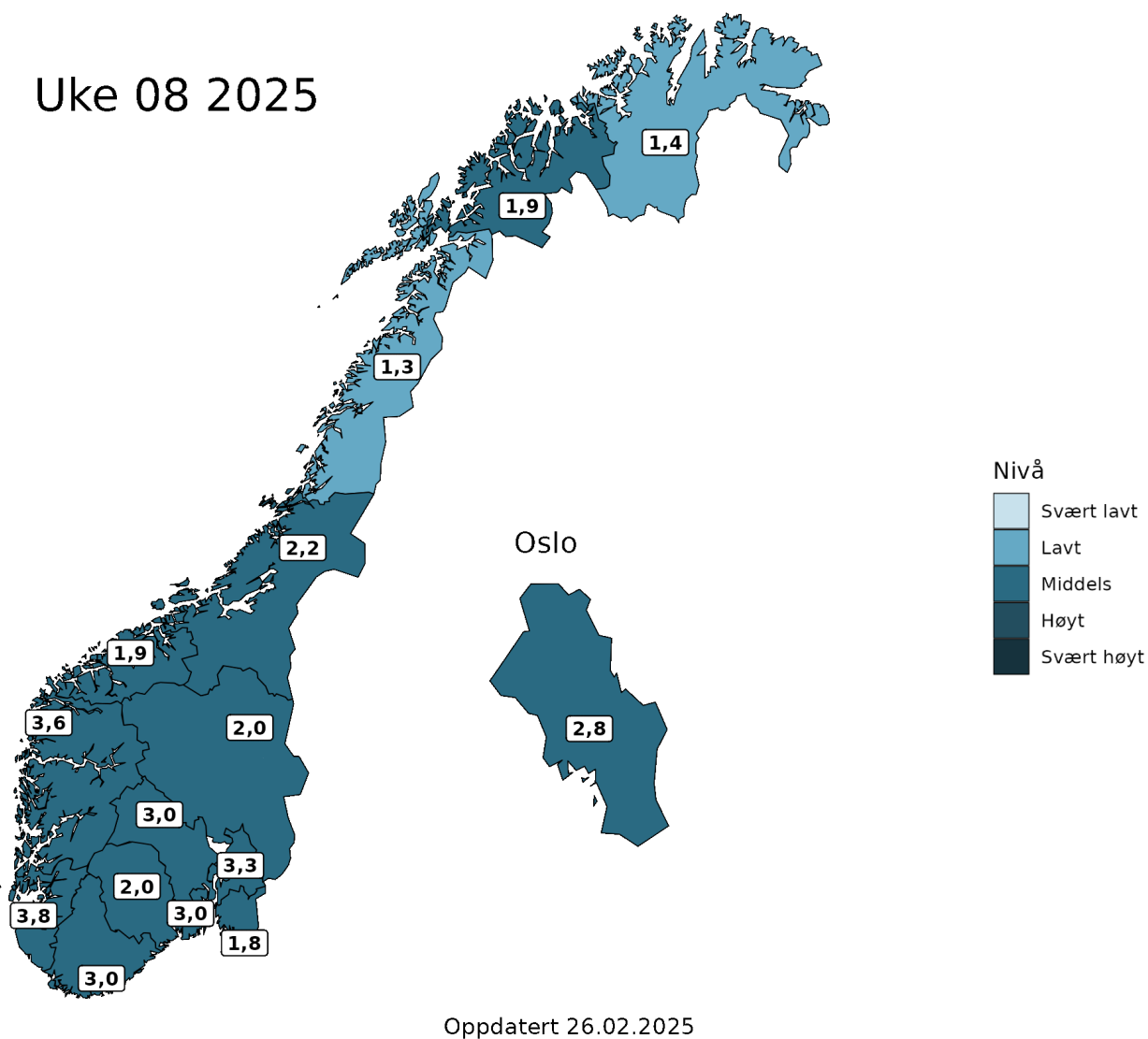


Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 02.10.2017 - 23.02.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

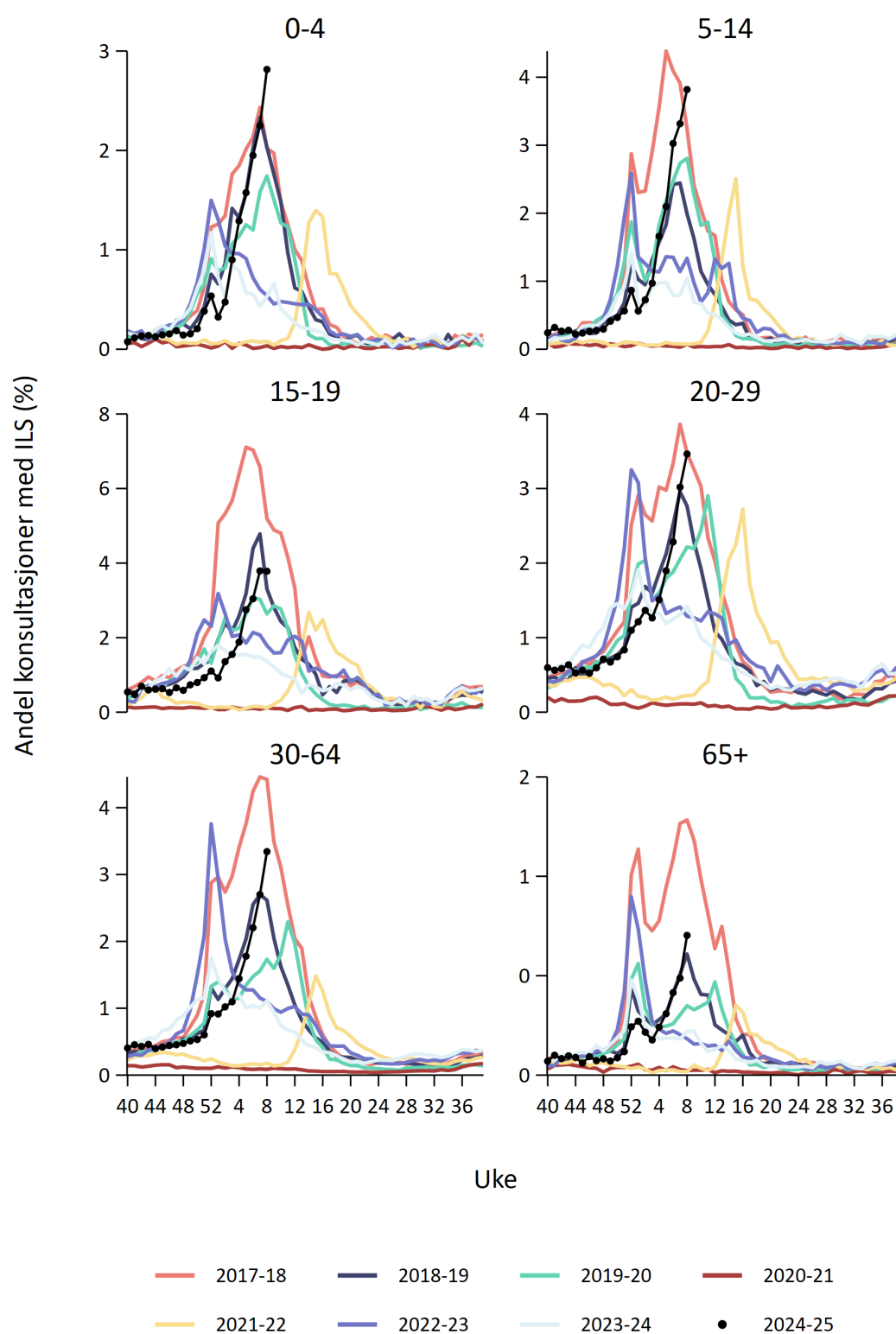


Figur 4. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), nasjonalt, 30.09.2024 – 23.02.2025.. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Uke 08 2025



Figur 5. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), per fylke, 17.02.2025 - 23.02.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 6. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong og aldergruppe, 02.10.2017 - 23.02.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

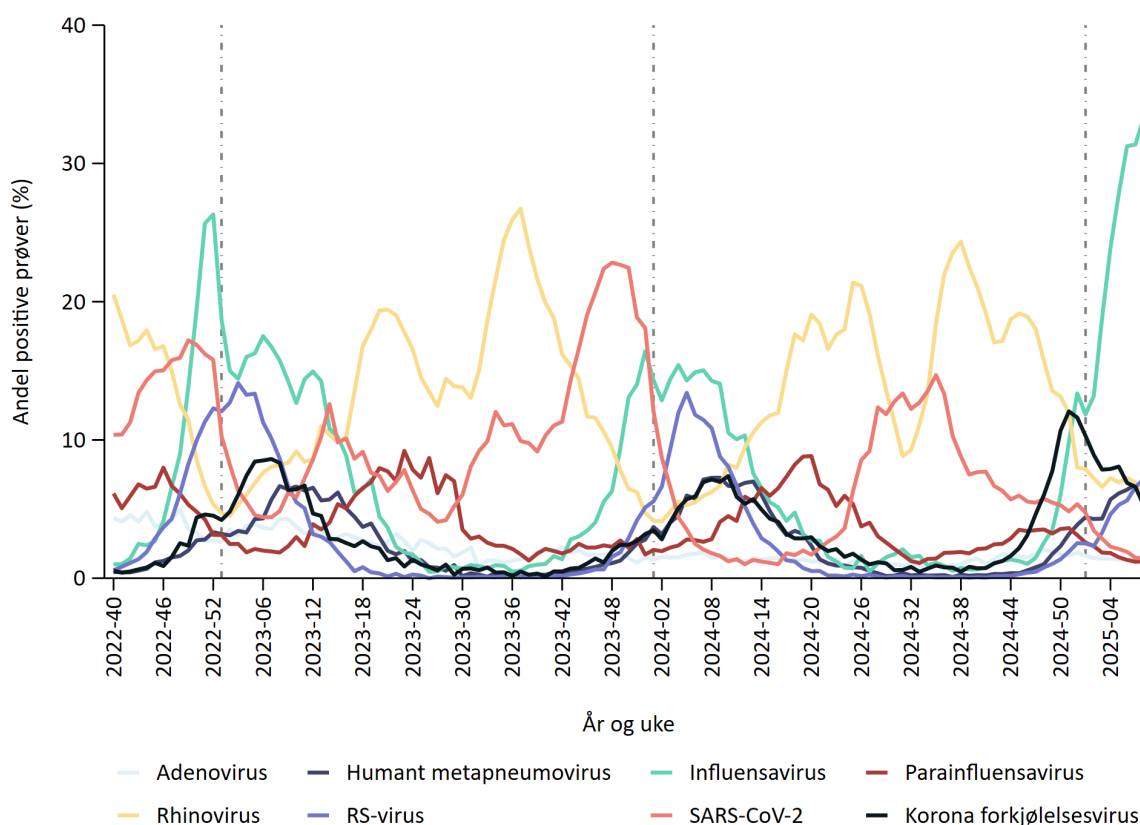
Testing og påvisninger

Luftveisagens

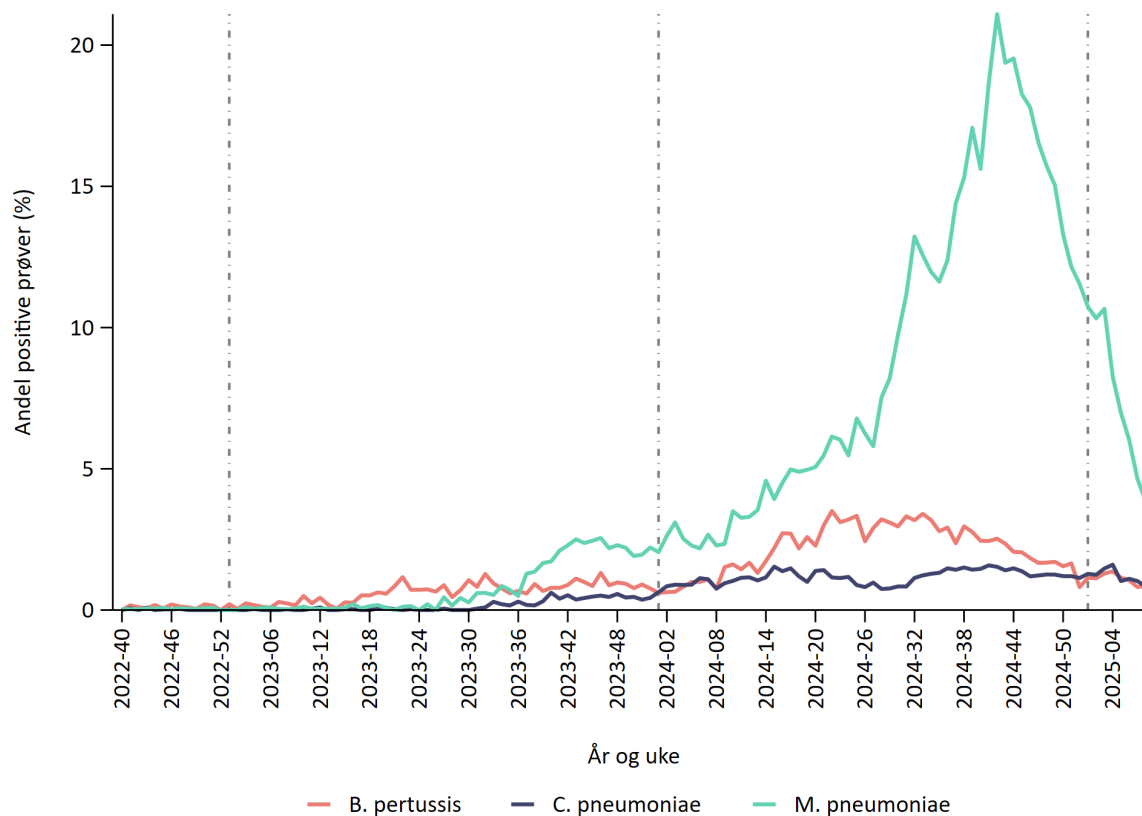
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* fra landets medisinske mikrobiologiske laboratorier meldes fortløpende elektronisk til MSIS-laboratoriedatabasen. Datagrunnlaget for korona forkjølelsesvirus er ikke komplett, da én av landets 26 medisinske mikrobiologiske laboratorier ikke rapporterer dataene ennå. 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 smittestoffene finnes i Smittevernhandboka.

Merk at for *Bordetella pertussis*, bakterien som forårsaker kikhoste, kan tallene avvike noe fra det som blir rapportert til MSIS-registret. MSIS labdatabasen inneholder informasjon om PCR-prøver, mens til MSIS-registret meldes også kikhostetilfeller som har testet positivt ved andre undersøkelser og mistenkte tilfeller i henhold til [meldingskriteriene til MSIS](#).

