

RAPPORT

2026

Voksenvaksinasjonsprogrammet

Sesongen 2025-2026

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Smittevern

Avdeling for smittevern og vaksine

September 2026

Tittel:

Voksenvaksinasjonsprogrammet sesongen 2025-2026

Forfatter(e):

Kjersti Rydland

Trude Marie Lyngstad

Birgitte Klüwer

Melanie Stecher

Suzanne Campbell

Hilde W Bakke

Hinta Meijerink

Håkon Bøås

Olaug Sveinsgjerde Fenne

Roger Wikstrøm

Svein Rune Andersen

Jacob Dag Berild

Yngvild Emblem Bentdal

Trine Hessevick Paulsen

Gro Evensen

André Einhaug

Oppdragsgiver:**Prosjektnummer:****Publikasjonstype:**

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-598-4

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/q7nd-qn68>

Emneord: influensavaksine, koronavaksine, pneumokokkvaksine, vaksinasjonsprogram

INNHold

Innhold	3
Sammendrag	5
Executive summary (English)	6
1 Voksenvaksinasjonsprogrammet	7
1.1 Hvilke målgrupper er inkludert i programmet.....	7
2 Vaksinasjonsdekning sesongen 2025-26.....	8
2.1 Vaksinasjonsdekning mot covid-19	8
2.1.1 Dekning og antall satte doser - utvikling over tid.....	9
2.1.2 Risikogrupper voksne	10
2.1.3 Fylker	11
2.1.4 Landbakgrunn	12
2.2 Vaksinasjonsdekning mot influensa.....	12
2.2.1 Dekning og antall satte doser - utvikling over tid.....	14
2.2.2 Vaksinasjonsdekning i medisinske risikogrupper etter alder	16
2.2.3 Fylker	17
2.2.4 Landbakgrunn	18
2.2.5 Vaksinasjonsdekning blant gravide	18
2.3 Vaksinasjonsdekning mot pneumokokksykdom.....	22
2.3.1 Fylker	24
2.3.2 Landbakgrunn	25
2.4 Samvaksinering	25
2.5 Overvåkning av vaksineeffekt – influensa og covid-19.....	26
2.5.1 Sesonginfluensa.....	26
2.5.2 Covid-19.....	27
3 Sykdommene det vaksineres mot i voksenvaksinasjonsprogrammet	28
3.1 Covid-19	28
3.1.1 Bakgrunn.....	28
3.1.2 Vaksine i program.....	28
3.1.3 Epidemiologi.....	29
3.2 Sesonginfluensa	29

3.2.1	Bakgrunn.....	29
3.2.2	Vaksine i program.....	29
3.2.3	Epidemiologi.....	30
3.3	Pneumokokksykdom.....	30
3.3.1	Bakgrunn.....	30
3.3.2	Vaksine i program.....	31
3.3.3	Meldte tilfeller av systemisk sykdom	31
3.3.4	Serotypefordeling.....	31
4	Innkjøp og utsending av vaksiner til programmet	32
4.1	Koronavaksine.....	32
4.2	Influensavaksine	32
4.3	Pneumokokkvaksine	32
5	Erfaringer fra oppstart av VVP	33
6	Meldinger om mistenkte vaksinebivirkninger.....	35
6.1	Meldte mistenkte bivirkninger	36
6.2	Meldinger klassifisert som alvorlige	37
6.3	Helseregisterdata gir viktig innsikt	38
7	Kommunikasjon og vaksinekampanjer	39
8	Påminnelsesordning.....	39
8.1	Informasjon om påminnelsesordningen.....	39
8.2	Utsending av påminnelser	40
9	Forskning	40
10	Datakilder	41
10.1	Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK	41
10.2	Stat19	41
10.3	MSIS	41
10.4	Bivirkningsregisteret	42
11	Appendix	43
11.1	Mer om risikogrupper i Voksenvaksinasjonsprogrammet.....	43
11.2	Internasjonale estimater for vaksineeffekt influensa.....	45

SAMMENDRAG

Voksenvaksinasjonsprogrammet startet opp høsten 2025 og består av de tidligere vaksinasjonsprogrammene mot influensa- og covid-19, samt tilbud om pneumokokkvaksine til personer som fyller 65 år.

Den nasjonale vaksinasjonsdekningen mot influensa for personer over 65 år var i sesongen 2025-2026 på 69 prosent. Dette er en økning på 3 prosentpoeng fra sesongen før, og er den høyeste dekningen vi hittil har oppnådd for sesonginfluensa. 87 prosent av influensavaksinedosene ble satt innen utløpet av uke 48, da utbruddsterskelen ble passert.

Vaksinasjonsdekningen mot covid-19 var 48 prosent for aldersgruppen 75 år og eldre, og 39 prosent for aldersgruppen 65 år og eldre. Dette utgjør en nedgang i dekningen for begge disse aldersgruppene fra sesongen 2024-25 på henholdsvis 8 og 11 prosentpoeng.

Vaksinasjonsdekningen mot pneumokokker for årskullet født i 1960 var 43 prosent (vaksinert mot pneumokokker siste 6 år), med en økning på hele 30 prosent fra vaksineringsstartet.

Det var svært stor variasjon i vaksinasjonsdekning mellom fylker og etter fødeland for alle tre vaksiner.

Det er meldt inn svært få bivirkninger relativt til antall satte doser for alle tre vaksiner. Innholdet i bivirkningsmeldingene for sesongen 2025-26 gir ikke grunnlag for å endre gjeldende anbefalinger i programmet.

Påminnelsesordningen som ble innført med voksenvaksinasjonsprogrammet ble tatt i bruk som planlagt. Det ser ut til at påminnelsene har hatt en positiv innvirkning på pneumokokkvaksineringsen av 1960-årskullet.

En evaluering av oppstarten av voksenvaksinasjonsprogrammet konkluderer med at kommunene lyktes godt med organisering og gjennomføring av det nye programmet. Dette til tross for knappe tidslinjer og usikkerhet om rammebetingelsene før oppstart.

Denne rapporten inneholder kun korte oppsummeringer av sykdomsforekomsten av influensa og covid-19 i sesongen 2025-26, da dette er grundig omtalt i sesongrapport for luftveisovervåkingen.

EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)

The Adult Vaccination Programme was launched in autumn 2025 and comprises the former influenza and COVID-19 vaccination programmes, as well as the offer of pneumococcal vaccine to 65-year-olds.

National influenza vaccination coverage among people aged 65 years and over was 69 percent in the 2025-2026 season. This is an increase of 3 percentage points compared with the previous season and is the highest coverage achieved to date for seasonal influenza vaccination. 87 percent of influenza vaccine doses were administered by the end of week 48, when the epidemic threshold was crossed.

COVID-19 vaccination coverage was 48 percent among those aged 75 years and over, and 39 percent among those aged 65 years and over. This represents a decline in coverage for both age groups compared with the 2024-25 season, by 8 and 11 percentage points respectively.

Pneumococcal vaccination coverage among individuals born in 1960 was 43% (vaccinated against pneumococcal disease within the previous six years), representing an increase of as much as 30 percentage points since the vaccination programme commenced.

There was considerable variation in vaccination coverage between counties and by country of birth for all three vaccines.

Very few adverse events were reported relative to the number of doses administered for all three vaccines. The content of adverse event reports from the 2025-26 season does not provide grounds for changing the current recommendations of the programme.

The reminder scheme introduced as part of the Adult Vaccination Programme was implemented as planned. The reminders appear to have had a positive impact on pneumococcal vaccination uptake among the 1960 birth cohort.

An evaluation of the launch of the Adult Vaccination Programme concluded that municipalities were largely successful in organising and implementing the new programme. This was achieved despite tight timelines and uncertainty regarding the operational framework prior to implementation.

This report contains only brief summaries of influenza and COVID-19 incidence during the 2025-26 season, as these topics are discussed in detail in the seasonal report on respiratory infection surveillance.

1 VOKSEENVAKSINASJONSPROGRAMMET

Vokseenvaksinasjonsprogrammet ble innført 1. juni 2025. Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram (§5) slår fast at vokseenvaksinasjonsprogrammet omfatter vaksinasjon mot sesonginfluensa, covid-19 og pneumokokksykdom til nærmere angitte grupper.

Folkehelseinstituttet definerer risikogruppene for covid-19 og sesonginfluensa.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter innholdet i vaksinasjonsprogrammet, basert på anbefalinger fra Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet distribuerer vaksinene til programmet.

Kommunene har ansvar for at befolkningen får tilbud om vaksinasjon i tråd med forskriften.

Vaksinasjonstilbudet skal organiseres slik at flest mulig i den anbefalte målgruppen blir vaksinert (jfr forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram §6).

Det er også etablert en påminnelsesordning for personer med aldersindikasjon for vaksine i programmet.

1.1 Hvilke målgrupper er inkludert i programmet

I sesongen 2025-26 omfattet programmet følgende vaksiner:

- a) Årlig vaksine mot sesonginfluensa til personer som har fylt eller fyller 65 år i løpet av året og yngre risikogrupper.
- b) Årlig vaksine mot covid-19 til personer som har fylt eller fyller 65 år i løpet av året og yngre risikogrupper. FHIs anbefaling om oppfriskningsdose gjelder de som er 75 år og eldre samt barn og voksne i risikogrupper, men alle mellom 65-74 år kan likevel få vaksine gjennom vaksinasjonsprogrammet hvis de selv ønsker.
- c) Vaksine mot pneumokokksykdom til personer født i 1960 eller senere fra det kalenderåret de fyller 65 år.

Folkehelseinstituttet definerer risikogruppene. For oversikt over hvem som tilhører risikogrupper for alvorlig influensa og covid-19, se følgende lenker:

[Influsavaksine – håndbok for helsepersonell - FHI](#)

[Koronavaksine – håndbok for helsepersonell - FHI](#)

For oversikt over hvilke diagnosekoder som benyttes i overvåking av sykdomsrisiko, vaksinasjonsdekning og vaksineeffekt i risikogruppene, se kapittel 12.1 i appendiks.

Andel vaksinerte er angitt som andelen av befolkningen som ifølge Folkeregisteret har fødselsnummer og er registrert som bosatt ved slutten av den aktuelle perioden. Antall vaksinerte inkluderer alle vaksiner som er satt i perioden det rapporteres på, uavhengig av status i Folkeregisteret (dette tallet inkluderer både utflyttede og døde).

Datakilder for vaksinasjonsdekningen er beskrevet i kapittel 10.

