

Statusrapport for luftveisinfeksjoner Sesongen 2024-25



Uke 20 (2025)

Publiseringsdato 22.05.2025

Innhold

Sammendrag siste uker og vintersesongen 2024-25	3
Influenza	3
RS-virusinfeksjon	3
Covid-19.....	4
Mycoplasma pneumoniae-infeksjoner.....	5
Kikhoste	5
Andre luftveisinfeksjoner	5
Dødelighet	6
Vaksinasjon.....	6
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt	8
Influenalignende sykdom (ILS).....	10
Testing og påvisninger.....	13
Luftveisagens.....	13
Meldte tilfeller av kikhoste gjennom MSIS	21
Luftveisvirus gjennom fyrårnsystemet.....	22
Overvåking av virus	27
Sirkulerende influensavirus i Norge	27
Genetisk karakterisering av influensavirus	32
A(H1N1)-virus	32
A(H3N2)-virus	34
B/Victoria-virus.....	36
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge.....	39
Sirkulerende RS-virus i Norge	41
Resistens mot antivirale midler	42
Influensavirus	42
SARS-CoV-2.....	42

Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon.....	43
Sykehusinnleggelser	44
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter	44
Innleggelser i intensivavdeling	48
Intensivinnleggelser med covid-19.....	48
Intensivinnleggelser med influensa.....	49
Dødelighet	51
Totaldødelighet	51
Dødelighetsnivå	51
Antall dødsfall per uke.....	53
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	53
Vaksinasjon mot covid-19	55
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	55
Vaksinering – uke for uke	56
Vaksineeffekt.....	57
Vaksinasjon mot influensa	59
Vaksinedistribusjon	59
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	59
Vaksinering – uke for uke	60
Vaksineeffekt.....	61
Effektdata fra andre land	61
Luftveisinfeksjoner globalt	63
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	64
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	64
Innleggelser i intensivavdeling	64
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)	64
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	64
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	64
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveivirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	65
Totaldødelighet	65
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	65
Virologisk overvåking	65

Sammendrag siste uker og vintersesongen 2024-25

Under følger en oppsummering av vintersesongen 2024-25 og status for siste uker.

Det er rhinovirus og parainfluenzavirus som dominerer blant luftveisinfeksjonene nå, som normalt for årstiden. Vinterens influensautbrudd, som var større enn på mange sesonger, er tilbakelagt. Vinterens RS-virusepidemi var av omtrent samme størrelse som den foregående sesongen. Det har vært lav forekomst av covid-19 gjennom vinteren.

Influenza

- Utbruddsgrensen ble krysset både i virologisk og klinisk overvåking av influensalignende sykdom rundt årsskiftet. Etter det kom det, som mange ganger før, en kort stagnasjon før aktiviteten steg videre fra uke 3 frem til toppen rundt uke 8. Mens intensiteten i den kliniske overvåkingen aldri oversteg middels nivå, indikerte virusovervåkingen et mer omfattende influensautbrudd enn på mange år. Dette er også reflektert i et høyere antall innleggelser i sykehus og intensivitet sammenlignet med de siste sesongene. Etter uke 8 har forekomsten av influensa gått nedover og var under utbruddsgrensen ved påsketider. Per uke 20 påvises det fortsatt en del influensavirus, men tallene nærmer seg utenfor-sesong-nivå der den kliniske overvåkingen har ligget siden begynnelsen av mai. Det har vært godt samsvar mellom klinisk overvåking, virusovervåking gjennom alle laboratoriers rapportering til MSIS labdatabasen og den sentinelbaserte fyrtårnovervåkingen når det gjelder utbruddets start, topp og avslutning, samt sammensetningen av de ulike influensavirusene.
- Mellom uke 40 i 2024 og uke 20 i 2025 ble det rapportert om totalt 10 311 prøver som var positive for influensa blant sykehusinnlagte, mens det i samme tidsperiode i 2023-24 var rapportert 6 064 positive prøver. I årets sesong ble det påvist influensa A i 86 % av prøvene blant sykehusinnlagte, mens 14 % var influensa B. De siste ukene har antallet positive prøver fra innlagte vært nedadgående med 30 i uke 20 og 61 i uke 19. Mellom uke 40 i 2024 og uke 20 i 2025 ble det rapportert om totalt 277 innleggelser i intensivavdeling med influensa, flere enn i vintersesongen 2023-2024 (215). De siste tre ukene er det meldt om totalt én ny innleggelse i intensivavdeling (uke 19). Insidensen av innleggelser i sykehus og intensivavdeling var høyest i aldersgruppene 80+ og 65-79 år.
- Influenzavirus A(H1N1) har vært det hyppigst påviste influensaviruset gjennom hele sesongen, fulgt av noe lavere forekomst av B/Victoria og A(H3N2). A(H1N1) dominerte også influensautbruddet forrige sesong og det var i det store og hele de samme typer H1 som sirkulerte denne sesongen. Den genetiske undergruppen 6B.1A.5a.2a dominerte i starten av sesongen, men 6B.1A.5A.2A.1 fra februar. Begge var godt dekket av vaksinen denne sesongen. Også for A(H3N2) virusene har det vært endring i dominerende undergrupper gjennom sesongen og en nyere variant 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 J.2.2 utgjorde en stor andel av påvisningene. Denne var ikke fullt så godt dekket av vaksinen og WHO har derfor besluttet å inkludere denne i neste vinters influensavaksine.

RS-virusinfeksjon

- Vinterens økning av RS-virusinfeksjoner gikk i gang senere enn i de tre foregående vintersesongene. Andel prøver med påvist RS-virus var på sitt høyeste i uke 11 på 11 %. Dette var noe lavere enn de to foregående sesongene (hhv. 13 % i uke 5 i 2024 og 14 % i uke 3 i

2023). Forekomsten har vært høyest i aldersgruppen 0-4 år, og var på det meste 36 % i uke 11, i motsetning til 51 % på det høyeste i uke 5 i 2024 og 44 % i uke 52 i 2022.

- Mellom uke 40 i 2024 og uke 20 i 2025 ble det rapportert om totalt 3 424 positive RSV prøver fra sykehusinnlagte, som er på samme nivå som i vintersesongene 2023-24 (3 244) og færre enn i 2022-23 (5 023).
- Det er RSV-B som har dominert denne sesongen, selv om det har vært noe variasjon i alders- og geografisk fordeling av RSV-A og -B. For RSV-B har det i hovedsak vært virus tilhørende B.D.E.1 kladen som har sirkulert, men det har vært større genetisk variasjon for RSV-A der virus tilhørende A.D.1, AD.3 og AD.5 har sirkulert.
- Forekomsten av RS-virusinfeksjoner er nå nedadgående. Andel prøver med påvist RS-virus var 3,2 % i uke 20, etter 4 % i uke 19 og 4,9 % i uke 18. Det er rapportert 44 prøver med påvist RS-virus blant innlagte i uke 20, etter 72 i uke 19 og 96 i uke 18.

Covid-19

- I juli og august 2024 var det en åtte ukers bred topp i forekomst av covid-19. Toppunktet ble nådd i uke 35, hvor det ble påvist SARS-CoV-2 i 15 % av analyserte prøver. Siden da har forekomsten vært nedadgående, og så langt i 2025 har forekomsten av covid-19 vært lav. I vinter har andel prøver med påvist SARS-CoV-2 vært høyest i aldersgruppen 80 år og eldre.
- Mellom uke 40 i 2024 og uke 20 i 2025 ble det meldt totalt 15 132 tilfeller med covid-19 og 473 259 tester for SARS-CoV-2, mot 20 782 tilfeller og 247 410 tester samme uker i 2023-24. Antall positive prøver for SARS-CoV-2 er fortsatt lavt med 156 positive prøver i uke 20, etter 144 i uke 19, 98 i uke 18 og 111 i uke 17. Siden uke 4 i 2025 har andel positive prøver vært stabilt lav på 1-2 %.
- Mellom uke 40 i 2024 og uke 20 i 2025 ble det rapportert om rundt 4 600 prøver positive for SARS-CoV-2 fra pasienter innlagt på sykehus, noe som er vesentlig færre enn den foregående vintersesongen 2023-24 (omtrent 12 800 prøver). De siste 3 ukene har antallet positive prøver fra innlagte vært lavt på rundt 50 i uke 20, 30 i uke 18 og 19. Mellom uke 40 i 2024 og 20 i 2025 ble det rapportert om totalt 58 innleggelser i intensivavdeling med covid-19, noe som er betydelig færre enn i de tre foregående vintersesongene 2023-24 (290), 2022-23 (422), og 2021-22 (980). De siste tre ukene er det ikke meldt om nye pasienter innlagt i intensivavdeling. Insidensen av innleggelser i sykehus og intensivavdeling var denne vinteren høyest i aldersgruppene 65 år og eldre.
- Antall covid-19 assosierte dødsfall økte gjennom sommeren og utover høsten 2024. Det ukentlige antallet varierte mellom 10 og 26 i perioden fra uke 31 til uke 49 i 2024. Siden har ukentlig antall dødsfall falt og er nå på et lavt nivå mellom 0 og 4 dødsfall siden uke 11.
- Første halvdel av 2024 var dominert av SARS-CoV-2 BA.2.86 og undervarianten KP.3 ga sommerutbruddet, før rekombinanten XBB økte fra september og ble den hyppigst forekommende varianten gjennom vinteren. Fra mars 2025 og utover har en ny undervariant av BA.2.86, LP.8.1, blitt påvist i økende grad, og er nå den hyppigst forekommende varianten ut av de svært få tilfellene påvist. Alle variantene denne sesongen har vært fint dekket av covid-19 vaksinene.

Mycoplasma pneumoniae-infeksjoner

- I løpet av sensommeren 2024 var det en bratt økning i andel prøver med påvist *Mycoplasma pneumoniae*. Økningen varte utover høsten, og nådde sitt toppunkt i uke 42 i 2024 på 21 %. Forekomsten var høyest i aldersgruppen 5-14 år, hvor andel positive prøver var på 55 % i uke 42, etterfulgt av aldersgruppen 15-29 år med andel positive prøver på 28% i samme uke.
- Mellom uke 27 i 2024 og uke 20 i 2025 var 64 047 prøver positive for *M. pneumoniae*, hvorav 23 439 (37 %) og 16 243 (25 %) i aldersgruppene 5-14 og 15-29 år.
- Mellom uke 27 i 2024 og uke 20 i 2025 ble *M. pneumoniae* påvist i omtrent 3 600 prøver tatt fra sykehusinnlagte pasienter, hvorav rundt 590 (94 per 100 000), 260 (93 per 100 000) og 930 (90 per 100 000) var fra pasienter i aldersgruppene 5-14, 0-4 og 15-29 år.
- Forekomsten av *M. pneumoniae*-infeksjoner var nedadgående frem til uke 9 i 2025. Deretter har andel prøver med påvist *M. pneumoniae* variert mellom 3 % og 4 %. I uke 20 2025 var andel prøver med påvist *M. pneumoniae* på 2,7 %, og det er så langt færre enn ti positive prøver blant sykehusinnlagte etter 20 i uke 18 og 19.

Kikhoste

- I løpet av våren 2024 begynte forekomsten av kikhoste å øke. Mellom uke 15 og 45 i 2024 varierte andel prøver med påvist *Bordetella pertussis* mellom 2 % og 4 %, med toppnotering i uke 22 i 2024. Det høyeste antallet kikhostetilfeller ble imidlertid registrert i MSIS i uke 45 i 2024 (397), da andel prøver med påvist *B. pertussis* allerede hadde begynt å gå ned. Dette reflekterer den uvanlig høye testaktiviteten for luftveisbakterier som forårsaker kraftig hoste, noe som skyldtes de samtidige utbruddene av *M. pneumoniae*-infeksjon og kikhoste. Siden har både andel prøver med påvist *B. pertussis* og antall meldte kikhostetilfeller gått ned, og siden uke 1 i 2025 har andel prøver med påvist *B. pertussis* vært på rundt 1 %. Aldersgruppen 5-14 år har hatt høyest forekomst av kikhoste, med andel prøver positive for *B. pertussis* på 15 % i uke 22 i 2024. Av de 11 820 kikhostetilfellene meldt til MSIS mellom uke 15 i 2024 og 20 i 2025 var 4 428 (666 per 100 000) i aldersgruppen 5-14 år, og 153 (292 per 100 000) i aldersgruppen <1 år.
- Antall prøver med påvist *B. pertussis* blant sykehusinnlagte pasienter har vært svært lavt: mellom uke 15 i 2024 og uke 20 i 2025 ble *B. pertussis* påvist i rundt 200 prøver totalt, med 0-8 positive prøver per uke.

Andre luftveisinfeksjoner

- Rhinovirusinfeksjon: Rhinovirus sirkulerer året rundt, og pleier å forårsake epidemier om våren og høsten. Høsten 2024 begynte forekomsten av rhinovirusinfeksjon å øke i uke 32, og toppen i andel prøver med påvist rhinovirus (24 %) ble nådd i uke 38. Dette er på samme nivå som tidligere år. Deretter gikk forekomsten ned, og andel prøver med påvist rhinovirus varierte mellom 5% og 8 % mellom uke 52 i 2024 og uke 12 i 2025. Siden har det vært noe økende forekomst av rhinovirusinfeksjon, som normalt for årstiden. Andel prøver med påvist rhinovirus var på 18 % i uke 20, etter 16 % i uke 19 og 14 % i uke 18. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0-4 år, hvor andel prøver med påvist rhinovirus var på 36 % i uke 18. Det er rapportert omtrent 120 prøver med påvist rhinovirus blant sykehusinnlagte i uke 20, etter 120-160 prøver per uke de foregående 8 ukene.

- Parainfluenzavirusinfeksjon: Høsten 2024 var det noe sirkulasjon av parainfluenzavirus, og andel positive prøver var på sitt høyeste på 4 % i uke 48. Deretter gikk forekomsten ned til et stabilt nivå mellom 1% og 2 % frem til uke 13 i 2025. Siden har forekomsten vært økende, som normalt for årstiden. Andel prøver med påvist parainfluenzavirus var på 8 % i uke 20, etter 7 % i uke 19 og 6 % i uke 18. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0–4 år, hvor andel prøver med påvist parainfluenzavirus var på 19 % i uke 20. Det er rapportert omtrent 50-60 prøver med påvist parainfluenzavirus blant sykehusinnlagte per uke de siste seks ukene.
- Infeksjon med korona forkjølelsesvirus: Forekomsten av infeksjon med korona forkjølelsesvirus begynte å øke i uke 42 i 2024. Andel prøver med påvist korona forkjølelsesvirus var på sitt høyeste i uke 51 i 2024 (12 %), noe tidligere enn de foregående to vintersesongene. Siden har forekomsten vært nedadgående. Forekomsten under utbruddet var høyest i aldersgruppen 0-4 år, hvor andel prøver med påvist korona forkjølelsesvirus var på 23 % i uke 51.

Dødelighet

- Totaldødeligheten har ligget innenfor forventet nivå hele sesongen med unntak av noen få topper i kortvarige perioder på høsten og i mars måned. Dødeligheten falt i siste halvdel av mars og har siden ligget innenfor forventet nivå for denne tiden av året basert på ukentlige trender i dødeligheten de siste 10 årene (der alle uker under pandemien 2020 til 2022 er utelatt fra referanseperioden).
- Det var 4 433 dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon mellom uke 40 2024 og uke 20 2025 (hvorav 254 dødsfall var assosiert med covid-19 og 338 dødsfall var assosiert med influensa), sammenlignet med 4 920 i samme periode for sesongen 2023-24.

Vaksinasjon

- Vaksinasjon mot influensa: For sesongen 2024-25 er det registrert over 1,3 millioner vaksinasjoner i Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, hvorav omtrent 687 000 er i aldersgruppen over 65 år. Per 18 mai er 66 % i denne aldersgruppen vaksinert. Dette er litt høyere enn dekningen i forrige sesong, som var på drøyt 64 %.
- Vaksinasjon mot covid-19: Aldersgruppen 65 år og eldre, samt yngre som tilhører en risikogruppe ble høsten 2024 anbefalt en ny oppfriskningsdose. Per 18 mai er 50 % i aldersgruppen 65 år og eldre er blitt vaksinert. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn på samme tid forrige sesong.

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

Sykdom	Uke						Fra 18 til 20
	15	16	17	18	19	20	
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	10,8 % ▼	13,2 % ▲	9,9 % ▼	9,2 % ▼	9,1 % ▼	8,9 % ▼	-1,6 % (-2,6 %, -0,61 %)
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	135	101	101	113	109 (109-114)*	87 (87-104)*	-11 % (-25 %, 4,2 %)
Covid-19							
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	1,2 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,9 % ▲	2,1 % ▲	20,7 % (8,3 %, 33,2 %)
Antall covid-19 tilfeller meldt til MSIS	102	58	101 ▲	84 ▲	128 ▲	132 (132-146)* ▲	22,2 % (9 %, 35,6 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 (Fyrtårnsystemet)	0 %	4 %	2 %	0 %	3,1 %	0 %	-
Antall positive prøver for SARS-CoV-2 blant innlagte	34	22	20 ▲	34	31	50	21 % (-0,8 %, 44,1 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med covid-19	0	0	1	0	0	0	-
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	0,71 % ▼	0,62 % ▼	0,47 % ▼	0,34 % ▼	0,3 % ▼	0,28 % ▼	-11,1 % (-16,4 %, -5,9 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede (MSIS labdatabasen)	12,5 % ▼	10,5 % ▼	6,8 % ▼	4,7 % ▼	4,4 % ▼	2,6 % ▼	-28,5 % (-37,1 %, -19,9 %)
Andel positive prøver for influensavirus (Fyrtårnsystemet)	13,3 %	8 %	13,7 %	6,5 %	3,1 %	3,7 %	-29 % (-140,2 %, 81,8 %)
Antall positive prøver for influensavirus blant innlagte	241 ▼	158 ▼	86 ▼	58 ▼	61 (61-62)* ▼	30 (30-40)* ▼	-27,9 % (-53,9 %, -2,6 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med influensa	6	3	1	0	1	0	-
RS-virusinfeksjon							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	8,9 % ▼	8,3 % ▼	6,3 % ▼	4,9 % ▼	4 % ▼	3,2 % ▼	-22,5 % (-31,3 %, -13,9 %)
Andel positive prøver for RS-virus (Fyrtårnsystemet)	11,7 %	8 %	3,9 %	6,7 %	0 %	1,9 %	-80,4 % (-258,3 %, 59,2 %)
Antall positive prøver for RS-virus blant innlagte	174 ▼	171 ▼	119 ▼	96 ▼	72 ▼	44 ▼	-37,7 % (-56,1 %, -20,6 %)
Rhinovirusinfeksjon							
Andel positive prøver for rhinovirus blant de testede	14,7 % ▲	12,5 %	13 % ▼	14 % ▲	16,2 % ▲	17,5 % ▲	12,9 % (7,8 %, 17,9 %)
Andel positive prøver for rhinovirus (Fyrtårnsystemet)	22,4 % ▲	20 %	13,7 %	10,3 %	12,9 %	17,3 %	30,5 % (-34,7 %, 103 %)
Antall positive prøver for humant rhinovirus blant innlagte	153	152	156	142	120	124	-7 % (-18,8 %, 5,2 %)
Parainfluenzavirusinfeksjon							
Andel positive prøver for parainfluenza-virus blant de testede	3,9 % ▲	4,8 % ▲	5,4 % ▲	5,7 %	7 % ▲	7,5 % ▲	13,7 % (6,1 %, 21,3 %)
Andel positive prøver for parainfluenzavirus (Fyrtårnsystemet)	7,1 % ▲	4 %	4 %	3,7 %	6,2 %	3,7 %	-6,1 % (-115,1 %, 114,7 %)
Antall positive prøver for parainfluenza-virus blant innlagte	53 ▲	51	60	53	55	60	6 % (-12,1 %, 24,1 %)

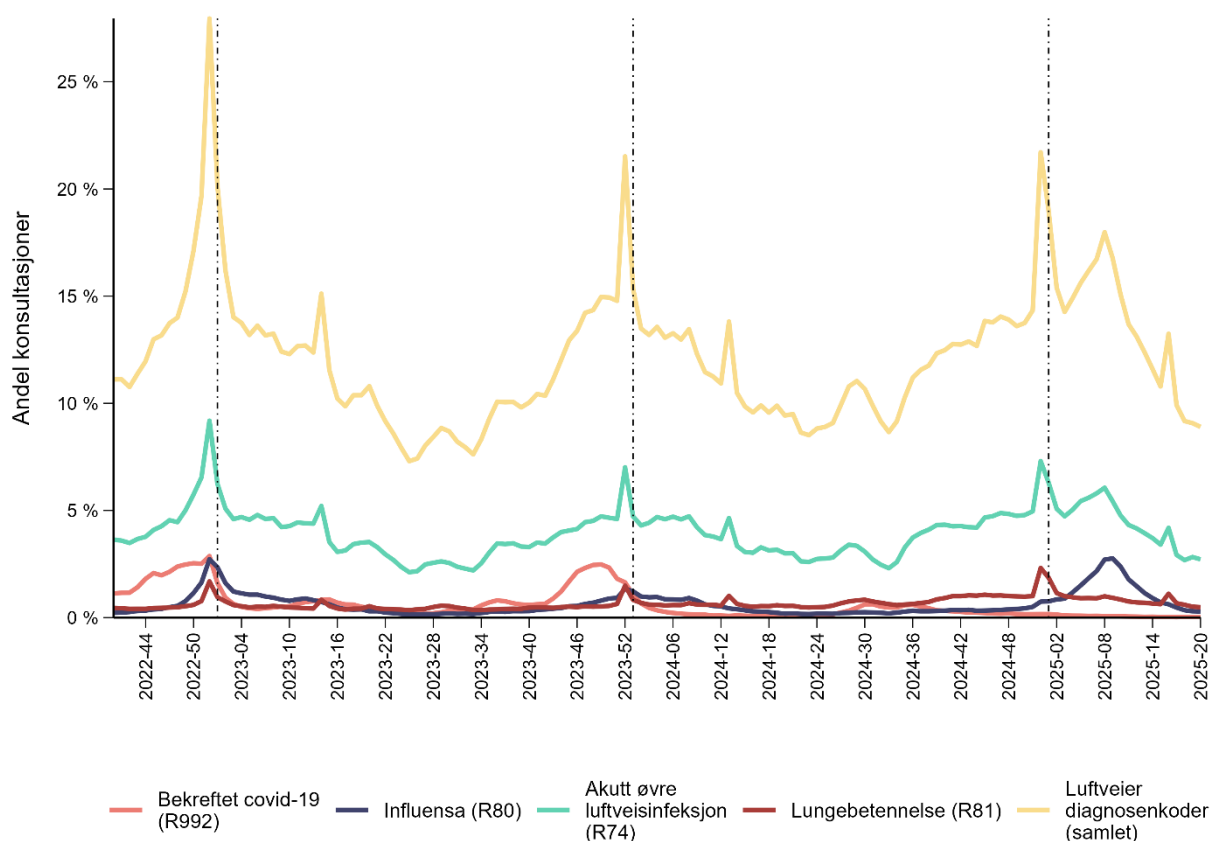
*Det er forsinkelse i rapporteringen. Antall tilfeller oppgitt som intervall i parentes viser korreksjon for tid mellom innleggelses- eller prøvedato og dato for registrering (nowcasting). For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten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

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt

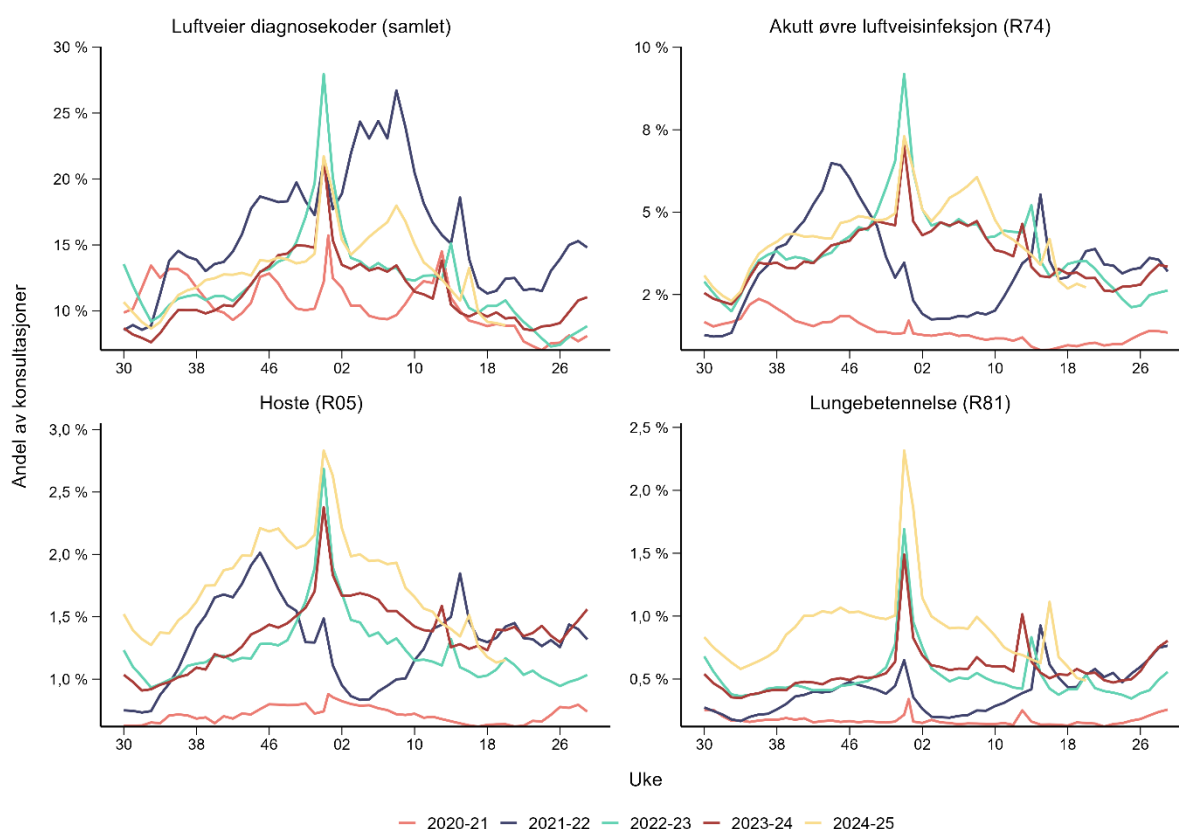
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) som er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. Overvåkingen gir 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 legesøkingsadferd.