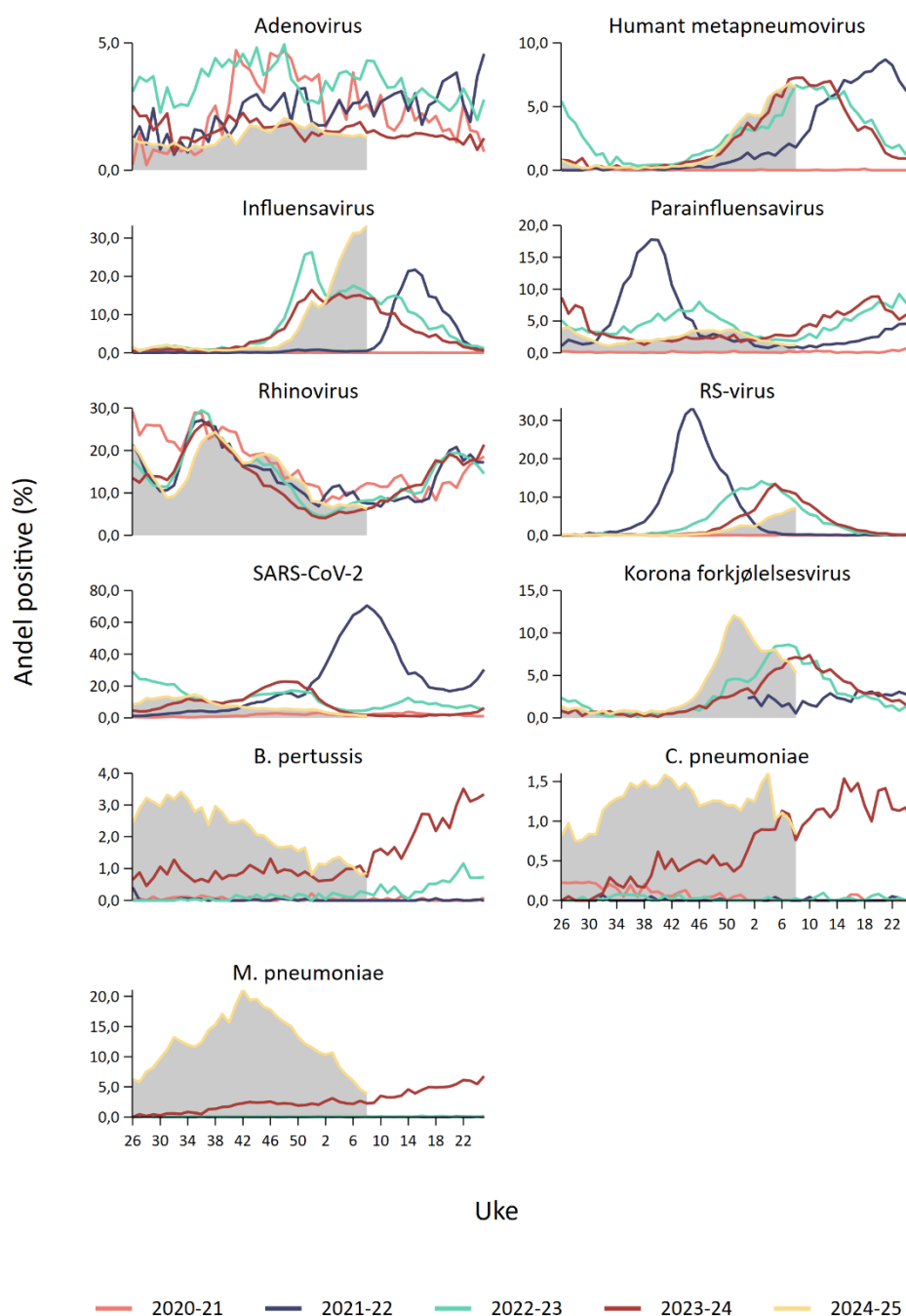
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 26.02.2025.



Figur 7. Andel PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 03.10.2022 – 23.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MS IS-laboratoriedatabasen.

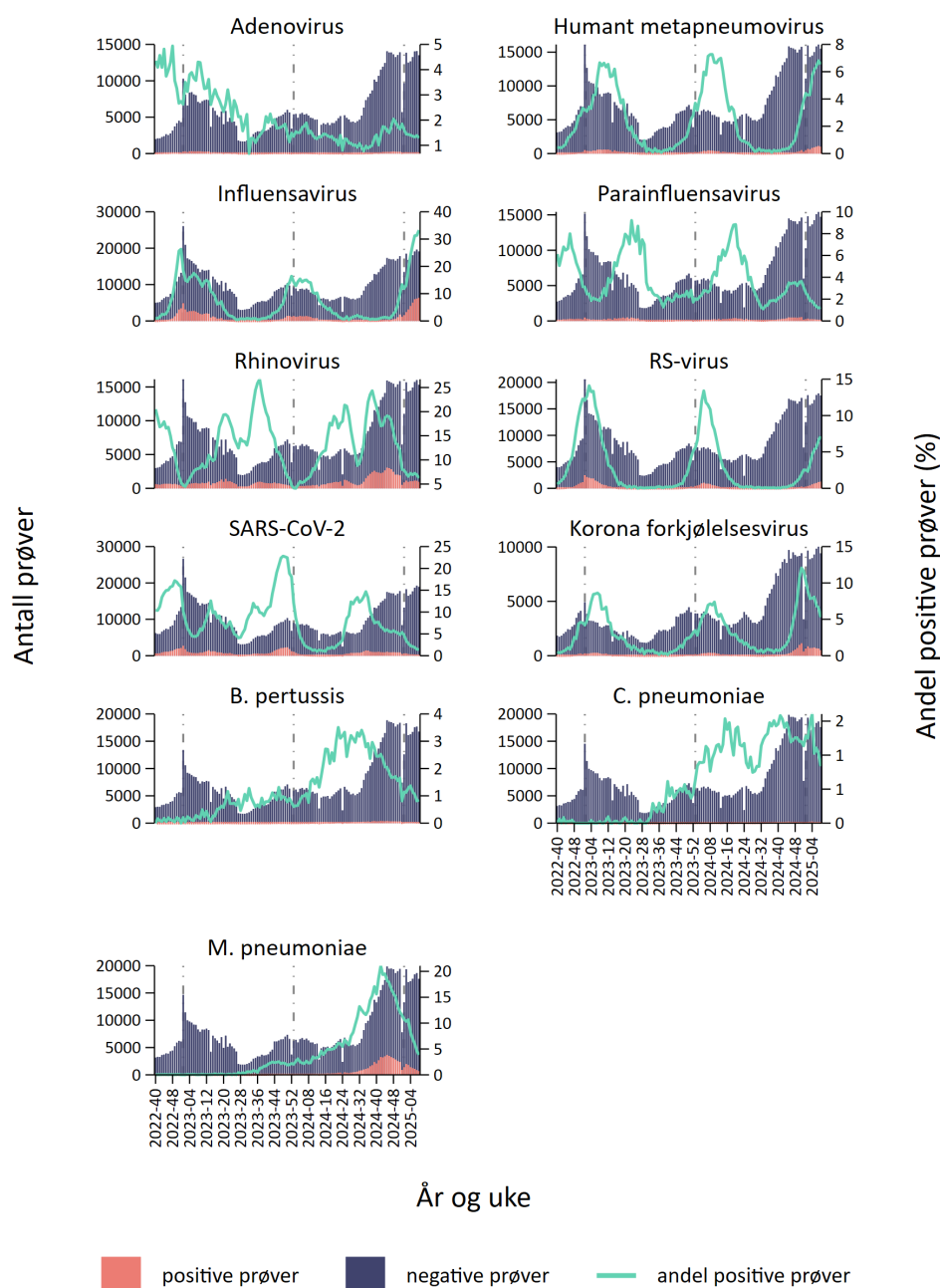


Figur 8. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, Norge, 03.10.2022 – 23.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 9. Andel analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influenzavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamyphila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 03.10.2022 – 23.02.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 10. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 03.10.2022 – 23.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.

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

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 6-8
		3	4	5	6	7	8	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	-1,6 % (-11,9 %, 8,7 %)
	Antall positive	179	178	181	187	196	174	-
	Antall tester	12 493	12 674	13 257	14 040	14 091	13 505	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	4,3 %	5,7 % ▲	6,1 % ▲	6,4 % ▲	6,8 % ▲	6,5 %	1,1 % (-3,3 %, 5,6 %)
	Antall positive	615	825	922	1 013	1 099	1 013	-
	Antall tester	14 272	14 473	15 016	15 826	16 142	15 497	-
Influenzavirus	Andel positive	18,8 % ▲	23,9 % ▲	27,8 % ▲	31,3 % ▲	31,4 % ▲	33,3 % ▲	4,7 % (2,5 %, 6,8 %)
	Antall positive	3 157	4 108	5 018	5 967	6 155	6 350	-
	Antall tester	16 754	17 204	18 041	19 093	19 624	19 082	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	1,9 % ▼	1,8 % ▼	1,5 % ▼	1,3 % ▼	1,2 % ▼	1,2 %	-3,7 % (-13,9 %, 6,6 %)
	Antall positive	248	249	217	200	184	182	-
	Antall tester	13 371	13 643	14 256	15 085	15 434	14 723	-
Rhinovirus	Andel positive	6,6 % ▼	7,3 %	6,9 %	7,3 %	6,9 %	6,2 % ▼	-8,1 % (-12,5 %, -3,6 %)
	Antall positive	945	1 048	1 033	1 141	1 108	953	-
	Antall tester	14 315	14 453	14 910	15 737	16 011	15 302	-
RS-virus	Andel positive	3,3 % ▲	4,6 % ▲	5,3 % ▲	5,6 % ▲	6,6 % ▲	7,2 % ▲	12,7 % (8,5 %, 17 %)
	Antall positive	519	739	885	992	1 182	1 254	-
	Antall tester	15 718	15 977	16 676	17 634	17 935	17 514	-
SARS-CoV-2	Andel positive	2,9 % ▼	2,3 % ▼	2,1 % ▼	1,9 % ▼	1,5 % ▼	1,4 % ▼	-15,5 % (-23,6 %, -7,4 %)
	Antall positive	471	385	375	357	287	269	-
	Antall tester	16 461	16 853	17 697	18 679	19 226	18 911	-
Korona forkjølelsevirus	Andel positive	7,9 % ▼	7,9 % ▼	8,1 %	6,9 % ▼	6,6 % ▼	5,3 % ▼	-13,7 % (-19,6 %, -7,9 %)
	Antall positive	697	709	751	679	663	497	-
	Antall tester	8 870	8 975	9 298	9 837	10 036	9 408	-
B. pertussis	Andel positive	1,3 %	1,4 % ▲	1,1 %	1,1 % ▼	0,81 % ▼	0,85 % ▼	-11,3 % (-22,5 %, -0,087 %)
	Antall positive	208	223	192	185	144	143	-
	Antall tester	16 115	16 279	16 722	17 558	17 677	16 750	-
C. pneumoniae	Andel positive	1,5 %	1,6 % ▲	1 % ▼	1,1 % ▼	1 %	0,84 % ▼	-13,8 % (-24,3 %, -3,3 %)
	Antall positive	250	275	180	203	191	147	-
	Antall tester	16 979	17 127	17 548	18 332	18 606	17 576	-
M. pneumoniae	Andel positive	10,7 %	8,3 % ▼	7 % ▼	6 % ▼	4,6 % ▼	3,9 % ▼	-23,7 % (-28,6 %, -18,8 %)
	Antall positive	1 813	1 421	1 229	1 109	866	680	-
	Antall tester	16 999	17 167	17 597	18 403	18 637	17 593	-

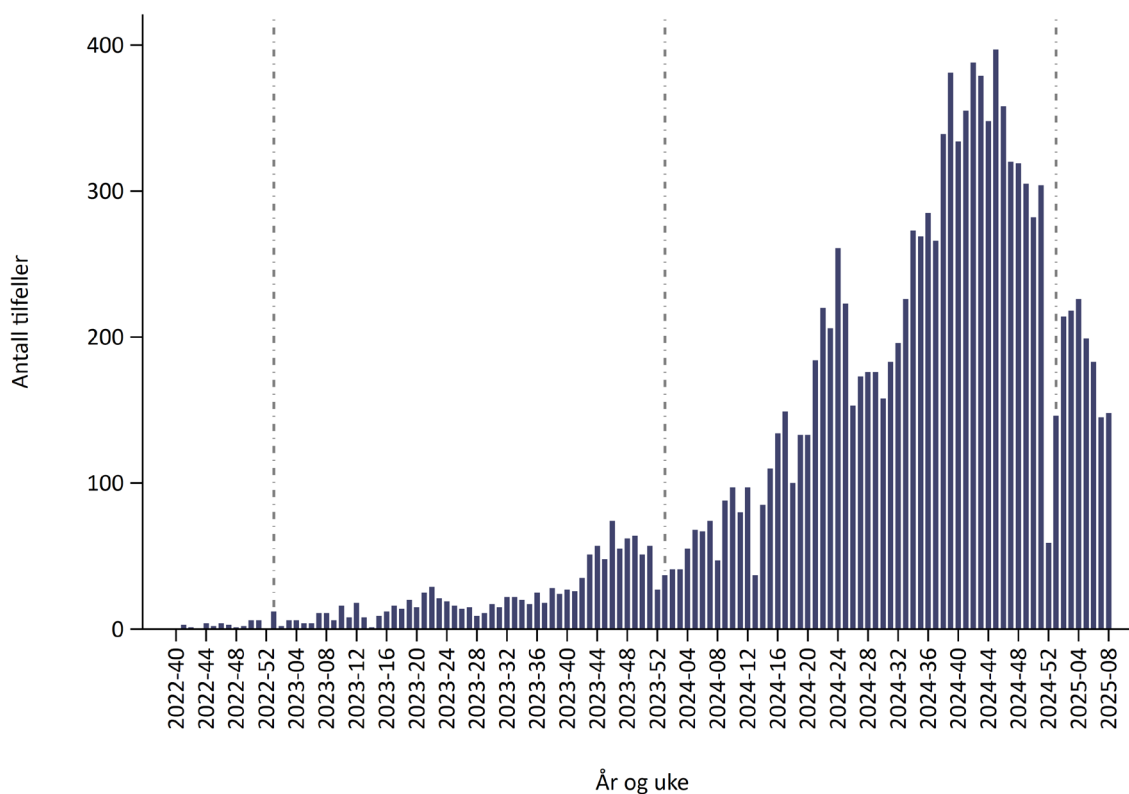
¹ For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten 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 humant metapneumovirus, influensavirus, respiratorisk syncytialvirus (RSV), korona forkjølelsesvirus og *Mycoplasma pneumoniae* etter alder de siste 2 ukene, 20.01.2025 – 23.02.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Alder (år)	Uke 7			Uke 8		
		Antall tester (per 100000)	Antall positive (per 100000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100000)	Antall positive (per 100000)	Andel positive (%)
Humant metapneumovirus							
	0-4	1736 (628,8)	198 (71,7)	11,4	1623 (587,9)	171 (61,9)	10,5
	5-14	1989 (313,2)	151 (23,8)	7,6	1555 (244,9)	103 (16,2)	6,6
	15-29	2462 (237,4)	131 (12,6)	5,3	2298 (221,5)	118 (11,4)	5,1
	30-64	6733 (262,4)	407 (15,9)	6,0	6546 (255,1)	402 (15,7)	6,1
	65-79	2193 (281,3)	152 (19,5)	6,9	2259 (289,7)	147 (18,9)	6,5
	80+	1029 (401,2)	60 (23,4)	5,8	1216 (474,1)	72 (28,1)	5,9
Influensavirus							
	0-4	1910 (691,8)	563 (203,9)	29,5	1785 (646,6)	551 (199,6)	30,9
	5-14	2226 (350,5)	1032 (162,5)	46,4	1727 (271,9)	844 (132,9)	48,9
	15-29	2877 (277,4)	1055 (101,7)	36,7	2672 (257,6)	1057 (101,9)	39,6
	30-64	7893 (307,6)	2534 (98,8)	32,1	7750 (302,1)	2732 (106,5)	35,3
	65-79	3057 (392,1)	634 (81,3)	20,7	3196 (409,9)	725 (93)	22,7
	80+	1661 (647,6)	337 (131,4)	20,3	1950 (760,3)	439 (171,2)	22,5
RS-virus							
	0-4	1899 (687,9)	480 (173,9)	25,3	1769 (640,8)	513 (185,8)	29,0
	5-14	2122 (334,1)	98 (15,4)	4,6	1689 (266)	81 (12,8)	4,8
	15-29	2655 (256)	98 (9,4)	3,7	2529 (243,8)	95 (9,2)	3,8
	30-64	7294 (284,3)	315 (12,3)	4,3	7170 (279,5)	318 (12,4)	4,4
	65-79	2634 (337,8)	137 (17,6)	5,2	2749 (352,6)	169 (21,7)	6,1
	80+	1331 (518,9)	54 (21,1)	4,1	1607 (626,5)	77 (30)	4,8
Korona forkjølelsesvirus							
	0-4	1071 (387,9)	85 (30,8)	7,9	1005 (364)	84 (30,4)	8,4
	5-14	1293 (203,6)	81 (12,8)	6,3	999 (157,3)	43 (6,8)	4,3
	15-29	1633 (157,4)	109 (10,5)	6,7	1496 (144,2)	82 (7,9)	5,5
	30-64	4302 (167,7)	280 (10,9)	6,5	4087 (159,3)	196 (7,6)	4,8
	65-79	1227 (157,4)	69 (8,8)	5,6	1224 (157)	64 (8,2)	5,2
	80+	510 (198,8)	39 (15,2)	7,6	597 (232,8)	28 (10,9)	4,7
M. pneumoniae							
	0-4	1875 (679,2)	67 (24,3)	3,6	1721 (623,4)	45 (16,3)	2,6
	5-14	2326 (366,3)	303 (47,7)	13,0	1783 (280,8)	192 (30,2)	10,8
	15-29	2925 (282)	201 (19,4)	6,9	2688 (259,1)	188 (18,1)	7,0
	30-64	7910 (308,3)	269 (10,5)	3,4	7540 (293,9)	230 (9)	3,1
	65-79	2483 (318,5)	20 (2,6)	0,8	2551 (327,2)	19 (2,4)	0,7
	80+	1118 (435,9)	6 (2,3)	0,5	1310 (510,8)	6 (2,3)	0,5