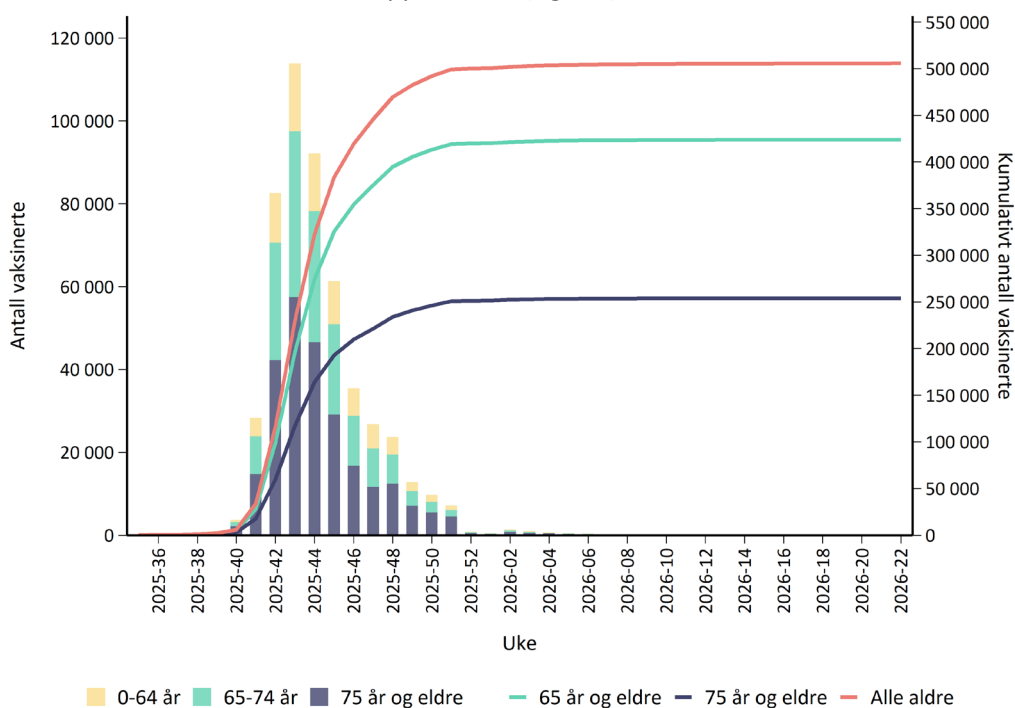
2 VAKSINASJONSDEKNING SESONGEN 2025-26

Verdens helseorganisasjon (WHO) har en etablert målsetning om en vaksinasjonsdekning mot influensa på minst 75 prosent blant eldre. Innen EU/EØS gjelder dette målet for alle risikogrupper, i tråd med anbefalingene fra Det europeiske smittevernbyråets (ECDC). Norge har sluttet seg til denne målsetningen¹.

Det er ikke etablert en tilsvarende numerisk målsetning for vaksinasjonsdekningen mot covid-19 og pneumokokksykdom, men forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram pålegger kommunene å legge til rette for en høyest mulig vaksinasjonsdekning i målgruppene. Hva som er en oppnåelig vaksinasjonsdekning, vil imidlertid variere mellom kommuner og målgrupper som følge av ulikheter i befolkningens sosiodemografiske utgangspunkt. Holdninger til vaksinasjon og hvordan dette påvirker dekningen er nærmere beskrevet i Folkehelserapporten².

2.1 Vaksinasjonsdekning mot covid-19

Det totale antallet satte doser var 505 762, og 504 433 personer ble vaksinert (figur 1). Vaksinasjonsdekningen for hele befolkningen var 9 prosent. Dekningen var 48 prosent blant eldre over 75 år og 39 prosent blant eldre over 65 år (tabell 1). De aller fleste ble vaksinert i perioden oktober til desember, med en topp i uke 43 (figur 1)



Figur 1: Antall satte doser per uke og kumulativt antall vaksinert med koronavaksine, etter alder, fra 25.08.2025 til 31.05.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

¹ [Voksenvaksinasjonsprogrammet – håndbok for helsepersonell - FHI](#)

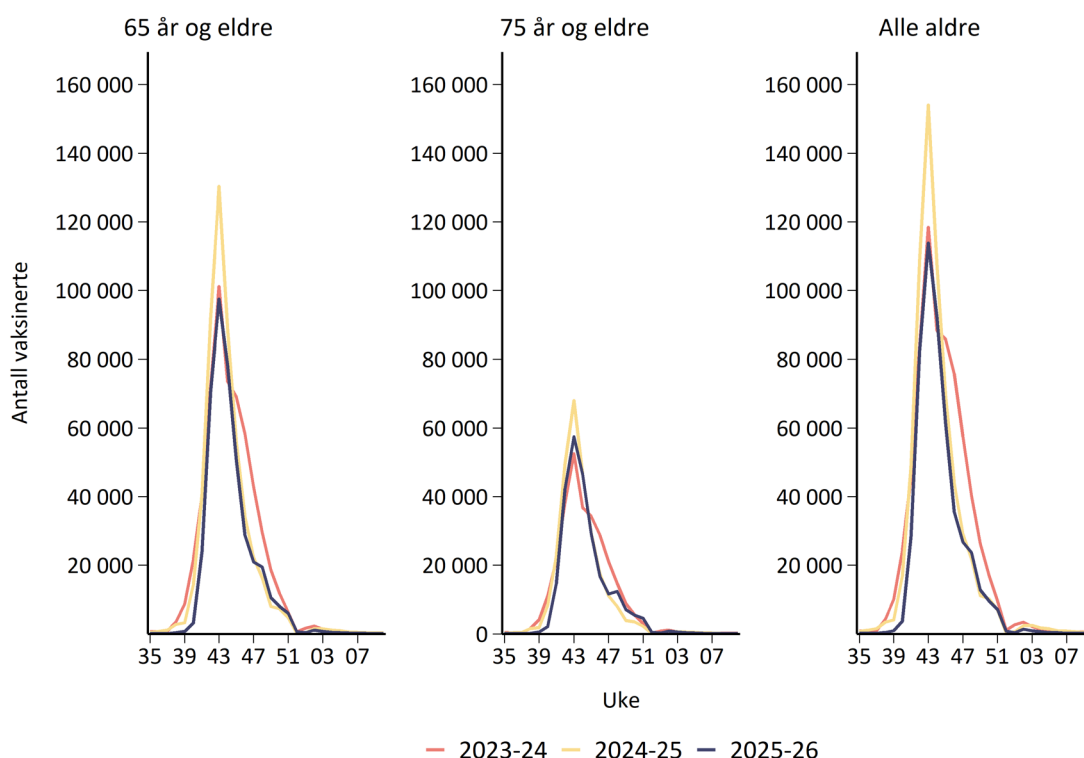
² [Folkehelserapporten - Vaksiner i Norge - FHI](#)

Tabell 1: Andel personer vaksinert med koronavaksine i ulike aldersgrupper, vaksinasjonsdato fra 25.08.2025 til 31.05.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

Alder	Andel vaksinerte personer
0-8 år	0,02 %
9-17 år	0,1 %
18-64 år	2 %
65-74 år	30 %
65 år og eldre	39 %
75 år og eldre	48 %
Alle aldre	9 %

2.1.1 Dekning og antall satte doser - utvikling over tid

Både dekningen i risikogruppene og det totale antallet satte doser har gått ned de siste tre årene. Utviklingen følger samme trend både i befolkningen som helhet og for aldersgruppene 65 år og eldre og 75 år og eldre (figur 2). Dekningen i aldersgruppene som er anbefalt vaksine er ikke direkte sammenlignbar mellom de to siste sesongene, siden den rene aldersindikasjonen endret seg fra 65 år til 75 år før sesongen 2025-26. Dekningen i aldersgruppen 75 år og eldre har imidlertid gått ned med 8 prosentpoeng fra 56 prosent i sesongen 2024-25. For 65 år og eldre har dekningen gått ned med 11 prosentpoeng fra 51 prosent i sesongen 2024-25 ([FHI Statistikkbank](#)). Nedgangen kan skyldes flere faktorer, herunder nedgang i sykdomsforekomst i perioden, avveining av bivirkninger versus effekt, samt endring i holdninger.



Figur 2: Antall satte doser koronavaksine per uke for sesongene 2023-24 til 2025-26. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

2.1.2 Risikogrupper voksne

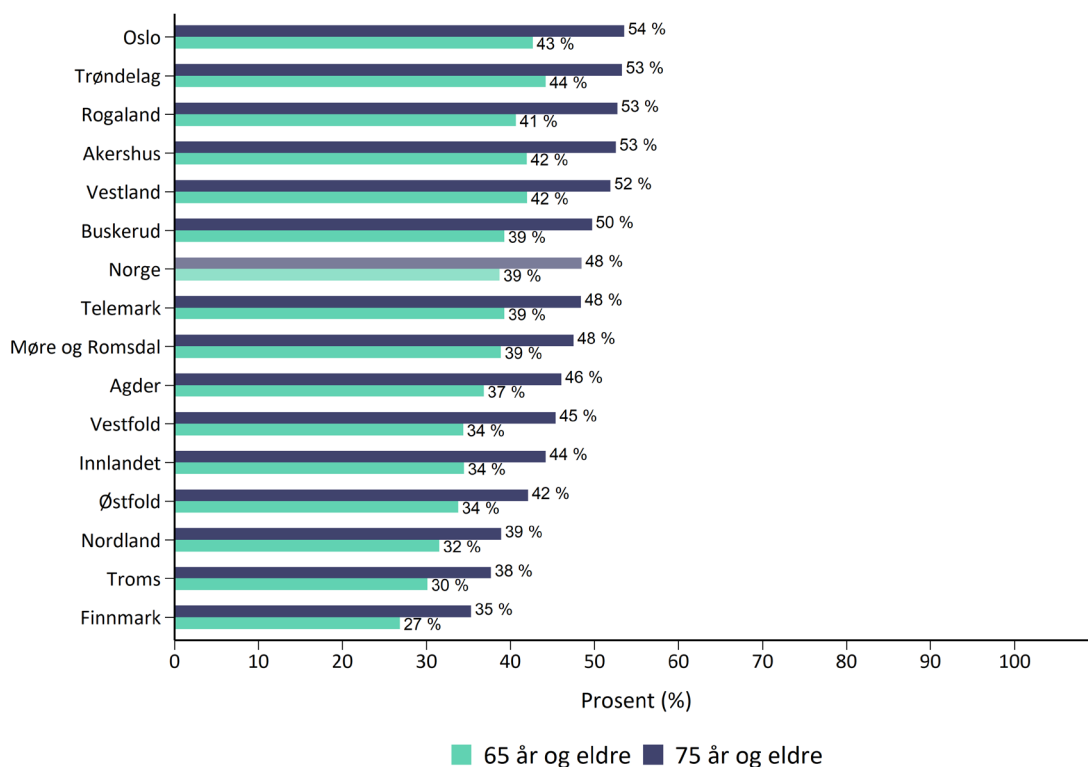
Vaksinasjonsdekningen i risikogruppene under 75 år (19 %) (tabell 2) er vesentlig lavere enn i aldersgruppen over 75 år (46 %). Dekningen er høyere blant personer med mer enn én risikofaktor, det være seg høy alder og/eller flere medisinske risikofaktorer. Det ser ut til at dekingen er høyest (27 %) i den relativt lille gruppen «annen alvorlig sykdom», og lavest i risikogruppen fedme med BMI over 35 (9 %). Til sammenligning var vaksinasjonsdekningen blant personer i alderen 18-64 år med sykdommer/tilstander som ga høy eller moderat risiko for alvorlig covid-19 på henholdsvis 20 prosent og 12 prosent i sesongen 2023-24 ([Ukerapport sesongslutt uke 21](#)). Det kan dermed se ut som at dekingen økte blant personer med medisinske risikotilstander uten aldersindikasjon fra sesongen 2023-24 til 2025-26. Dette kan imidlertid også skyldes at gruppen som er anbefalt vaksine kun på bakgrunn av alder ble endret fra 65- til 75 år og over i sesongen 2024-25.