I denne rapporten brukes data for konsultasjoner med covid-19, influensa og et utvalg luftveisdiagnosekoder. Resultatene er basert på et datasett fra NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet, oppdatert 21.05.2025.

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.

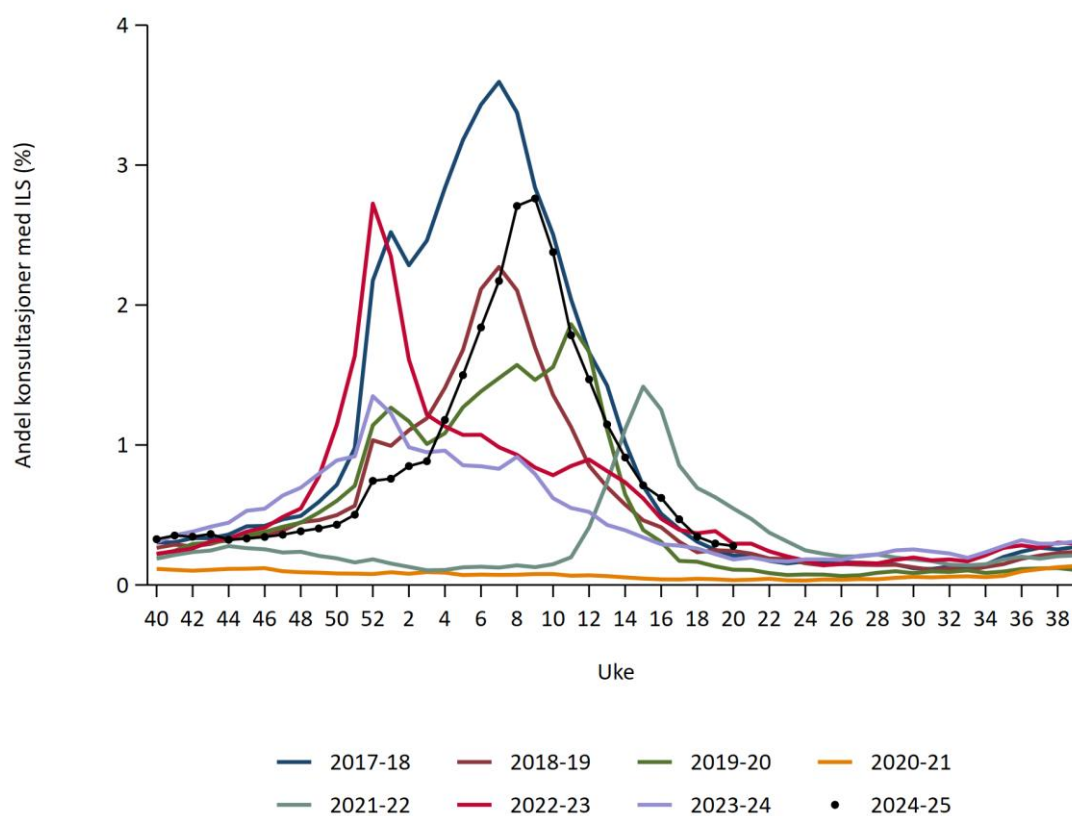


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveisdiagnosekoder (samlet), 03.10.2022 - 18.05.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdagnosekoder (samlet)» er følgende ICD-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

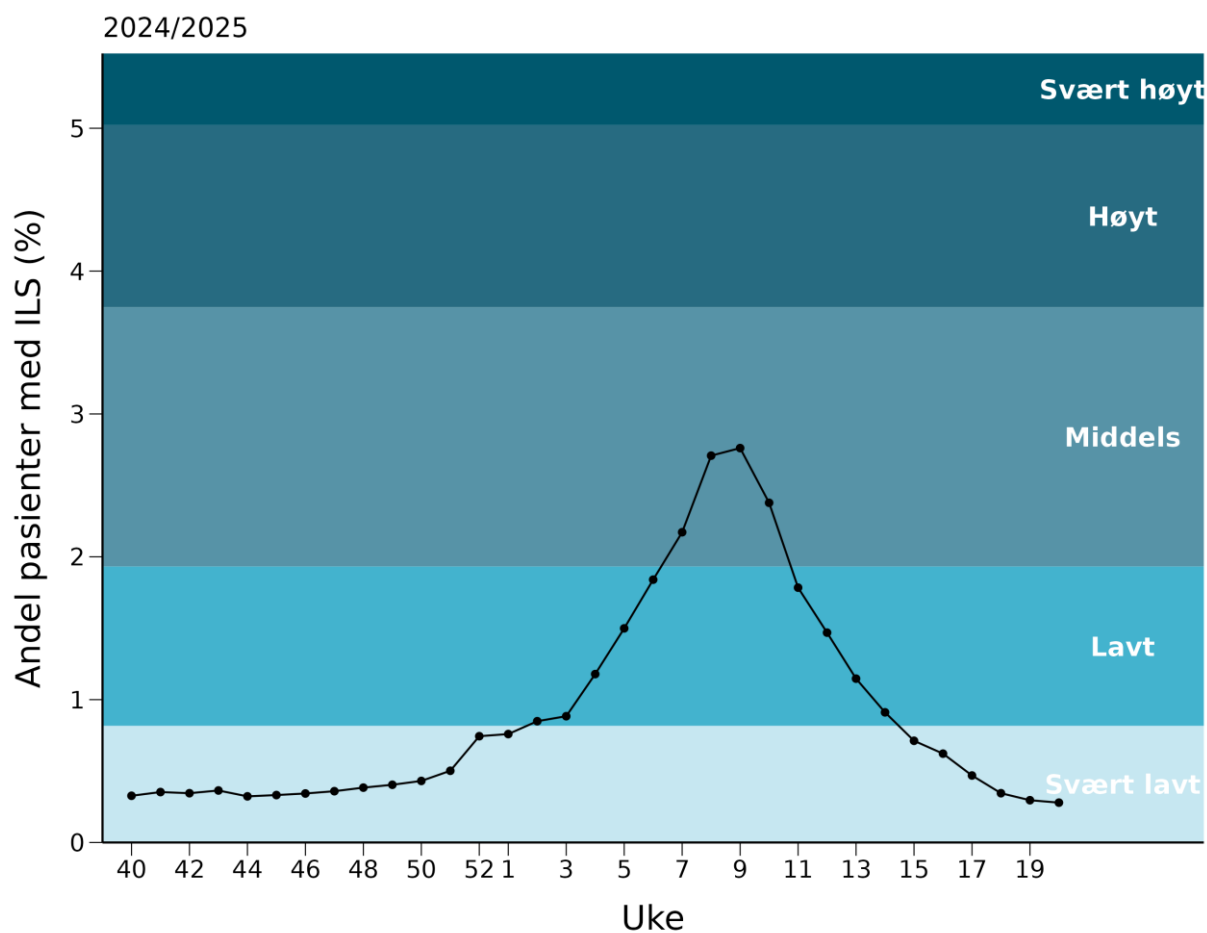


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 20.07.2020 - 18.05.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisd Diagnosekoder samlet» er følgende ICD-10 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

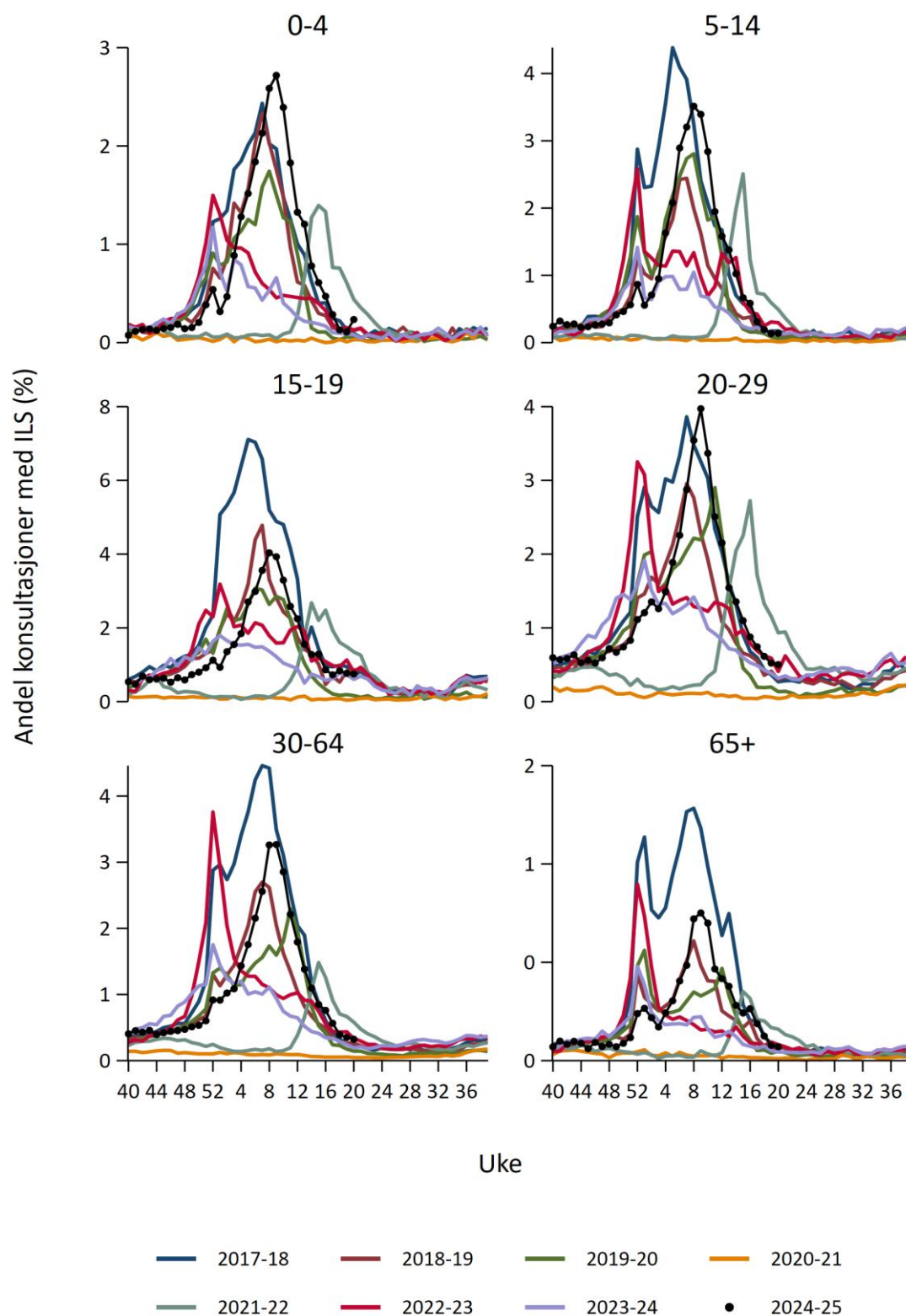
Influensalignende sykdom (ILS)



Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 02.10.2017 - 18.05.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 4. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), nasjonalt, 30.09.2024 – 18.05.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 5. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong og aldergruppe, 02.10.2017 - 18.05.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

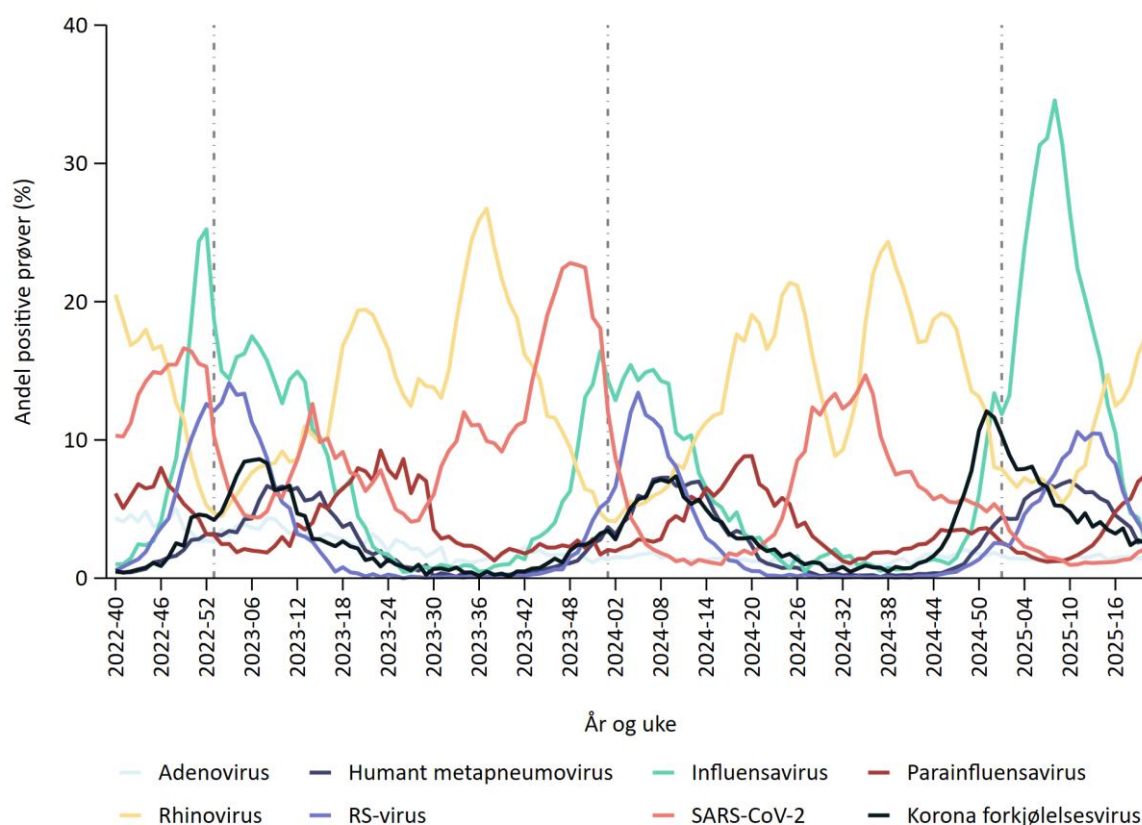
Testing og påvisninger

Luftveisagens

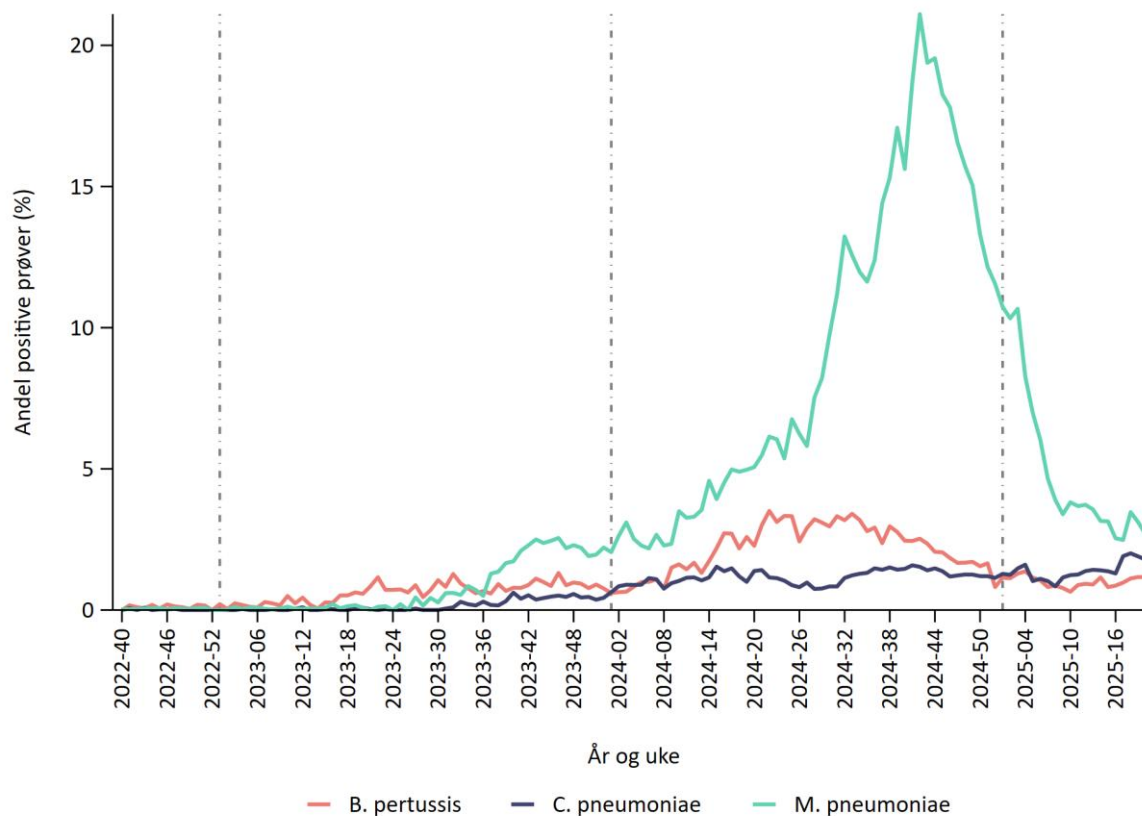
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae*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

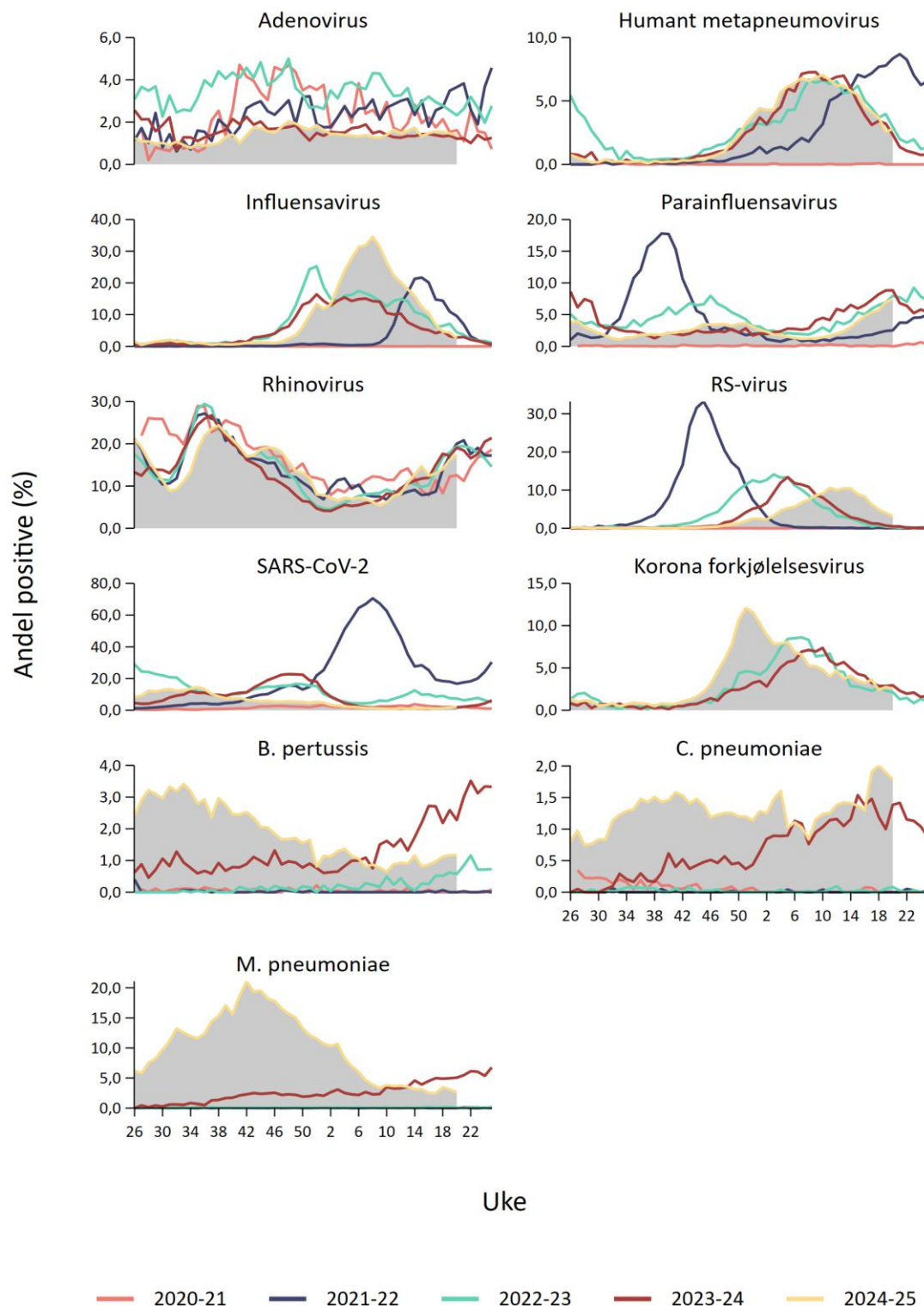
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 21.05.2025.