Meldte tilfeller av kikhoste gjennom MSIS

Tilfeller av kikhoste blir meldt fortløpende til MSIS basert på meldingskriteriene definert [her](#). Resultatene er basert på et datasett fra MSIS oppdatert 26.02.2025.



Figur 11. Ukentlig antall meldte tilfeller av kikhoste, 03.10.2022 – 23.02.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS.

Tabell 4. Antall meldte tilfeller av kikhoste etter aldersgruppe, 23.12.2024 – 02.02.2025. Kilde: MSIS.

Alder (år)	Uke					
	3	4	5	6	7	8
	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)
0	4 (7,6)	1 (1,9)	4 (7,6)	2 (3,8)	2 (3,8)	4 (7,6)
1-6	31 (9,1)	35 (10,3)	32 (9,4)	23 (6,7)	19 (5,6)	16 (4,7)
7-14	57 (11)	58 (11,2)	57 (11)	54 (10,4)	48 (9,3)	45 (8,7)
15-19	13 (3,9)	24 (7,2)	13 (3,9)	20 (6)	9 (2,7)	9 (2,7)
20-39	37 (2,5)	38 (2,6)	37 (2,5)	38 (2,6)	26 (1,8)	32 (2,2)
40-64	55 (3,1)	53 (3)	46 (2,6)	38 (2,1)	29 (1,6)	37 (2,1)
65+	21 (2)	17 (1,6)	10 (1)	8 (0,8)	12 (1,2)	5 (0,5)
Totalt, alle	218 (3,9)	226 (4,1)	199 (3,6)	183 (3,3)	145 (2,6)	148 (2,7)

Luftveisvirus gjennom fyrårnsystemet

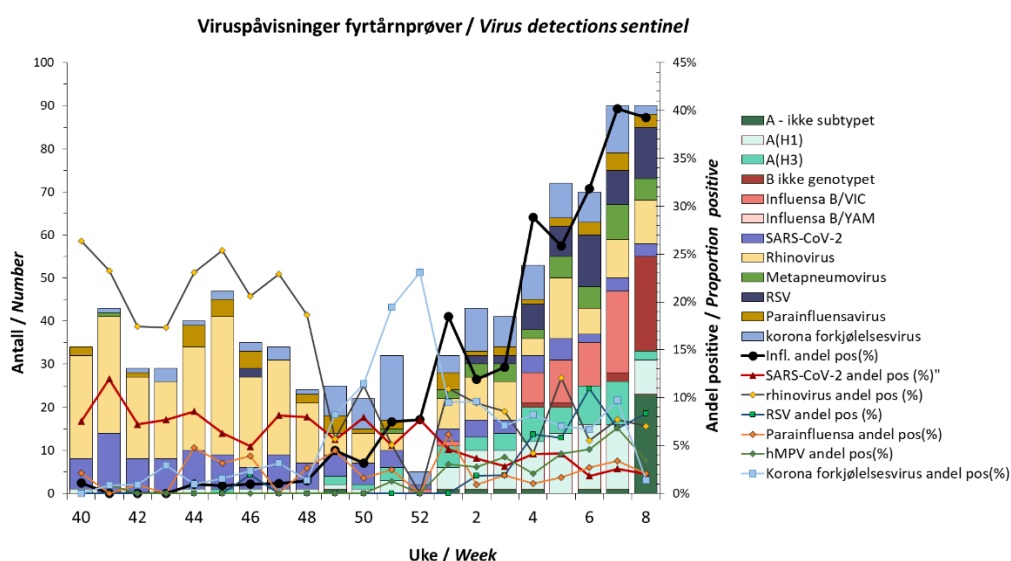
Sentinel fyrårnsystemet er en integrert overvåking av de mest aktuelle luftveisvirus og ikke kun influensavirus og SARS-CoV-2. Overvåkingen er basert på et nettverk av fyrårnleger (fastleger og legevakter) som sender inn prøver fra pasienter med symptomer på akutt luftveisinfeksjon for utvidet luftveisvirus 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 26.02.2025.

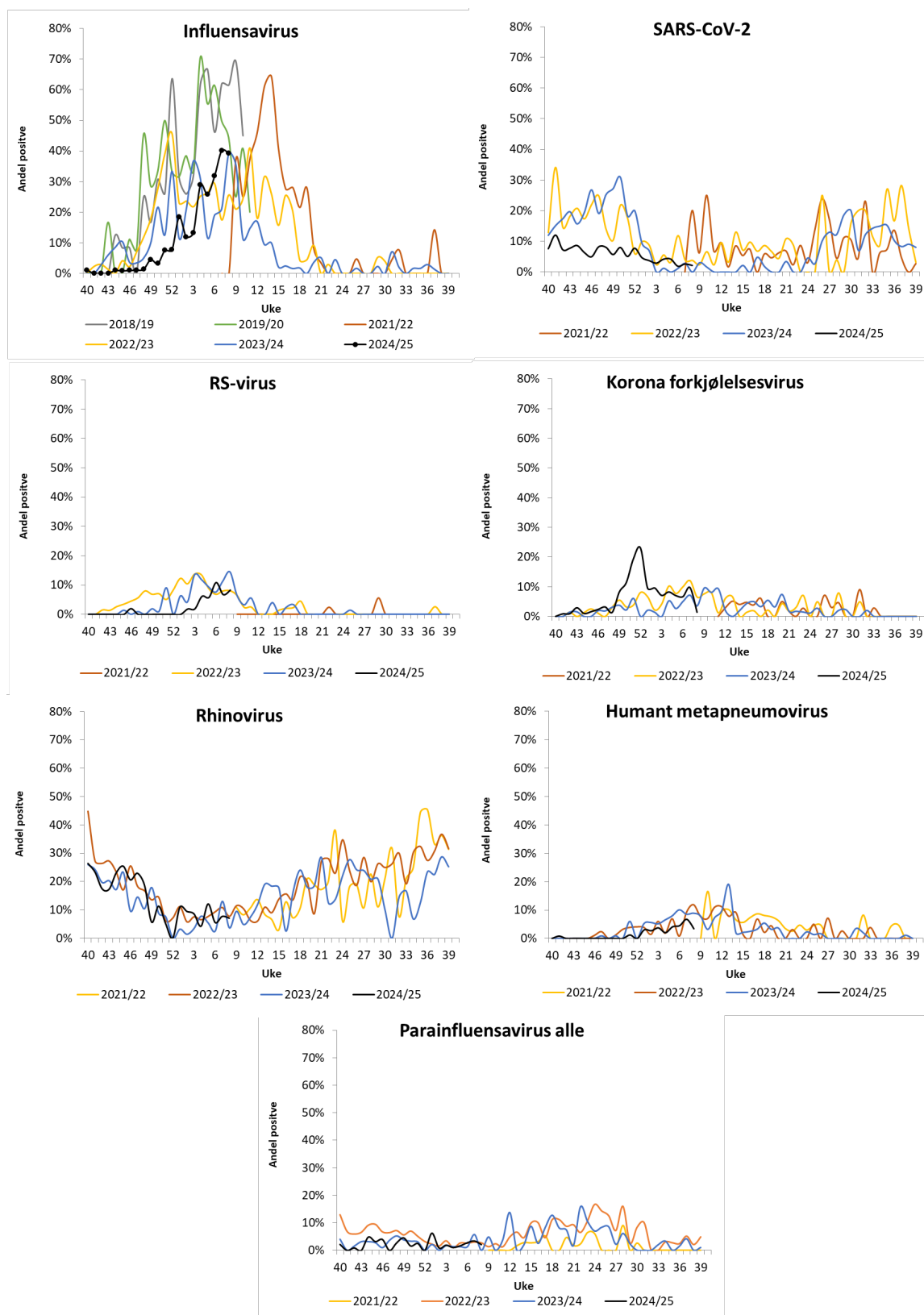
For uke 8/2025 er det hittil analysert 140 fyrårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking og av disse er det påvist luftveisvirus i 64 % av prøvene. Det har vært en oppgang av påviste influensavirus siden uke 51, og andelen positive i uke 5 var 40 % (24 % for influensa A og 16 % influensa B). Nest hyppigst påviste virus siste uke var RS-virus (8 %) fulgt av rhinovirus (7 %). Andelen positive for SARS-CoV-2 har falt langsomt og lå sist uke på 2 %. (Tabell 5 og Figur 12).

Så langt i denne sesongen er det undersøkt 2 041 fyrårnprøver. Det er tatt flest prøver i aldersgruppen 30-64 år, med totalt 913 prøver, etterfulgt av 15-29-åringer (451), 5-14-åringer (280), 65-79-åringer (216), med lavest antall i 0-4-åringer (96 og de over 85 år (85).

Sammenlignet med tidligere sesonger (Figur 13) kom økningen av influensa litt senere enn mange foregående sesonger. Andel positive har nå nådd ganske høyt nivå, men langt fra toppnoteringer fra før covid-pandemien. Dette kan ha sammenheng med at vi tidligere ba om prøver fra pasienter med influensalignende symptomer, mens vi i forbindelse med bredere integrert sentinelovervåking har utvidet til akutt luftveisinfeksjon som prøvetakingsgrunnlag. For de øvrige virusene har vi kun sammenhengende statistikk fra og med 2021-2022-sesongen. Med unntak fra en topp med korona forkjølelsesvirus rundt nyttår har forekomsten for de andre luftveisvirusene ligget på lignende nivå som i disse tidligere sesongene.



Figur 12. Antall laboratoriebekreftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrårnprøver pr uke sesongen 2024-25, samt andel positive for en rekke luftveisvirus. Siste ukes data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet.



Figur 13. Andel viruspositive fyrtårnprøver fra siste sesong (inkludert uke 40/2024), sammenlignet med foregående sesonger. 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.

Tabell 5. Ukentlig antall fyrårprøver og andel positive (%) luftveivirus seks siste uker. Data for siste uke er ikke komplette, og for noen virus kan antall testede være mindre komplett. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Uke	3	4	5	6	7	8
Antall prøver	106	97	120	110	117	140
Influenzavirus	13 %	29 %	26 %	32 %	40 %	39 %
Influenza A-virus	13 %	21 %	17 %	23 %	22 %	24 %
Influenza B-virus	0 %	8 %	9 %	9 %	18 %	16 %
SARS-CoV-2	3 %	4 %	4 %	2 %	3 %	2 %
RS-virus	2 %	6 %	6 %	11 %	7 %	8 %
Rhinovirus	9 %	4 %	12 %	6 %	8 %	7 %
Parainfluenzavirus	2 %	1 %	2 %	3 %	3 %	2 %
Humant metapneumovirus	4 %	2 %	4 %	5 %	7 %	3 %
Korona forkjølelsesvirus	7 %	8 %	7 %	6 %	9 %	1 %

Overvåking av virus

Folkehelseinstituttet er WHO nasjonalt influensasenter og nasjonalt referanselaboratorium for både influensa, for koronavirus med alvorlig utbruddspotensiale og for RS-virus. Referanselaboratoriet gjør opp status på forekomst av influensavirus og utfører utvidet subtyping og linjebestemmelse av influensavirus som sendes til FHI 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 FHI, som gir dataene om laboratoriebekreftet influensa. Data som er i databasen tirsdag kveld samt ferske subtypingsdata fra referanselaboratoriet blir med i oppsummeringen.

Influenza A(H1N1) pdm09 virus er i denne rapporten benevnt som A(H1N1) eller A(H1). FHIs influensarapporter til WHO er ellers samlet på FHI.no: [Norske influensa-rapporter til WHO - FHI](#). Tidligere influensasosonger er beskrevet i FHIs influensa [sesongrapporter](#).

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet, oppdatert 26.02.2025.

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 FHI. Datauttrekk og analyse for SARS-CoV-2 og influensa gjøres månedlig, for RS-virus noe sjeldnere. Genetisk karakteriseringsdata vil derfor framover hovedsakelig oppdateres i rapporten en gang i måneden. Oppdaterte tall fra Norge på ECDC hovedkategorier av SARS-CoV-2 varianter ([VOC, VOI og VUM](#)) kan også finnes her: FHI Statistikk.

Helgenomsekvenser fra overvåkingen publiseres også 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 av FHI i FHIs eget NextStrain analyserom: <https://nextstrain.org/groups/niph>.