Tabell 2: Andel personer vaksinert med koronavaksine i ulike aldersgrupper, vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK via Stat19.

Medisinske risikogrupper	Andel vaksinerte	
	18-74 år	75 år og eldre
Risikogruppe 1 eller flere medisinske risikotilstander	19 %	46 %
Risikogruppe med mer enn én medisinsk risikotilstand	27 %	44 %
Kronisk lungesykdom med nedsatt lungefunksjon, og astma	18 %	47 %
Kronisk hjerte- og karsykdom, annet enn høyt blodtrykk	23 %	45 %
Kronisk alvorlig leversykdom	19 %	42 %
Kronisk alvorlig nyresykdom	27 %	42 %
Kronisk alvorlig nevrologisk sykdom	21 %	43 %
Nedsatt immunforsvar grunnet sykdom eller behandling	23 %	47 %
Diabetes	20 %	45 %
Fedme (BMI>35)	9 %	46 %
Annen alvorlig og/eller kronisk sykdom, etter individuell vurdering av lege	27 %	0 %

2.1.3 Fylker

Vaksinasjonsdekningen mot covid-19 varierer mye mellom fylker. For aldersgruppen 75 år og eldre varierer dekningen fra 35 (Finnmark) til 53 prosent (Oslo, Trøndelag, Rogaland og Akershus) (figur 3). Det er omtrent samme fordeling i vaksinasjonsdekning mellom fylker for aldersgruppen 65 år og eldre, hvor variasjonen er fra 27 (Finnmark) til 44 prosent (Trøndelag). De store forskjellene kan skyldes mange faktorer, herunder sosioøkonomiske forhold som inntekt og utdanning, geografiske forhold, ulikheter i helsetjenestetilbud og økonomi i kommunen, samt ulikheter i holdninger og kultur mellom fylker².



Figur 3: Andel personer vaksinert med koronavaksine i aldersgruppen 75 år og eldre og 65 år og eldre, per fylke. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

2.1.4 Landbakgrunn

Det er også stor variasjon i vaksinasjonsdekning blant eldre innbyggere etter fødeland. Tabell 3 gir en oversikt over vaksinasjonsdekningen i aldersgruppene 75 år og eldre og 65 år og eldre med opprinnelse fra de 20 landene med høyest antall personer i disse aldersgruppene.

For aldersgruppen 75 år og eldre varierte dekningen fra 4 prosent til 54 prosent. Dekningen er høyest blant eldre født i Storbritannia, USA, de andre nordiske landene og Nederland. Dekningen er lavest blant personer født i Ukraina, Somalia, Russland og Tyrkia. Vaksinasjonsdekningen blant eldre over 65 år er lavere for samtlige land sammenlignet med den eldre aldersgruppen.

Forskjellene kan ha flere årsaker, blant annet ulikheter i kjennskap og tilgang til vaksinasjonstilbudet, sosioøkonomiske forhold, språk- og informasjonsbarrierer og holdninger².

Tabell 3: Andel personer vaksinert med koronavaksine for aldersgruppen 75 år og eldre (A) og aldersgruppen 65 år og eldre (B), etter fødeland. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

A: 75 år og eldre		B: 65 år og eldre	
Fødeland	Andel vaksinerte	Fødeland	Andel vaksinerte
Norge	49 %	Norge	40 %
Storbritannia	54 %	Storbritannia	44 %
Norden unntatt Norge	51 %	Norden unntatt Norge	41 %
USA	51 %	Nederland	39 %
Nederland	51 %	USA	38 %
Tyskland	44 %	Tyskland	32 %
India	29 %	India	23 %
Vietnam	25 %	Vietnam	19 %
Filippinene	25 %	Filippinene	19 %
Chile	25 %	Chile	17 %
Polen	22 %	Pakistan	15 %
Iran	22 %	Sri Lanka	15 %
Sri Lanka	19 %	Iran	14 %
Pakistan	18 %	Serbia og Montenegro	11 %
Serbia og Montenegro	17 %	Polen	9 %
Bosnia-Hercegovina	12 %	Bosnia-Hercegovina	9 %
Irak	10 %	Tyrkia	8 %
Tyrkia	10 %	Irak	8 %
Russland	9 %	Somalia	6 %
Somalia	6 %	Russland	5 %
Ukraina	4 %	Ukraina	3 %
Øvrige land	29 %	Øvrige land	18 %

2.2 Vaksinasjonsdekning mot influensa

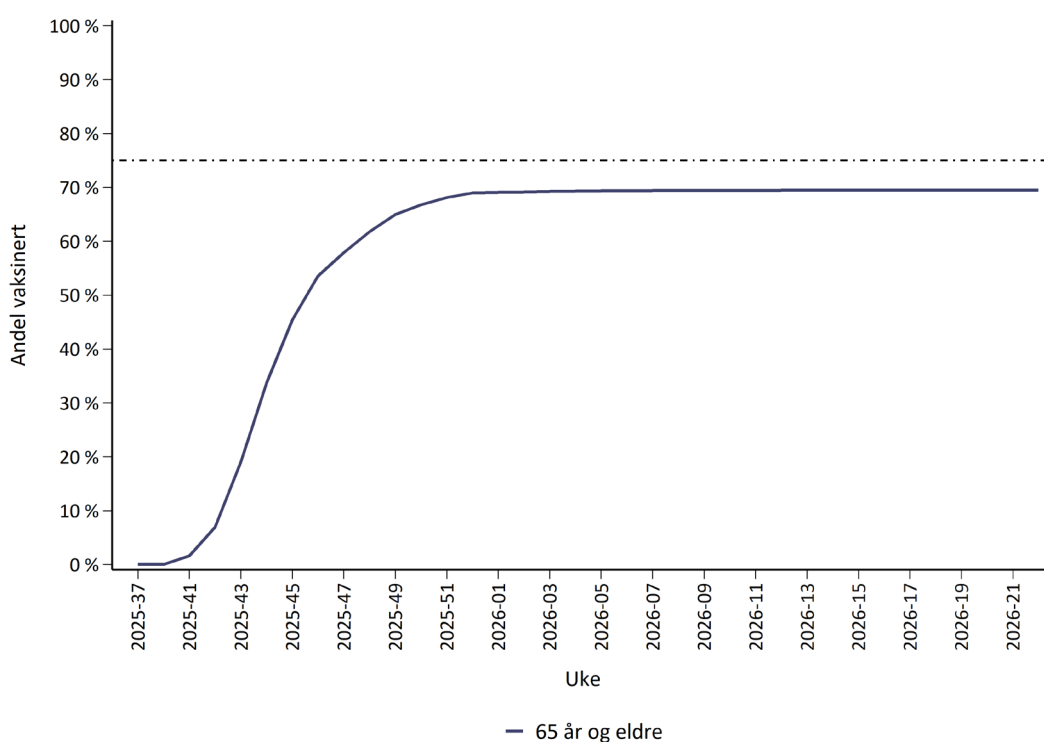
Det totale antallet satte doser var 1 530 967, og 1 525 335 personer ble vaksinert. Dekningen for hele befolkningen var 27 prosent.

Vaksinasjonsdekningen for aldersgruppen 65 år og eldre var 69 prosent i sesongen 2025-26. Dette er den høyeste dekningen for sesonginflusavaksine her i landet noensinne. Dekningen blant barn var svært lav, på 1 prosent (tabell 4).

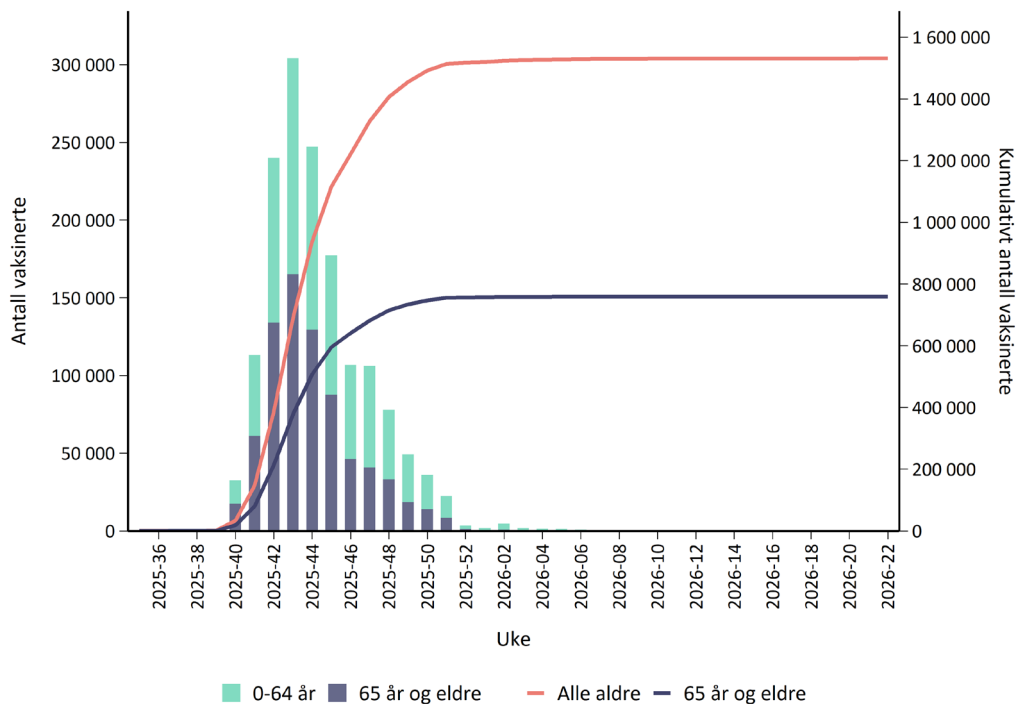
Det kumulative antallet satte doser viser at flest personer ble vaksinert i uke 43 og 87 prosent av de vaksinerte hadde fått vaksine da influensautbruddet startet i uke 48 (figur 4). Fordelingen i antall satte doser var omtrent lik mellom aldersgruppene 18-64 år og 65 år og eldre (figur 5).