Figur 6. Andel PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 03.10.2022–18.05.2025. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

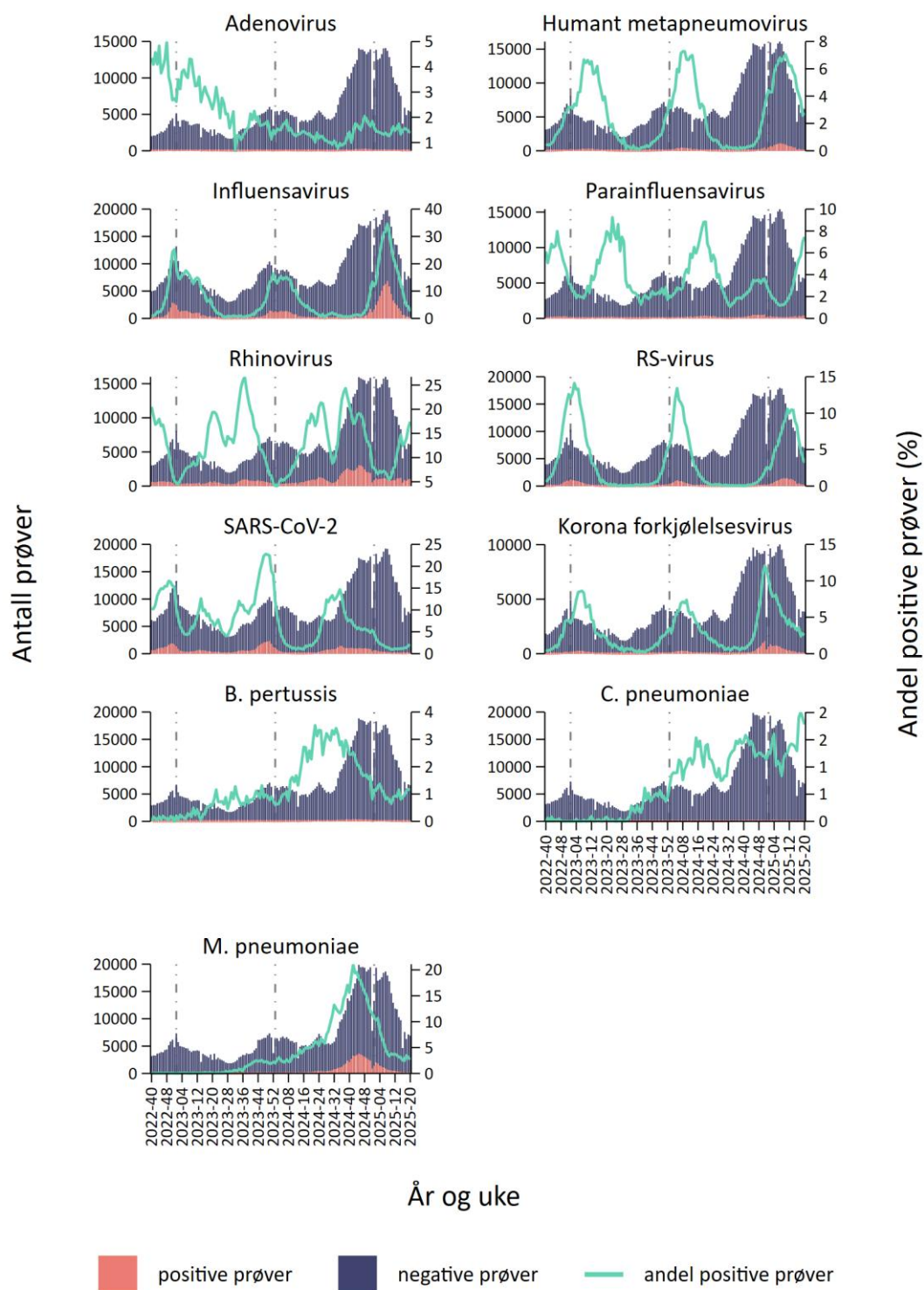


Figur 7. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, Norge, 03.10.2022 – 18.05.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 8. Andel analyser positive for adenovirus i 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, 31.08.2020 – 18.05.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 9. 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 – 18.05.2025. 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, 07.05.2025 – 18.05.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 18-20
		15	16	17	18	19	20	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,3 %	1,5 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,4 %	-5,5 % (-21,7 %, 10,6 %)
	Antall positive	100	55	92	75	81	74	-
	Antall tester	7 522	3 717	5 900	4 895	5 525	5 384	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	5,5 % ▼	4,6 % ▼	4,1 % ▼	3,7 % ▼	2,6 % ▼	2,8 % ▼	-15,1 % (-25,7 %, -4,5 %)
	Antall positive	473	194	279	206	163	172	-
	Antall tester	8 589	4 259	6 768	5 597	6 308	6 179	-
Influenzavirus	Andel positive	12,5 % ▼	10,5 % ▼	6,8 % ▼	4,7 % ▼	4,4 % ▼	2,6 % ▼	-28,5 % (-37,1 %, -19,9 %)
	Antall positive	1 371	624	577	333	338	190	-
	Antall tester	10 953	5 941	8 530	7 094	7 712	7 328	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	3,9 % ▲	4,8 % ▲	5,4 % ▲	5,7 %	7 % ▲	7,5 % ▲	13,7 % (6,1 %, 21,3 %)
	Antall positive	314	187	335	296	401	419	-
	Antall tester	7 994	3 889	6 197	5 154	5 746	5 611	-
Rhinovirus	Andel positive	14,7 % ▲	12,5 %	13 % ▼	14 % ▲	16,2 % ▲	17,5 % ▲	12,9 % (7,8 %, 17,9 %)
	Antall positive	1 225	504	850	759	1 004	1 060	-
	Antall tester	8 328	4 043	6 558	5 419	6 192	6 071	-
RS-virus	Andel positive	8,9 % ▼	8,3 % ▼	6,3 % ▼	4,9 % ▼	4 % ▼	3,2 % ▼	-22,5 % (-31,3 %, -13,9 %)
	Antall positive	898	439	494	317	288	222	-
	Antall tester	10 057	5 297	7 872	6 440	7 171	6 964	-
SARS-CoV-2	Andel positive	1,2 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,9 % ▲	2,1 % ▲	20,7 % (8,3 %, 33,2 %)
	Antall positive	123	69	111	98	144	156	-
	Antall tester	10 664	5 790	8 369	7 021	7 657	7 340	-
Korona forkjølelsesvirus	Andel positive	3,5 %	3,2 % ▼	3,6 %	2,4 % ▼	2,8 % ▼	2,6 %	2,8 % (-11,9 %, 17,4 %)
	Antall positive	188	78	147	80	107	98	-
	Antall tester	5 360	2 414	4 075	3 337	3 880	3 843	-
<i>B. pertussis</i>	Andel positive	0,81 %	0,87 % ▼	0,97 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %	2,1 % (-14,3 %, 18,5 %)
	Antall positive	75	38	70	67	79	77	-
	Antall tester	9 235	4 389	7 199	5 986	6 753	6 593	-
<i>C. pneumoniae</i>	Andel positive	1,4 %	1,3 %	1,9 % ▲	2 % ▲	1,9 %	1,8 %	-6 % (-18,6 %, 6,5 %)
	Antall positive	133	60	144	126	135	123	-
	Antall tester	9 680	4 631	7 547	6 269	7 104	6 891	-
<i>M. pneumoniae</i>	Andel positive	3,1 %	2,5 %	2,5 % ▼	3,5 % ▲	3,1 % ▲	2,7 % ▼	-13,3 % (-23,2 %, -3,4 %)
	Antall positive	305	118	188	218	222	185	-
	Antall tester	9 717	4 645	7 571	6 284	7 133	6 909	-

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, rhinovirus, respiratorisk syncytialvirus (RSV) og *Mycoplasma pneumoniae* etter alder de siste 2 ukene, 05.05.2025 – 18.05.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Alder (år)	Uke 19			Uke 20		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
Influenzavirus							
	0-4	518 (188,3)	23 (8,4)	4,4	481 (174,9)	9 (3,3)	1,9
	5-14	431 (68,7)	29 (4,6)	6,7	408 (65)	28 (4,5)	6,9
	15-29	1355 (129,8)	92 (8,8)	6,8	1260 (120,7)	44 (4,2)	3,5
	30-64	2755 (106,5)	120 (4,6)	4,4	2678 (103,5)	69 (2,7)	2,6
	65-79	1732 (219,3)	40 (5,1)	2,3	1568 (198,5)	28 (3,5)	1,8
	80+	921 (340,4)	34 (12,6)	3,7	933 (344,9)	12 (4,4)	1,3
Parainfluenzavirus							
	0-4	451 (164)	82 (29,8)	18,2	404 (146,9)	78 (28,4)	19,3
	5-14	354 (56,4)	16 (2,5)	4,5	344 (54,8)	26 (4,1)	7,6
	15-29	1104 (105,8)	63 (6)	5,7	1046 (100,2)	65 (6,2)	6,2
	30-64	2149 (83,1)	140 (5,4)	6,5	2178 (84,2)	149 (5,8)	6,8
	65-79	1148 (145,3)	68 (8,6)	5,9	1086 (137,5)	70 (8,9)	6,4
	80+	540 (199,6)	32 (11,8)	5,9	553 (204,4)	31 (11,5)	5,6
Rhinovirus							
	0-4	450 (163,6)	158 (57,4)	35,1	416 (151,3)	143 (52)	34,4
	5-14	397 (63,3)	82 (13,1)	20,7	391 (62,3)	100 (15,9)	25,6
	15-29	1174 (112,5)	290 (27,8)	24,7	1153 (110,5)	296 (28,4)	25,7
	30-64	2356 (91,1)	295 (11,4)	12,5	2340 (90,4)	331 (12,8)	14,1
	65-79	1239 (156,9)	137 (17,3)	11,1	1180 (149,4)	128 (16,2)	10,8
	80+	576 (212,9)	42 (15,5)	7,3	591 (218,5)	62 (22,9)	10,5
RS-virus							
	0-4	523 (190,2)	58 (21,1)	11,1	487 (177,1)	44 (16)	9,0
	5-14	437 (69,6)	10 (1,6)	2,3	418 (66,6)	4 (0,6)	1,0
	15-29	1283 (122,9)	23 (2,2)	1,8	1262 (120,9)	19 (1,8)	1,5
	30-64	2619 (101,2)	71 (2,7)	2,7	2585 (99,9)	61 (2,4)	2,4
	65-79	1551 (196,4)	72 (9,1)	4,6	1422 (180)	51 (6,5)	3,6
	80+	758 (280,2)	54 (20)	7,1	790 (292)	43 (15,9)	5,4
M. pneumoniae							
	0-4	487 (177,1)	2 (0,7)	0,4	457 (166,2)	10 (3,6)	2,2
	5-14	471 (75,1)	68 (10,8)	14,4	427 (68)	52 (8,3)	12,2
	15-29	1368 (131,1)	57 (5,5)	4,2	1341 (128,5)	48 (4,6)	3,6
	30-64	2753 (106,4)	86 (3,3)	3,1	2717 (105)	70 (2,7)	2,6
	65-79	1421 (179,9)	7 (0,9)	0,5	1327 (168)	5 (0,6)	0,4
	80+	633 (234)	2 (0,7)	0,3	640 (236,6)	0 (0)	0,0

Tabell 4. Totalt antall tester og positive tester for virale agens pr. sesong (uke 26 til 25 påfølgende år, 2025 følges kun til uke 20) og aldersgruppe

Smittestoff	Alder (år)	2021/22			2022/23			2023/24			2024/25		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
Influenzavirus													
	0-4	53475 (19095)	1243 (444)	2,3	30389 (10940)	2927 (1054)	9,6	26677 (9663)	2046 (741)	7,7	43489 (15812)	5769 (2098)	13,3
	5-14	74044 (11643)	2382 (375)	3,2	17521 (2745)	4819 (755)	27,5	19920 (3137)	2629 (414)	13,2	59011 (9404)	9406 (1499)	15,9
	15-29	140022 (13723)	5452 (534)	3,9	40794 (3970)	5528 (538)	13,6	46817 (4513)	3960 (382)	8,5	91052 (8723)	11554 (1107)	12,7
	30-64	256325 (10255)	4955 (198)	1,9	111539 (4402)	12381 (489)	11,1	124938 (4870)	10029 (391)	8	231454 (8945)	28352 (1096)	12,2
	65-79	85054 (11353)	1963 (262)	2,3	78917 (10315)	3659 (478)	4,6	74276 (9526)	3441 (441)	4,6	100795 (12762)	7728 (978)	7,7
	80+	53102 (22099)	1319 (549)	2,5	53065 (21540)	2076 (843)	3,9	47191 (18399)	1804 (703)	3,8	57987 (21434)	4047 (1496)	7
Parainfluenzavirus													
	0-4	31701 (11320)	3825 (1366)	12,1	24834 (8940)	2381 (857)	9,6	22958 (8316)	1967 (712)	8,6	38654 (14054)	3069 (1116)	7,9
	5-14	12002 (1887)	779 (122)	6,5	12980 (2034)	703 (110)	5,4	16960 (2671)	741 (117)	4,4	52142 (8309)	1714 (273)	3,3
	15-29	29322 (2874)	1150 (113)	3,9	26816 (2610)	1056 (103)	3,9	37058 (3573)	1025 (99)	2,8	77598 (7434)	1509 (145)	1,9
	30-64	57717 (2309)	1920 (77)	3,3	65667 (2592)	2314 (91)	3,5	90147 (3514)	2887 (113)	3,2	191476 (7400)	3531 (136)	1,8
	65-79	27189 (3629)	657 (88)	2,4	34354 (4490)	1124 (147)	3,3	39790 (5103)	1378 (177)	3,5	69847 (8843)	1421 (180)	2
	80+	16574 (6897)	390 (162)	2,4	19316 (7841)	616 (250)	3,2	20233 (7889)	681 (266)	3,4	33968 (12556)	686 (254)	2
Rhinovirus													
	0-4	24443 (8728)	6862 (2450)	28,1	24847 (8945)	6348 (2285)	25,5	23345 (8456)	6510 (2358)	27,9	39746 (14451)	11456 (4165)	28,8
	5-14	9075 (1427)	1732 (272)	19,1	13630 (2135)	1966 (308)	14,4	18144 (2857)	2965 (467)	16,3	56133 (8945)	8140 (1297)	14,5
	15-29	22384 (2194)	4044 (396)	18,1	29145 (2836)	4598 (447)	15,8	40699 (3924)	6097 (588)	15	83830 (8031)	12636 (1211)	15,1
	30-64	42582 (1704)	4495 (180)	10,6	69975 (2762)	7494 (296)	10,7	99119 (3863)	10292 (401)	10,4	205833 (7955)	23770 (919)	11,5
	65-79	20868 (2785)	1165 (156)	5,6	35726 (4669)	2682 (351)	7,5	44130 (5660)	3483 (447)	7,9	75591 (9571)	7231 (916)	9,6
	80+	12845 (5346)	602 (251)	4,7	19357 (7857)	1150 (467)	5,9	22335 (8708)	1410 (550)	6,3	36427 (13465)	2765 (1022)	7,6
RS-virus													
	0-4	41062 (14663)	12924 (4615)	31,5	29409 (10587)	5546 (1997)	18,9	26574 (9626)	4725 (1711)	17,8	44418 (16150)	6341 (2306)	14,3
	5-14	24426 (3841)	2263 (356)	9,3	15524 (2432)	620 (97)	4	19466 (3065)	668 (105)	3,4	59128 (9422)	1164 (185)	2
	15-29	54142 (5306)	2489 (244)	4,6	34230 (3331)	942 (92)	2,8	43916 (4234)	678 (65)	1,5	89183 (8544)	1600 (153)	1,8
	30-64	110759 (4431)	5550 (222)	5	88274 (3484)	2935 (116)	3,3	111412 (4342)	2136 (83)	1,9	222312 (8592)	5005 (193)	2,3
	65-79	52119 (6957)	2312 (309)	4,4	55556 (7261)	2018 (264)	3,6	57392 (7361)	1271 (163)	2,2	90035 (11399)	2730 (346)	3
	80+	32731 (13621)	1292 (538)	3,9	34633 (14058)	1298 (527)	3,7	32920 (12835)	715 (279)	2,2	48034 (17755)	1484 (549)	3,1
SARS-CoV-2													
	0-4	262369 (93690)	55108 (19679)	21	30357 (10928)	1361 (490)	4,5	26392 (9560)	1621 (587)	6,1	43587 (15848)	1259 (458)	2,9
	5-14	865931 (136164)	309429 (48656)	35,7	20402 (3196)	885 (139)	4,3	19561 (3080)	535 (84)	2,7	59458 (9475)	896 (143)	1,5
	15-29	1471492 (144217)	341628 (33482)	23,2	47978 (4669)	3818 (372)	8	46505 (4483)	2756 (266)	5,9	91772 (8792)	3759 (360)	4,1

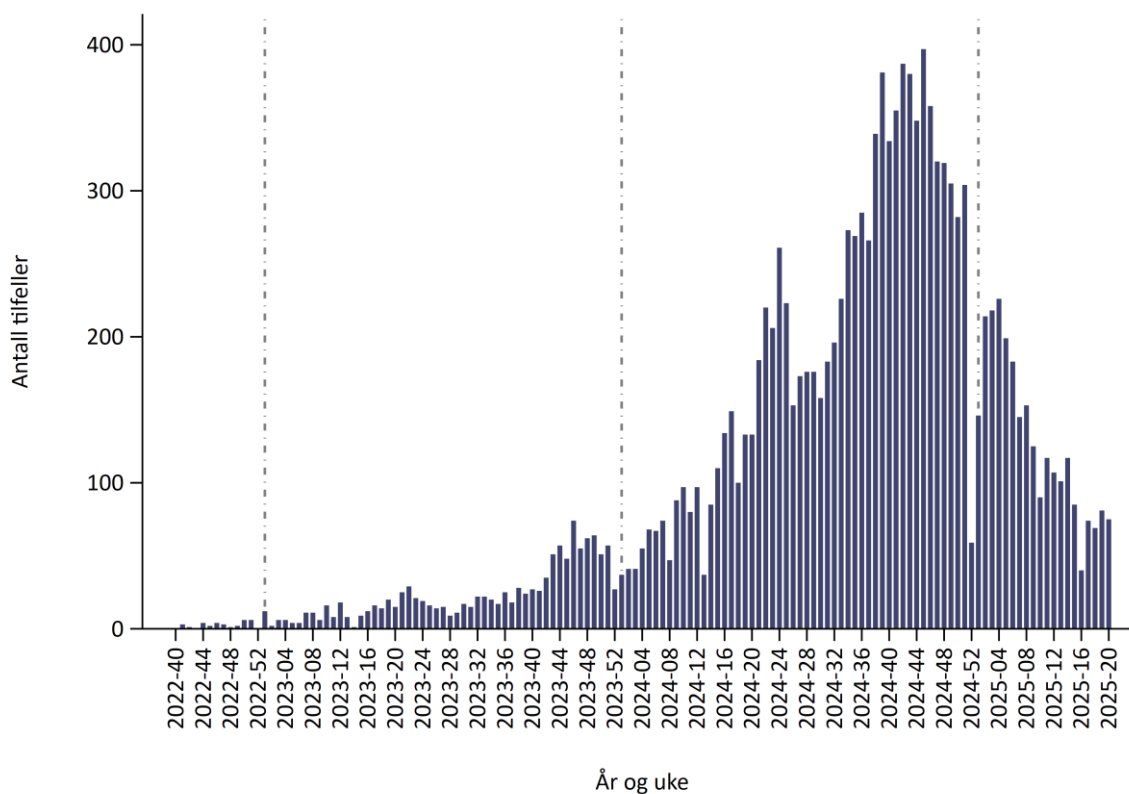
	30-64	2627637 (105127)	552765 (22115)	21	132290 (5221)	15574 (615)	11,8	124589 (4856)	10545 (411)	8,5	233712 (9032)	12011 (464)	5,1
	65-79	329988 (44046)	46847 (6253)	14,2	84688 (11069)	13885 (1815)	16,4	74540 (9560)	8214 (1054)	11	101738 (12881)	6680 (846)	6,6
	80+	152697 (63546)	15602 (6493)	10,2	56448 (22913)	10901 (4425)	19,3	47230 (18414)	6758 (2635)	14,3	58058 (21460)	5356 (1980)	9,2

Tabell 5. Totalt antall tester og positive tester for bakterielle agens pr. sesong (uke 26 til 25 påfølgende år, 2025 følges kun til uke 20) og aldersgruppe

Smittestoff	Alder (år)	2021/22			2022/23			2023/24			2024/25		
		Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100 000)	Antall positive (per 100 000)	Andel positive (%)
B. pertussis													
	0-4	23725 (8472)	5 (2)	0,02	19544 (7036)	1 (0)	0,01	21431 (7763)	177 (64)	0,8	42972 (15624)	633 (230)	1,5
	5-14	9201 (1447)	2 (0)	0,02	11369 (1781)	55 (9)	0,5	19278 (3036)	1307 (206)	6,8	66302 (10565)	3324 (530)	5
	15-29	26193 (2567)	1 (0)	0,004	27451 (2672)	237 (23)	0,9	42053 (4054)	821 (79)	2	97381 (9329)	1865 (179)	1,9
	30-64	51234 (2050)	8 (0)	0,02	65450 (2583)	64 (3)	0,1	98872 (3854)	981 (38)	1	235503 (9101)	3001 (116)	1,3
	65-79	26260 (3505)	6 (1)	0,02	33288 (4351)	10 (1)	0,03	40578 (5204)	180 (23)	0,4	81635 (10336)	628 (80)	0,8
	80+	15268 (6354)	2 (1)	0,01	17196 (6980)	3 (1)	0,02	19476 (7593)	53 (21)	0,3	38206 (14122)	171 (63)	0,4
M. pneumoniae													
	0-4	27800 (9927)	3 (1)	0,01	22962 (8266)	11 (4)	0,05	23019 (8338)	217 (79)	0,9	44997 (16361)	3098 (1126)	6,9
	5-14	10447 (1643)	4 (1)	0,04	12679 (1986)	18 (3)	0,1	20238 (3187)	2722 (429)	13,4	69281 (11040)	23597 (3760)	34,1
	15-29	28214 (2765)	5 (0)	0,02	29350 (2856)	34 (3)	0,1	43674 (4210)	2170 (209)	5	101462 (9720)	16348 (1566)	16,1
	30-64	56063 (2243)	8 (0)	0,01	70433 (2780)	39 (2)	0,1	103329 (4027)	2278 (89)	2,2	246827 (9539)	19515 (754)	7,9
	65-79	28866 (3853)	3 (0)	0,01	36192 (4730)	8 (1)	0,02	43074 (5525)	160 (21)	0,4	86636 (10969)	1583 (200)	1,8
	80+	16664 (6935)	0 (0)	0	19009 (7716)	2 (1)	0,01	20543 (8009)	27 (11)	0,1	40430 (14944)	297 (110)	0,7

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 21.05.2025.



Figur 10. Ukentlig antall meldte tilfeller av kikhoste, 03.10.2022 – 18.05.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS.

Tabell 6. Antall meldte tilfeller av kikhoste etter aldersgruppe, 07.04.2025 – 20.05.2025. Kilde: MSIS.

Alder (år)	Uke					
	15	16	17	18	19	20
	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)
0	1 (1,9)	0 (0)	0 (0)	1 (1,9)	4 (7,6)	1 (1,9)
1-6	15 (4,4)	5 (1,5)	15 (4,4)	12 (3,5)	11 (3,2)	9 (2,6)
7-14	30 (5,8)	12 (2,3)	23 (4,4)	23 (4,4)	23 (4,4)	19 (3,7)
15-19	6 (1,8)	3 (0,9)	8 (2,4)	1 (0,3)	6 (1,8)	9 (2,7)
20-39	12 (0,8)	9 (0,6)	13 (0,9)	12 (0,8)	13 (0,9)	15 (1)
40-64	11 (0,6)	8 (0,4)	10 (0,6)	16 (0,9)	20 (1,1)	16 (0,9)
65+	10 (1)	3 (0,3)	5 (0,5)	4 (0,4)	4 (0,4)	6 (0,6)
Totalt, alle	85 (1,5)	40 (0,7)	74 (1,3)	69 (1,2)	81 (1,5)	75 (1,4)

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 luftveisviruspåvisning, samt klinisk informasjon om pasientene. Dette gjøres for å få en bedre samlet oversikt over luftveisvirusinfeksjoner blant pasienter i primærhelsetjenesten, og for å kunne se på samspillet mellom disse virusene gjennom sesongen og forskjeller i kliniske symptomer. Et visst forbehold må tas i tolkning av data da det enkelte uker kan være få prøver gjennom dette systemet.