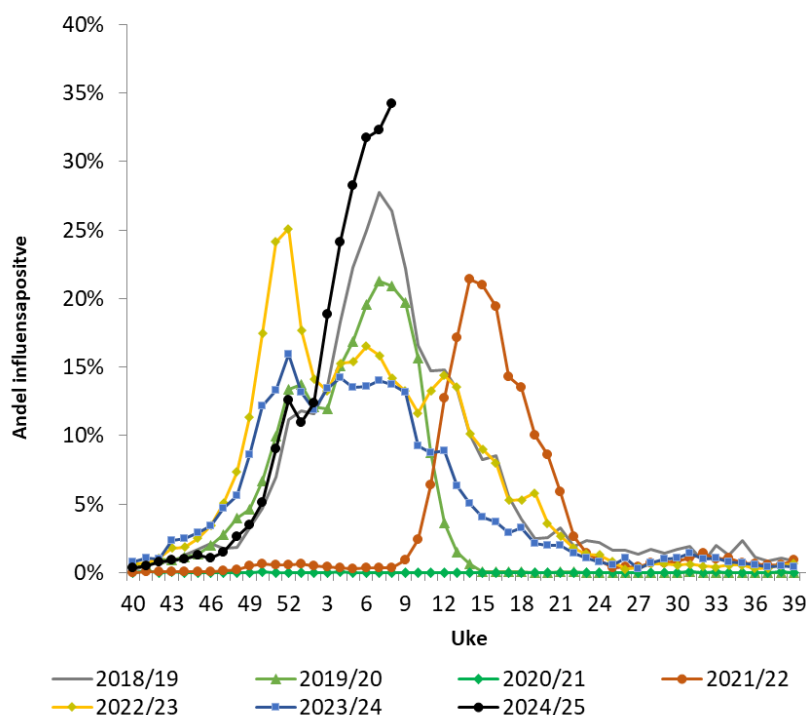
Sirkulerende influensavirus i Norge

Utfyllende rapport til WHOs influensa vaksinemøte i februar om norske influensavirus så langt denne sesongen er å finne her: [Norske influensa-rapporter til WHO - FHI](#)

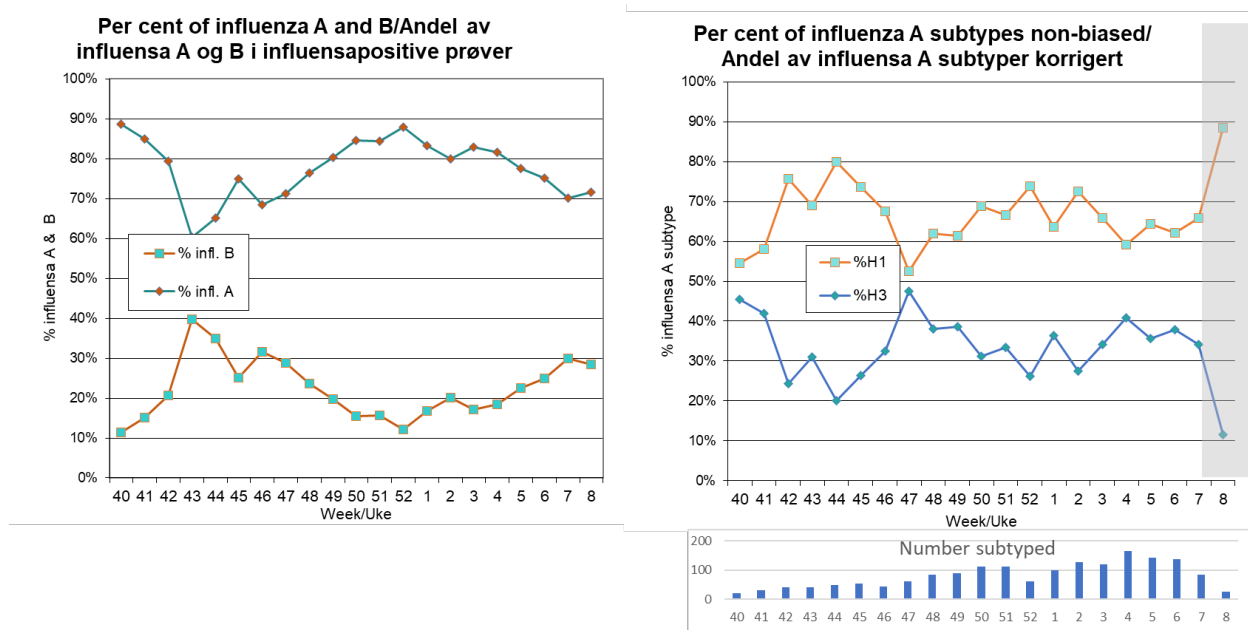
Siden uke 40, som markerte sesongstart, er prøver fra 320 430 pasienter undersøkt for influensavirus, noe som er uvanlig høyt. Dette kan skyldes stort behov for testing i forbindelse med det store mykoplasmautbruddet i høst, men ser nå til å være mer holdt oppe av mange prøver fra influensasyke.

Den første tydelige økningen i påvisninger kom rundt uke 49, med kryssing av terskelen for utbrudd på landsbasis (10 % positive) i uke 51. Etter en liten stagnasjon tidlig i januar har stigningen fortsatt og andelen positive nådde i uke 8 34,2 % som vi anser som meget høy (Figur 14). Den uken ble det påvist hele 6 118 influensapositive pasienter blant de 17 885 testede, hvorav 4 382 influensavirus A (24,5 % positive) og 1 736 influensavirus B (9,7 % positive). Vi ser en samtidig økning av type A- og B-virus. Influenzavirus type A har utgjort rundt 80 % av influensapåvisningene siden november, men det er antydning til økende andel influensa B nå, og blant barn i skolealder og unge voksne er

influenza B nå like vanlig som influensa A. Blant type A-virus har subtype H1 vært i klart flertall siden siden i høst (Figur 15). Alle 901 hittil undersøkte type B-virus tilhører B/Victoria-slektslinjen.



Figur 14. Ukentlig andel prøver med influensaviruspåvisning nåværende og siste 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 Folkehelseinstituttet.



Figur 15. Laboratoriebekreftede influensatilfeller fra uke 40/2024, andel per type (venstre) og influensa A subtype (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

viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Genetisk karakterisering av influensavirus

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 25.02.2025.

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. Fylogenetiske sammenstillinger av norske influensavirus sammen med virus fra andre land er tilgjengelig i [NextStrain](#).

Siden uke 40 i 2024 har vi sekvensert, dybde analysert og karakterisert 279 influensavirus.

A(H1N1)-virus

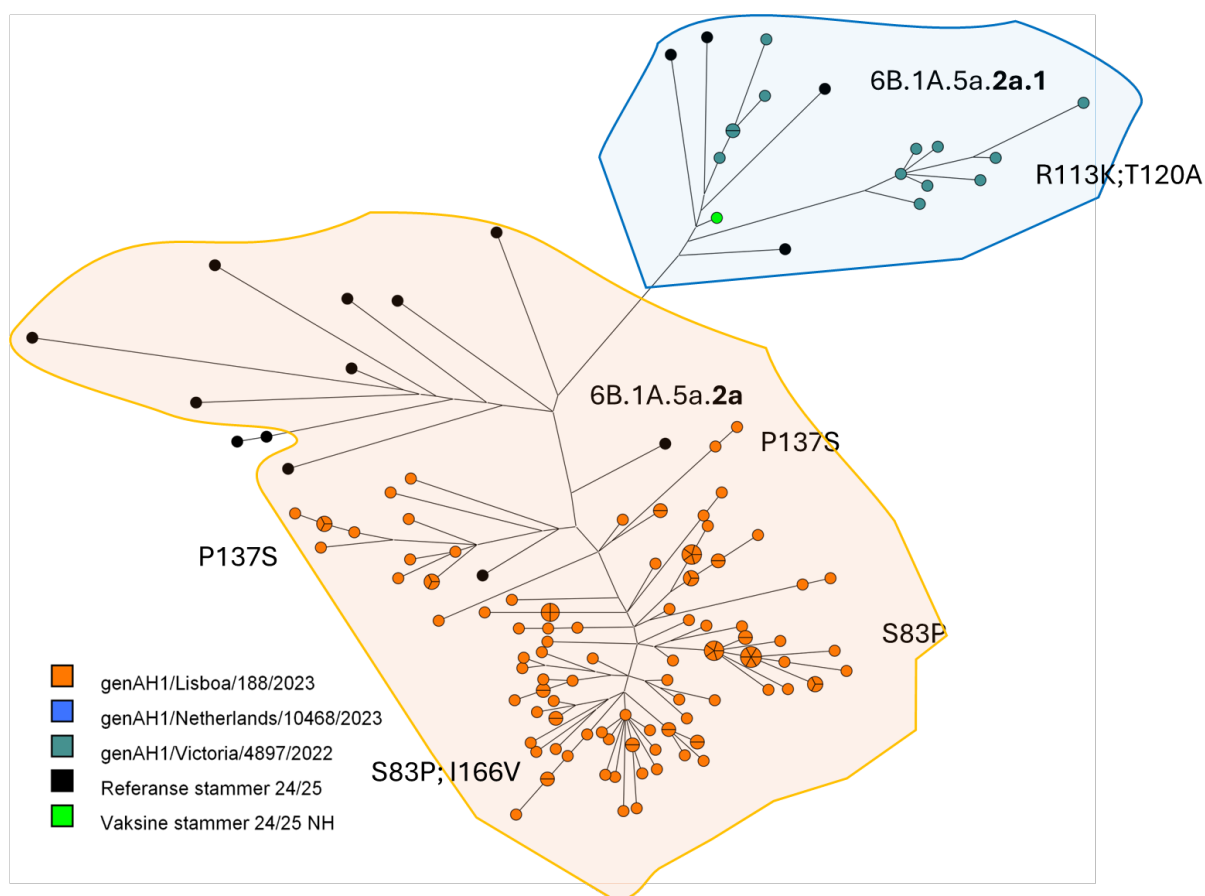
Så langt i løpet av influensasessongen 2024/25 tilhører flertallet av influensa A(H1N1)-virusene som sirkulerer i Norge hovedsakelig kladen 6B.1A.5a.2a, 90 % (114/127) av de analyserte virusene. Bare 10 % (11/1274) er klassifisert som kladen 6B.1A.5a.2a.1, noe som indikerer en begrenset sirkulasjon av denne linjen (Figur 16, Tabell 6).

Alle virusene i 6B.1A.5a.2a-kladen er klassifisert som *genAH1/Lisboa/188/2023-lignende* og delt inn i flere subklader, inkludert C.1.9, C.1.9.1, C.1.9.3 og C.1.9.4. Den mest utbredte subkladen er C.1.9.3, som utgjør 64 % (82/127). Denne subkladen er kjennetegnet ved substitusjonene HA:T120A, HA:K169Q og HA:S83P. C.1.9-subkladen, som har sirkulert fra forrige sesong, er genetisk mangfoldig, men viste ingen definerende mutasjoner. C.1.9.1-subkladen, som hovedsakelig ble oppdaget tidlig i sesongen, ble kjennetegnet ved HA:P137S-substitusjonen.

I tillegg er det sporadisk påvist H1N1-virus fra 6B.1A.5a.2a.1-kladen, klassifisert som *genAH1/Victoria/4897/2022* (subklade D og D.5), som også sirkulerte forrige sesong ([sesongrapport for 2023-24](#)).

H1-vaksinekomponenten for sesongen 2024-25 er et *A/Victoria/4897/2022-lignende* 6B.1A.5a.2a.1 virus. Per nå tilhører majoriteten av påviste H1N1-virus i Norge *genAH1/Sydney/5/2021-lignende*

virus innenfor 6B.1A.5a.2a-gruppen. Disse virusene er forløpere til viruset som vaksinekomponenten er avledet fra, og ventes derfor være godt dekket av vaksinen.



Figur 16. Fylogenetisk sammenstilling av H1N1 virus i Norge, Maximum parsimony tre fra helgenomsekkering. Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til H1N1-influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer for nordlige halvkule (NH), fargekodet på ECDC rapporteringskategorier. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

A(H3N2)-virus

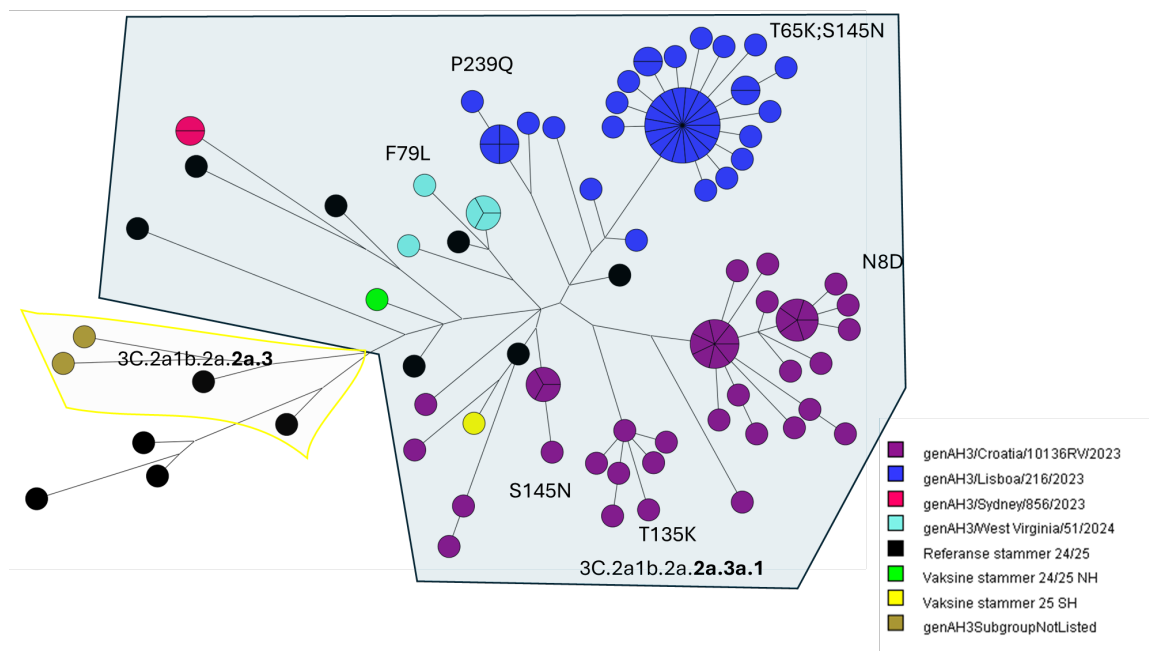
Så langt denne sesongen har 90 influensa A(H3N2) virus gjennomgått videre genetisk karakterisering. H3N2-virusene som sirkulerer i Norge under influensas sesongen 2024/25 tilhører for det meste (88/90, 98%) kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a.1, med kun to deteksjoner (2/90, 2%) av kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a (Figur 17, Tabell 6).

Innenfor 3C.2a1b.2a.2a.3a.1-kladen er to hovedgrupper av virus påvist. Den største gruppen med 42/90 (47%) ble klassifisert som *genAH3/Lisboa/216/2023* (J.2.2 subklade +HA:S124N). Den nest største gruppen ble klassifisert som *genAH3/Croatia/10136RV/2023* (J.2 subklade +HA:N122D og HA:K276E). Sporadiske deteksjoner av *genAH3/West Virginia/51/2024* som tilhører J.2 og J.2.1 subkladene ble hovedsakelig observert tidlig i sesongen.

I tillegg ble to 3C.2a1b.2a.2a.3a *A/Finland/402/2023-lignende* virus, som tilhører G.1.3.1 subkladen, virus påviste *A/Finland/402/2023-lignende* virus, som tilhører G.1.3.1 subkladen, Tidligere sett sporadisk i 2023/24-sesongen.

WHO har anbefalt en oppdatering av H3 influensavaksine komponenten for den sørlige halvkule på grunn av oppdagelsen av **HA:S145N**, **HA:N158K** og **HA:K189R**-substitusjoner i J.2 subklade. Tidlig i sesongen var forekomsten av H3N2-virus som bærer **HA:S145N**-substitusjonen (J.2.2) lav. Imidlertid representerer nå J.2.2-virusene flertallet av deteksjonene totalt. Gitt denne utviklingen kan det kanskje være behov for at H3N2-komponenten i influensavaksinen blir oppdatert til neste vinter for å inkludere et virus som bærer denne mutasjonen, som er foreslått for 2025-vaksinen for den sørlige halvkule, for å sikre bedre beskyttelse mot disse driftede H3-virusene.