Tabell 4: Andel personer vaksinert med influensavaksine i ulike aldersgrupper, vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 31.05.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

Alder	Andel vaksinerte personer
0-8 år	1 %
9-17 år	1 %
18-64 år	22 %
65 år og eldre	69 %
Alle aldre	27 %



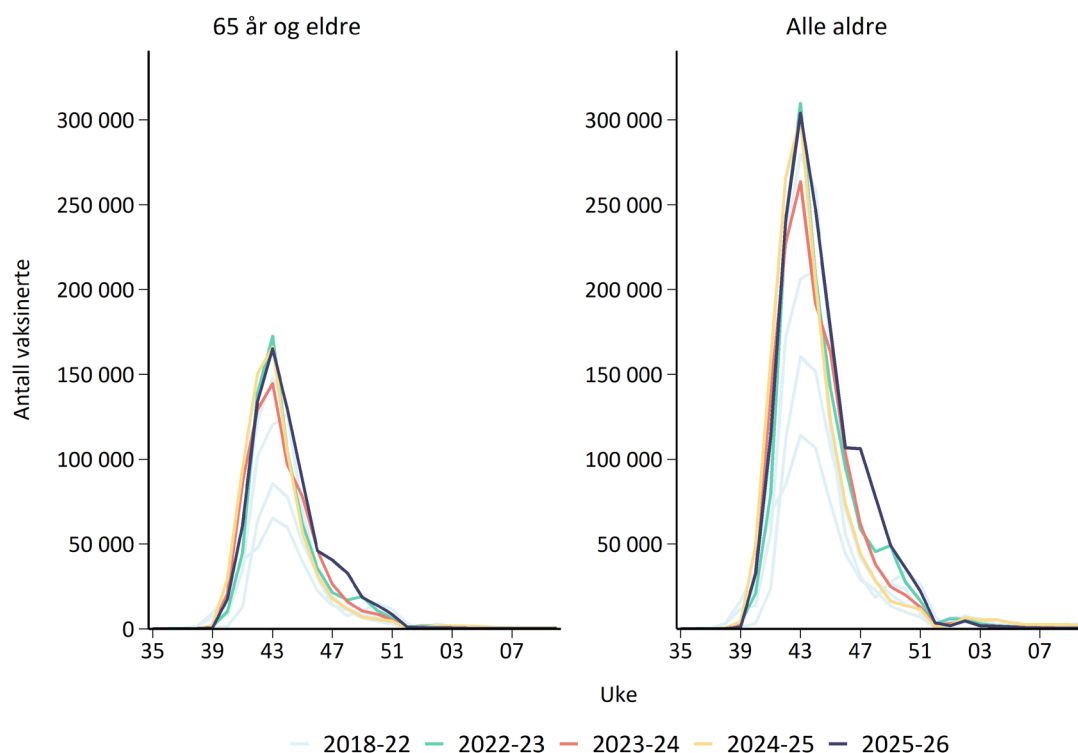
Figur 4: Kumulativ andel personer vaksinert med influensavaksine i aldersgruppen 65 år og eldre. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 31.05.2026. Mål for dekningen på 75 % er markert med stiptet linje. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.



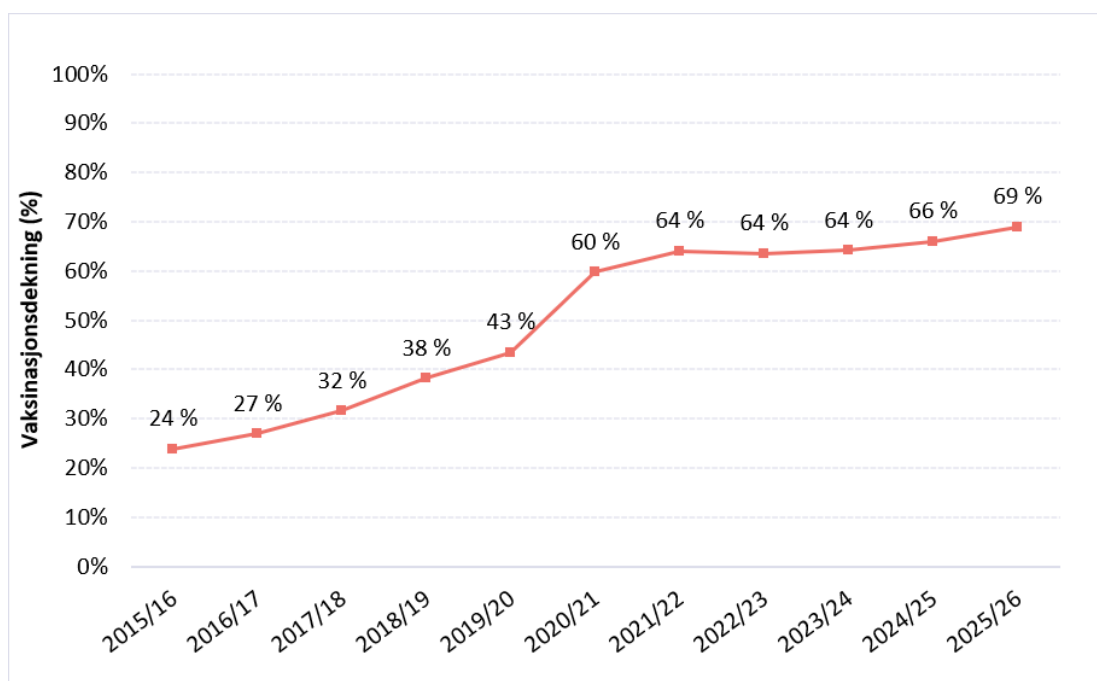
Figur 5: Antall satte doser per uke og kumulativt antall influensavaksinerte, fordelt på alder, fra 25.08.2025 til 31.05.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

2.2.1 Dekning og antall satte doser - utvikling over tid

Bruken av influensavaksiner har økt jevnt over tid både i befolkningen generelt og i aldersgruppen 65 år og eldre (Figur 6 og 7). Dette er sannsynligvis et resultat av både et langvarig arbeid for å øke kunnskap og bevissthet i helsetjenesten og befolkningen, men også av at vaksinetilbud og -omtale har økt på grunn av vaksiner under pandemien - samt vekst i markedsføring fra private aktører både for gamle (influensa) og nye vaksiner (herpes zoster, RSV, TBE). Registreringsgraden (antall doser registrert satt, sett opp mot det totale antallet doser estimert brukt) i SYSVAK har også økt i perioden 2018-2026. Vaksinasjonsmønsteret var som tidligere år, med en topp i vaksineringsen i uke 43 for alle aldersgrupper.



Figur 6: Antall satte doser influensavaksine per uke for sesongene 2018-19 til 2025-26. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.



Figur 7: Vaksinasjonsdekning mot influensa i aldersgruppen 65 år og eldre i uke 20, fra sesongen 2015-16 til 2025-26. Kilde: SYSVAK.

2.2.2 Vaksinasjonsdekning i medisinske risikogrupper etter alder

Vaksinasjonsdekningen blant yngre voksne (18-64 år) i de medisinske risikogruppene er vesentlig lavere enn blant personer i de medisinske risikogruppene over 65 år (tabell 5). Samlet sett var dekningen for risikogruppene 18-64 år på 38 prosent, med en variasjon fra 30 til 56 prosent. Vaksinasjonsdekningen for personer 18-64 år med flere risikofaktorer var 47 prosent.

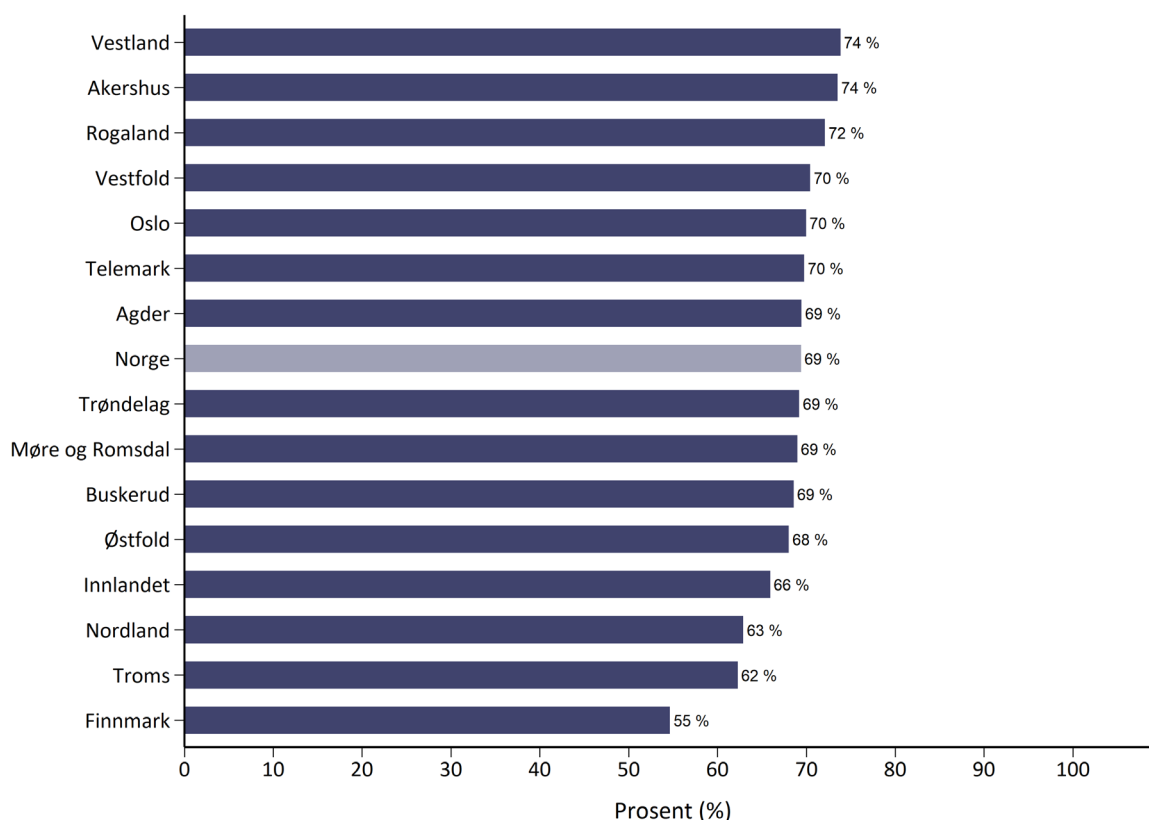
Vaksinasjonsdekningen blant eldre med medisinsk tilleggssisiko var samlet sett 70 prosent, med en variasjon fra 38 til 72 prosent. Blant eldre med mer enn én tilleggssisiko var dekningen 68 prosent.