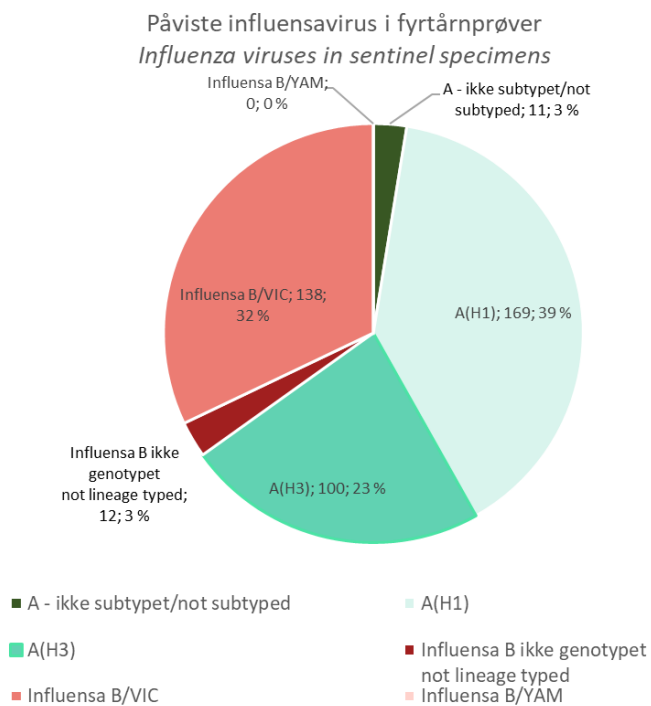
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 21.05.2025.

De siste få ukene har det vært påvist få influensavirus i fyrtårnprøver. Det er også få påvisninger av andre luftveisvirus, med unntak av rhinovirus, som pleier å være utbredt på denne tiden av året. Blant de 54 prøvene fra uke 20 var det 2 influensa B (4 %), 9 rhinovirus (17 %), 2 parainfluensavirus (4 %) og 1 RSV (2 %).

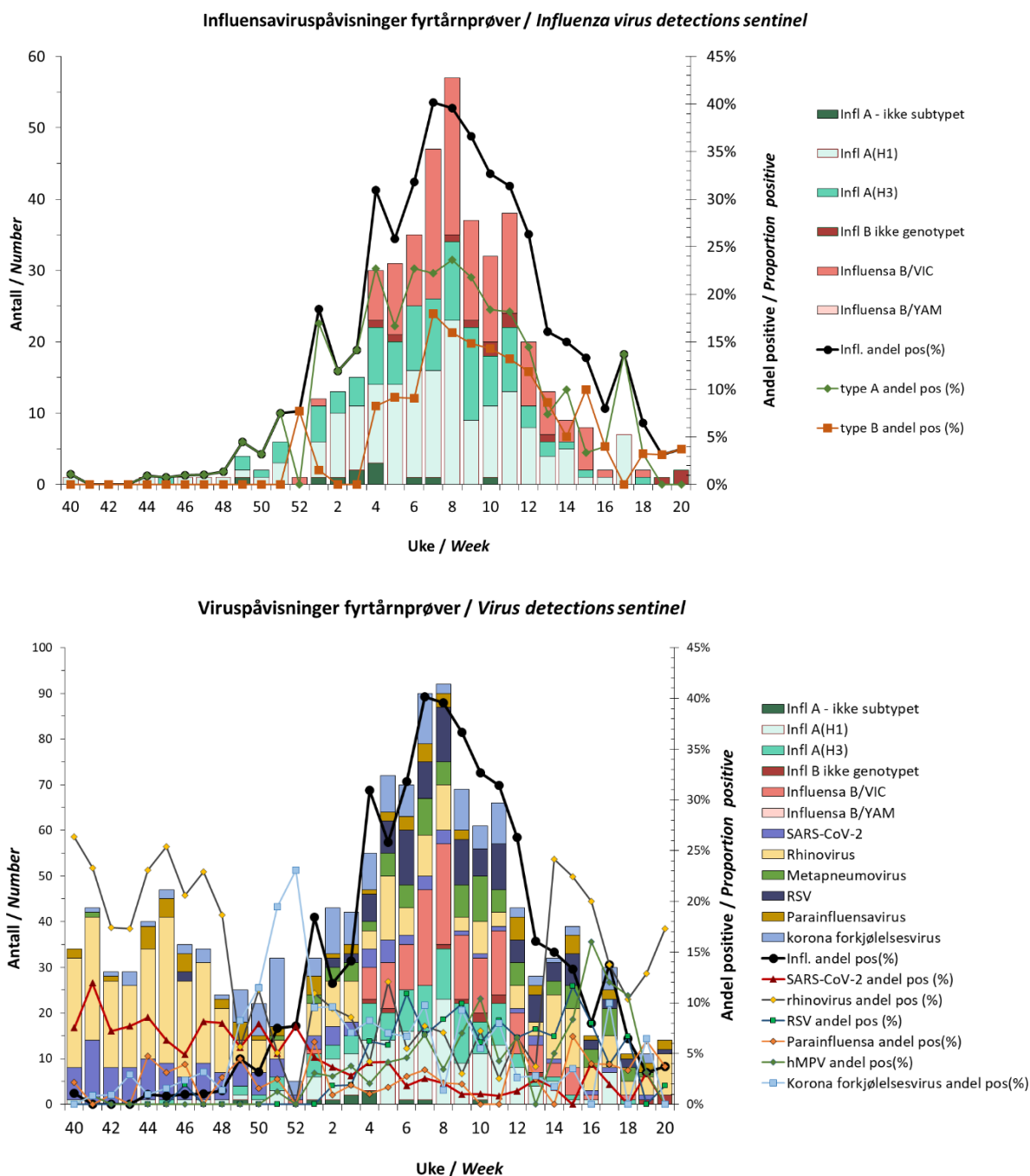
Hittil denne sesongen (fra start uke 40/2024 t.o.m. uke 20/2025) er det undersøkt 2835 fyrtårnprøver for luftveisvirus og det er funnet influensavirus i 430 av prøvene (Figur 11, Figur 12 og Tabell 7). Det ble i perioden funnet 125 SARS-CoV-2, 106 RSV og 653 andre luftveisvirus hvorav rhinovirus var det vanligste (362 funn). Det er tatt flest prøver i aldersgruppen 30-64 år, med totalt 1 286 prøver, etterfulgt av 15-29-åringer (628), 5-14-åringer (346), 65-79-åringer (315), med lavest antall i 0-4-åringer (145) og de over 85 år (115). Utviklingen over tid samsvarer bra med den øvrige overvåkingen, med start av influensautbruddet rundt nyttår, topp i uke 7-8, og fall til under utbruddsgrensen ved påsketider.

Blant de påviste influensavirusene var det flest A(H1) (39 %), deretter B/Victoria-linje (32 %) og A(H3) (23 %). De resterende var et fåtall som ikke lot seg subtype eller linjetype, som hver utgjorde 3% og var prøver med for lite virus for nærmere identifikasjon.

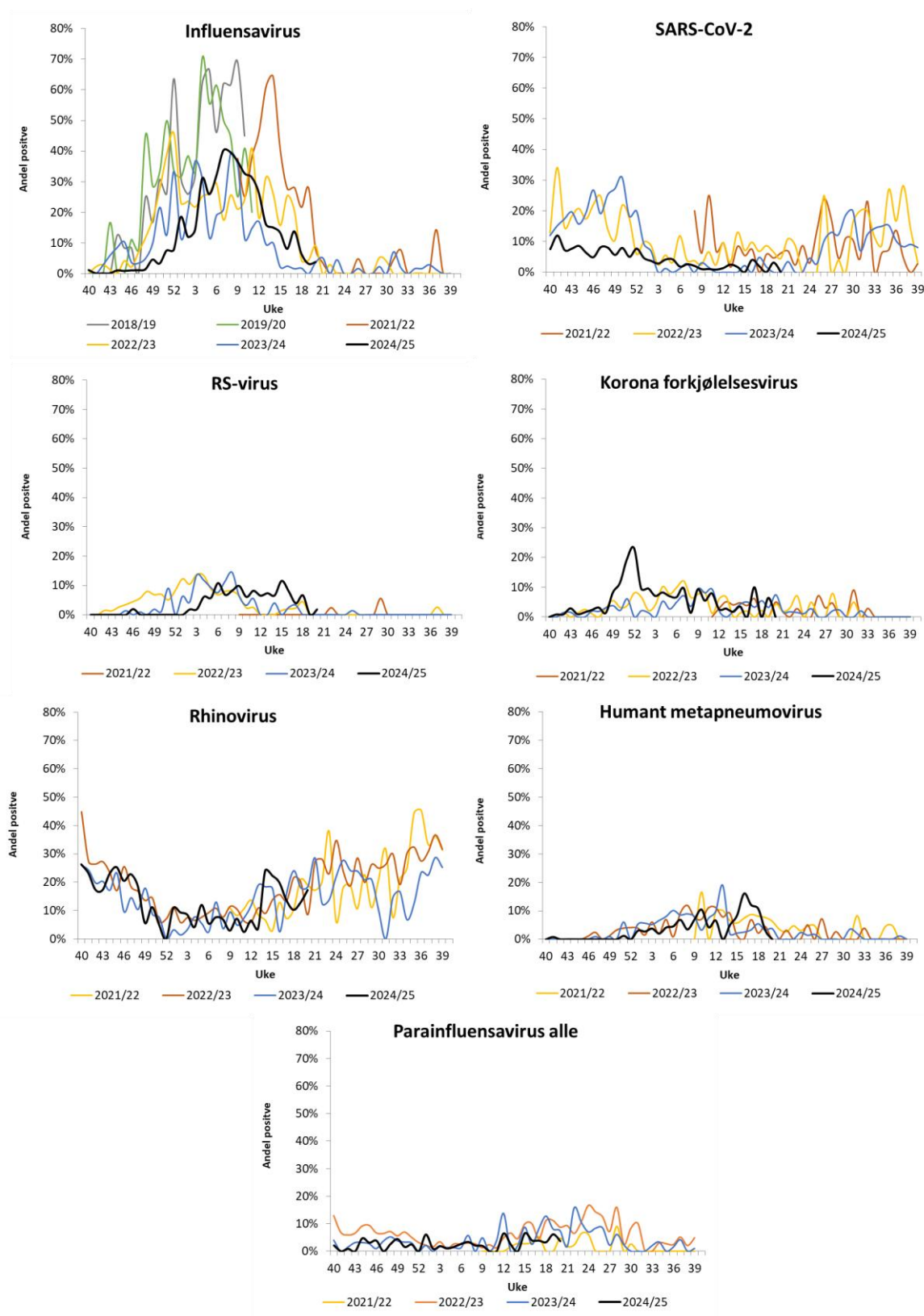
Økningen av influensa litt senere enn mange foregående sesonger (Figur 13). Andel positive var i uke 7-8 på ganske høyt nivå, men langt fra toppnoteringer fra før covid-19-pandemien. Dette kan ha sammenheng med at vi tidligere ba om prøver fra pasienter med influensalignende symptomer, mens vi i forbindelse med bredere integrert sentinelovervåking har utvidet til akutt luftveisinfeksjon som prøvetakingsgrunnlag. For de øvrige virusene har vi kun sammenhengende statistikk fra og med 2021-22-sesongen. SARS-CoV-2 har denne sesongen ligget lavere enn de foregående sesongene. Med unntak fra en topp med korona forkjølelsesvirus rundt nyttår og en forholdsvis sen oppvekst av RSV har forekomsten for de andre luftveisvirusene ligget på lignende nivå som i disse tidligere sesongene.



Figur 11. Andeler av de ulike influensavirusene påvist i fyrstårnovervåkingen i sesongen 2024/2025, pr. uke 20/2025. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet.



Figur 12. Antall laboratoriebekreftede luftveisvirusinfeksjoner blant fyrtårnprøver pr uke sesongen 2024-25, samt andel positive blant de testede. Øvre panel viser influensavirus separat, nedre panel viser i tillegg SARS-CoV-2, RSV samt en rekke andre luftveisvirus. Siste ukes data er ukomplette. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet.



Figur 13. Andel viruspositive fyrtårnprøver fra siste sesong, 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, og før dette ble det ikke testet systematisk for annet enn influensavirus. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter.

Tabell 7. 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 Folkehelseinstituttet.

Uke	15	16	17	18	19	20
Antall prøver	60	25	51	31	32	54
Influenzavirus	13 %	8 %	14 %	6 %	3 %	4 %
Influenza A-virus	3 %	4 %	14 %	3 %	0 %	0 %
Influenza B-virus	10 %	4 %	0 %	3 %	3 %	4 %
SARS-CoV-2	0 %	4 %	2 %	0 %	3 %	0 %
RS-virus	12 %	8 %	4 %	7 %	0 %	2 %
Rhinovirus	22 %	20 %	14 %	10 %	13 %	17 %
Parainfluenzavirus	7 %	4 %	4 %	3 %	6 %	4 %
Humant metapneumovirus	8 %	16 %	12 %	11 %	3 %	0 %
Korona forkjølelsesvirus	3 %	0 %	10 %	0 %	6 %	0 %

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 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.

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

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet, oppdatert 21.05.2025.

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 Folkehelseinstituttet. 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 i Folkehelseinstituttets eget NextStrain analyserom: <https://nextstrain.org/groups/niph>.

Sirkulerende influensavirus i Norge

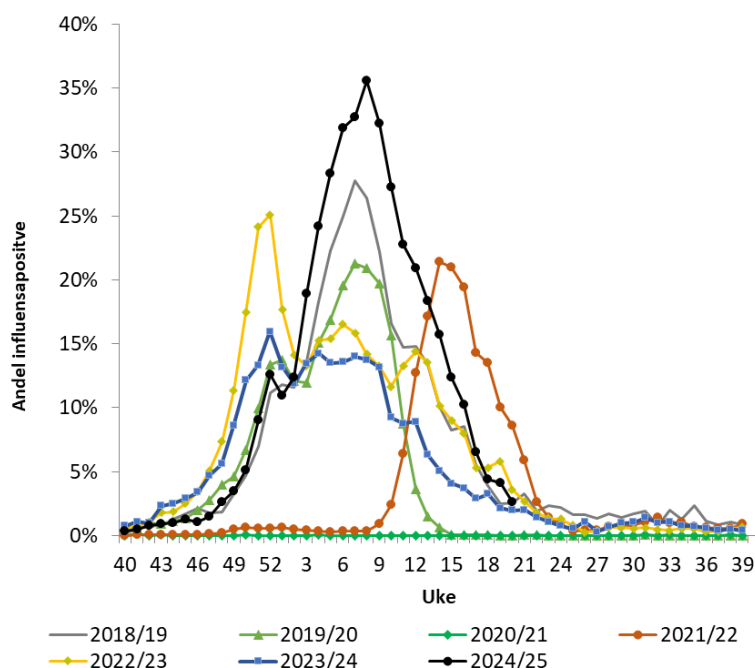
Utfyllende rapport til WHOs influensa vaksinemøte i februar, om norske influensavirus fram til februar, er å finne her: [Norske influensa-rapporter til WHO - FHI](#)

Siden uke 40, som markerte sesongstart, er prøver fra 445 613 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 i vintermånedene ut til å ha vært mest holdt oppe av mange prøver fra influensasyke. Antallet testede har gått vesentlig ned siden uke 9.

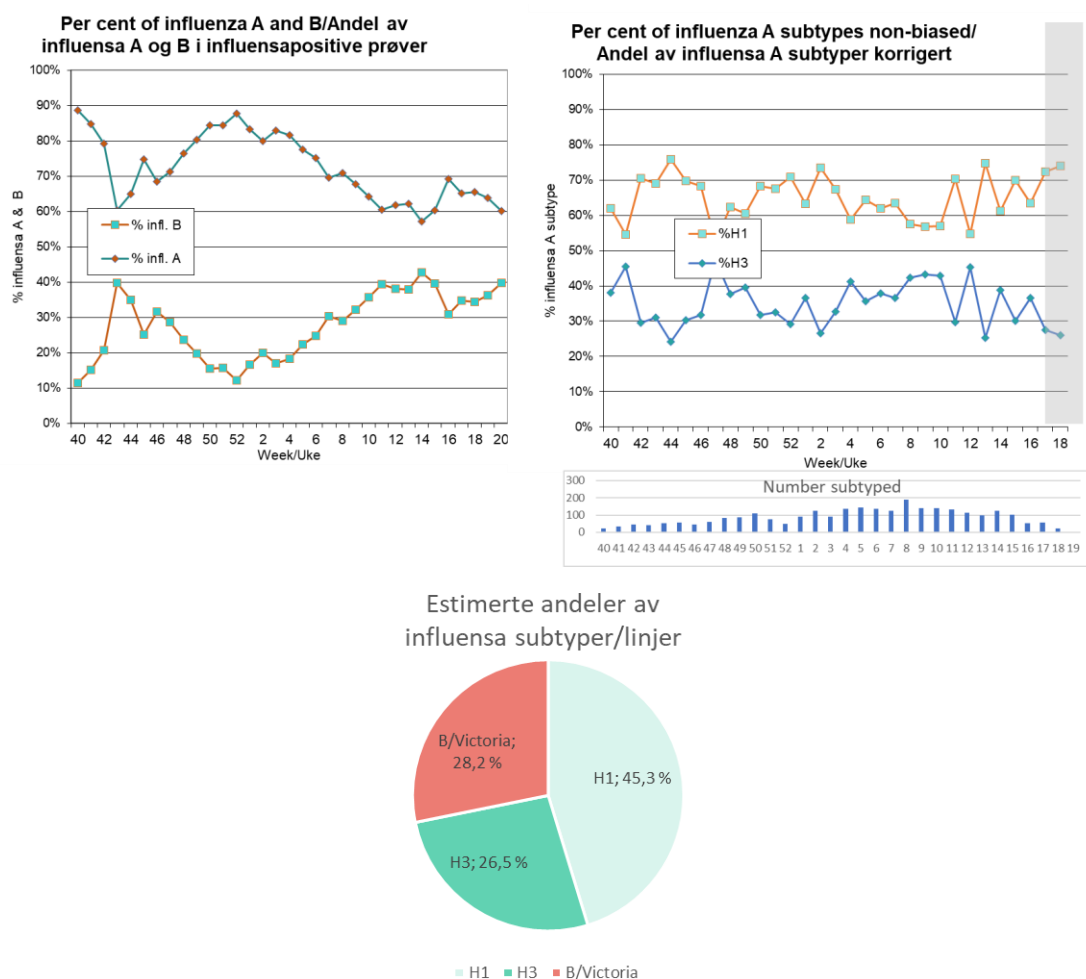
Den første tydelige økningen i påvisninger kom rundt uke 49, med kryssing av terskelen for utbrudd på landsbasis (10 % positive) i uke 52. Etter en liten stagnasjon tidlig i januar fortsatte stigningen og andelen positive nådde i uke 8 35,6 % (Figur 14). Den uken ble det påvist hele 6 490 influensapositive pasienter blant de 18 240 testede, hvorav 4 600 influensavirus A (25,2 % positive) og 1 890 influensavirus B (10,4 % positive). Det har siden vært fallende tall, med nedgang i alle deler av landet (Tabell 8). I uke 20 var andelen influensapositive falt til 2,6 % (1,6 % for influensa A og 1,1 % for influensa B). Influenzavirus type A utgjorde i perioden november-januar rundt 80 % av

influensapåvisningene, men det har siden vært litt økende andel influensa B uten at de har kommet i majoritet (Figur 15). Andelen positive har stort sett vært høyest blant barn i aldersgruppen 5-14 år (Figur 16) (. I denne aldersgruppen har influensa B vært mer vanlig enn influensa A siden uke 2 i 2025, mens påvisningene hos de eldre nesten utelukkende har vært influensa A (Tabell 9). Blant type A-virus har subtype H1 vært i klart flertall siden i høst (Figur 15). Alle 1 542 hittil undersøkte type B-virus tilhører B/Victoria-slektslinjen. I et forsøk på å anslå andeler av de tre sirkulerende influensavirusene A(H1N1), A(H3N2) og B/Victoria over hele sesongen, er de ukentlige andelen av influensa A subtyper og influensa B slektslinjer multiplisert med henholdsvis antall påviste influensa A og B (figur 15, nederst). I følge en slik beregning var influensa A(H1N1) vanligst (45%), B/Victoria på knepen andreplass (28 %), mens det minst utbredte influensaviruset var A(H3N2) (27 %). Til sammenligning var andelen i fyrtårnovervåkingen omtrent 40 % A(H1N1), 32 % B/Victoria og 23 % A(H3N2).

Selv om andelen av de ulike subtyper og slektslinjer stort sett holdt seg gjennom sesongen, var det likevel en klar endring i hvilke A(H1N1)-virus som sirkulerte i starten og slutten av sesongen, som beskrevet i rapportdelen om genetisk karakterisering.



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 Laboratedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 15. Laboratoriebekreftede influensatilfeller fra uke 40/2024, andel per type (øvre venstre) og influensa A subtype (øvre høyre). For influensa A subtyper er det sett bort fra prøver som kun er testet for én av subtypene. Det aller meste av de viste subtypingene er dermed prøver som er oversendt til FHI og undersøkt ved referanselaboratoriet her. Minigrafen under subtypingene viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Diagrammet nederst viser estimerte andeler for hele sesongen av de tre sirkulerende influensavirusene, beregnet ved at de ukentlige andeler av influensa A subtyper og B slektslinjer er projisert på antallet påviste influensa A og B. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Tabell 8. Ukentlig andel influensapositive (%) av testede pasienter, pr landsdel. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen.