Les mer om disse mutasjonene og vaksineanbefalingen her: [Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2025 southern hemisphere influenza season.](#)



Figur 17. Fylogenetisk sammenstilling av H3N2 virus i Norge, Maximum Parsimony tre fra helgenomsekvensering: Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til H3N2-influensa grupperer genetisk med referansevirus og vaksinstammer fra nordlige (NH) og sørlige halvkule (SH), fargekodet på ECDC rapporteringskategorier. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

B/Victoria-virus

I løpet av influensas sesongen 2024/25 tilhørte alle influensa B/Victoria-virusene som sirkulerte i Norge kladen **V1A.3a.2** (62/62, 100%) (Figur 18).

Innenfor kladen **V1A.3a.2** ble to hovedgrupper av virus detektert. Den største gruppen ble klassifisert som *genBvicB/Catalonia/2279261NS/2023*, tilhørende C.5.1 subkladen (28/62, 45%), og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N.

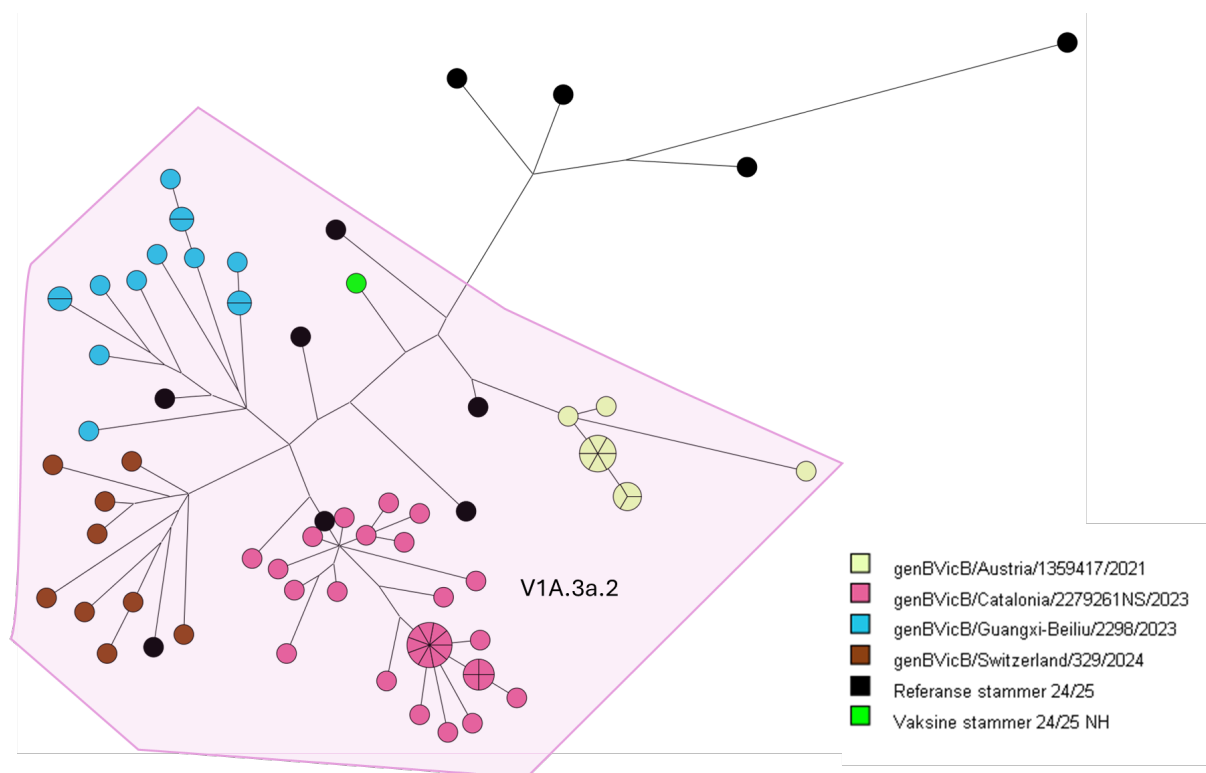
Den nest største gruppen av detekterte virusene i V1A.3a.2-kladen ble klassifisert som *genBvicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023* ble detektert 14/62 (22%) og tilhører subkladen C.5.7, definert ved substitusjonene HA:D197E, E183K og E128G.

Andre virusgrupper er også blitt detektert, men i lavere frekvenser.

GenBvicB/Austria/1359417/2021, som tilhører B/Moldova/2030521/2023-lignende virus. Denne gruppen er definert av C.3 subkladen og inneholder substitusjonene HA:E128K, A154E og S208P.

GenBvicB/Switzerland/329/2024 tilhører C.5.6 og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N.

For influensa B (Victoria) er vaksinekomponenten for sesongene 2024-25 B/Austria/1359417/2021-lignende virus, som tilhører den samme genetiske kladen (**V1A.3a.2**) som de virusene som ble påvist i Norge.



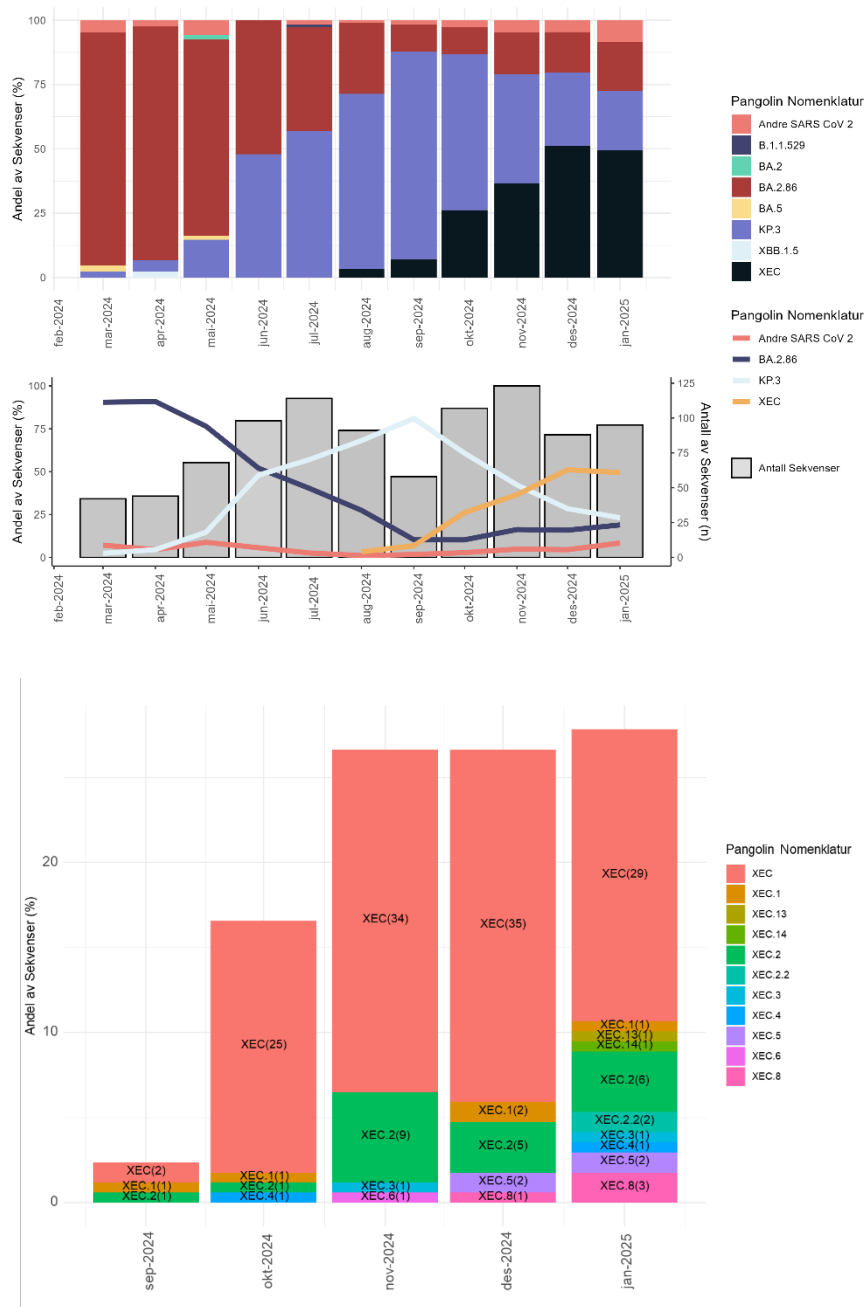
Figur 18. Fylogenetisk sammenstilling av Influenza B Victoria virus i Norge, Maximum parsimony tre på helgenomsekvenser: Figuren viser hvordan hemagglutinin-sekvensen til B Victoria influenza grupperer genetisk med utvalgte referansevirus og vaksinstammer fra nordlige (NH), fargekodet på ECDC rapporteringskategorier. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet

Tabell 6. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus siste tre måneder sesongen 2024-25, klade og subklade. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	Des-2024	Jan-2025	Total
A/H1N1	-	-	7	46	127
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9	1	0	18
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.3	6	37	82
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.1	0	3	13
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.4	0	0	1
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.3	0	6	8
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.5	0	0	5
A/H3N2	-	-	11	36	90
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	1	20	39
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	10	13	42
genAH3/Sydney/856/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.1.1	0	2	2
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	0	0	1
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.1	0	0	4
genAH3SubgroupNotListed	3C.2a1b.2a.2a.3a	G.1.3.1	0	1	2
B/Victoria	-	-	5	31	62
genBVicB/Austria/1359417/2021	V1A.3a.2	C.3	1	0	11
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5.1	3	17	28
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5	0	1	1
genBVicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023	V1A.3a.2	C.5.7	1	10	14
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6	0	3	8

Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 26.02.2025.



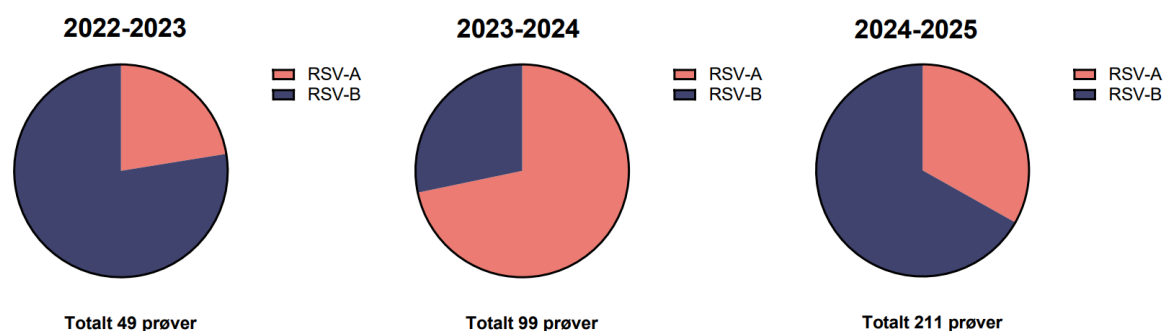
Figur 19. Grafen viser fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hoved varianter for enklere identifikasjon. De grå stolpene representerer antall sekvenser per måned, mens linjene viser den dominerende undertypen for hver periode. Vær oppmerksom på at i perioder med lav prøvetaking kan dataene endres på grunn av usikkerhet. Nederst: Viser fordelingen av subvarianter av den nåværende dominerende SARS-CoV-2-varianten.

De siste månedene har BA.2.86 KP.3-variantene dominert i Norge (Figur 19) de fleste (KP.3.1.1) bærer de såkalte dFLuQE-mutasjonene. Imidlertid har XEC-variantene, som er nyere rekombinanter av to andre BA.2.86 JN.1-virus og vurdert av ECDC som en variant under overvåking (VUM), hatt en gradvis økning siden oktober og er nå den dominerende enkeltvarianten i Norge, i tråd med trenden i andre europeiske land. Disse virusene bærer FLuQE-mutasjoner, en kombinasjon av mutasjoner bestående av F456L, Q493E og V1104L (Figur 19). SARS-CoV-2-variantprevalensen i Norge gjenspeiler variantbildet ellers i Europa, og per nå er det ingen bekymringsvarianter (VOC) i omløp. Månedlige variantdata er også tilgjengelige på Folkehelseinstituttets statistikkssider: [FHI Statistikk](#).

Sirkulerende RS-virus i Norge

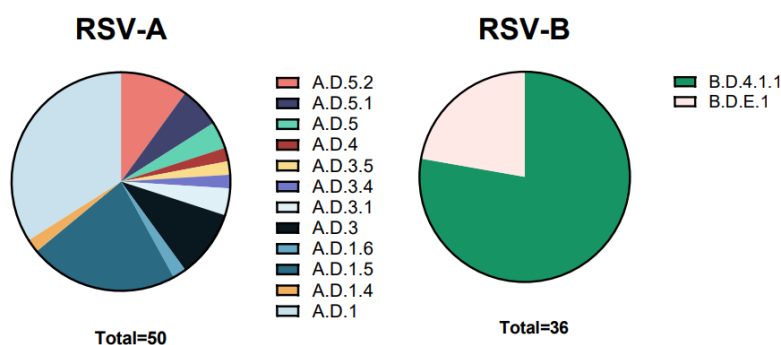
Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 26.02.2025

Folkehelseinstituttet fikk i 2024 tildelt referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi for RS-virus i Norge og overvåker fra sesongen 2024-25 RS-virus i samme overvåkingssystem som influensa og SARS-CoV-2. Så langt viser analysene at dominans med RSV-A og RSV-B kan variere fra sesong til sesong (Figur 20). Forekomst av RS-virus er økende, og for luftveissesongen 2024-25 er det kommet inn 198 RS-virus positive prøver til referanselaboratoriet ved FHI. Av disse er 70 prøver typet til RSV-A og 141 til RSV-B. Fordeling av RSV-A og B ser ut til å være lik i polikliniske prøver og i prøver fra innlagte.



Figur 20. Typing av RSV-A og RSV-B i et utvalg prøver fra 2022-23, 2023-24 og 2024-25 sesongene. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

Fra 2023-24 og 2024-25 sesongen er til sammen 86 RSV-prøver genetisk karakterisert. Av disse var 50 prøver av type RSV-A, mens 36 prøver var RSV-B. Figur 21 viser at det er forholdsvis stor genetisk variasjon i sirkulerende RSV-A stammer (12 ulike clades), mens RSV-B er langt mer homogen med (kun 2 sirkulerende clades) påvist i Norge.



Figur 21. Genetiske karakterisering av RSV-positive prøver fra 2023-24 og 2024-25 sesongen ved helgenom sekvensering. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

Resistens mot antivirale midler

Influensasenteret (referanselaboratoriet/WHO Nasjonalt influensa senter) ved Folkehelseinstituttet overvåker løpende 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 273 Influenzavirus blitt undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett H1N1-virus hadde resistensmutasjonen E23G i polymerasegenet PA, noe som er forenlig med resistens mot baloxavir marboxil. Vi har også påvist ett H1N1 virus med H275Y-mutasjon i neuraminidase-genet, som indikerer høy resistens mot oseltamivir. For begge tilfellene er det ingen informasjon som tilsier at mutasjonen er behandlingsmediert og graden av resistens er ikke målt.

Forrige sesong ble det påvist et fåtall influensavirus i Norge som var resistent mot oseltamivir og peramivir. Se sesongrapporten for 2023-24: <https://www.fhi.no/publ/2024/influensasesongen-2023-2024/>.