Tabell 5: Andel personer vaksinert med influensavaksine i ulike aldersgrupper, vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

Medisinske risikogrupper	Andel vaksinerte	
	18-64 år	65 år og eldre
Risikogruppe	38 %	70 %
Risikogruppe med mer enn én medisinsk risikotilstand	47 %	68 %
Kronisk lungesykdom med nedsatt lungefunksjon, og astma	38 %	72 %
Kronisk hjerte- og karsykdom, annet enn høyt blodtrykk	39 %	69 %
Kronisk alvorlig leversykdom	34 %	62 %
Kronisk alvorlig nyresykdom	46 %	66 %
Kronisk alvorlig nevrologisk sykdom	39 %	64 %
Nedsatt immunforsvar grunnet sykdom eller behandling	45 %	71 %
Diabetes	38 %	69 %
Fedme (BMI>35)	30 %	69 %
Annen alvorlig og/eller kronisk sykdom, etter individuell vurdering av lege	56 %	38 %

2.2.3 Fylker

Det er stor spredning mellom fylkene når det gjelder vaksinasjonsdekning blant personer 65 år og eldre (figur 8). Finnmark har lavest dekning på 55 prosent, mens Vestland og Akershus har høyest vaksinasjonsdekning med 74 prosent. Det er imidlertid også like stor variasjon mellom kommunene i det enkelte fylke. Som eksempel er spennet i vaksinasjonsdekning fra 36 til 61 prosent for kommunene i Finnmark - og fra 64 til 79 prosent for Akershus. Disse ulikhetene i dekning kan skyldes flere faktorer, herunder organisering og tilgjengelighet av vaksinasjonstilbudet, holdninger og kulturforskjeller, samt ulikheter i sosioøkonomiske forutsetninger mellom kommuner og fylker^{2, 3}.



Figur 8: Andel personer vaksinert med influensavaksine i aldersgruppen 65 år og eldre sesongen 2025-26, per fylke. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

³ [Norway-Adult-Vaccination_v4-Final.pdf](#)

2.2.4 Landbakgrunn

Det er også stor variasjon i vaksinasjonsdekning blant eldre innbyggere etter fødeland. Tabell 6 gir en oversikt over vaksinasjonsdekningen blant personer 65 år og eldre med opprinnelse fra de 20 landene med høyest antall personer i denne aldersgruppen.

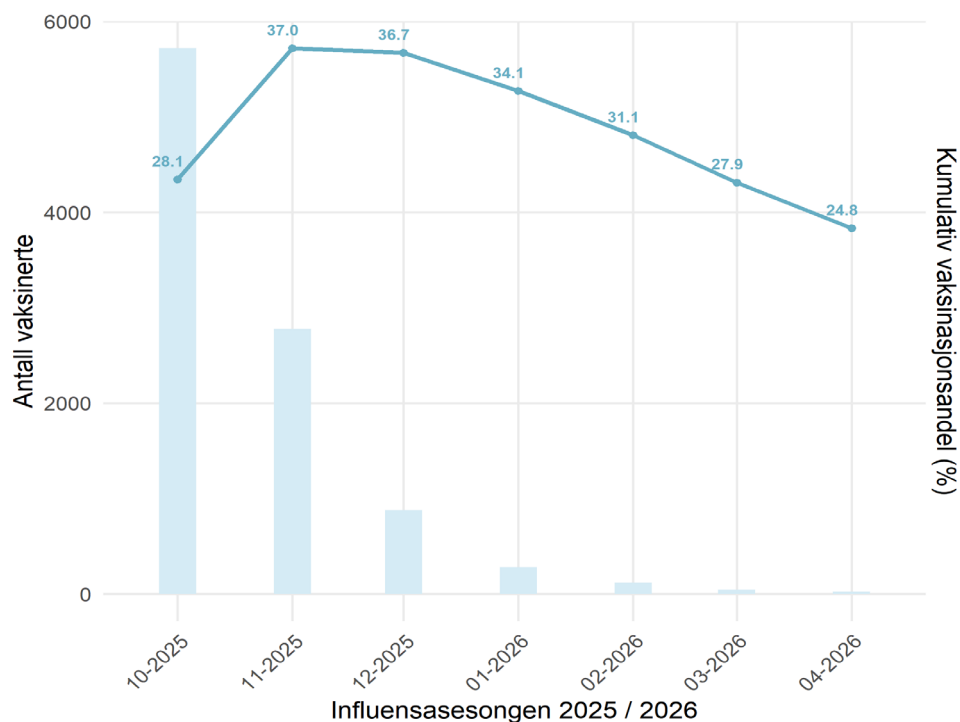
Dekningen varierte fra 7 prosent til 72 prosent. Dekningen er høyest blant eldre født i Norge, Storbritannia og de andre nordiske landene. Dekningen er lavest blant personer født i Ukraina, Russland, Polen og Somalia. Forskjellene kan ha flere årsaker, blant annet ulikheter i kjennskap og tilgang til vaksinasjonstilbudet, sosioøkonomiske forhold, språk- og informasjonsbarrierer og holdninger².

Tabell 6: Andel personer vaksinert med influensavaksine i aldersgruppen 65 år og eldre, etter fødeland. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

Fødeland, 65 år og eldre	Andel vaksinerte
Norge	72 %
Storbritannia	70 %
Norden unntatt Norge	68 %
USA	64 %
Nederland	61 %
Tyskland	54 %
Vietnam	51 %
India	51 %
Filippinene	48 %
Sri Lanka	48 %
Pakistan	45 %
Iran	45 %
Chile	43 %
Bosnia-Hercegovina	39 %
Serbia og Montenegro	38 %
Irak	33 %
Tyrkia	31 %
Somalia	21 %
Polen	20 %
Russland	14 %
Ukraina	7 %
Øvrige land	40 %

2.2.5 Vaksinasjonsdekning blant gravide

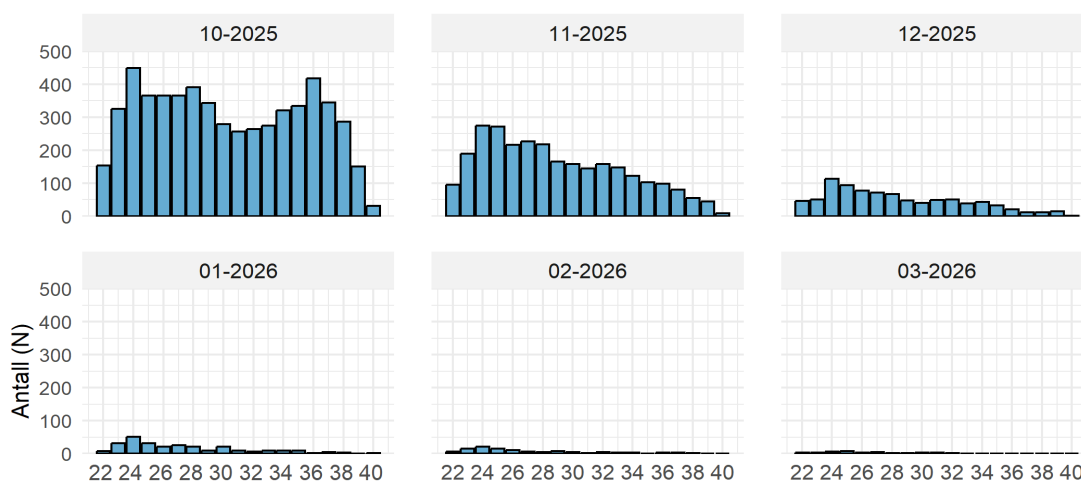
39 618 gravide kvinner i svangerskapsuke 22 eller senere var anbefalt vaksine i influensasesongen (1. oktober til 1. mai). 9 838 (24,8 %) av disse ble vaksinert i løpet av sesongen. De fleste av dem ble vaksinert i perioden oktober til desember (figur 9).



Figur 9. Antall gravide vaksinert per måned og månedlig kumulativt influensaopptak i influensasesongen. Grafen inkluderer alle gravide kvinner i svangerskapsuke ≥ 22 vaksinert i observasjonsperioden (25.08.2025-01.05.2026). Kilde: NPR, SYSVAK og Stat19.

SVANGERSKAPSLENGDE

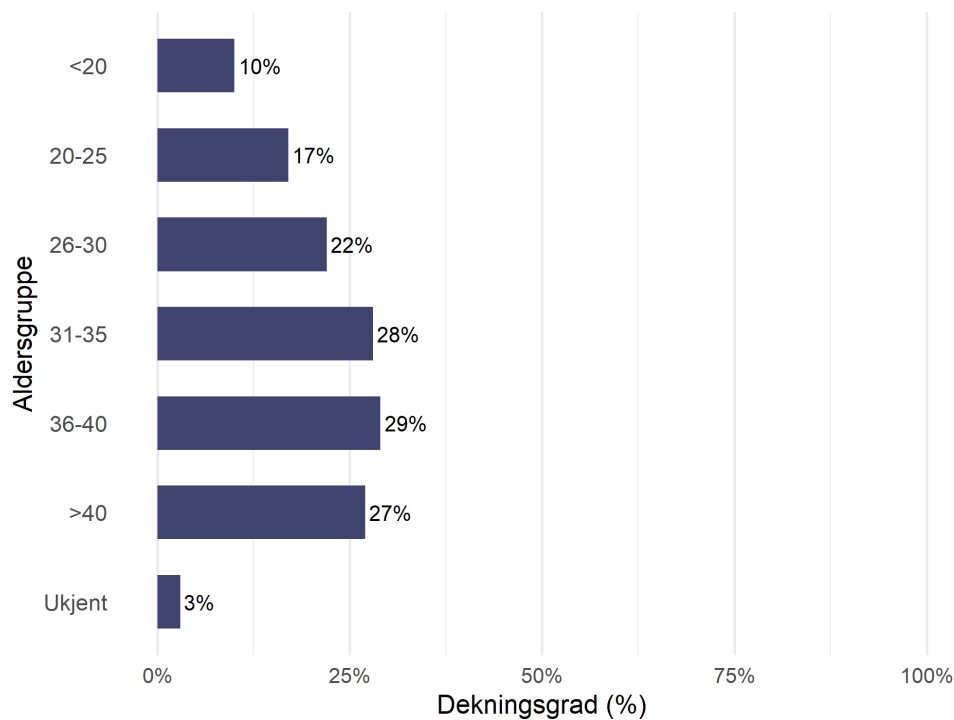
De fleste gravide ble vaksinert i svangerskapsuke 23 til 30. Vaksinasjoner etter jul er i hovedsak gravide som da kom over i 2 trimester - og antallet vaksinasjoner er svært lavt (figur 9 og 10).