Uke	Østlandet	Sørlandet	Vestlandet	Midt-Norge	Nord-Norge	Hele landet
2024-40	0,3	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4
2024-41	0,6	1,2	0,4	0,4	0,7	0,5
2024-42	0,6	0,0	1,0	1,6	0,8	0,8
2024-43	0,9	1,2	1,3	1,0	0,4	1,0
2024-44	0,8	1,1	1,1	0,7	1,8	1,0
2024-45	0,8	1,4	0,6	0,8	2,1	0,8
2024-46	0,9	0,3	0,6	0,8	1,2	0,8
2024-47	1,5	0,0	1,1	1,4	1,3	1,3
2024-48	2,3	1,6	1,8	1,9	1,5	2,1
2024-49	3,2	2,6	2,3	2,1	2,1	2,8
2024-50	5,7	4,1	4,3	4,5	5,0	5,1
2024-51	11,2	6,1	7,5	5,5	3,7	9,0
2024-52	15,8	11,4	9,0	7,1	8,5	12,4
2025-01	12,7	10,2	9,3	6,8	9,1	10,8
2025-02	14,0	14,5	10,9	8,0	12,2	12,3
2025-03	19,2	21,7	18,6	14,3	14,3	18,2
2025-04	25,4	30,4	21,8	17,7	19,0	23,3
2025-05	30,3	33,9	26,0	21,7	23,2	27,8
2025-06	32,4	38,1	30,8	25,7	28,4	31,1
2025-07	32,0	38,2	33,0	27,6	29,8	31,9
2025-08	33,7	40,0	36,5	33,3	27,8	34,3
2025-09	29,3	39,1	34,3	30,5	29,9	31,3
2025-10	25,7	33,0	25,9	25,7	27,6	26,2
2025-11	21,4	29,7	19,5	22,5	24,4	21,6
2025-12	18,4	29,3	18,2	23,2	21,0	19,7
2025-13	15,9	25,2	16,1	20,1	18,9	17,2
2025-14	12,9	19,5	13,9	17,6	16,9	14,4
2025-15	9,5	17,6	10,7	14,5	14,1	11,3
2025-16	6,9	12,1	9,9	12,9	15,7	9,6
2025-17	3,7	7,6	5,6	10,5	9,1	5,9
2025-18	3,0	5,3	2,6	6,9	7,2	4,0
2025-19	2,6	6,0	3,4	6,0	7,0	3,9
2025-20	2,0	3,0	2,5	3,8	4,1	2,6

Tabell 9. Ukentlig andel (%) positive for henholdsvis influensa A og B av testede pasienter, pr aldersgruppe. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen

Uke	Aldersgruppe, Type													
	0-4		5-14		15-29		30-64		65-79		80+		Total	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
2024-40	0,5	0,0	0,2	0,5	0,5	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
2024-41	0,4	0,0	0,3	0,3	0,6	0,0	0,6	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0	0,5	0,1
2024-42	1,1	0,5	0,3	0,3	0,4	0,2	0,9	0,1	0,5	0,1	0,6	0,1	0,6	0,2
2024-43	0,4	0,7	0,6	0,5	0,8	0,5	0,6	0,4	0,6	0,1	0,2	0,2	0,6	0,4
2024-44	0,8	0,4	0,7	0,5	0,6	0,3	0,6	0,3	0,7	0,3	0,7	0,2	0,6	0,3
2024-45	1,1	0,2	0,5	0,5	0,6	0,2	0,7	0,2	0,5	0,0	0,6	0,1	0,6	0,2
2024-46	1,1	0,3	0,5	0,5	0,3	0,4	0,7	0,2	0,3	0,1	0,6	0,0	0,6	0,3
2024-47	1,8	0,2	1,3	0,9	0,7	0,5	0,8	0,3	0,9	0,0	0,9	0,1	1,0	0,4
2024-48	2,0	0,4	1,3	1,6	1,5	0,5	1,7	0,4	1,5	0,0	1,1	0,0	1,6	0,5
2024-49	2,7	0,5	1,8	1,4	2,3	0,7	2,5	0,3	2,1	0,0	2,2	0,0	2,3	0,5
2024-50	4,7	0,4	3,2	2,3	4,2	0,9	5,0	0,7	4,0	0,1	2,8	0,1	4,3	0,8
2024-51	8,4	1,2	7,6	4,1	7,2	1,9	8,7	1,3	5,9	0,1	5,8	0,1	7,7	1,4
2024-52	13,7	1,2	12,3	4,6	9,9	3,2	12,7	1,7	10,0	0,1	7,8	0,1	11,1	1,5
2025-01	10,9	4,3	7,0	3,5	10,2	3,6	10,5	1,8	7,0	0,3	7,1	0,1	9,1	1,8
2025-02	11,2	2,6	8,5	3,0	10,6	5,6	11,5	2,5	7,1	0,3	7,1	0,1	9,9	2,5
2025-03	19,2	2,7	16,6	6,3	15,1	7,0	17,2	2,9	8,9	0,2	9,8	0,1	15,0	3,2
2025-04	20,8	3,0	22,7	10,5	18,3	8,8	20,6	3,7	13,3	0,1	13,4	0,2	18,9	4,4
2025-05	21,9	4,1	22,9	16,4	21,7	11,4	23,9	5,3	16,0	0,5	15,2	0,2	21,5	6,4
2025-06	23,3	5,3	24,1	18,8	21,0	14,3	25,2	6,9	21,3	0,5	18,8	0,3	23,2	7,9
2025-07	23,2	6,8	22,5	24,2	21,1	15,8	24,1	8,2	19,9	1,2	20,2	0,5	22,4	9,5
2025-08	23,4	8,6	22,8	26,8	24,2	15,9	26,6	9,5	22,7	0,7	22,3	0,4	24,6	9,7
2025-09	21,2	10,1	19,6	27,9	21,6	15,2	22,0	10,1	22,3	1,1	18,5	0,8	21,4	9,9
2025-10	18,1	10,0	17,5	25,6	15,1	13,8	17,7	9,4	17,6	0,8	14,8	0,6	17,1	9,1
2025-11	13,6	7,9	11,0	24,5	12,5	12,4	14,3	8,7	14,0	0,8	10,9	0,5	13,3	8,3
2025-12	11,5	6,9	12,9	20,9	12,5	10,5	12,8	7,9	12,2	0,8	12,9	0,2	12,5	7,2
2025-13	9,2	5,5	9,0	21,3	9,8	9,7	11,4	6,6	12,5	0,3	11,0	0,4	11,0	6,3
2025-14	7,2	5,6	6,8	20,5	7,5	10,5	9,0	5,5	10,5	0,1	8,0	0,5	8,6	5,8
2025-15	6,1	2,9	4,9	12,6	6,7	7,9	7,2	4,8	9,0	0,3	6,1	0,1	7,1	4,2
2025-16	6,5	2,6	4,4	10,0	7,3	6,3	8,0	4,0	6,3	0,1	6,4	0,1	6,9	2,7
2025-17	4,2	1,0	4,5	5,8	2,8	4,3	4,0	2,2	5,0	0,2	3,1	0,1	4,0	1,9
2025-18	1,4	1,4	0,6	3,0	3,6	3,8	2,8	1,1	2,8	0,3	2,9	0,0	2,7	1,3
2025-19	2,3	1,9	0,7	5,1	3,8	2,1	2,3	1,4	1,9	0,2	2,9	0,3	2,5	1,4
2025-20	0,9	1,1	2,3	4,6	2,2	1,3	1,5	1,1	1,6	0,2	1,1	0,1	1,6	1,0

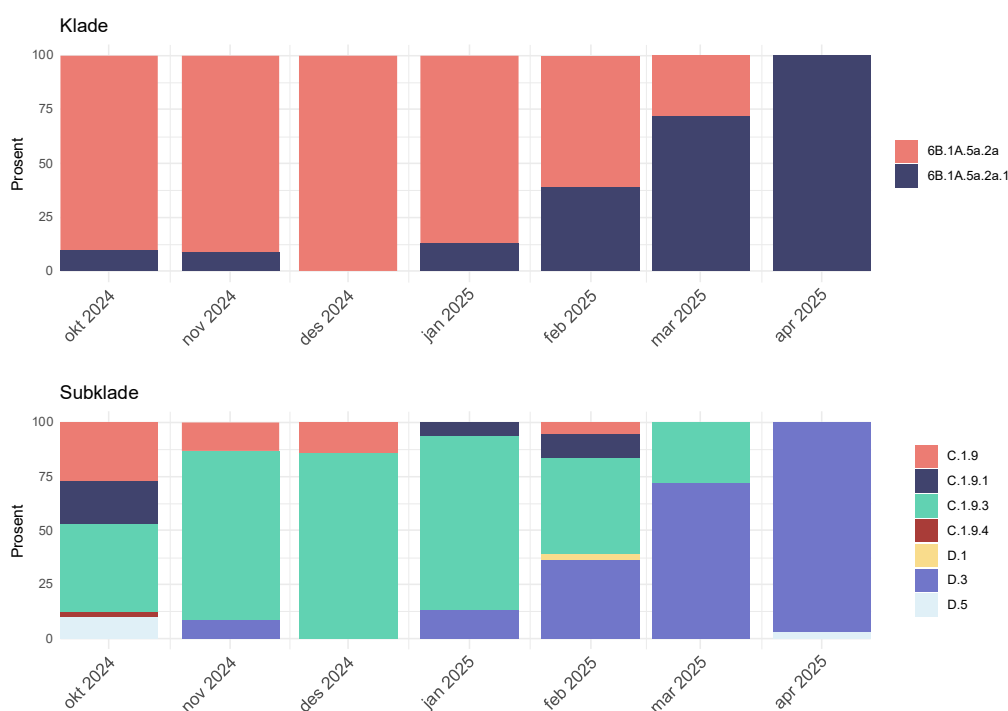
Genetisk karakterisering av influensavirus

Virusene karakteriseres for å undersøke hvilke undergrupper av virus som sirkulerer i Norge, hvordan virusene sprer seg, om virusene passer med vaksinen og om det oppstår resistensmutasjoner mot antiviralia for behandling. Fylogenetiske sammenstillinger av norske influensavirus sammen med virus fra andre land er tilgjengelig i [NextStrain](#).

Siden uke 40 i 2024 til og med uke 20 2025 har vi sekvensert, dybde analysert og karakterisert 511 influensavirus.

A(H1N1)-virus

I løpet av influensasesongen 2024/25 tilhørte flertallet av influensa A(H1N1)-virusene som har sirkulert i Norge kladen 6B.1A.5a.2a, som utgjorde 65 % (143/219) av de analyserte virusene. En betydelig andel, 34 % (76/219), ble imidlertid klassifisert som kladen 6B.1A.5a.2a.1. Denne linjen begynte å sirkulere i økende grad utover sesongen og ble den dominerende varianten fra og med februar (Figur 16, Figur 17, Tabell 10).



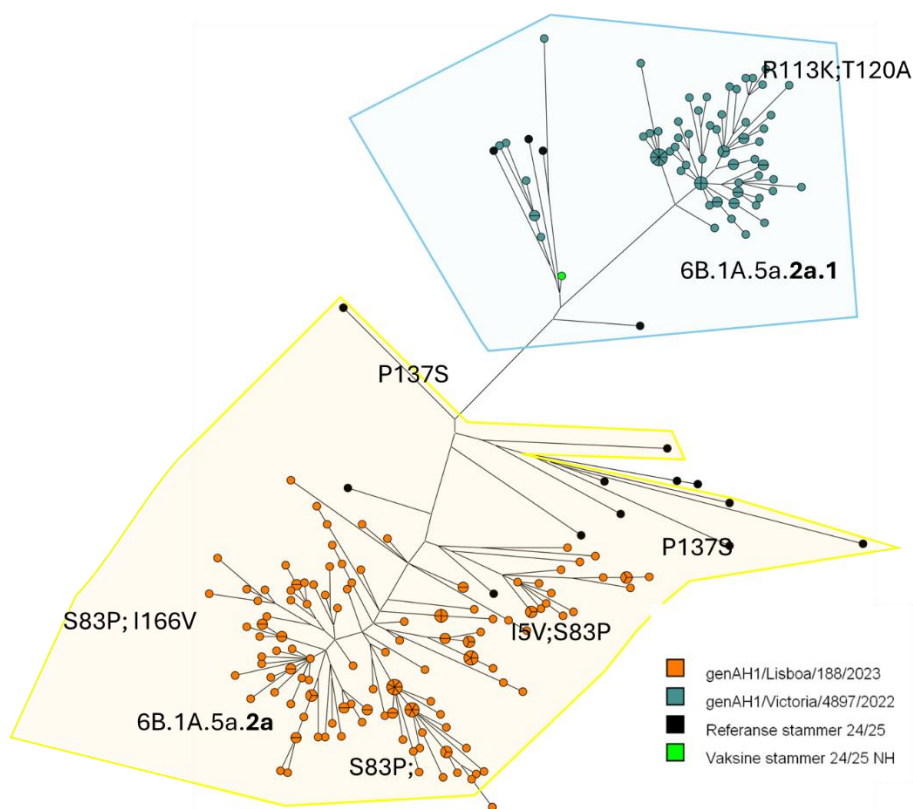
Figur 16. Fordeling av klade og subklade for A/H1N1-virusene i Norge, sesongen 2024/25. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

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 47 % (105/219). 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 påvisninger av H1N1-virus fra 6B.1A.5a.2a.1-kladen sent i sesongen, klassifisert som *genAH1/Victoria/4897/2022*. Disse er videre inndelt i D1-, D3- og D5-subklader, hvor de fleste

deteksjonene tilhører subklade D3 med 31 % (69/219). Subkladene D1 og D5 har kun hatt sporadiske deteksjoner (Figur 17, Tabell 10).

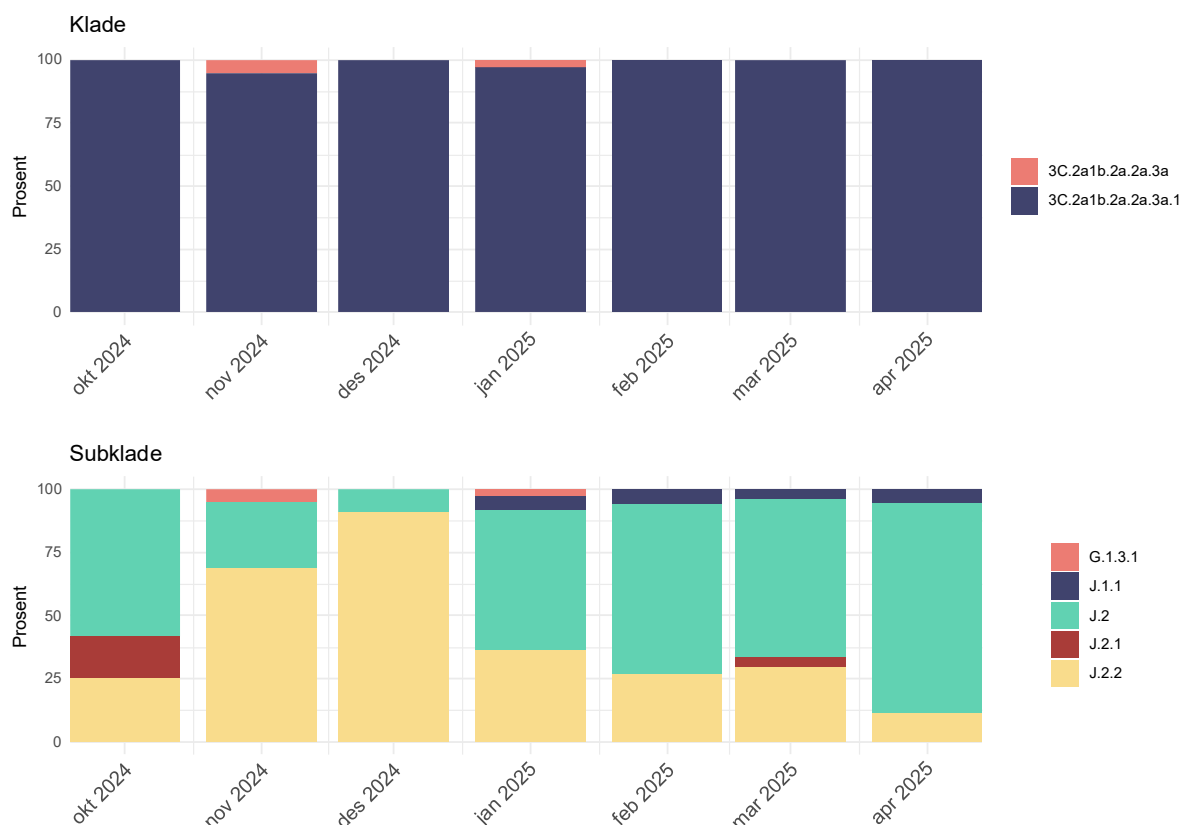
H1-vaksinekomponenten for sesongen 2024-25 er et *A/Victoria/4897/2022-lignende* 6B.1A.5a.2a.1 virus. Per nå tilhører majoriteten av påviste H1N1-virus i Norge *genAH1/Sydney/5/2021-lignende* virus innenfor 6B.1A.5a.2a-gruppen. Disse virusene er forløpere til viruset som vaksinekomponenten er avledet fra, og ventes derfor være godt dekket av vaksinen. Samme vaksinstamme er også anbefalt for neste sesongs vaksine.



Figur 17. Fylogenetisk sammenstilling av H1N1 virus i Norge, Maximum parsimony tre fra helgenomseveksering. 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 166 influensa A(H3N2) virus gjennomgått videre genetisk karakterisering. H3N2-virusene som sirkulerer i Norge under influensas sesongen 2024/25 tilhører for det meste (164/166, 99%) kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a.1, med kun to deteksjoner (2/166, 1%) av kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a (Figur 18 Feil! Fant ikke referansekilden., Figur 19, Tabell 10).



Figur 18. Fordeling av klade og subklade for A/H3N2-virusene i Norge, sesongen 2024/25. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

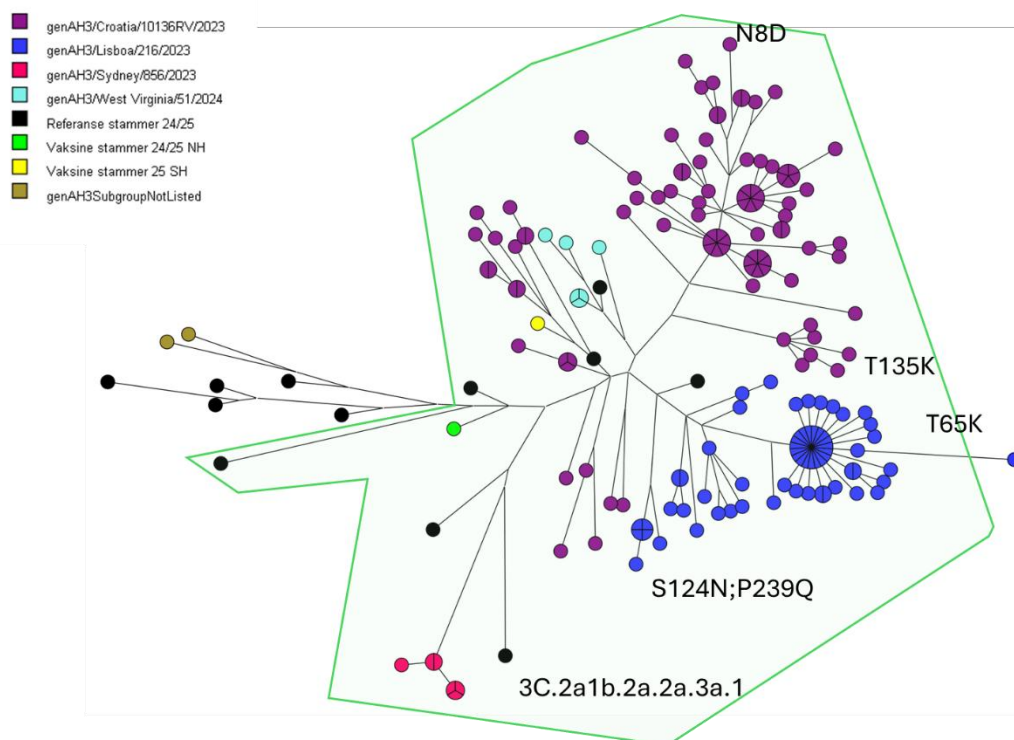
Innenfor kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 ble to hovedgrupper av virus påvist i løpet av influensas sesongen. Tidlig i sesongen, i november og desember, dominerte virus klassifisert som *genAH3/Lisboa/216/2023* (J.2.2-subklade med mutasjonen HA:S124N). Etter hvert tok virus klassifisert som *genAH3/Croatia/10136RV/2023* (J.2-subklade med mutasjonene HA:N122D og HA:K276E) over og ble den dominerende gruppen utover sesongen, og utgjorde til slutt 55 % (92/166) av de analyserte virusene. I tillegg ble det observert sporadiske deteksjoner av *genAH3/West Virginia/51/2024*, som tilhører J.2- og J.2.1-subkladene, hovedsakelig 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 påvist. Virus som tilhører denne kladen er tidligere sett sporadisk i 2023/24-sesongen.

WHO anbefalte i september en oppdatering av H3 influensavaksinekomponenten 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 med HA:S145N-substitusjonen (J.2 og J.2.2) lav, men økende fram til desember 2024. Deteksjonen av disse variantene har imidlertid falt kraftig i 2025. Den samme H3N2-komponenten, som bærer S145N-mutasjonen, er i februar også

anbefalt for vår i influensavaksine til høsten, 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 2025-2026 northern hemisphere influenza season.](#)



Figur 19. Fylogenetisk sammenstilling av H3N2 virus i Norge, Maximum Parsimony tre fra helgenomsekvensering: Figuren viser hvordan haemagglutinin-sekvensen til H3N2-influensa grupperer genetisk med referansevirus og vaksinstammer fra nordlige (NH) og sørlige halvkule (SH).

B/Victoria-virus

I løpet av influensasessongen 2024/25 tilhørte alle influensa B/Victoria-virusene som sirkulerte i Norge kladen **V1A.3a.2** (126/126, 100%) (Figur 20, Figur 21, Tabell 10).



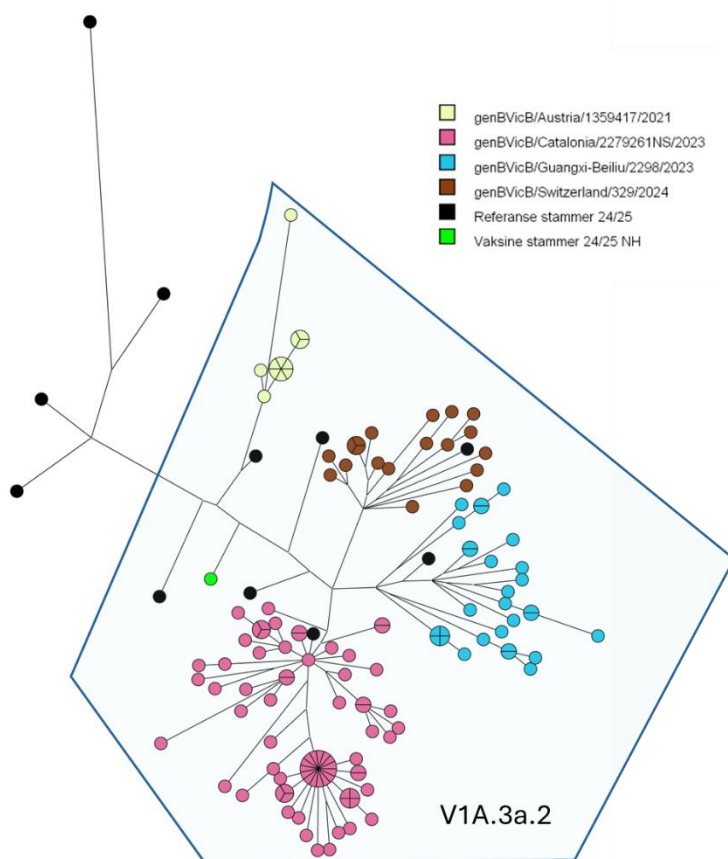
Figur 20. Fordeling av klade og subklade for B/Victoria-virusene i Norge, sesongen 2024/25. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet

Innenfor kladen **V1A.3a.2** ble to hovedgrupper av virus påvist. Den største gruppen ble klassifisert som *genB/VicB/Catalonia/2279261NS/2023*, tilhørende C.5.1 subkladen (67/126, 53%), og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N.

Den nest største gruppen av de påviste virusene i V1A.3a.2-kladen ble klassifisert som *genB/VicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023* ble detektert 28/126 (22%) og tilhører subkladen C.5.7, definert ved substitusjonene HA:D197E, E183K og E128G.

Andre virusgrupper er også blitt påvist, men i lavere frekvenser. Disse inkluderer bl.a. *GenB/VicB/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. *GenB/VicB/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. Denne vaksinestammen videreføres i vaksineanbefalingen for neste sesong.