SARS-CoV-2

Majoriteten av omikron-variantene som sirkulerer nå (BA.2.86/XEC) 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. Dette gjøres gjennom Folkehelseinstituttets 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 25.02.2025.

Tabell 7. Varsler om utbrudd av luftveisinfeksjon siste uke og totalt siden sesongstart (uke 27 2024).

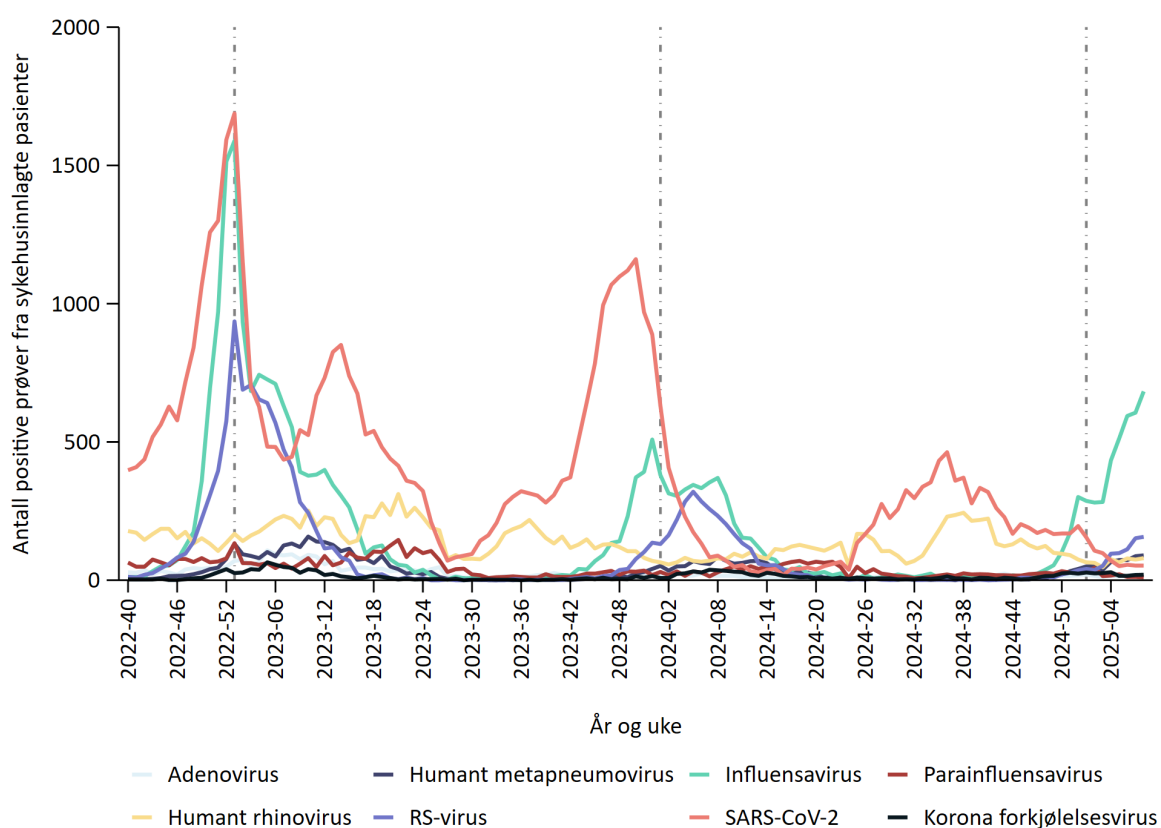
Antatt smittestoff	Uke 8 (2025)			Totalt fra og med uke 27 (2024)		
	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke
<i>Bordetella pertussis</i>	2	0	11	8	0	36
Influenzavirus	2	2	11	14	14	101
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	2	1	23
Parainfluenzavirus	0	0	0	1	1	10
RS-virus	1	1	10	1	1	10
SARS-CoV-2	0	0	0	76	76	544
Ukjent agens (luftveissymptomer)	0	0	0	1	1	4

Sykehusinnleggelser

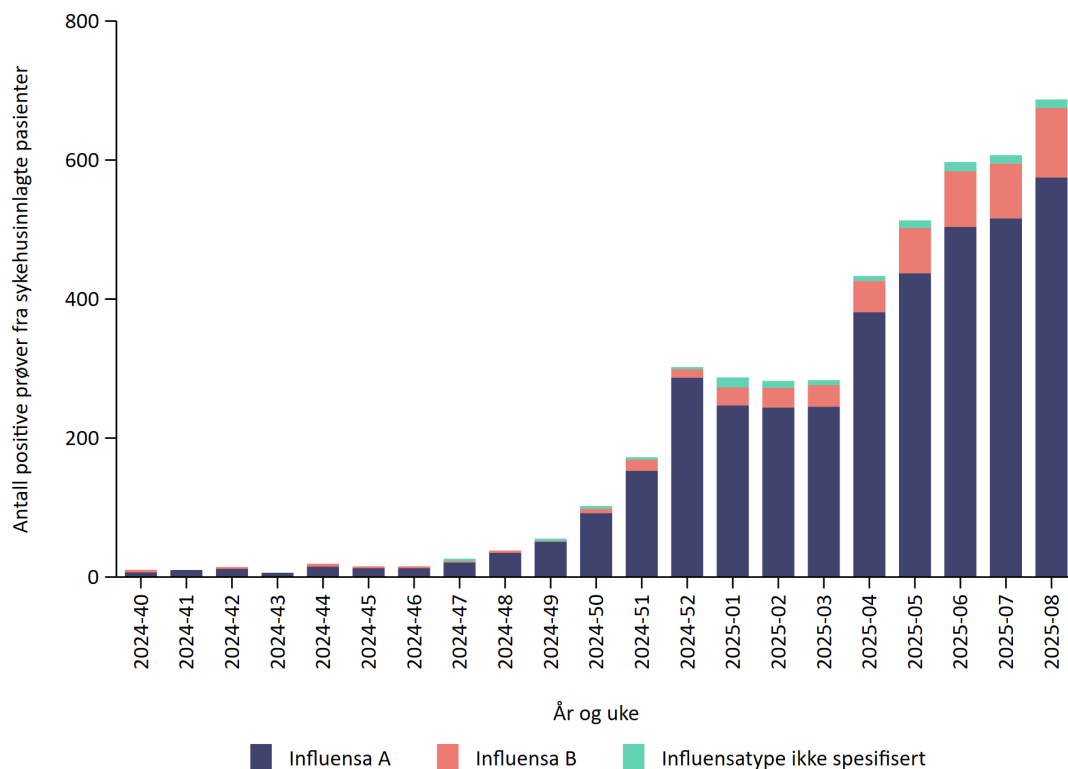
Overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner er under omlegging. Overvåkingen er midlertidig basert på data rapportert til MSIS-labdatabasen. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. Positive prøver for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter overestimerer det reelle antallet sykehusinnleggelser med disse infeksjonene i perioder med høy forekomst av infeksjoner med disse virusene, men de kan brukes for å følge med på trender. En mer detaljert beskrivelse av den midlertidige overvåkingen finnes [her](#) (på engelsk).

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 26.02.2025.

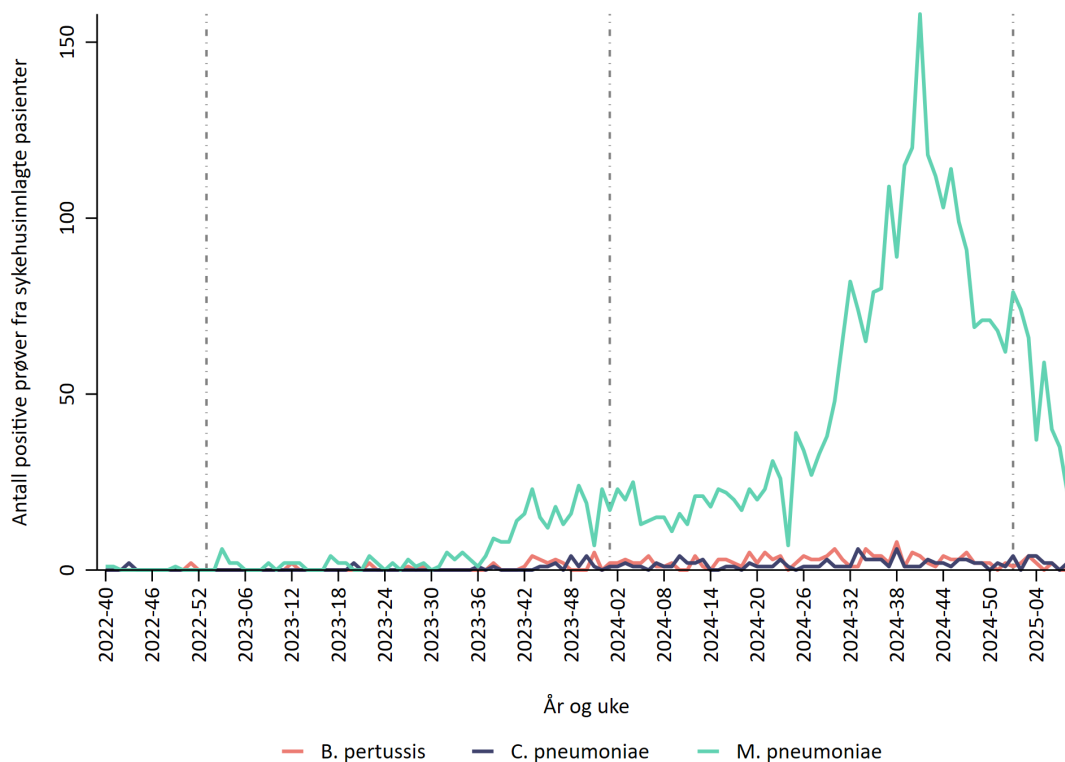
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter



Figur 22. Antall PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, humant metapneumovirus, rhinovirus, influensavirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 23.02.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 23. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter etter virustype, 30.9.2024 – 23.02.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 24. Antall PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 23.02.2025. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 8. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for influensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter og totalt de siste 12 ukene etter aldersgruppe, 11.11.2024 – 23.02.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Smittestoff	Aldersgruppe	Alle prøver			Prøver fra sykehusinnlagte		
		Antall testede	Antall positive	Andel positive	Antall påvisninger fra innlagte	Andelen påvisninger som kommer fra innlagte (%)	Antall påvisninger fra innlagte per 100000
Influensavirus	0-4	16071	3362	20,9	316	9,4	114,5
	5-14	21541	5686	26,4	273	4,8	43
	15-29	29844	6888	23,1	286	4,2	27,6
	30-64	82317	17027	20,7	1323	7,8	51,6
	65-79	33048	4092	12,4	1211	29,6	155,3
	80+	18818	2228	11,8	894	40,1	348,6
	totalt	201649	39288	19,5	4307	11	77,6
RS-virus	0-4	16244	2896	17,8	455	15,7	164,8
	5-14	21103	565	2,7	19	3,4	3
	15-29	28517	615	2,2	17	2,8	1,6
	30-64	77793	1891	2,4	105	5,6	4,1
	65-79	29412	880	3,0	150	17	19,2
	80+	15580	363	2,3	93	25,6	36,3
	totalt	188655	7211	3,8	839	11,6	15,1
SARS-CoV-2	0-4	15931	286	1,8	47	16,4	17
	5-14	21362	247	1,2	11	4,5	1,7
	15-29	29437	826	2,8	33	4	3,2
	30-64	81440	2778	3,4	256	9,2	10
	65-79	32654	1336	4,1	497	37,2	63,7
	80+	18332	1046	5,7	501	47,9	195,3
	totalt	199166	6520	3,3	1345	20,6	24,2
<i>M. pneumoniae</i>	0-4	16621	975	5,9	50	5,1	18,1
	5-14	24619	6777	27,5	103	1,5	16,2
	15-29	32590	4449	13,7	145	3,3	14
	30-64	87509	6252	7,1	317	5,1	12,4
	65-79	29076	570	2,0	51	8,9	6,5
	80+	13442	108	0,8	18	16,7	7
	totalt	203861	19131	9,4	684	3,6	12,3

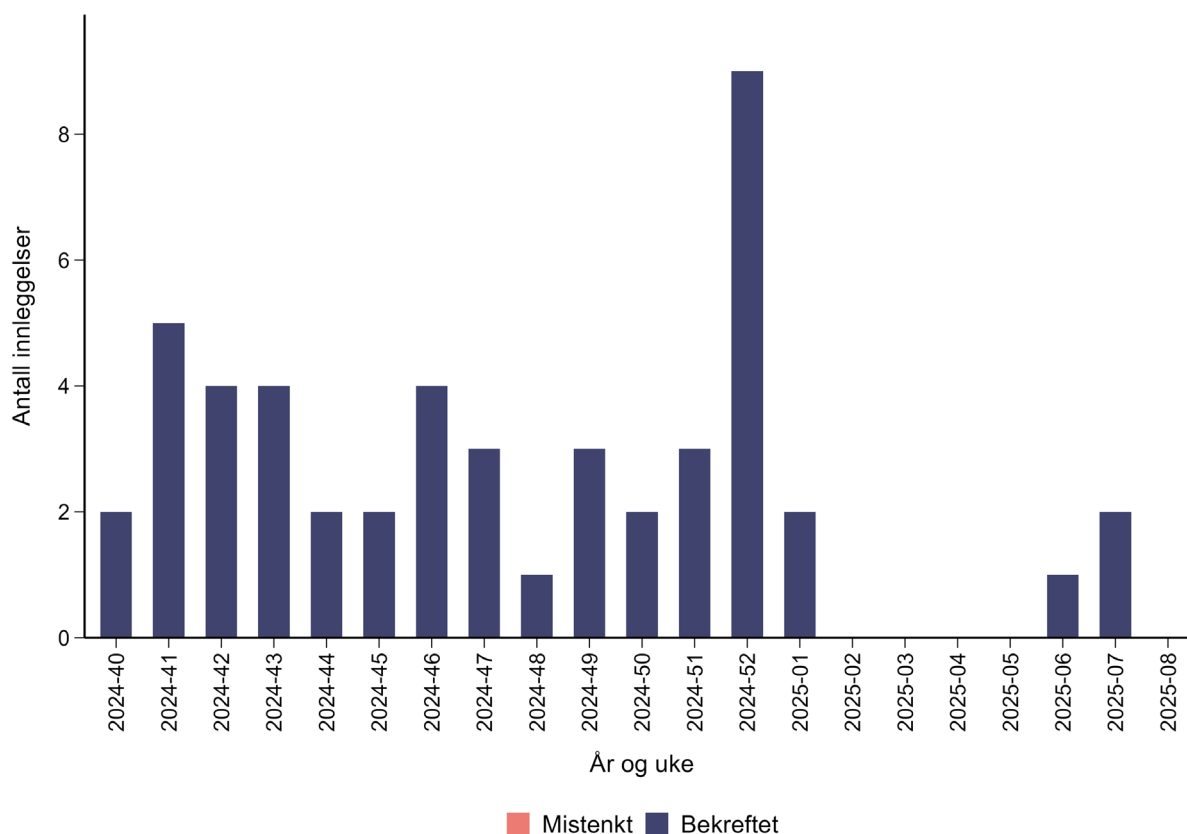
Tabell 9. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter siden uke 40, etter influensavirustype og aldersgruppe, 30.09.2024 - 23.2.2025. Influenstype ikke spesifisert for 2,3% av prøvene. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Aldersgruppe	Totalt		Influenza A		Influenza B	
	n	n/100000	n	Aldersgruppe	n	n/100000
0-4	334	121,0	266	96,4	68	24,6
5-14	287	45,2	172	27,1	115	18,1
15-29	303	29,2	207	20,0	90	8,7
30-64	1368	53,3	1141	44,5	187	7,3
65-79	1247	159,9	1191	152,8	31	4,0
80+	926	361,0	884	344,7	17	6,6
totalt	4469	80,5	3865	69,6	508	9,2