Figur 10. Influensavaksinasjon etter svangerskapslengde i influensasesongen. Grafen inkluderer alle gravide kvinner i svangerskapsuke ≥ 22 vaksinert i observasjonsperioden (25.09.2025-01.05.2026). Kilder NPR, SYSVAK og Stat19.

ALDER

Det er en tydelig økning i vaksinasjonsdekning etter mors alder, som ser ut til å stabilisere seg rundt 28 prosent etter fylte 31 år (figur 11). Unge gravide vaksineres i mindre grad mot influensa. Dette kan blant annet skyldes høyere utdanning og bedre økonomi blant de eldre mødrene, samt tettere oppfølging av eldre gravide av helsetjenesten (flere muligheter for informasjon og vaksinerings)⁴.

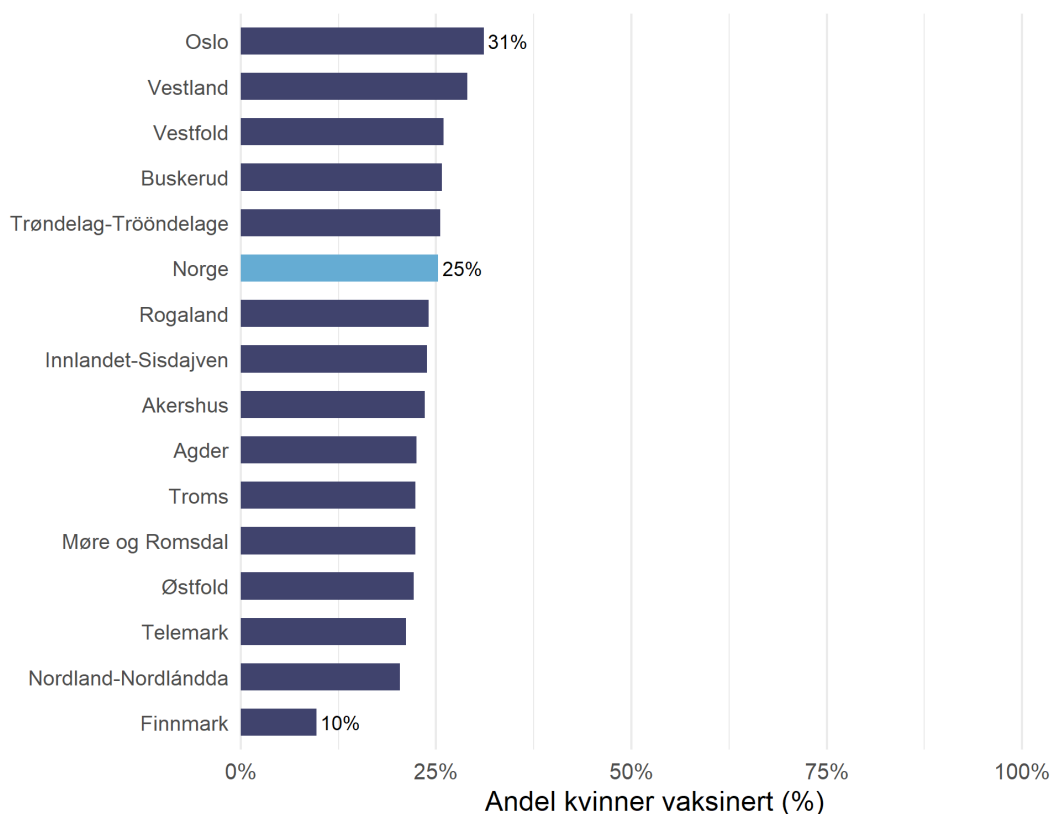


Figur 11. Andel vaksinerte gravide etter aldersgruppe. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

⁴ Stecher, M., et al. (2026). "Missed opportunities for maternal immunisation against influenza and COVID-19, Norway, October 2023 to May 2024: a population-based registry study." *Eurosurveillance* **31**(7): 2500504.

BOSTED

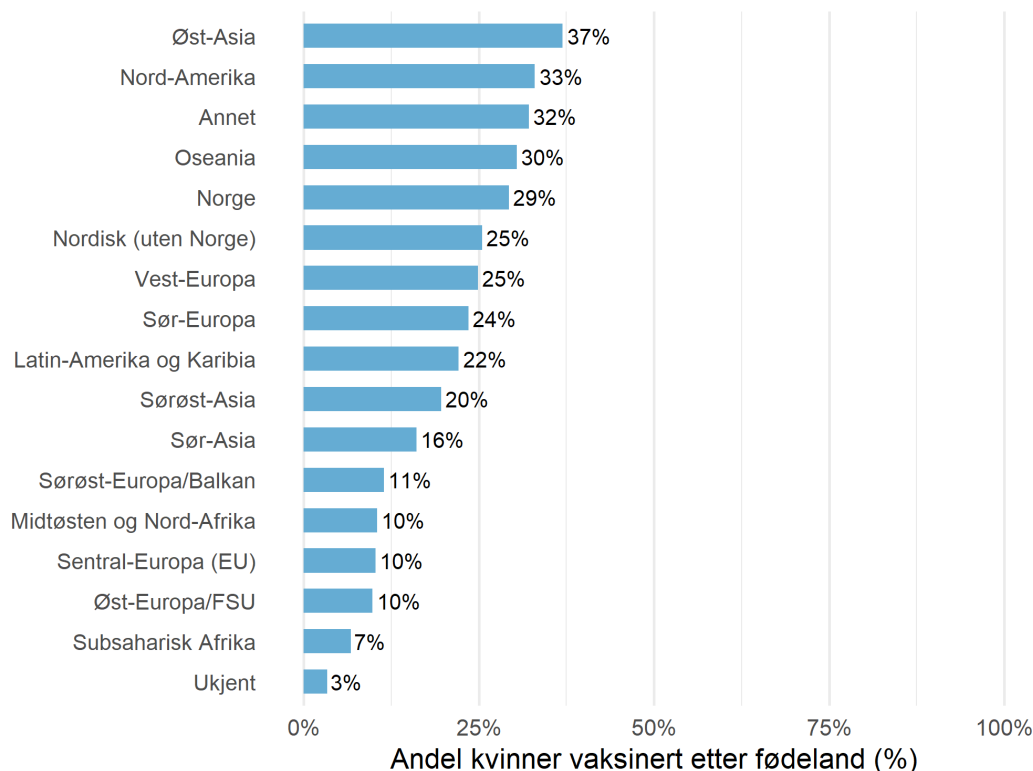
Nasjonalt var vaksinasjonsdekningen blant gravide i målgruppen (2. og 3. trimester) 25 prosent i sesongen 2025-26, men dekningen varierte betydelig mellom fylker. Dekningen var høyest i Oslo (31 %) og Vestland (30 %), og lavest i Finnmark (10 %) (Figur 12). Variasjonen i dekning kan skyldes flere faktorer, blant annet aldersfordelingen blant de gravide i fylket, ulikheter i svangerskapsoppfølging mellom fylker (bruk av jordmor versus fastlege), sosioøkonomiske forskjeller, fødelandsbakgrunn og holdninger⁴.



Figur 12: Andel influensavaksinerte gravide i svangerskapsuke ≥ 22 uker, gruppert etter bostedsfylke. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 01.05.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

LANDBAKGRUNN

Det er betydelige forskjeller i vaksinasjonsdekning mellom kvinner med ulik fødelandsbakgrunn. Dekningen er høyest blant kvinner fra Øst-Asia (37 %), og lavest blant kvinner fra Sub-Saharisk Afrika (7 %) (Figur 13). Til forskjell fra dekningsmønsteret etter fødeland blant personer ≥ 65 år, er ikke Norge blant landene med høyest dekning blant gravide. Gravide med fødeland i Øst-Asia, Nord-Amerika, «annet fødeland» og Oseania har alle bedre vaksinasjonsdekning mot influensa enn norskfødte gravide.



Figur 13. Andel influensavaksinerte gravide i svangerskapsuke ≥ 22 uker, gruppert etter fødeland. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 01.05.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

2.3 Vaksinasjonsdekning mot pneumokokksykdom

Pneumokokkvaksine har vært anbefalt til personer over 65 år samt en rekke risikogrupper for alvorlig sykdom i flere tiår, men vaksinasjonsdekningen har ikke vært så høy som ønskelig på tross av gjentatte informasjonskampanjer overfor befolkningen. Pneumokokkvaksine til personer som fyller 65 år ble derfor introdusert i voksenvaksinasjonsprogrammet.