Figur 21. 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 10. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus sesongen 2024-25, klade og subklade. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

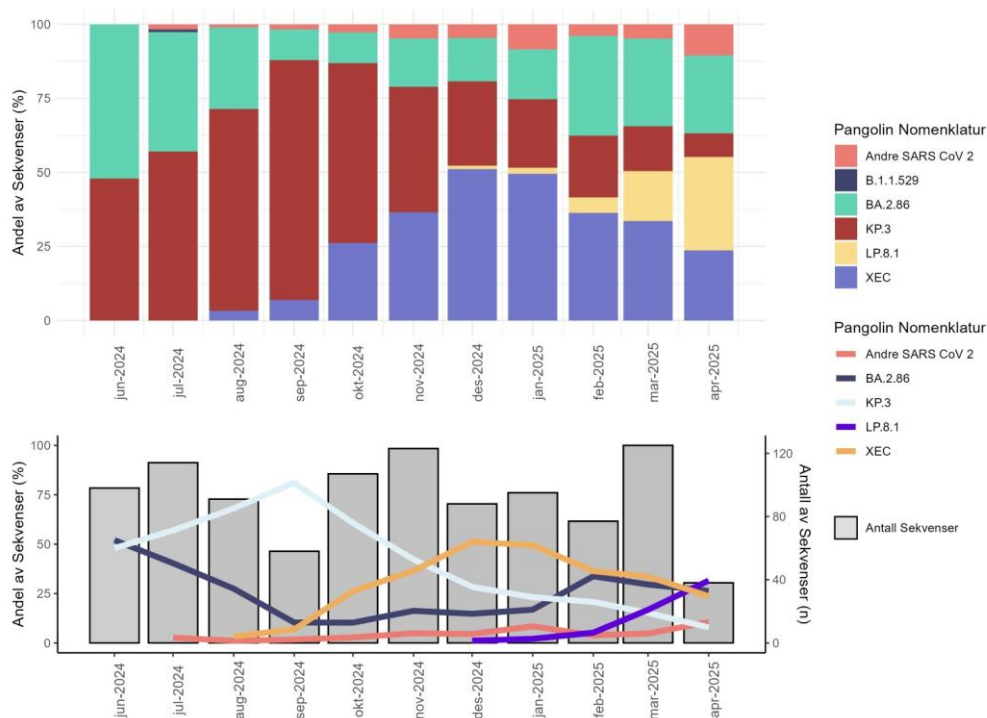
WHO/ECDC kategori	Clade	Subclade	okt-2024	nov-2024	des-2024	jan-2025	feb-2025	mar-2025	apr-2025	Total
A/H1N1	-	-	51	23	7	46	36	25	31	219
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9	14 (27.5%)	3 (13%)	1 (14.3%)	0 (0%)	2 (5.6%)	0 (0%)	0 (0%)	20
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.3	21 (41.2%)	18 (78.3%)	6 (85.7%)	37 (80.4%)	16 (44.4%)	7 (28%)	0 (0%)	105
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.1	10 (19.6%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (6.5%)	4 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	17
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.4	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.3	0 (0%)	2 (8.7%)	0 (0%)	6 (13%)	13 (36.1%)	18 (72%)	30 (96.8%)	69
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.5	5 (9.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.2%)	6
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.8%)	0 (0%)	0 (0%)	1
A/H3N2	-	-	24	19	11	36	34	24	18	166
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	14 (58.3%)	4 (21.1%)	1 (9.1%)	20 (55.6%)	23 (67.6%)	15 (62.5%)	15 (83.3%)	92
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	6 (25%)	13 (68.4%)	10 (90.9%)	13 (36.1%)	9 (26.5%)	7 (29.2%)	2 (11.1%)	60
genAH3/Sydney/856/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.1.1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5.6%)	2 (5.9%)	1 (4.2%)	1 (5.6%)	6
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.1	4 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.2%)	0 (0%)	5
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	0 (0%)	1 (5.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
genAH3SubgroupNotListed	3C.2a1b.2a.2a.3a	G.1.3.1	0 (0%)	1 (5.3%)	0 (0%)	1 (2.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2
B/Victoria	-	-	10	15	5	31	22	31	12	126
genBVicB/Austria/1359417/2021	V1A.3a.2	C.3	4 (40%)	5 (33.3%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5.1	3 (30%)	5 (33.3%)	3 (60%)	17 (54.8%)	14 (63.6%)	16 (51.6%)	9 (75%)	67
genBVicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.2%)	0 (0%)	2 (6.5%)	0 (0%)	3
genBVicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023	V1A.3a.2	C.5.7	2 (20%)	1 (6.7%)	1 (20%)	10 (32.3%)	7 (31.8%)	6 (19.4%)	1 (8.3%)	28
genBVicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6	1 (10%)	4 (26.7%)	0 (0%)	3 (9.7%)	1 (4.5%)	7 (22.6%)	2 (16.7%)	18

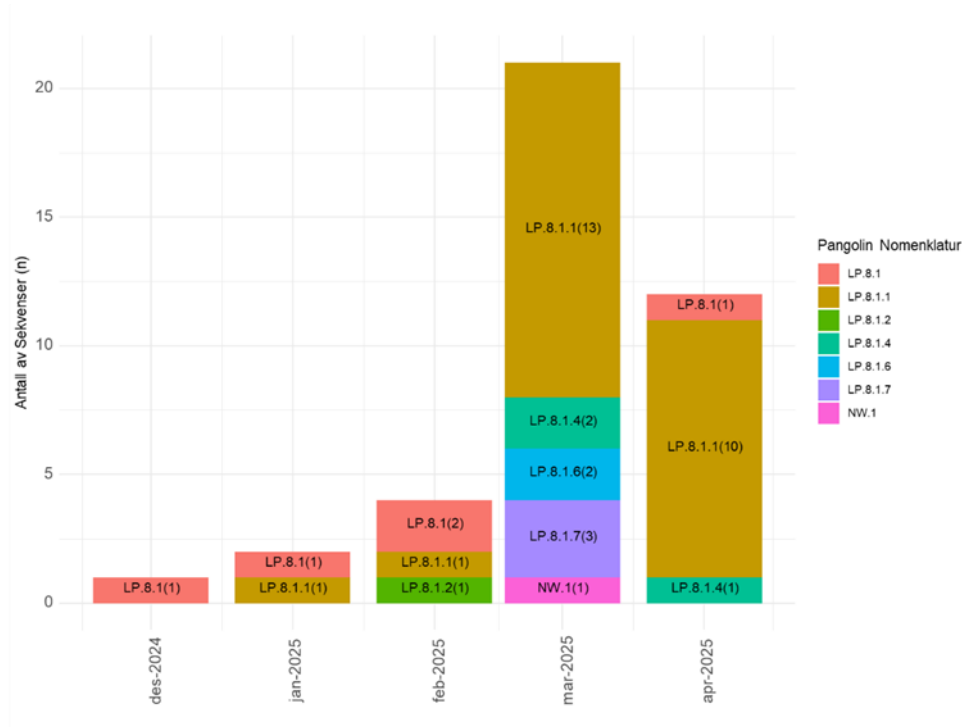
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

I første halvdel av 2024 viste SARS-CoV-2 *KP.3*-linjen og dens subvarianter stor dominans og ga sommerens smitteutbrudd. Flertallet av virusene bar mutasjonsprofilen dFLuQE, som kjennetegnes av en delelesjon i **S31** samt aminosyreendringene **F456L** og **Q493E**. Denne linjen ble gradvis fortrent av den rekombinante *XEC*-varianten (Figur 22), som oppstod gjennom rekombinasjon mellom *KS.1.1* og *KP.3.3*-varianter, og som bar mutasjonsprofilen FLuQE (**F456L** og **Q493E**) uten delelesjonen i **S31**. *XEC*-varianten var den mest påviste i desember og januar, før den etter hvert ble utkonkurrert av *LP.8.1*-varianten, som nå er klassifisert som en variant under overvåkning av ECDC. *LP.8.1* bærer delelesjonen **S31**, samt mutasjonene **F456L**, **Q493E** og **R346T**, hvor sistnevnte også er kjent fra tidligere *FLiRT*-varianter. Selv om utbredelsen fortsatt er lav, følges varianten nøye på grunn av dens mutasjoner.

Variantforekomsten av SARS-CoV-2 i Norge speiler situasjonen ellers i Europa, og per nå er det ingen bekymringsvarianter (VOC) i omløp. Variantene har vært godt dekket av de ulike covid-19 vaksinene denne sesongen.

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





Figur 22. Fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hoved varianter (øvre figur). 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 i perioder med lavt antall sekvenser kan dataene endres på grunn av større usikkerhet. Nederst: Fordelingen av genetiske undergrupper av nyere variant under monitoring (VUM) LP.8.1

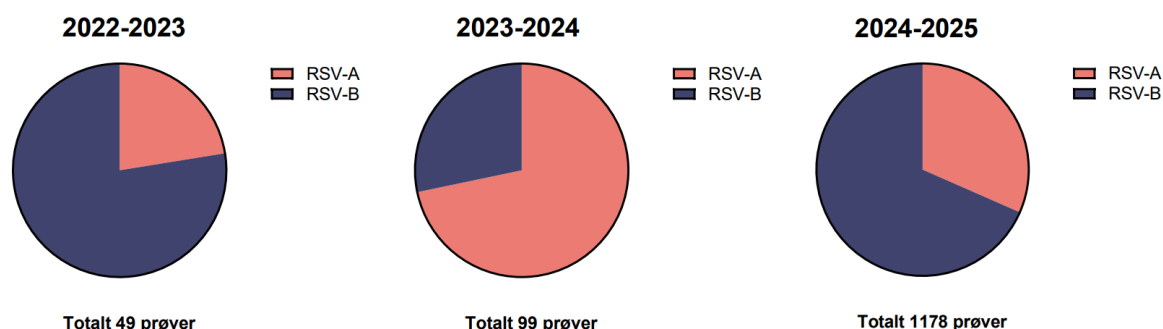
I fjor viste *KP.3*-linjen og dens subvarianter stor dominans, hvor flertallet bar mutasjonsprofilen *dFLuQE*, som kjennetegnes av en deleksjon i **S31** samt aminosyreendringene **F456L** og **Q493E**. Denne linjen ble gradvis fortrent av den rekombinante *XEC*-varianten, som oppstod gjennom rekombinasjon mellom *KS.1.1* og *KP.3.3*-varianter, og som bar mutasjonsprofilen *FLuQE* (**F456L** og **Q493E**) uten deleksjonen i **S31**. *XEC*-varianten var den mest påviste i desember og januar, før den etter hvert ble utkonkurrert av LP.8.1-varianten, som nå er klassifisert som en variant under overvåkning av ECDC. LP.8.1 bærer deleksjonen **S31**, samt mutasjonene **F456L**, **Q493E** og **R346T**, hvor sistnevnte også er kjent fra tidligere *FLiRT*-varianter. Selv om utbredelsen fortsatt er lav, følges varianten nøye på grunn av dens mutasjoner. Variantforekomsten av SARS-CoV-2 i Norge speiler situasjonen ellers i Europa, og per nå er det ingen bekymringsvarianter (VOC) i omløp.

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

Sirkulerende RS-virus i Norge

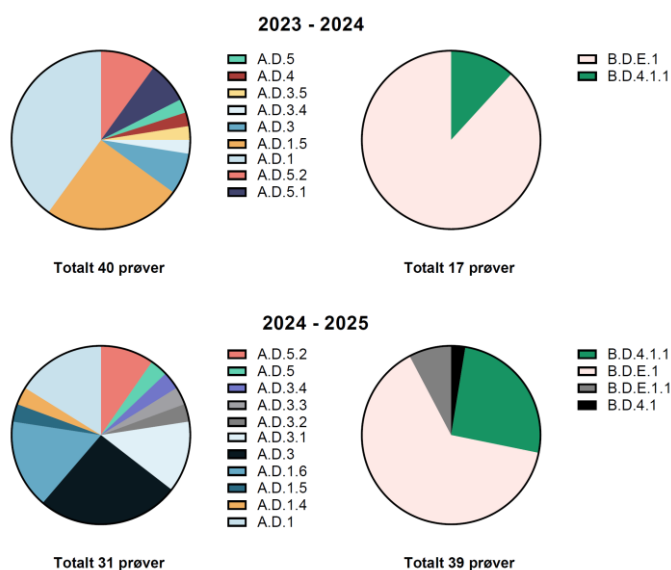
Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 21.5.2025

Folkhelseinstituttet fikk i 2024 tildelt referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi for RS-virus i Norge og 2024-25 er første sesongen der RS-virus overvåkes i samme overvåkingssystem som influensa og SARS-CoV-2. Så langt viser Analyser har vist at dominans med RSV-A og RSV-B kan variere fra sesong til sesong (Figur 23). Forekomst av RS-virus har vært avtagende den siste tiden, og for luftveissesongen 2024-25 er det kommet inn 1178 RS-virus positive prøver til referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet. Av disse er 372 prøver typet til RSV-A og 806 til RSV-B. Fordeling av RSV-A og -B varierer noe mellom ulike aldersgrupper og ulike landsdeler, mens den ser ut til å være forholdsvis lik i polikliniske prøver og i prøver fra innlagte.



Figur 23. 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 127 RSV-prøver genetisk karakterisert. Av disse var 71 prøver av type RSV-A, mens 59 prøver var RSV-B. Figur 24 viser at det er forholdsvis stor genetisk variasjon i sirkulerende RSV-A stammer for begge sesongene, mens RSV-B er langt mer homogen. For RSV-B har claden B.D.E.1 dominert begge sesongene.



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

Resistens mot antivirale midler

Influenzasenteret (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 504 Influensavirus 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 20.05.2025.

Tabell 11. Varsler om utbrudd av luftveisinfeksjon siste uke og totalt siden sesongstart (uke 27 2024).

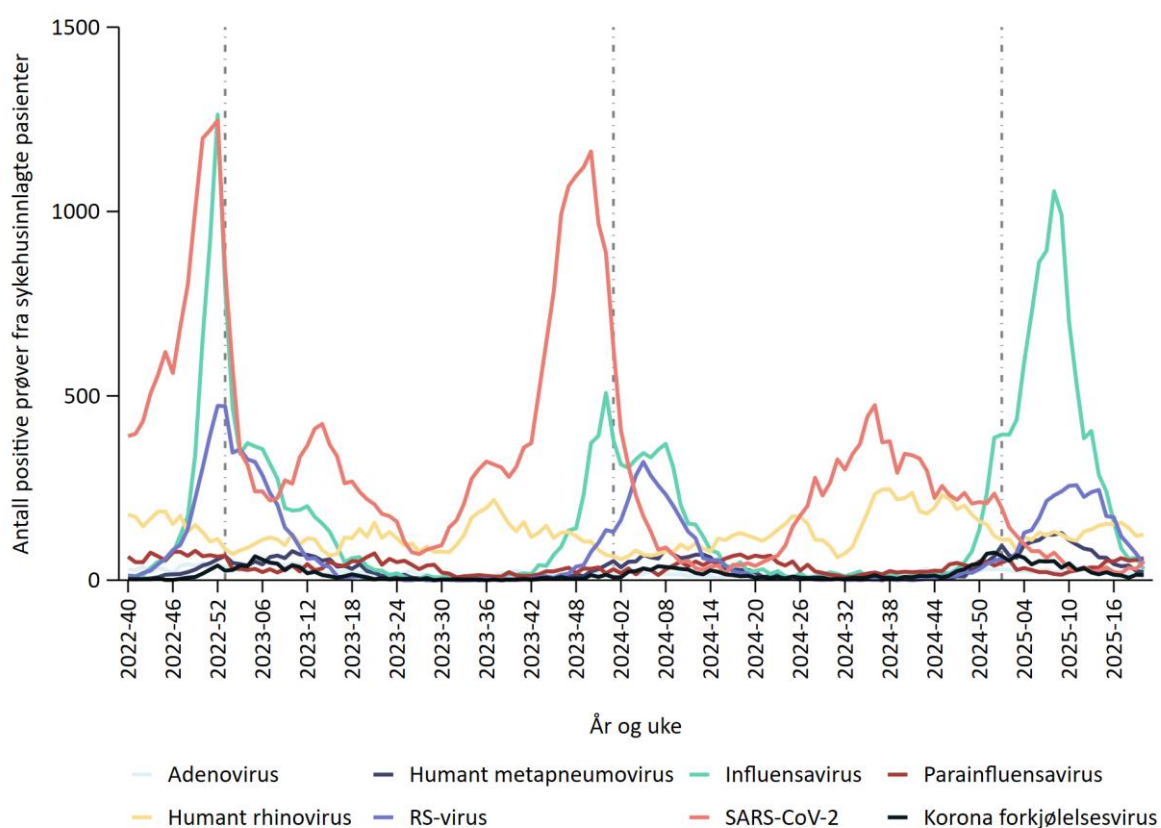
Antatt smittestoff	Uke 20 (2025)			Totalt fra og med uke 27 (2024)		
	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	11	0	50
Influenzavirus	0	0	0	22	22	253
Metapneumovirus	0	0	0	1	1	16
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	2	1	23
Parainfluenzavirus	1	1	3	2	2	13
RS-virus	0	0	0	7	6	39
SARS-CoV-2	0	0	0	78	78	565
Ukjent agens (luftveissymptomer)	0	0	0	3	3	14

Sykehusinnleggelser

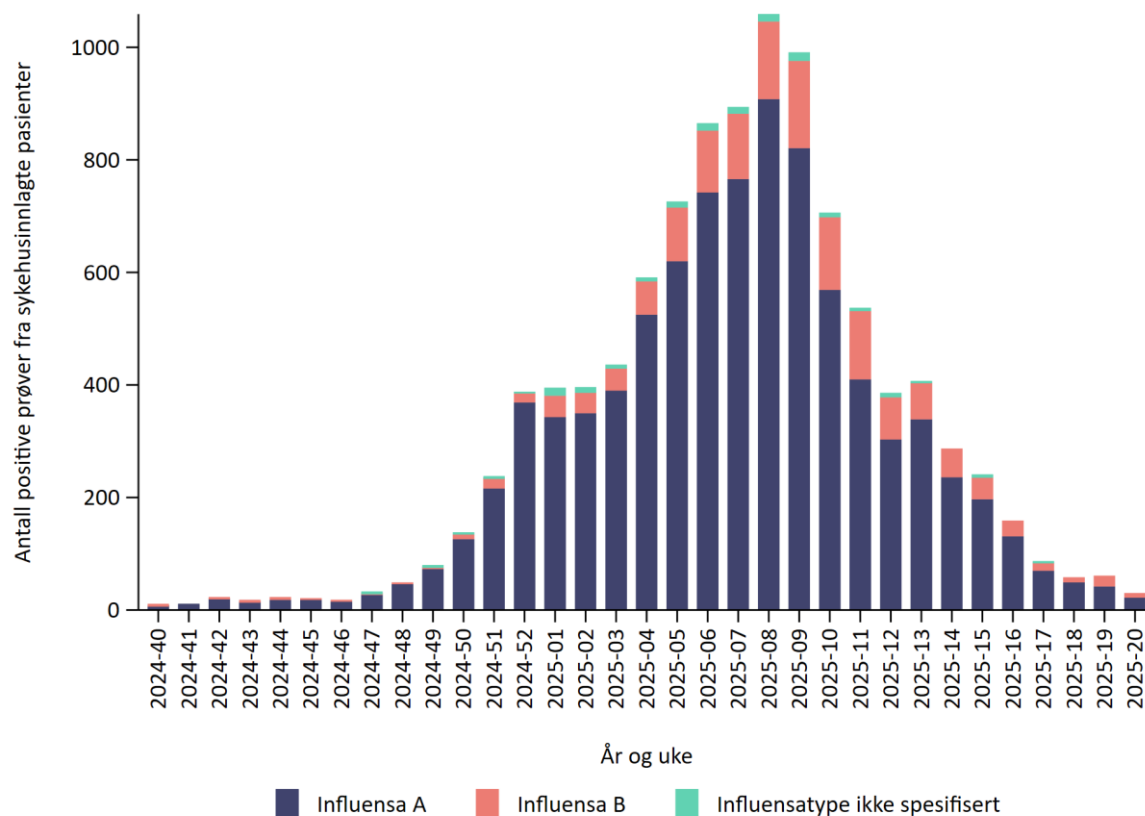
Overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner er under omlegging. Overvåkingen er midlertidig basert på data rapportert til MSIS-labdatabasen. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. 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 18.05.2025.

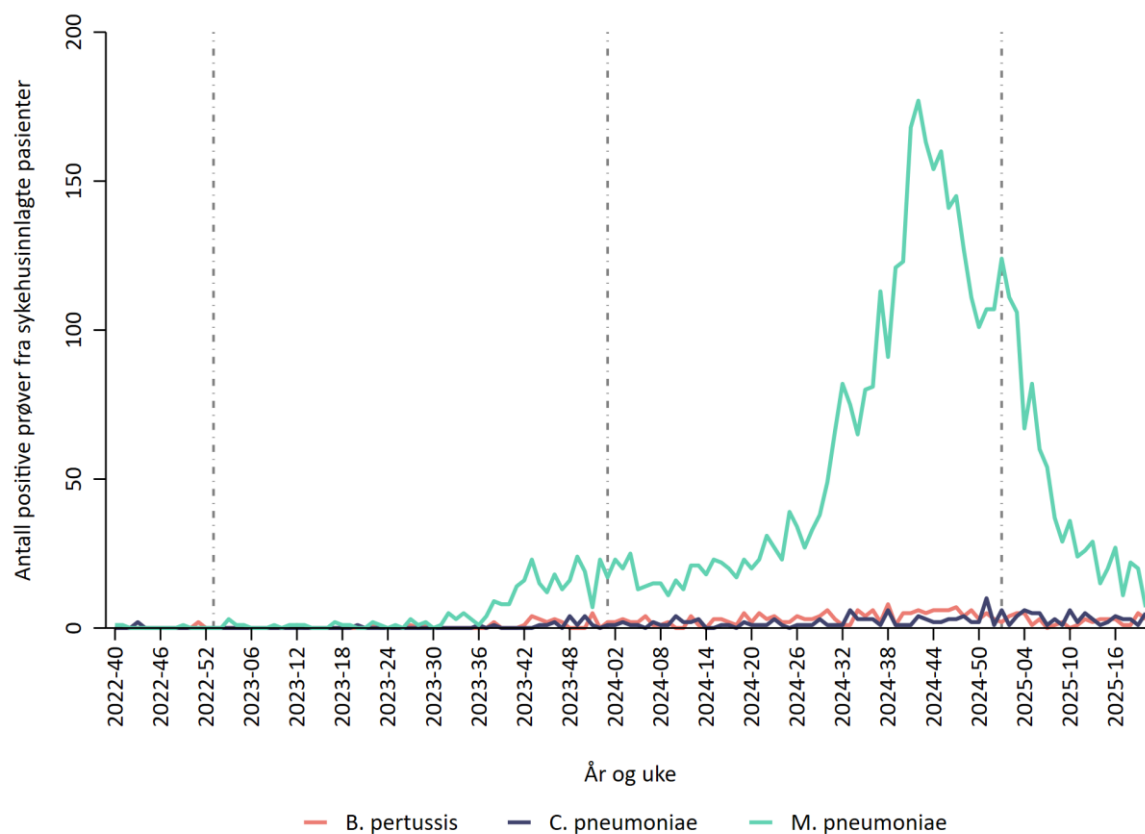
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter



Figur 25. 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 – 18.05.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 26. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter etter virustype, 30.9.2024 – 18.05.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 27. Antall PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 18.05.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 12. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for influensavirus, rhinovirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter og totalt de siste 12 ukene etter aldersgruppe, 24.02.2025 – 18.05.2025. Kilde: MSIS-labdatabase.

Smittestoff	Aldersgruppe	Alle prøver			Prøver fra sykehusinnlagte		
		Antall testede	Antall positive	Andel positive (%)	Antall påvisninger fra innlagte	Andel påvisninger som kommer fra innlagte (%)	Antall påvisninger fra innlagte per 100 000
Rhinovirus	0-4	9897	2468	24,9	657	26,6	238,9
	5-14	8472	1109	13,1	142	12,8	22,6
	15-29	15652	1981	12,7	108	5,5	10,3
	30-64	42272	3415	8,1	223	6,5	8,6
	65-79	18838	1381	7,3	302	21,9	38,2
	80+	9382	553	5,9	176	31,8	65,1
	Totalt	104515	10907	10,4	1608	14,7	28,7
Influenzavirus	0-4	11699	2124	18,2	308	14,5	112
	5-14	10003	3178	31,8	241	7,6	38,4
	15-29	18741	3927	21,0	270	6,9	25,9
	30-64	52369	9853	18,8	1147	11,6	44,3
	65-79	27376	3277	12,0	1175	35,9	148,8
	80+	16023	1643	10,3	798	48,6	295
	Totalt	136214	24002	17,6	3939	16,4	70,4
RS-virus	0-4	11608	3208	27,6	884	27,6	321,4
	5-14	9506	560	5,9	41	7,3	6,5
	15-29	17468	916	5,2	52	5,7	5
	30-64	48153	2956	6,1	283	9,6	10,9
	65-79	23843	1773	7,4	488	27,5	61,8
	80+	13158	1071	8,1	393	36,7	145,3
	Totalt	123738	10484	8,5	2141	20,4	38,3
SARS-CoV-2	0-4	11469	64	0,6	31	48,4	11,3
	5-14	9670	65	0,7	<10	-	-
	15-29	18193	230	1,3	12	5,2	1,1
	30-64	51181	697	1,4	82	11,8	3,2
	65-79	26767	359	1,3	141	39,3	17,9
	80+	15534	239	1,5	119	49,8	44
	Totalt	132817	1654	1,2	392	23,7	7
M. <i>pneumoniae</i>	0-4	10881	258	2,4	32	12,4	11,6
	5-14	9972	1275	12,8	41	3,2	6,5
	15-29	18327	1013	5,5	57	5,6	5,5
	30-64	49409	1341	2,7	108	8,1	4,2
	65-79	21505	120	0,6	23	19,2	2,9
	80+	10536	23	0,2	<10	-	-
	Totalt	120632	4030	3,3	266	6,6	4,8

Tabell 13. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter siden uke 40, etter influensavirustype og aldersgruppe, 30.09.2024 – 18.05.2025. Influenstatype ikke spesifisert for 2,0 % av prøvene. Kilde: MSIS-labdatabasen.