Innleggelser i intensivavdeling

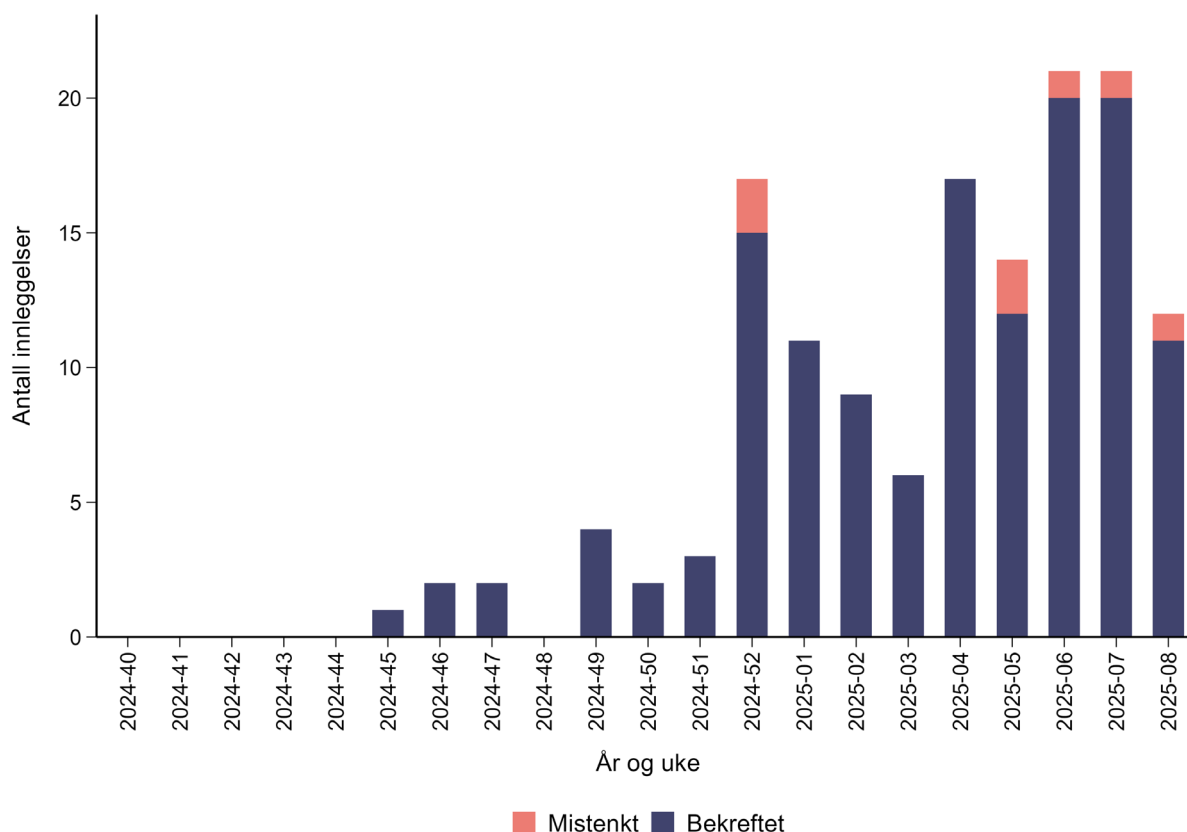
Norsk intensivregister (NIR) inneholder informasjon om intensivbehandlede covid-19- og influensapasienter. Resultatene er basert på data fra NIR oppdatert 25.02.2025.

Intensivinnleggelser med covid-19



Figur 25. Antall intensivinnleggelser med covid-19 per uke, 30.09.2024 – 23.02.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Intensivinnleggelser med influensa



Figur 26. Antall intensivinnleggelser med influensa per uke, 30.09.2024 – 23.02.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Dødelighet

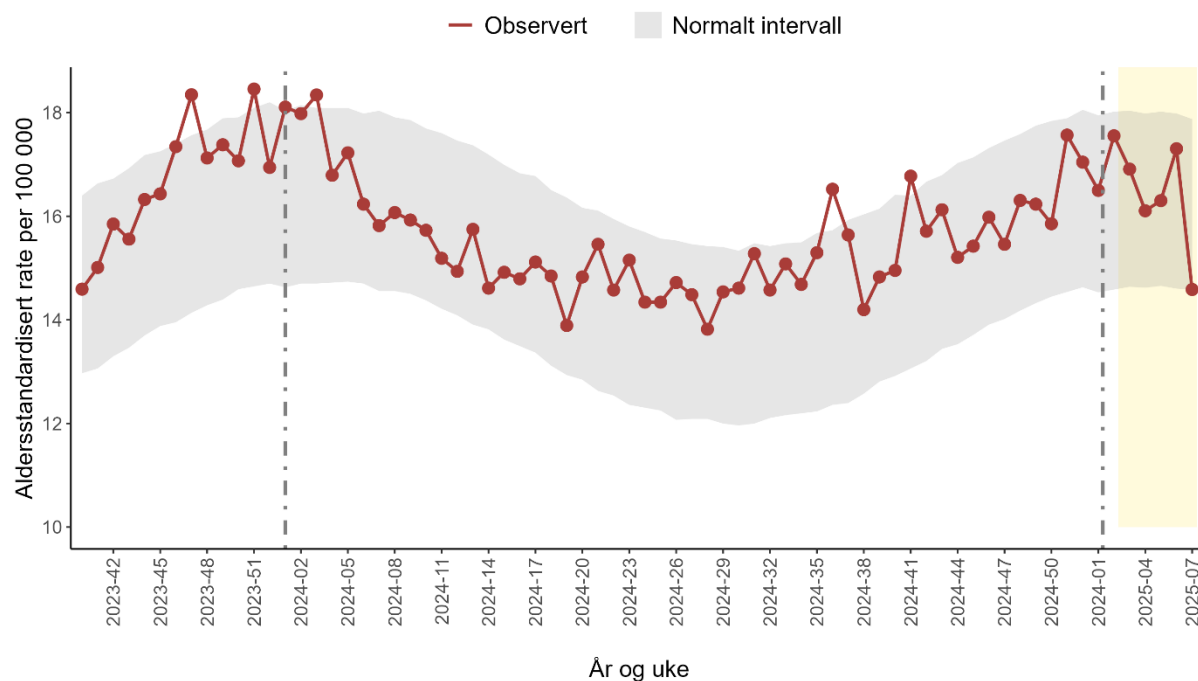
Totaldødelighet

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 Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459, oppdatert 26.02.25.

Dødelighetsnivå

Figur 27 viser utvikling i observert dødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning og sammenligner dette med et normalt intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Totaldødeligheten økte fra uke 5 til 6, men falt igjen i uke 7 og er nå på et lavt nivå for denne tiden av året. Tallene for de siste 6-8 ukene er foreløpige, og fortløpende registrering av dødsfall vil føre til at tallene endrer seg noe.



Det gule feltet markerer uker som har forsinkelser i rapporteringen.

Figur 27. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 40 2023 til uke 7 2025. Det normale 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 2024 og 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: Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Antall dødsfall per uke

Det ukentlige antallet meldte dødsfall er gitt i Tabell 10.

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

Indikator	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7*
Antall nye dødsfall	901	912	968	816
Antall dødsfall per 100 000	16,1	16,3	17,3	14,6
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	-4,8 %	1,2 %	6,1 %	-15,7 %
Median alder	83	83	83	83

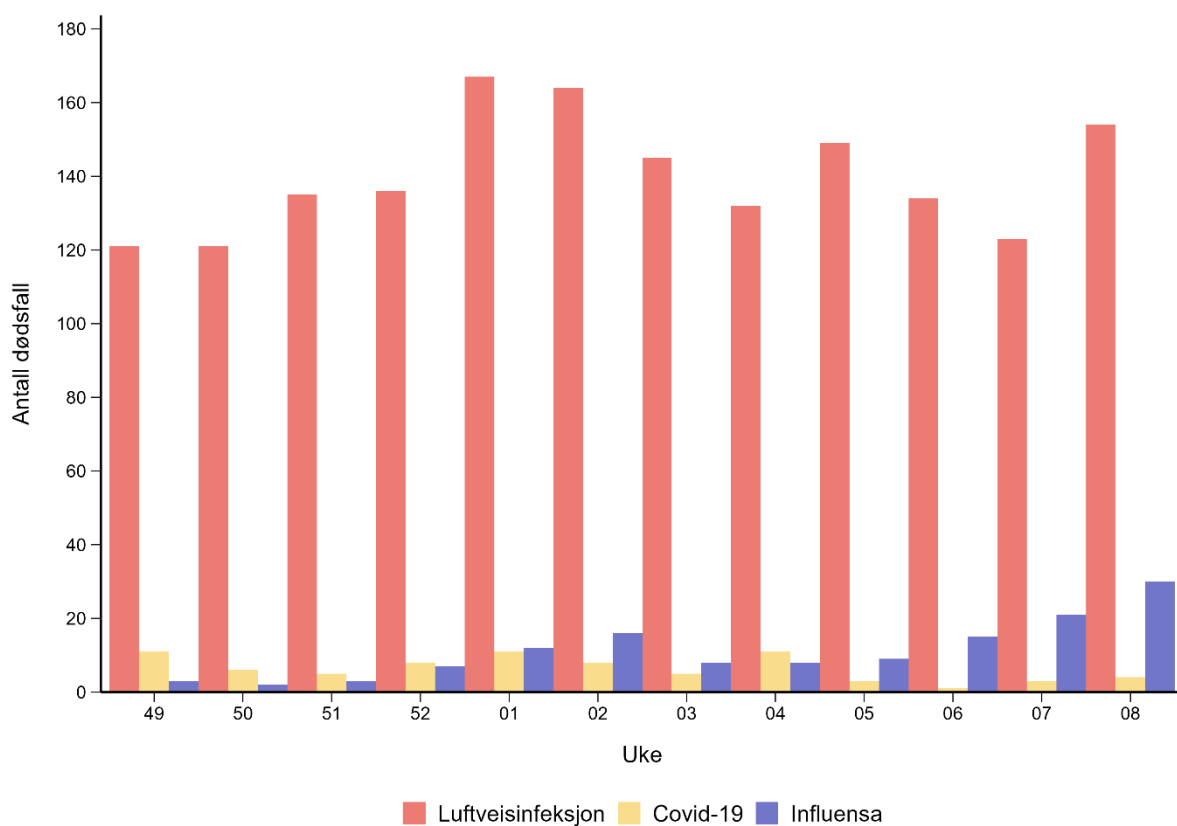
*Siste tilgjengelig uke i Folkeregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19), A37 (kikhoste) og H65-H67 (akutt mellomørebetennelse). 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 et datasett fra Dødsårsaksregisteret oppdatert 26.02.2025.



Figur 28. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (02.12.2024 - 23.02.2025).). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Tabell 11. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker 02.12.2024 - 23.02.2025) Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Indikator	Uke											
	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	121	121	135	136	167	164	145	132	149	134	123	154
Antall dødsfall assosiert med covid-19	11	6	5	8	11	8	5	11	1-4	1-4	1-4	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	1-4	1-4	1-4	7	12	16	8	8	9	15	21	30

Vaksinasjon mot covid-19

Flere vaksiner mot SARS-CoV-2 har fått markedsføringstillatelse og nye forventes å bli godkjent framover. For tiden er det koronavaksinene Comirnaty, og Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 (BioNTech og Pfizer) og Spikevax og Spikevax bivalent Original/Omicron BA.4-5 (Moderna) som er tilgjengelig i Norge. Oppdatert informasjon om bruk av koronavaksinene i Norge finnes i [Vaksinasjonsveilederen](#).

Statistikk om vaksinasjon mot covid-19 fra FHI er tilgjengelig [her](#).

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

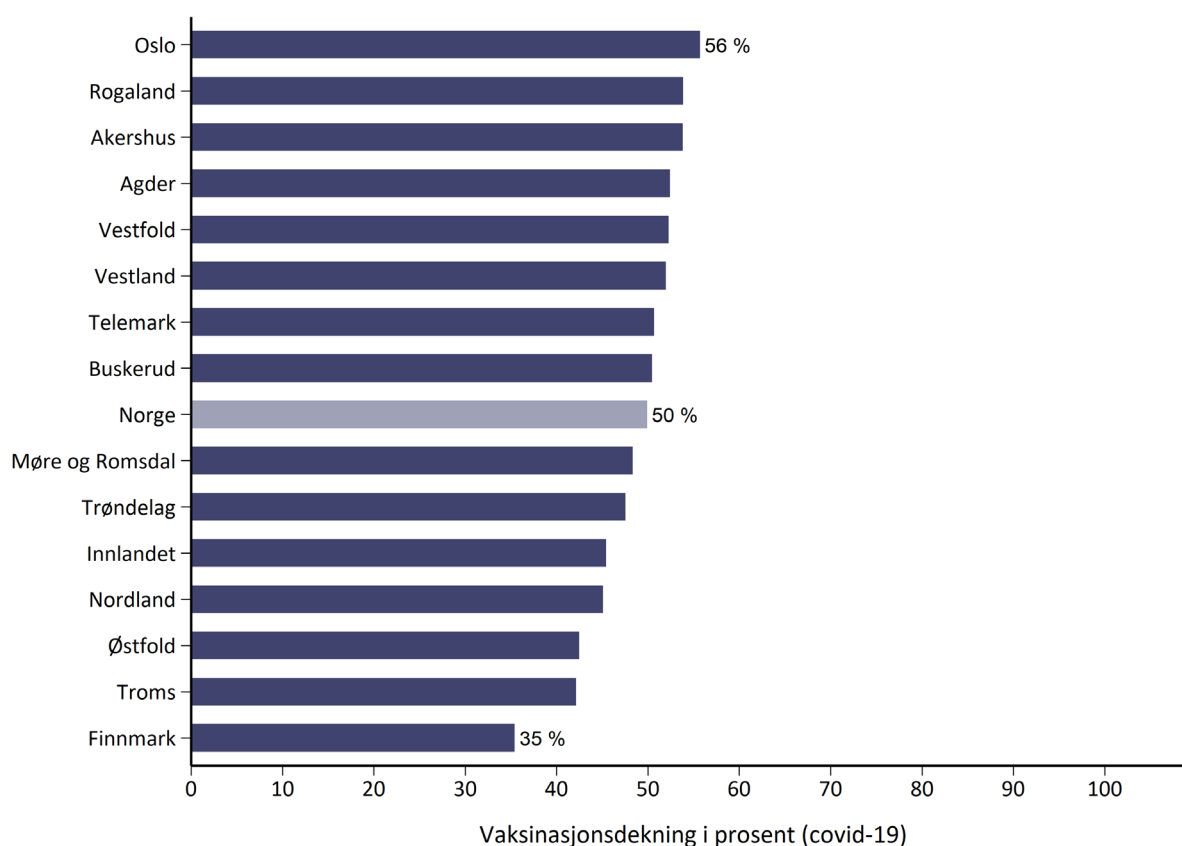
Data om vaksinasjon mot covid-19 inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (26.02.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 26.02.2025.