Vi har tidligere benyttet 23-valent polysakkaridvaksine til eldre og voksne i de fleste risikogruppene. Denne har en varighet på 6 år. Konjugatvaksinene som nå tar over for den gamle vaksinen har foreløpig ingen definert varighet av beskyttelse. Denne forskjellen mellom vaksinene må hensyntas ved beregning av vaksinasjonsdekning. For å se på effekten av innføring av program sammenligner vi dekningen for de som fylte 65 år i 2025 med de som er eldre, som også er

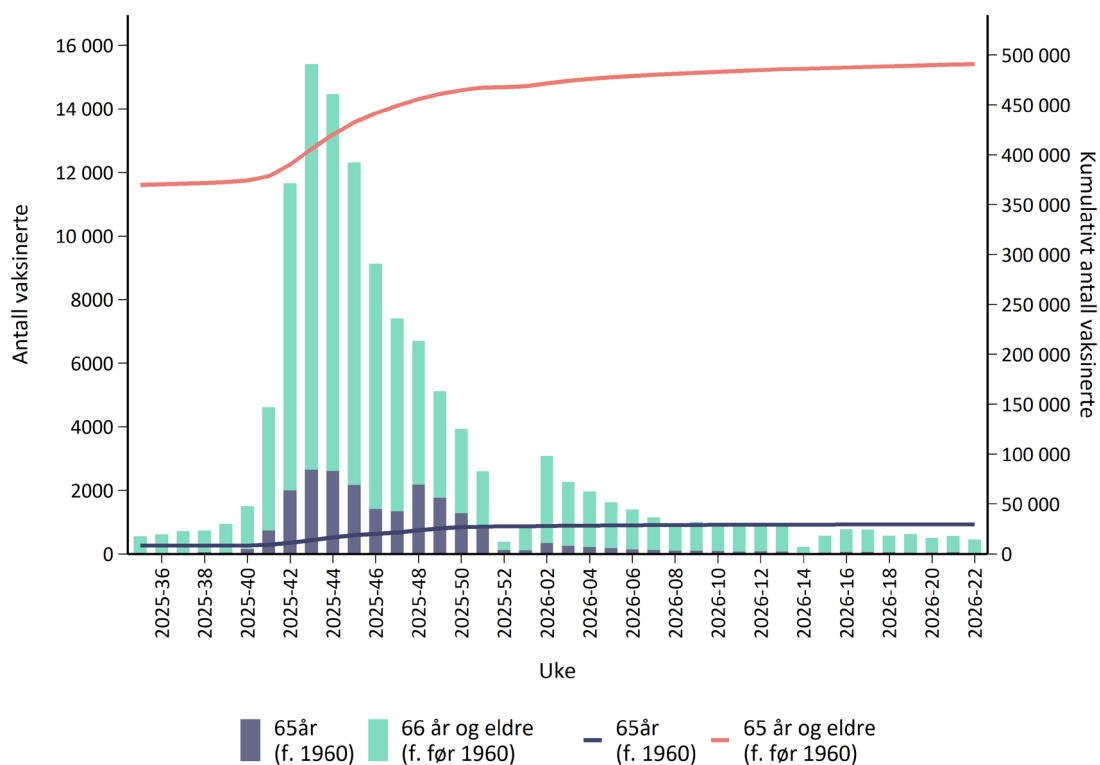
anbefalt vaksine, men ikke inkludert i programmet. Før programvaksineringen startet høsten 2025 var dekningen blant personer født i 1960 på 13 prosent, mens den for personer født i 1959 eller senere var 30 prosent. Dekningen hadde økt betydelig til 43 prosent for 65-åringene, men også markant for den eldre aldersgruppen (37 %) (tabell 7).

Tabell 7: Andel og antall personer vaksinert med pneumokokkvaksine sesongen 2025-26, etter alder. Vaksinasjoner per 31.mai 2026 og siste 6 år. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

Alder	Andel vaksinerte personer*	Antall personer vaksinert siste 6 år *	Antall personer vaksinert siden uke 35 (2025)
65 år	43 %	26 317	21 310
66 år og eldre	37 %	371 242	98 269

*Dekningsestimat basert på andel vaksinert med konjugatvaksine tidligere eller med polysakkaridvaksine siste 6 år blant de som var i denne målgruppen.

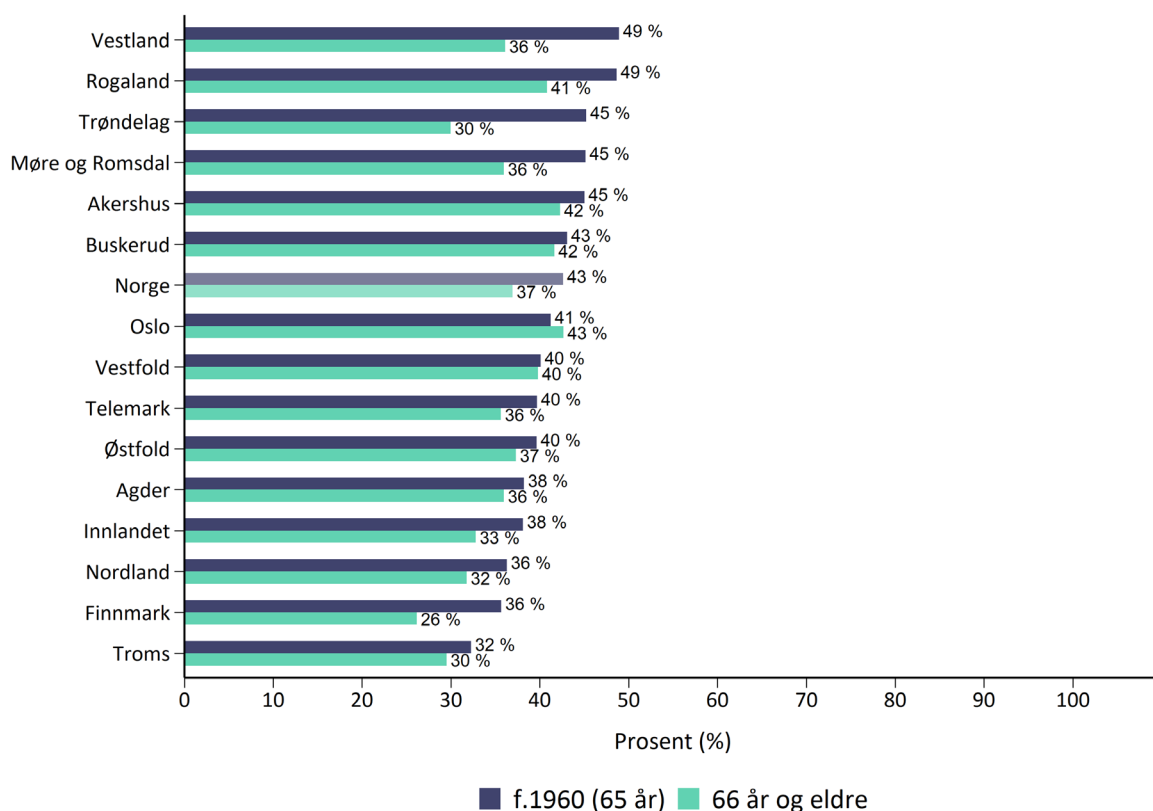
Figur 14 viser antall satte doser pneumokokkvaksine per uke blant personer født i 1960 og personer født i 1959 eller tidligere, samt kumulativt antall satte doser siste 6 år. Vaksinasjoner fra sesongstart 2025 og ukentlig fram til 31. mai 2026. Antallet satte doser totalt per uke toppet seg i uke 43-44, slik som for influensa- og koronavaksine. For årskullet 1960 ses også en ny topp i uke 48, noe som sannsynligvis skyldes påminnelsene som ble sendt ut til uvaksinerte i dette årskullet i uke 47 og 48.



Figur 14: Antall satte doser per uke og kumulativt antall vaksinert med pneumokokkvaksine de siste 6 år, for perioden 25.08.2025 til 31.05.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

2.3.1 Fylker

Det er stor variasjon i vaksinasjonsdekningen mellom fylker, både for årskullet 1960 og for personer 66 år og eldre. I figur 15 er begge aldersgrupper inkludert, med 1960 kullet som mørkeblå søyler. For årskullet 1960 - som er inkludert i programmet - har Vestlandet og Rogaland høyest dekning med 49 prosent, mens Troms har lavest dekning med 32 prosent. Når det gjelder de eldre for øvrig - som alle er anbefalt vaksine, men som ikke er inkludert i programmet - er fylkesfordelingen annerledes. Her har Oslo (43 %), Buskerud (42 %) og Akershus (42 %) høyest dekning, mens Finnmark (26 %) ligger lavest.



Figur 15. Andel personer født hhv 1960 eller tidligere og vaksinert med pneumokokkvaksine siste 6 år, etter fylke, per 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

2.3.2 Landbakgrunn

Det er betydelig forskjell i vaksinasjonsdekning for pneumokokkvaksine mellom personer født i 1960 med ulik fødelandsbakgrunn (tabell 8). Som for influensa- og koronavaksine er det Norge, USA, de andre nordiske landene og Storbritannia som har høyest dekning, mens flere øst-europeiske land, herunder Ukraina, Russland og Polen, samt Somalia har lavest dekning. Forskjellene kan ha flere årsaker, blant annet ulikheter i kjennskap og tilgang til vaksinasjonstilbudet, sosioøkonomiske forhold, språk- og informasjonsbarrierer og ulikheter i holdninger².

Tabell 8: Andel personer vaksinert med pneumokokkvaksine blant personer født i 1960. Vaksinasjoner fra 25.08.2025 til 23.08.2026. Kilde: Folkeregisteret, SYSVAK og Stat19.

Fødeland, født i 1960	Andel vaksinerte
Norge	46 %
USA	45 %
Norden unntatt Norge	42 %
Storbritannia	42 %
Tyskland	31 %
Vietnam	31 %
Iran	30 %
Tyrkia	30 %
Filippinene	29 %
Thailand	27 %
Sri Lanka	26 %
Øvrige land	25 %
Irak	23 %
Bosnia-Hercegovina	23 %
Pakistan	22 %
Chile	21 %
Serbia og Montenegro	20 %
Somalia	14 %
Polen	11 %
Russland	10 %
Litauen	8 %
Ukraina	5 %

2.4 Samvaksinerer

Samvaksinerer med en eller flere vaksiner som inngår i voksenvaksinasjonsprogrammet sparer tid og ressurser for både helsetjenesten og den som skal ha vaksine. Alle de tre vaksinene i programmet kan som hovedregel settes samtidig. Unntaket er ved vaksinerer av svært skrøpelige pasienter (f.eks beboere i sykehjem) som skal vaksineres med adjuvantert influensavaksine. Her bør man unngå å sette andre vaksiner samtidig, på grunn av fare for kraftigere bivirkninger som kan utgjøre en unødvendig ekstrabelasting for pasientens helse.

Av tabell 9 ser man at hoveddelen av koronavaksine og pneumokokkvaksine til de som var født i 1960 ble satt sammen med en annen vaksine. For influensavaksine gjaldt dette for 45 prosent av de vaksinerte. Det ser dermed ut til at de aller fleste kommunene har sørget for at innbyggerne kunne ta flere vaksiner samtidig.

Tabell 9: Oversikt over totalt antall satte doser av korona-, influensa og pneumokokkvaksine i ulike aldersgrupper, samt antall og andel av dosene som er satt sammen med andre vaksiner i voksenvaksinasjonsprogrammet i sesongen 2025-26, per primo april 2026. Kilde: SYSVAK og Folkeregisteret.

Vaksine satt per aldersgruppe	Totalt antall doser	Andel vaksinerte	Antall samvaksineringer	Andel samvaksinerings per vaksine
Koronavaksine, 65+	416 021	39 %	315 092	76 %
Koronavaksine, 75+	247 520	48 %	178 139	72 %
Influensavaksine, 65+	745 173	69 %	331 659	45 %
Pneumokokk født 1960	20 998	43 %	12 792	61 %
Pneumokokk født før 1960	94 314	37 %	41 875	44 %

2.5 Overvåkning av vaksineeffekt – influensa og covid-19

Overvåkning av vaksineeffekten inngår som en del av oppfølgingen av vaksinasjonsprogrammet. Per i dag har vi resultater for effekten mot influensarelaterte sykehusinnleggelser i ulike aldersgrupper. Flere resultater vil bli tilgjengelig etter hvert (f.eks. vaksineeffekt i risikogrupper, effekt mot kontakt med primærhelsetjenesten).