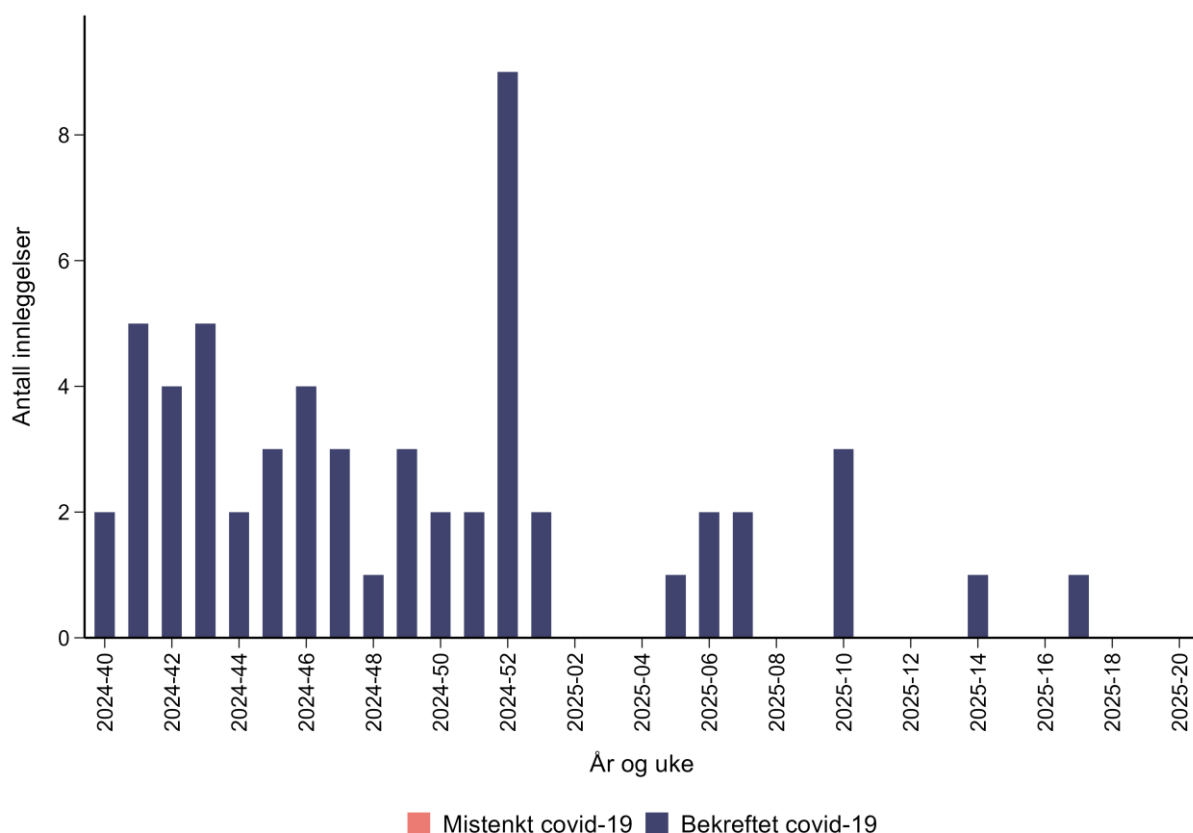
Aldersgruppe	Totalt		Influenza A		Influenza B	
	n	n/100 000	n	Aldersgruppe	n	n/100 000
0-4	831	302,1	633	230,2	198	72,0
5-14	679	108,2	357	56,9	322	51,3
15-29	746	71,5	506	48,5	231	22,1
30-64	3106	120,0	2505	96,8	540	20,9
65-79	2911	368,6	2786	352,7	81	10,3
80+	2073	766,3	2004	740,7	39	14,4
Totalt	10350	185,0	8795	157,2	1411	25,2

Innleggelser i intensivavdeling

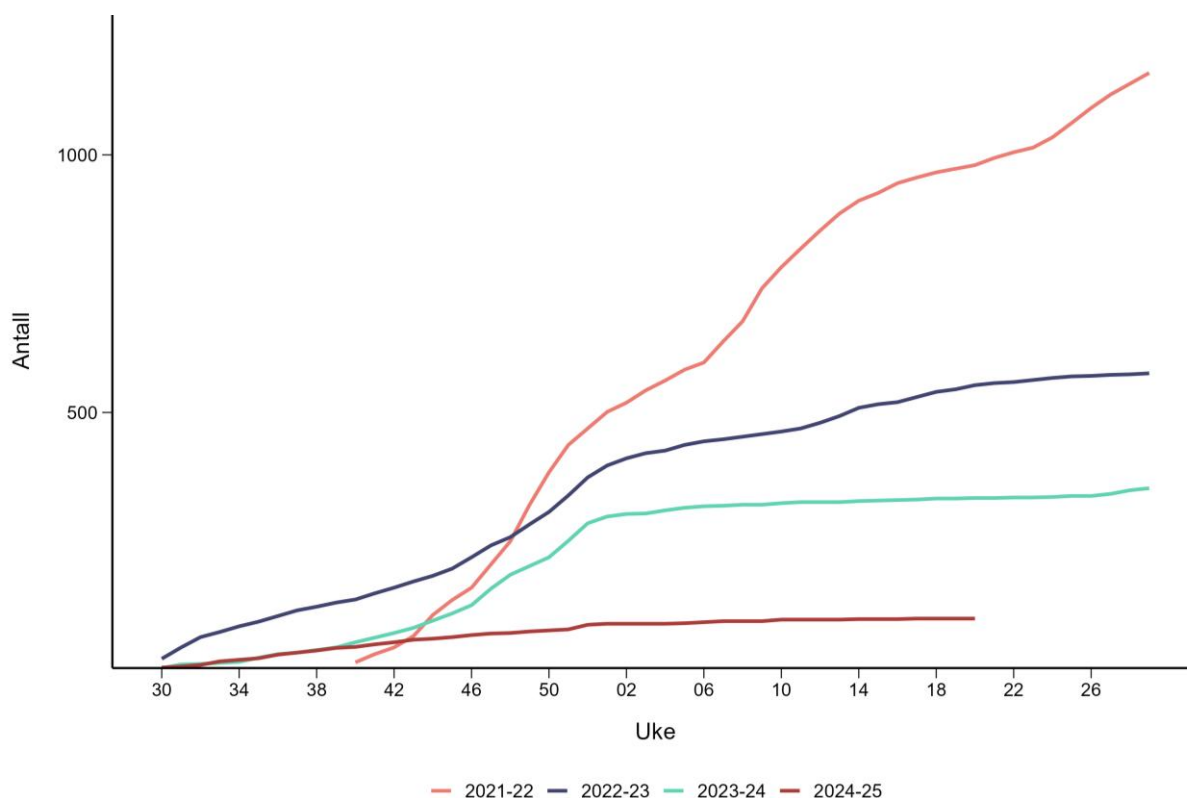
Norsk intensivregister (NIR) inneholder informasjon om intensivbehandlede covid-19- og influensapasienter. Resultatene er basert på data fra NIR oppdatert 21.05.2025.

Intensivinnleggelser med covid-19

Mellom uke 2024-40 og 2025-20 ble det rapportert om totalt 58 intensivinnleggelser med covid-19 (Figur 28). Insidensen av innleggelser per 100 000 var høyest i aldersgruppen 60-80 år (Tabell 14). Omtrent 45 % av innleggelsene varte i 2-3 dager, og totalt 76 % av innleggelsene var kortere enn 8 dager. Seksti prosent av pasientene fikk pustestøtte, og 25 % av pasientene døde.



Figur 28. Antall intensivinnleggelser med covid-19 per uke, 30.09.2024 – 18.05.2025. Kilde: Norsk intensivregister.



Figur 29. Kumulativt antall intensivinnleggelser med covid-19 per uke, 26.07.2021 – 18.05.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

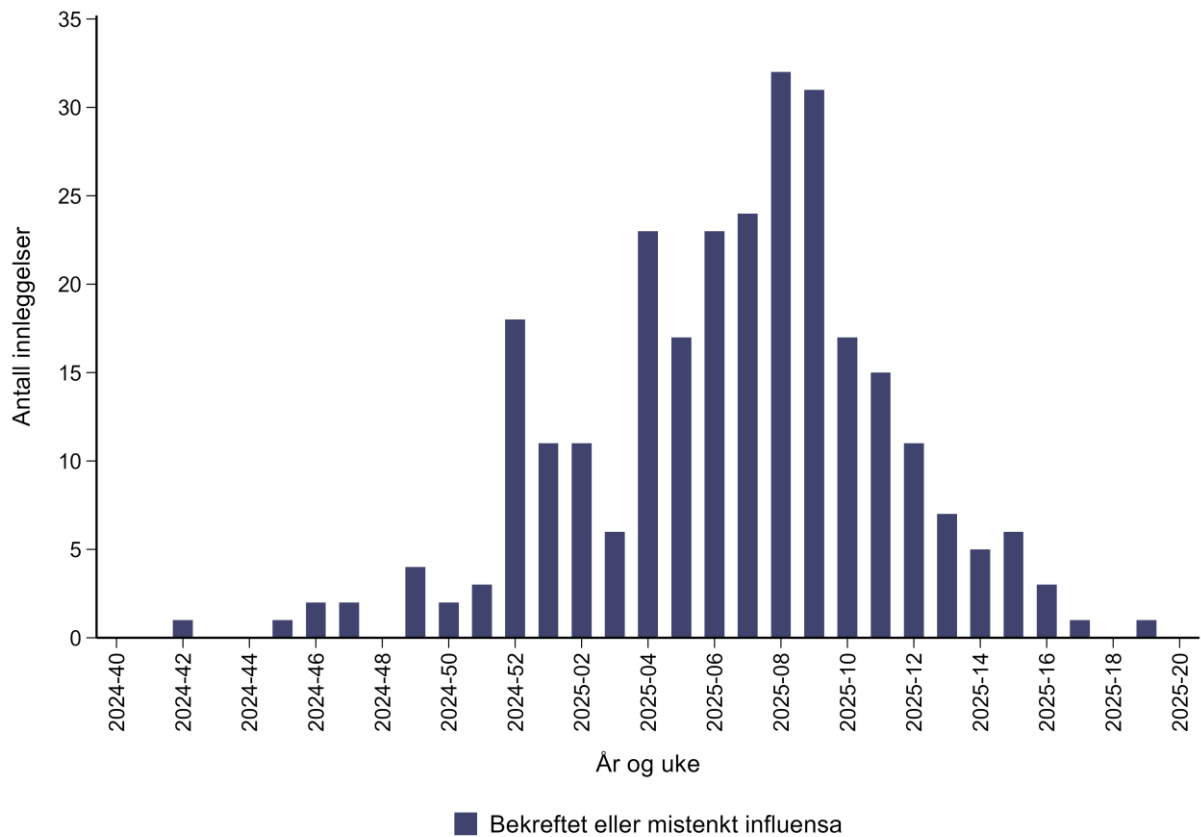
Tabell 14. Antall intensivinnleggelser med covid-19 per aldersgruppe, 30.09.2024 – 18.05.2025. Kilde: Norsk intensivregister

Aldersgruppe (år)	Antall	Andel	Antall per 100000
00-09	0	0,0 %	0,0
10-19	0	0,0 %	0,0
20-29	2	3,4 %	0,3
30-39	1	1,7 %	0,1
40-49	1	1,7 %	0,1
50-59	2	3,4 %	0,3
60-69	20	34,5 %	3,3
70-79	17	29,3 %	3,5
80-89	15	25,9 %	7,1
90+	0	0,0 %	0,0
Totalt	58	100,0 %	1,0

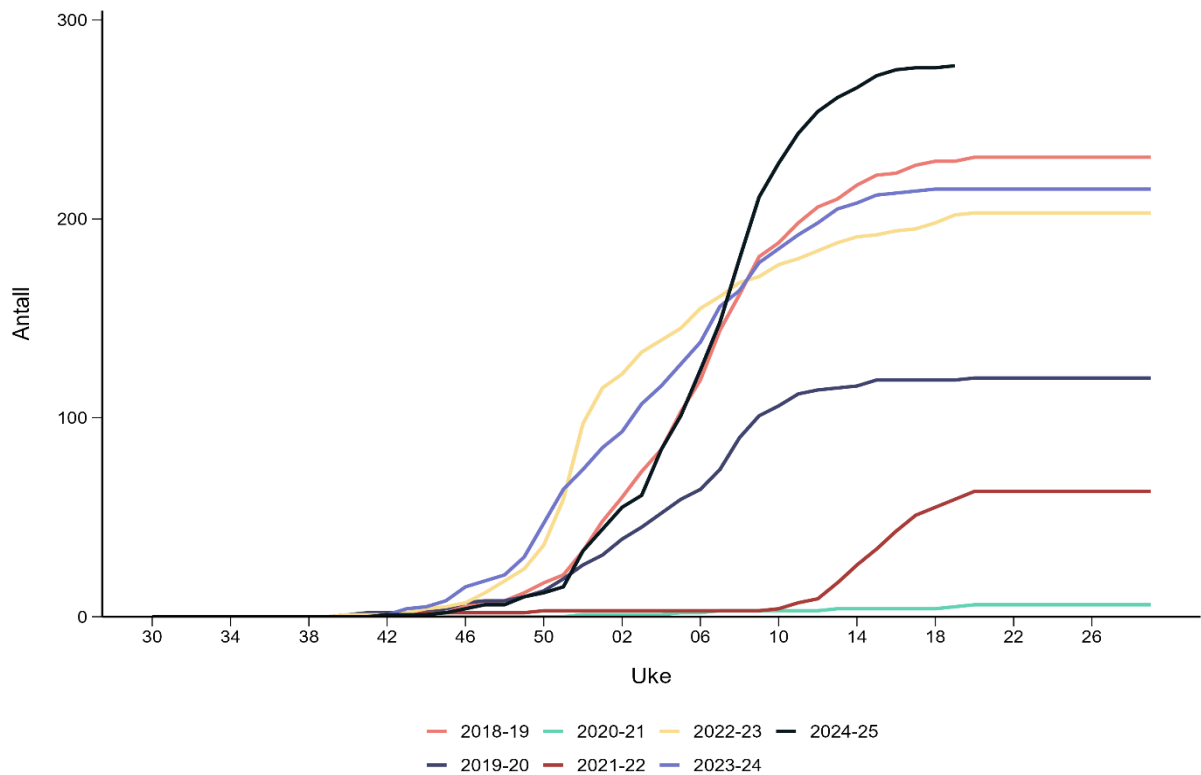
Intensivinnleggelser med influensa

Mellom uke 2024-40 og 2025-20 ble det rapportert om totalt 277 intensivinnleggelser med influensa (figur 29), med en topp på 32 innleggelser i uke 8. Det totale antallet innleggelser er høyere enn det som er blitt rapportert de foregående seks vintersesongene det foreligger data for (Figur 31).

Medianalder blant de innlagte var 65 år (nedre – øvre kvartil 52-73 år), og insidensen av innleggelser per 100 000 var høyest i aldersgruppen 60-80 år (Tabell 15). Nesten 80 % av pasientene hadde minst én risikofaktor for alvorlig influensa. Median liggetid var 2 døgn (nedre – øvre kvartil 1-5 døgn). Sytti prosent av pasientene fikk pustestøtte, 2 % ble behandlet med ekstrakorporal membranoksygenering (ECMO), og 9 % av pasientene døde.



Figur 30. Antall intensivinnleggelser med influensa per uke, 30.09.2024 – 18.05.2025. Kilde: Norsk intensivregister.



Figur 31. Kumulativt antall intensivinnleggelser med influensa per sesong, 01.10.2018 – 18.05.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Tabell 15. Antall intensivinnleggelser med influensa per aldersgruppe, 30.09.2024 – 18.05.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Aldersgruppe (år)	Antall	Andel	Antall per 100000
00-09	14	5 %	2,4
10-19	9	3 %	1,4
20-29	6	2 %	0,9
30-39	15	5 %	1,9
40-49	23	8 %	3,2
50-59	33	12 %	4,4
60-69	83	30 %	13,5
70-79	66	24 %	13,6
80-89	26	9 %	12,3
90+	<3	-	-
Totalt	277	-	5,0

Dødelighet

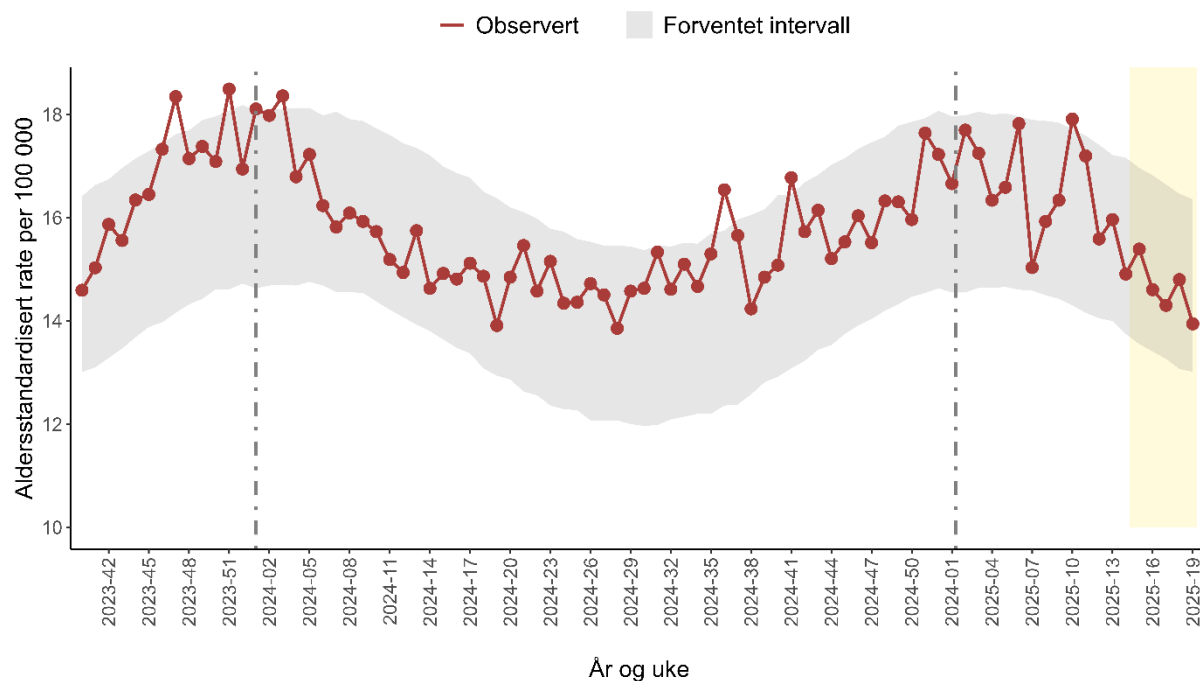
Totaldødelighet

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 21.05.2025.

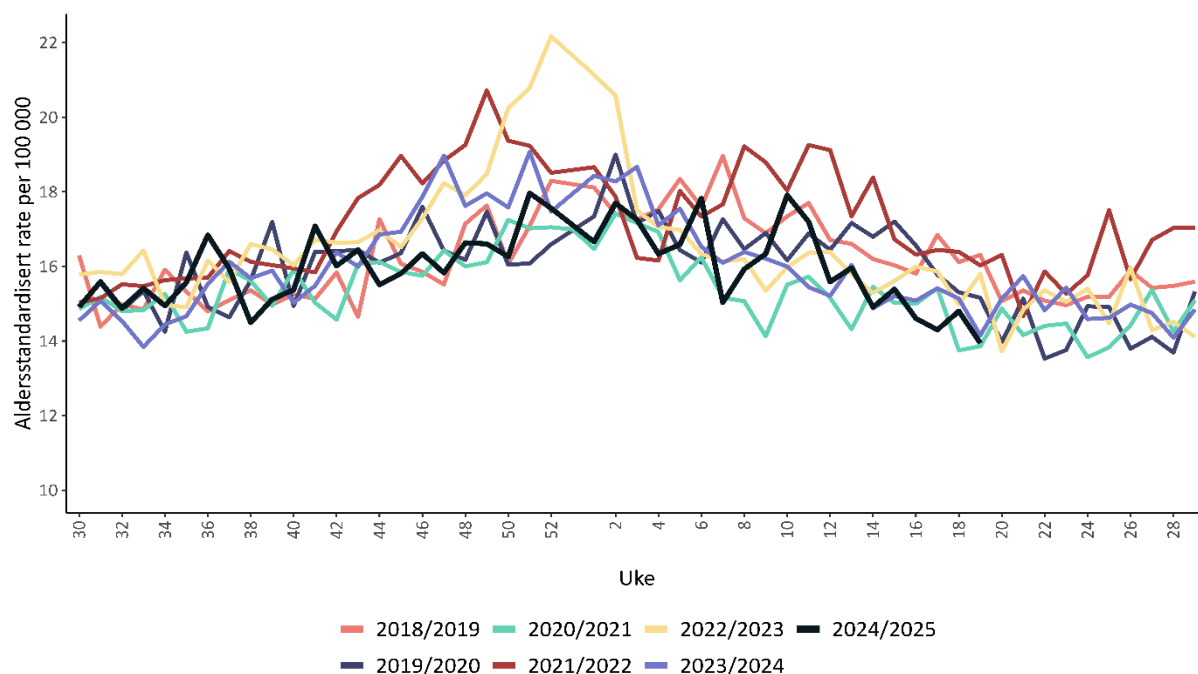
Dødelighetsnivå

Figur 32 viser utvikling i observert dødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning og sammenligner dette med et intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Med unntak av en liten topp i begynnelsen av september og oktober lå totaldødelighet innenfor forventet nivå hele høsten 2024 for så å øke rundt årsskiftet. Dødeligheten har også ligget innenfor forventet nivå gjennom vinteren og våren med unntak av en topp i løpet av mars måned. Dødeligheten falt i siste halvdel av mars og har siden ligget innenfor forventet 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 32. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 40 2023 til uke 19 2025. Det forventede intervallet (lysegrått felt) angir hvor det er forventet at dødelighetsraten skal ligge basert på trenden de siste ti år der pandemiperioden 2020 til 2022 er utelatt. Stiplet linje markerer uke 1 i 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.



Figur 33. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate per sesong, 23.07.2018 - 07.05.2025. Merk at y-aksen er trunkert og starter på 10 og ikke 0. Sesongen 2024/2025 er markert med svart linje og inkluderer rate til og med uke 19 2025. Kilde: Folkeregisteret o

Antall dødsfall per uke

Det ukentlige antallet meldte dødsfall de siste ukene er gitt i Tabell 16.