Siste uke fikk 305 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt ble 600 personer alle aldre vaksinert. Så langt har 526 495 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt er 646 198 personer i alle aldre vaksinert. Dekningen (personer med fødselsnummer og status som bosatt) for aldersgruppen 65+ for hele landet samlet er 50 %. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn på samme tid forrige sesong. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 35 % - 56 % mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

Tabell 12. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) med koronavaksine fordelt på alder, 01.09.2024 - 23.02.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-11	260	0,04 %
12-17	807	0,2 %
18-64	118 636	3 %
65+	526 495	50 %
Totalt, alle	646 198	12 %



Figur 29. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert med koronavaksine per fylke, 01.09.2024 - 23.02.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksineeffekt

Hensikten med koronavaksinasjonsprogrammet er å hindre alvorlig sykdom og død. Beskyttelsen man oppnår, enten gjennom vaksinasjon eller sykdom vil avta over tid. Det skyldes primært at viruset endrer seg. Det er derfor viktig at målgruppene som anbefales vaksine tar oppfriskningsdose med oppdatert vaksine hvert år for å være best mulig beskyttet.

De aller fleste har noe beskyttelse mot covid-19 som følge av vaksinasjon og/eller sykdom. Vaksineeffekt (beskyttelse) etter oppfriskningsdoser må derfor beregnes i forhold til beskyttelsen hos de som ikke har tatt oppfriskningsdose. Studier beregner derfor relativ vaksineeffekt.

De foreligger ennå ikke effektdata for denne sesongen, men en dansk studie fra 2023 viser at personer som er 65 år og eldre hadde 76 % redusert risiko for sykehusinnleggelse pga. covid-19 kort tid etter vaksinasjon med XBB.1.5-vaksine i 2023/2024 sesongen. [En oppfølgingsstudie](#) viste imidlertid at vaksineeffekten mot de nye variantene BA.2.86, inkludert JN.1. var noe redusert, til 64 % relativ vaksineeffekt¹.

¹ Moustsen-Helms, I.R., et al., *Relative vaccine protection, disease severity, and symptoms associated with the SARS-CoV-2 omicron subvariant BA.2.86 and descendant JN.1 in Denmark: a nationwide observational study*. The Lancet Infectious Diseases, 2024. **24**(9): p. 964-973.

En [studie fra Canada](#) viser at XBB.1.5-vaksinen reduserte risikoen for covid-19 som krever medisinsk behandling mer enn 50 % i løpet av 2023/2024 sesongen².

I [England fant man](#) i 2023/2024 sesongen ingen gjenværende vaksineeffekt mot alvorlig covid-19-sykdom etter en oppfriskningsdose gitt i 2022 blant personer som var 65 år og eldre når disse ble sammenliknet med personer som ikke hadde tatt oppfriskningsdose i 2022³. Den relative vaksineeffekten etter en oppfriskningsdose med oppdaterte XBB.1.5-vaksine høsten 2023 ble beregnet til 50,6% kort tid etter vaksinasjon og var høyest mot XBB.1.5. Ti til 14 uker etter oppfriskningsdosen hadde den relative vaksineeffekten falt til 42,2%. Effekten var vesentlig lavere mot nyere virusvarianter, bl.a. JN.1.

Resultatene over viser at de som tar oppfriskningsdose med oppdatert vaksine er bedre beskyttet mot alvorlig covid-19 gjennom høst- og vintersesongen enn de som ikke vaksinerer seg selv om viruset endrer seg.

² Skowronski, D.M., et al., *2023/24 mid-season influenza and Omicron XBB.1.5 vaccine effectiveness estimates from the Canadian Sentinel Practitioner Surveillance Network (SPSN)*. Eurosurveillance, 2024. **29**(7): p. 2400076.

³ Kirsebom, F.C.M., et al., *Effectiveness of autumn 2023 COVID-19 vaccination and residual protection of prior doses against hospitalisation in England, estimated using a test-negative case-control study*. Journal of Infection, 2024. **89**(1): p. 106177.

Vaksinasjon mot influensa

Se også: [Vaksineanbefalinger influensa](#), kapittel om [influensavaksine i Vaksinasjonsveilederen og Kunnskapsgrunnlaget for influensavaksinasjon](#) for mer informasjon om influensavaksine, og [statistikk om vaksinasjon mot influensa](#).

Vaksinedistribusjon

Folkehelseinstituttet startet utsending av vaksiner til vaksinasjonsprogrammet i uke 40, og alle kommuner og helseforetak som har forhåndsbestilt vaksine skal ha mottatt høstens hovedsending nå. Etterbestillinger av influensavaksine vil heretter bli sendt ut fortløpende. Per 12. februar har Folkehelseinstituttet sendt ut 1,1 millioner doser til risikogrupper og andre anbefalte grupper, samt over 116 000 doser til bruk utenom programmet. Apotekgrossistene hadde per 31. januar sendt ut nesten 349 000 doser til apotekene.

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

Data om vaksinasjon mot influensa inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (26.02.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

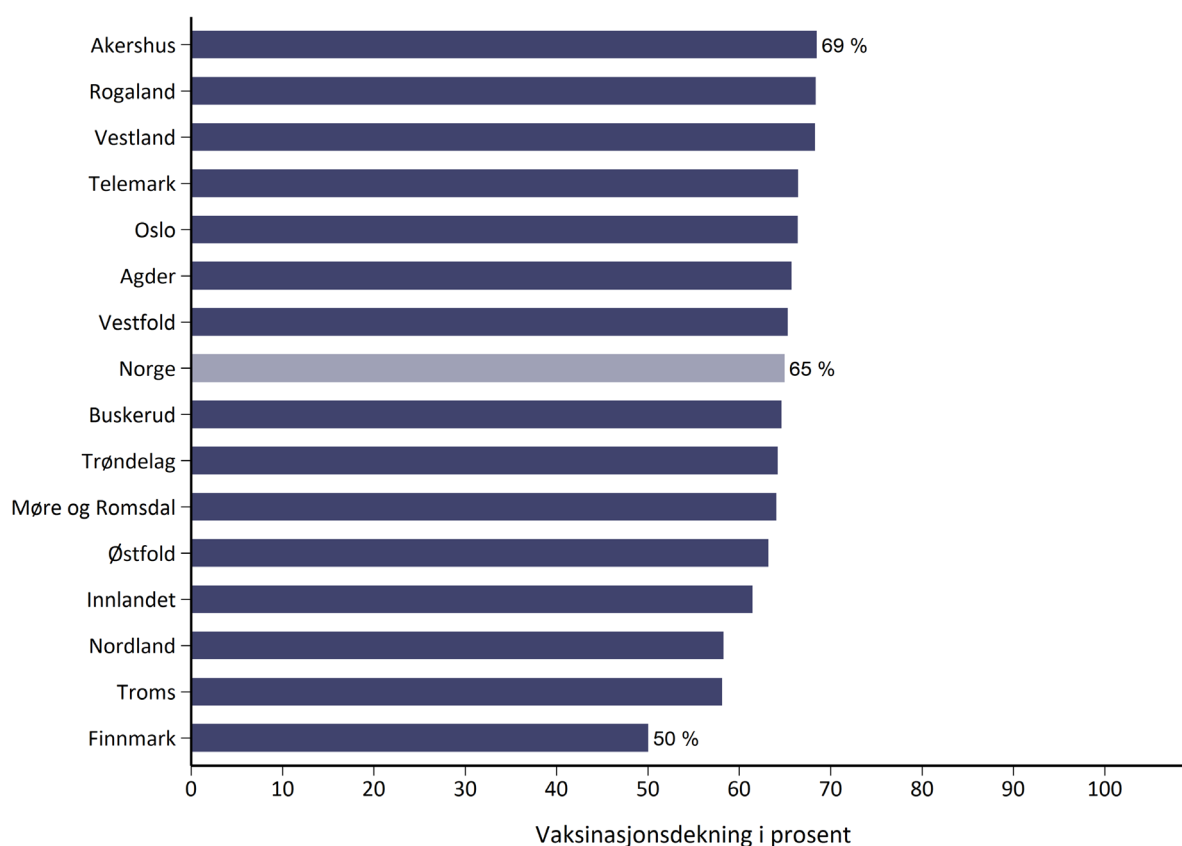
Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 26.02.2025.

Det er til sammen vaksinert 1 311 693 personer, hvorav 685 043 blant personer 65 år og eldre. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 23. februar på 65 %. Dette er på omtrent samme nivå som på samme tid i fjor (64 %). Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn fra 50 % - 69 % mellom henholdsvis Finnmark og Akershus. Finnmark fylke har dermed en litt høyere dekning denne sesongen enn på samme tid i fjor (47 %).

Tabell 13. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) mot influensa blant ulike aldersgrupper, 01.09.2024 - 23.02.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-8	4 551	0,9 %
9-17	5 765	1 %
18-64	616 334	18 %
65+	685 043	65 %
Totalt, alle	1 311 693	23 %

Det totale antallet personer registrert med influensavaksine i SYSVAK har økt i forhold til de siste 2 årene, og er det nest høyeste antallet siden sesonginfluensavaksinasjon ble meldingspliktig til SYSVAK.



Figur 30. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert mot influensa per fylke, 01.09.2024 - 23.02.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksineeffekt

Målet for influensavaksinasjonsprogrammet er å hindre alvorlig sykdom og død. Derfor tilbys influensavaksinen til risikogrupper og andre målgrupper for å forebygge alvorlige utfall av influensasykdom i sårbare grupper. Effekten vil avhenge av hvilket virus som kommer til å dominere og hvor godt man har truffet med valg av vaksinstammer for den nordlige halvkule. Vaksinen inneholder komponenter fra fire forskjellige influensavirus og grad av beskyttelse kan være noe ulikt for hver av disse komponentene. Selv år der én av komponentene passer mindre bra i forhold til viruset vaksinen skal beskytte mot har vaksinen likevel en helsegevinst for den enkelte.

Franske helsemyndigheter har publisert foreløpige resultater for sesongens vaksineeffekt. Estimaterne gjelder effekt mot legekonsultasjon på grunn av influensa. Foreløpige resultater estimerer samlet vaksineeffektivitet for alle influensavirus som sirkulerer i Frankrike til 46% [IC95%: 16-65] for alle risikogrupper, 62% [IC95%: 21-82] blant de under 65 år med langvarig sykdom og 31% [IC95%: -20-61] blant de over 65 år. Frankrike har sirkulasjon av både influensa A (H1N1) og A(H3N2) og B-Victoria.

Tidlige estimater for vaksineeffektivitet (VE) fra åtte europeiske studier (17 land) indikerer en effekt mot influensa A for alle aldre på 32-53 % i primærhelsetjenesten og 33-56 % i sykehusmiljøer, med signaler om varierende vaksineeffekt avhengig av alder og subtype av influensa A og med høyere VE

mot influensa B (≥ 58 % uavhengig av alder og tjenestenivå) ⁴. Det kanadiske sentinelovervåkingssystemet har rapportert foreløpige data for vaksineeffekt (VE) mot akutt luftveissykdom på grunn av laboratoriebekreftet influensa i 2024/25-sesongen. Frem til midten av januar var risikoen for poliklinisk sykdom på grunn av influensa A redusert med omtrent halvparten blant vaksinerte kontra uvaksinerte individer i Canada. Justert VE er 53 % (95 % KI: 36-65) mot A(H1N1)pdm09, bestående av kladene 5a.2a og 5a.2a.1, og 54 % (95 % KI: 29-70) mot A(H3N2), (klade 2a.3a.1) ⁵.

De sirkulerende influensa A(H1N1)- og influensa B-virusene stemmer fremdeles godt overens med vaksinene, og vi forventer ikke at effekten mot disse virusene påvirkes per nå. For detaljer, se avsnitt om genetisk karakterisering av influensavirus på side 22-26.

I Norge har vi nå en viss andel av sirkulerende A(H3N2) virus, som avviker noe fra vaksineviruset. Dette kan føre til lavere vaksineeffekt mot denne virustypen. Til tross for dette, vil vaksinen fortsatt kunne gi noe beskyttelse mot alvorlig sykdom og dødsfall forårsaket av A(H3N2). Sesongen er per nå ikke dominert av A(H3N2), så denne mismatchen vil ikke ha stor betydning for vaksineeffekten totalt sett.

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/>

Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) om vaksinasjonsstatus for medlemslandene i EU/EØS: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

Influensa:

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

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

⁴ Rose AM, Lucaccioni H, Marsh K, Kirsebom F, Whitaker H, Emborg HD, Bolt Botnen A, O'Doherty MG, Pozo F, Hameed SS, Andrews N, Hamilton M, Trebbien R, Lauenborg Møller K, Marques DF, Murphy S, McQueenie R, Lopez-Bernal J, Cottrell S, Bucholtz M, Kissling E; European IVE group; Members of the European IVE group. Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025. Euro Surveill. 2025 Feb;30(7):2500102. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2500102. PMID: 39980423; PMCID: PMC11843620.

⁵ Separovic L, Zhan Y, Kaweski SE, Sabaiduc S, Carazo S, Olsha R, Mather RG, Dickinson JA, Hasso M, Meunier I, Jassem AN, Zelyas N, Gao R, Bastien N, Skowronski DM. Interim estimates of vaccine effectiveness against influenza A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) during a delayed influenza season, Canada, 2024/25. Euro Surveill. 2025 Jan;30(4). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.4.2500059. PMID: 39885824.

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-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19), A37 (kikhoste), J44.0 og H65-H67 (akutt mellomørebetennelse). 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.

Innleggelser i intensivavdeling

Innleggelser i intensivavdeling med covid-19 og influensa overvåkes gjennom Norsk intensivregister (NIR). NIR er et medisinsk kvalitetsregister og delen av NIPaR som gir opplysninger om pasienter behandlet ved norske intensivavdelinger. I NIR betyr respiratorstøtte både behandling med tett ansiktsmaske (non-invasiv ventilasjon) og behandling med pusterør (tube) i luftrøret (invasiv ventilasjon). Førstnevnte kategori er våkne pasienter med relativt korte ligge- og respirator-tider og lav dødelighet sammenlignet med dem som får invasiv ventilasjon. Noen covid-19-pasienter er også registrert uten respiratorstøtte. Dette er pasienter som har ligget til observasjon på et intensivavsnitt over ett døgn.

Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)

Det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på 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 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](#).

Totaldødelighet

Antall døde per uke hentes fra Folkeregisteret, mens befolkningsgrunnlaget er hentet fra [SSB sin statistikkbank tabell 07459](#). Dødsfallene som inngår, er alle som er registrert i Folkeregisteret som død. Dette vil avvike noe med befolkningsgrunnlaget fra SSB som kun inkluderer bosatte, der definisjonen av bosatt er avgrenset til personer som har vært bosatt eller har til hensikt å bli Norge i minst 6 måneder.

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. 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. Merk at modelltilnærmingen for beregning av forventet dødelighet ble endret i oktober 2024 for å reflektere nyere trender i dødelighetsutviklingen. Denne justeringen medfører en viss forskjell i forventet dødelighet for tidligere uker i 2024 og for uker i 2023 vist i Figur 27, sammenlignet med forventet dødelighet som ble presentert i ukesrapportene i forrige influensasessong (oktober 2023–mai 2024). Modelltilnærmingen og endringene 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 overvåkning av SARS-CoV 2-virusvarianter](#)
- [RS-virus](#)
- [Overvåkingssystemet for influensa](#)

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

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