Tabell 16. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 16 til uke 19, med prosentvis endring fra uken før. Kilde: Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 16	Uke 17	Uke 18	Uke 19*
Antall nye dødsfall	817	800	828	780
Antall dødsfall per 100 000	14,6	14,3	14,8	13,9
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	-5,1 %	-2,1 %	3,5 %	-5,8 %
Median alder	83	82	82	83

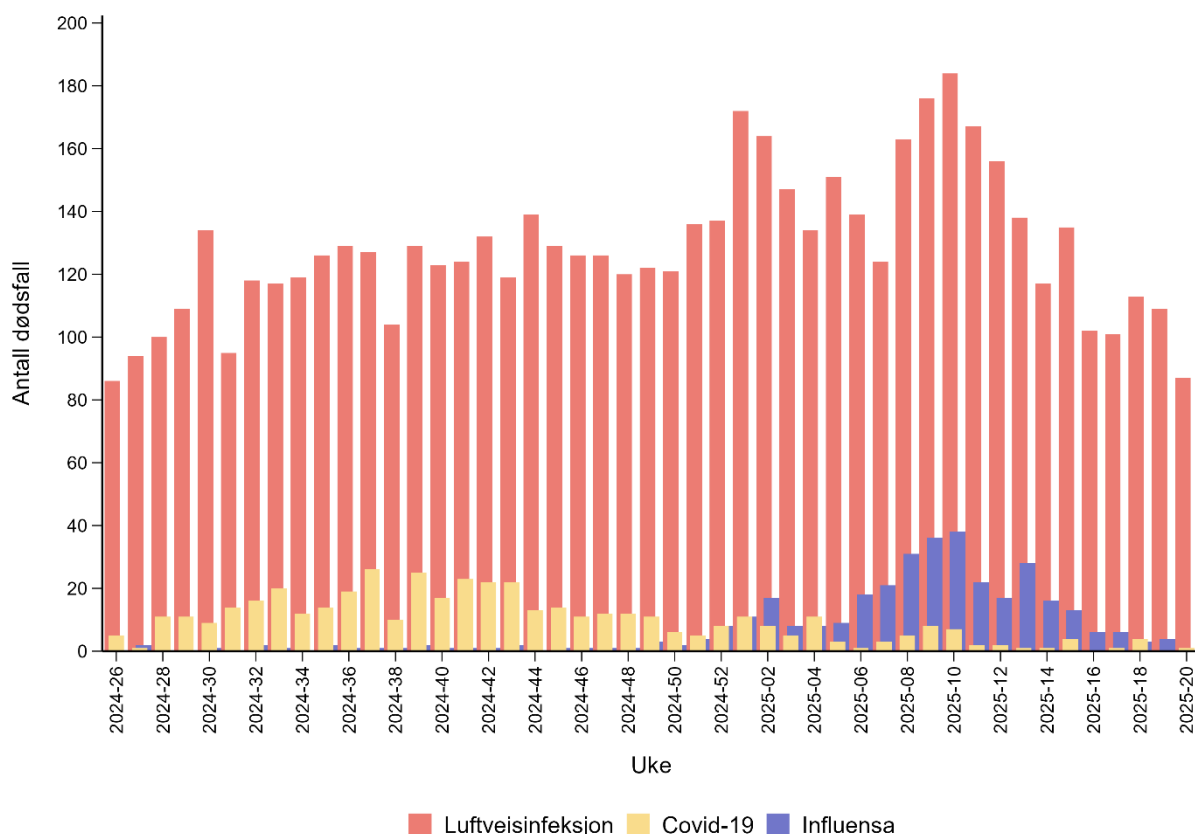
*Siste tilgjengelig uke i Folkeregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

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, 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 et datasett fra Dødsårsaksregisteret oppdatert 21.05.2025.



Figur 34. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke (24.06.2025 – 18.05.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjonsgruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Tabell 17. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (24.02.2025 – 18.05.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Indikator	Uke											
	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	176	184	167	156	138	117	135	102	101	113	109	87
Antall dødsfall assosiert med covid-19	8	7	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	0	1-4	1-4	0	1-4
Antall dødsfall assosiert med influensa	36	38	22	17	28	16	13	6	6	1-4	1-4	0

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 Folkehelseinstituttet er tilgjengelig [her](#).

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

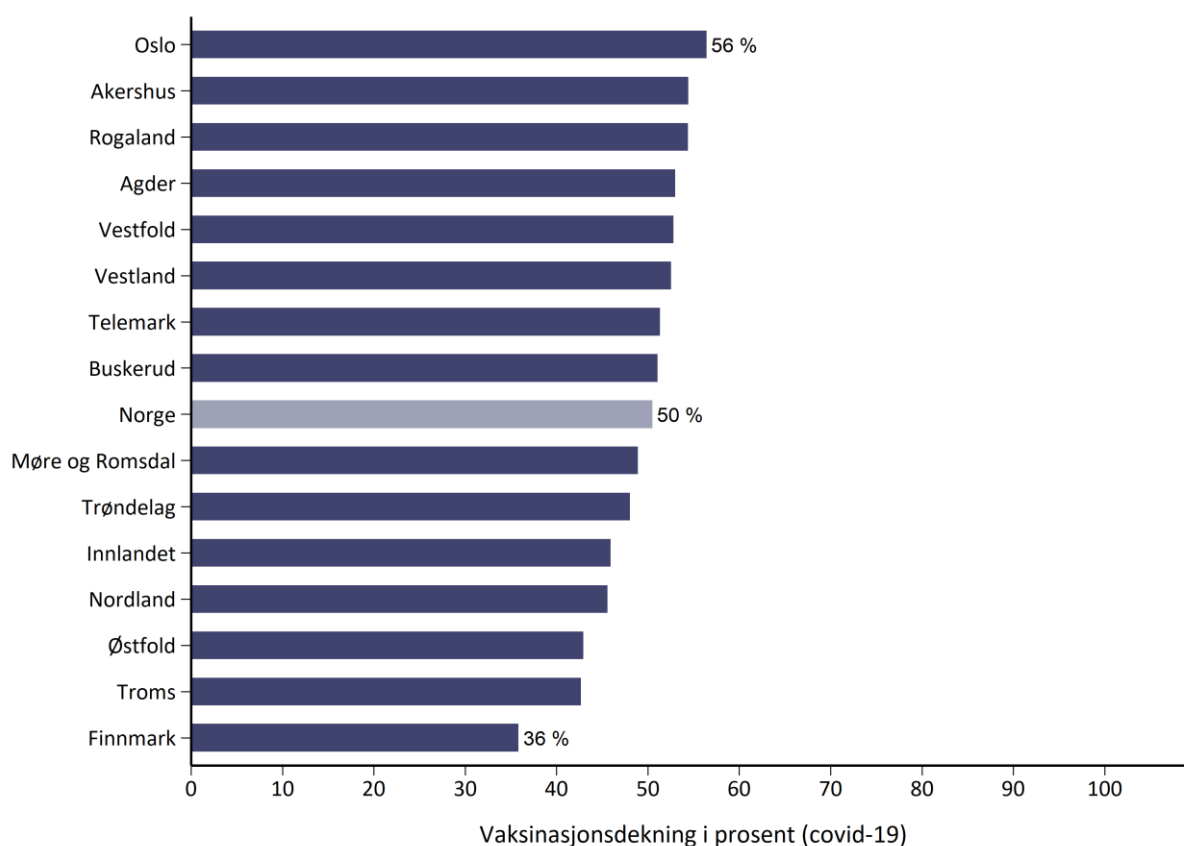
Data om vaksinasjon mot covid-19 inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (21.05.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 21.05.2025.

Siste uke fikk 9 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt ble 71 personer i alle aldre vaksinert. Så langt har 527 726 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt er 648 911 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 36 % - 56 % mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

Tabell 18. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) med koronavaksine fordelt på alder, 01.09.2024 - 18.05.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

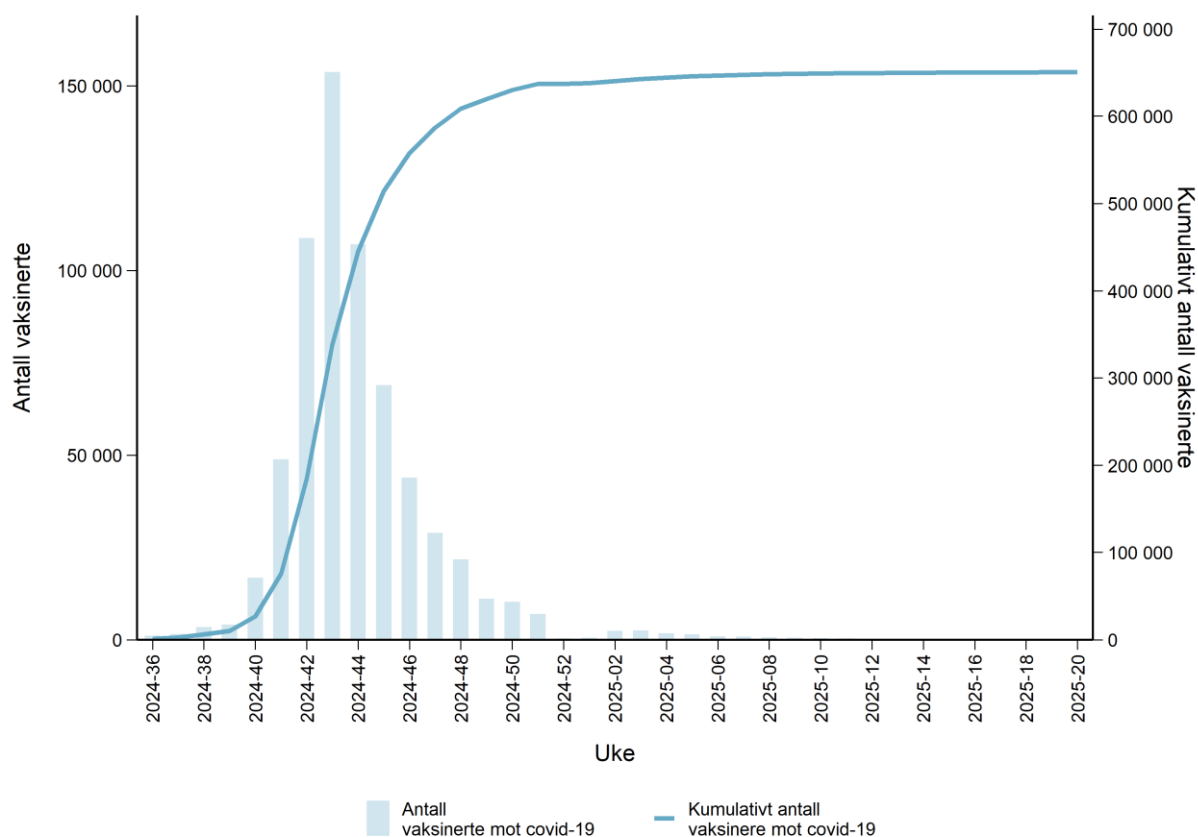
Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-11	266	0,04 %
12-17	819	0,2 %
18-64	120 100	4 %
65+	527 726	50 %
Totalt, alle	648 911	12 %



Figur 35. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert med koronavaksine per fylke, 01.09.2024 - 18.05.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksinering – uke for uke

Koronavaksineringen denne sesongen startet i uke 40 og nådde en topp for antall registrert vaksinerte i uke 43, da over 153 000 ble vaksinert. Antallet vaksinerte per uke falt deretter gradvis til uke 51, og opphørte nærmest totalt etter dette. Over 95 prosent av de vaksinerte fikk sin dose innen utgangen av uke 49.



Figur 36. Antall vaksinerte med koronavaksine per uke og kumulativt antall vaksinerte i sesongen 2023-24 (uansett status i FREG), 01.09.2024 - 18.05.2025. 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 tidligere infeksjon. Vaksineeffekt (beskyttelse) etter oppfriskningsdoser må derfor beregnes i forhold til beskyttelsen hos de som ikke har tatt oppfriskningsdose. Studier beregner derfor relativ vaksineeffekt.

Foreløpige data for 2024-25 fra USA viser at vaksineeffekten 7-119 dager etter vaksinasjon med oppdatert vaksine var ca. 45 % mot sykehusinnleggelse for personer 65 år og eldre uten svekket immunforsvar. For personer 65 år og eldre med svekket immunforsvar ble vaksineeffekt beregnet til 40 %. Vaksineeffekten er beregnet i forhold til personer i samme aldersgruppe som ikke har tatt oppfriskningsdose høsten 2024.

I [England fant man](#) i 2023-24 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 2022¹. Den relative

¹ 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.

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. 10 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 beskyttelsen avtar i løpet av sesongen når det kommer nye varianter av viruset, men også at de som tar oppfriskningsdose med oppdatert vaksine er bedre beskyttet mot alvorlig covid-19 gjennom høst- og vintersesongen enn de som ikke har tatt oppfriskningsdose.

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

Sammenlagt for alle grossister (inkludert FHI) er det denne sesongen sendt ut 1,57 millioner vaksinedoser til kommuner, helseforetak, apotek og andre private vaksinatører. 1,1 million av disse dosene ble distribuert for vaksinerings av risikogrupper og andre målgrupper.

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

Data om vaksinasjon mot influensa inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (21.05.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

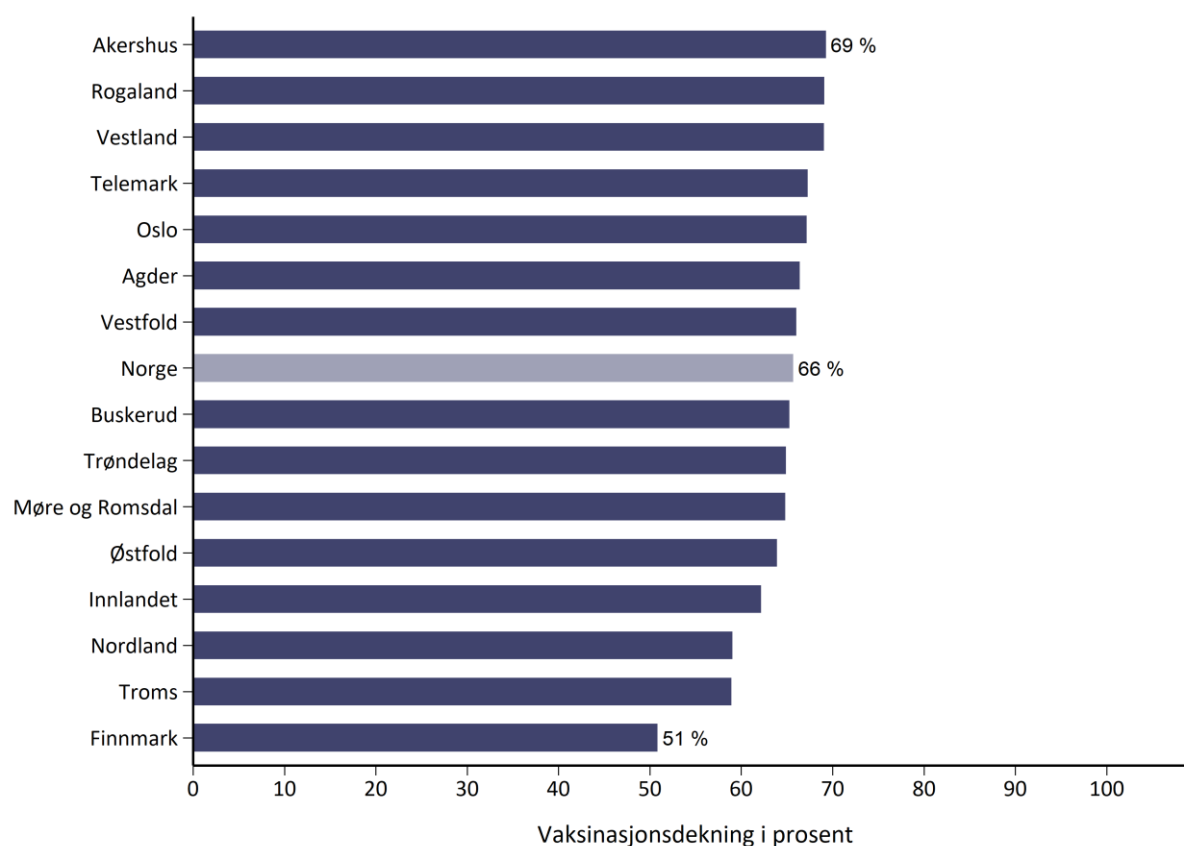
Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 21.05.2025.

Det er til sammen vaksinert 1 319 955 personer, hvorav 686 802 blant personer 65 år og eldre. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 18. mai på 66 %. Dette er litt høyere enn på samme tid i fjor (64 %). Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn fra 51 % - 69 % mellom henholdsvis Finnmark og Akershus. Finnmark fylke har dermed 4 prosentpoeng høyere dekning denne sesongen enn på samme tid i fjor (47 %). Femtito kommuner har denne sesongen nådd en dekning på 70 % eller mer for befolkningen over 65 år. Utsira, Bærum, Fjaler og Gloppen kommuner oppnådde målet om minimum 75 % dekning i denne aldersgruppen.

Tabell 19. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) mot influensa blant ulike aldersgrupper, 01.09.2024 - 18.05.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-8	4 607	0,9 %
9-17	5 863	1 %
18-64	622 683	18 %
65+	686 802	66 %
Totalt, alle	1 319 955	24 %

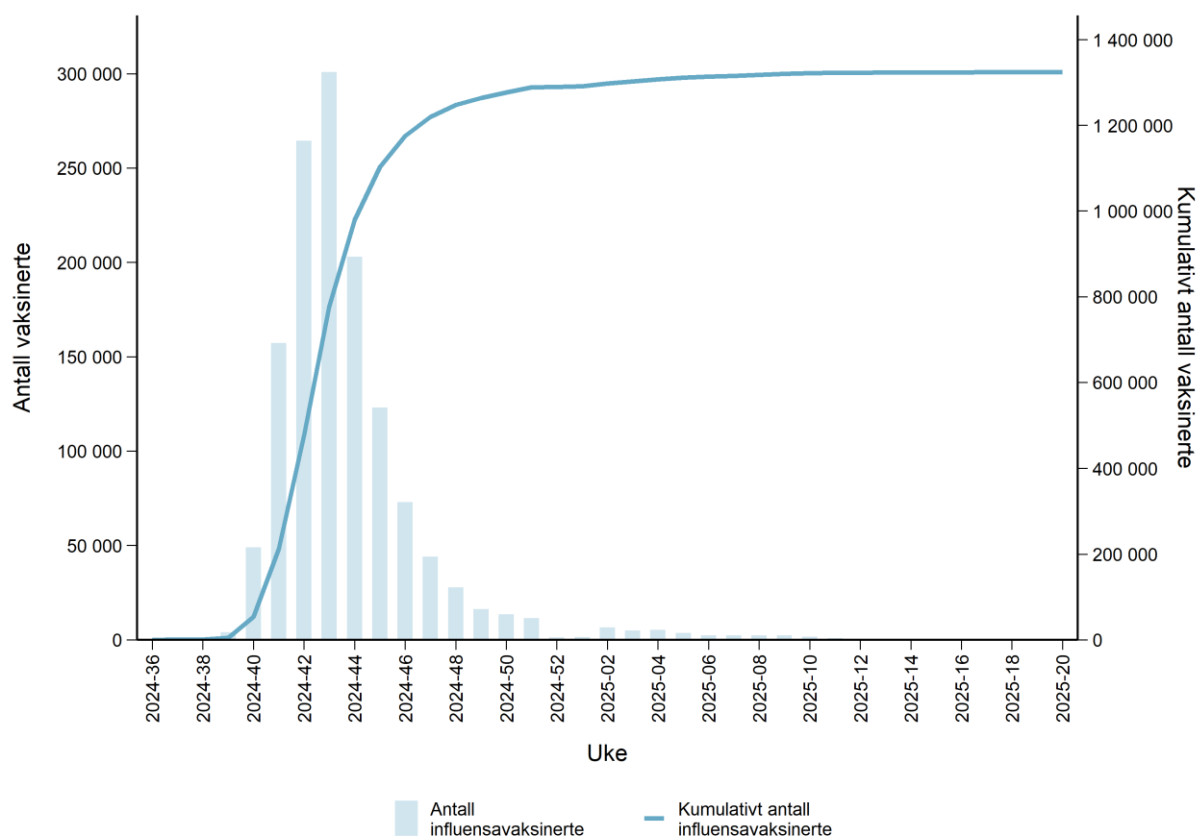
Det totale antallet personer registrert med influensavaksine i SYSVAK har økt i forhold til de siste 2 årene, og er det nest høyeste antallet siden sesonginfluensavaksinasjon ble meldingspliktig til SYSVAK.



Figur 37. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert mot influensa per fylke, 01.09.2024 - 18.05.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksinering – uke for uke

Vaksineringen startet for alvor i uke 40, da de første dosene ble sendt ut til kommunene. Det var en topp i antall doser satt i uke 43, med over 300 000 registrerte vaksiner satt. Antall vaksinerte per uke gikk deretter gradvis ned til omtrent 11 000 i uke 51, for deretter å falle til bare noen få tusen vaksinerte per uke etter nyttår. Over 95 prosent av de vaksinerte fikk sin vaksine innen utgangen av uke 49. Det vil si at bortimot alle vaksinerte fikk vaksinen i god tid før utbruddet var i gang.



Figur 38. Antall vaksinerte mot influensa per uke og kumulativt antall vaksinerte i sesongen 2023-24 (uansett status i FREG), 01.09.2024 - 18.05.2025. 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.

I Norge har vi foreløpig ikke sett på vaksineeffekt denne sesongen. De sirkulerende influensa A(H1N1)- og influensa B-virusene stemte imidlertid godt overens med vaksinene, og basert på foreløpige data fra andre land (se under) forventer vi at vaksineeffekten i Norge var relativt god denne sesongen.

I Norge hadde vi en viss andel av sirkulerende A(H3N2) virus, som avvek noe fra vaksineviruset. Dette kan ha ført til lavere vaksineeffekt mot denne virustypen. Sesongen var ikke dominert av A(H3N2), så mismatchen hadde sannsynligvis ikke stor betydning for vaksineeffekten totalt sett.

For detaljer, se avsnitt om genetisk karakterisering av influensavirus på side 26-30.

Effektdata fra andre land

Franske helsemyndigheter publiserte foreløpige resultater for sesongens vaksineeffekt i januar. Estimaten gjelder effekt mot legekonsultasjon på grunn av influensa. Foreløpige resultater viste en samlet vaksineeffektivitet (for alle influensavirus som sirkulerte i Frankrike fram til januar) på 46 %

[KI95 %: 16-65] for alle risikogrupper, 62 % [KI95 %: 21-82] blant de under 65 år med langvarig sykdom og 31 % [KI95 %: -20-61] blant de over 65 år. Frankrike hadde sirkulasjon av både influensa A (H1N1) og A(H3N2) og B-Victoria.

Tidlige estimater (publisert i februar) for vaksineeffektivitet (VE) fra åtte europeiske studier (17 land) indikerte 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) ².

Det kanadiske sentinelovervåkingssystemet rapporterte foreløpige data i januar 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) ³.

I USA ble VE beregnet blant pasienter med akutt luftveissykdom-relaterte polikliniske besøk og sykehusinnleggelser i fire VE-nettverk i influensas sesongen 2024–25 (oktober 2024–februar 2025). Blant barn og ungdom **under 18 år** var VE mot influensa 32 %, 59 % og 60 % i polikliniske setninger i tre av nettverkene, og mot influensarelaterte sykehusinnleggelser var VE 63 % og 78 % i to nettverk. For influensa A(H1N1) var VE i polikliniske setninger 72 % og 53 % i to nettverk og VE mot influensarelaterte sykehusinnleggelser var 63 % i ett nettverk. Blant voksne **18 år eller eldre**, var VE i polikliniske setninger 36 % og 54 % i to nettverk, og mot sykehusinnleggelser var VE 41 % og 55 % i to nettverk. For influensa A(H1N1) var VE i polikliniske setninger 72 % og 53 % i to nettverk, og VE mot influensarelaterte sykehusinnleggelser var 63 % i ett nettverk. For influensa A(H1N1) var VE 42 % i polikliniske setninger i ett nettverk. Hos voksne i alderen **18 til 64 år** var VE mot influensarelaterte ARI 37 % og 56 % i to nettverk, og mot influensarelaterte sykehusinnleggelser var VE 48 % og 51 % i to nettverk. Blant voksne **over 65 år** var VE mot influensarelaterte ARI 51 % i polikliniske setninger i ett nettverk og 38 % og 57 % mot influensarelaterte sykehusinnleggelser i to nettverk.⁴

² 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.

³ 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.

⁴ Frutos AM, Cleary S, Reeves EL, et al. Interim Estimates of 2024–2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness — Four Vaccine Effectiveness Networks, United States, October 2024–February 2025. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2025;74:83–90. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7406a2>

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>
- **Influenza:**
 - 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>

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.

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

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 32, 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.