Forekomsten av covid-19 var stabilt lav i sesongen 2025-26. Det er dermed store usikkerheter knyttet til beregning av vaksineeffekt for sesongen.

FHI overvåker foreløpig ikke vaksineeffekten for pneumokokkvaksinene. Se Vaksinasjonshåndboka for vurdering av effekt av pneumokokkvaksiner: [Pneumokokkvaksine – håndbok for helsepersonell - FHI](#)

2.5.1 Sesonginfluensa

Effekten av influensavaksinen vil variere mellom sesonger. Denne variasjonen skyldes en rekke faktorer, herunder variasjon i influensaviruset, underliggende risiko blant de vaksinerte, hvilket utfall man vurderer (eksempelvis beskyttelse mot smitte eller mot sykehusinnleggelse), vaksinasjonsdekning, smittepress, tidspunkt for vaksinerings og studiemetode for å nevne noen⁵.

Basert på analyser av overvåkningsdata fra sesongen 2025-26 var vaksineeffekten mot sykehusinnleggelser på rundt 19 prosent (95 % KI 12-26 %) for aldersgruppen 65-79 år, og 22 prosent (95 % KI 13-29 %) i aldersgruppen over 80 år, sammenlignet med uvaksinerte personer i de samme aldersgruppene. Flere effektestimater fra denne sesongen vil bli publisert i løpet av høsten.

⁵ [Effekt av influensavaksine - FHI](#)

En oppsummering av internasjonale studier på vaksineeffekt sesongen 2025-26 er gitt i vedlegg 12.2.

VAKSINENS MATCH MED SIRKULERENDE STAMMER

Analyser gjort ved nasjonalt influensasenter på FHI og WHO's globale influensasenter i London viser at matchen mellom vaksinstammene og sirkulerende stammer i Norge var god for H1N1- og B-Victoria stammene, men noe redusert for H3N2-stammene. Dette er nærmere beskrevet i sesongrapporten for luftveisovervåkingen 2025-26⁶.

2.5.2 Covid-19

På samme måte som influensavaksinene (se 3.2.1) oppdateres koronavaksinene jevnlig slik at de gir antistoff som bedre vil nøytralisere nye virusvarianter. Endringene i SARS-CoV-2-virus er imidlertid noe langsommere enn for influensavirus. Vaksinens match med sirkulerende virus i Norge 2025-26 sesongen var tilfredsstillende⁶.

Siden innføringen av covid-19-vaksinene i 2021 har Folkehelseinstituttet hatt rutinemessig overvåking av vaksineeffekten. Som ledd i dette deltar FHI også i det internasjonale samarbeidsprosjektet VEBIS (vaccine effectiveness, burden of disease and impact studies), hvor vaksineeffekten mot covid-19 estimeres i flere land i henhold til en felles analyseprotokoll⁷. I sesongen 2025-2026 ble vaksineeffekten mot covid-19-relatert sykehusinnleggelse estimert til 38 prosent (23-50, 95 % KI) blant personer 75 år og eldre 3 måneder etter vaksinerings, sammenlignet med personer som ikke ble vaksinert denne sesongen. Vaksineeffekten blant personer med underliggende risikotilstander tilsvarte effekten observert blant personer uten underliggende medisinske tilstander; henholdsvis 38 prosent (22-51, 95 % KI) og 37 prosent (0-65, 95 % KI).

⁶ [Luftveisinfeksjoner i Norge: Sesongen 2025-2026](#)

⁷ [Protocol for a COVID-19 vaccine effectiveness estimation using health data registries, VEBIS multi-country study - Version 2.0](#)

3 SYKDOMMENE DET VAKSINERES MOT I VOKSENVAKSINASJONSPROGRAMMET

3.1 Covid-19

3.1.1 Bakgrunn

Covid-19 er en luftveisinfeksjon som forårsakes av SARS-CoV-2, et koronavirus i familien coronaviridae. SARS-CoV-2 forårsaket covid-19-pandemien fra 2019 til 2022, og har nå etablert seg som ett av mange luftveisvirus som gir luftveisinfeksjoner. Perioder med økt forekomst av covid-19 er ennå ikke etablert i et fast mønster, noe som gjør det utfordrende å vurdere beste tidspunkt for vaksiner. Covid-19 kan gi alt fra ingen symptomer til alvorlig sykdom, og i sjeldne tilfeller føre til dødsfall. Vanlige symptomer ved covid-19 er luftveissymptomer og mer generelle symptomer som sykdomsfølelse, feber og muskelsmerter.

Viruset har gjennomgått mange endringer siden 2019. Variantene som sirkulerer nå smitter lettere, men ser samtidig ut til å gi mindre alvorlig sykdom enn det opprinnelige viruset. Utviklingen av nye varianter følges tett av WHO, som gjør årlige gjennomganger av overvåkingsdata og foreslår tilpasninger i vaksinen ved behov.

Etter at tilnærmet hele den voksne befolkningen har fått minst to doser vaccine, og de aller fleste har gjennomgått infeksjon én eller flere ganger, forekommer alvorlig sykdom og død i all hovedsak blant de som er 75 år og eldre, samt personer med underliggende sykdommer (risikogrupper). Disse personene er derfor anbefalt vaccine, som tilbys gjennom voksenvaksinasjonsprogrammet.

Utfyllende beskrivelse av covid-19, risikogrupper og vaccine finnes på fhi.no:

- [Covid-19 - håndbok for helsepersonell - FHI](#) og [Koronavaksine – håndbok for helsepersonell - FHI](#)

3.1.2 Vaccine i program

Vaksinen mot covid-19 som ble tilbudt i programmet sesongen 2025-26 er en mRNA-vaccine. Som tidligere år var det mRNA-vaksinen Comirnaty fra BioNTech/ Pfizer som ble brukt, oppdatert til ny variant LP.8.1 i tråd med anbefalinger fra WHO/EMA.

mRNAet i vaksinen inneholder informasjon som muskelcellene rundt injeksjonsstedet benytter til å produsere Spike-proteinet som er ett av overflateproteinene til koronaviruset. Kroppens immunforsvar gjenkjenner Spike-proteinet som noe fremmed og aktiverer celler som produserer antistoffer (B-celler) og immunceller som bl.a. dreper virusinfiserte celler.

mRNA brytes lett ned. Derfor er det pakket inn i små fettblærer som beskytter det før det kommer inn i cellene. Mengden mRNA i vaksinen er tilpasset ulike aldersgrupper.

I tillegg var proteinvaksinen Bimervax LP.8.1 fra produsenten Hipra tilgjengelig for personer i risikogruppene som har en medisinsk kontraindikasjon for mRNA-vaccine. Bimervax er godkjent som oppfriskningsdose til personer fra og med 12 år.

3.1.3 Epidemiologi

Sammenlignet med tidligere sesonger hadde covid-19 begrenset påvirkning på sykdomsbyrden i befolkningen sesongen 2025-26. Alle de sentrale overvåkingsindikatorne viste et lavere nivå av sykdomsaktivitet enn tidligere, og understøtter inntrykket av at SARS-CoV-2 nå sirkulerer på et lavere nivå. Samtidig er eldre personer fortsatt mest utsatt for alvorlig sykdom.

Antallet sykehusinnleggelser (3 083), intensivinnleggelser (65) og dødsfall (161) assosiert med covid-19 var lavere enn i foregående sesonger. Det samme var antallet utbrudd i helseinstitusjoner (17). Personer i de eldste aldersgruppene hadde fortsatt høyest forekomst av alvorlig sykdom, med flest innleggelser i sykehus og intensivenhet, lengst liggetid i sykehus og flest dødsfall.

Mer om koronaepidemiologien i forrige sesong kan du finne i sesongrapport for luftveisovervåkingen: [Luftveisinfeksjoner i Norge: Sesongen 2025-2026 - FHI](#)

3.2 Sesonginfluensa

3.2.1 Bakgrunn

Influensa type A og B gir årlige epidemier av varierende omfang på den nordlige halvkule i tidsrommet november til mai. Ved større epidemier kan opptil 20 prosent av voksne og 35 prosent av barn bli syke. Virusene endrer seg hele tiden, og immunitet fra foregående sesonger vil ikke alltid gi beskyttelse mot nye varianter. WHO overvåker utviklingen av influensavirusene og vurderer sammensetningen av influensavaksinen to ganger i året for å sikre at vaksinen inneholder de mest aktuelle virusvariantene. Vaksine må settes årlig for å gi best mulig beskyttelse mot alvorlig sykdom.

Influensa har vanligvis brå start med høy feber, muskelsmerter, hodepine og slapphet i tillegg til luftveissymptomer som rennende nese, sår hals og tørrhoste. Mageplager som oppkast og diaré kan opptre, først og fremst hos barn. Sykdommen varer ofte 7-10 dager. Komplikasjoner som lungebetennelse, bihulebetennelse, ørebetennelse og bronkitt er ikke uvanlig. Mange infeksjoner har et asymptomatisk forløp.

Eldre og personer med underliggende risikotilstander er mest utsatt for alvorlig influensasykdom, dødsfall og komplikasjoner etter influensainfeksjon. Personer med risikofaktorer kan også få en forverring av sin grunnsykdom som følge av influensainfeksjon. Man regner med at det i Norge er ca. 1,6 millioner barn og voksne som tilhører risikogruppene for alvorlig influensa. Disse anbefales influensavaksine hver høst og er inkludert vaksenvaksinasjonsprogrammet. Influensavaksine anbefales også til ansatte i helse- og omsorgstjenesten som har nær kontakt med pasienter, samt husstandskontakter til immunsupprimerte. Disse gruppene faller ikke inn under programmet.

Utfyllende beskrivelse av sesonginfluensa, risikogrupper og vaksine finnes på [fhi.no](#):

- [Influensa – håndbok for helsepersonell - FHI](#) og [Influensavaksine – håndbok for helsepersonell - FHI](#)

3.2.2 Vaksine i program

Sesonginfluensavaksiner tilgjengelig i Norge inneholder antigener fra tre influensavirustyper: to influensa A-stammer og én influensa B-stamme. Tre typer sesonginfluensavaksine var tilgjengelig i Norge for bruk i programmet i sesongen 2025/26:

- Inaktivert injeksjonsvaksine (Vaxigrip (Sanofi) og Influvac (Viatris)) er godkjent for alle over alder 6 måneder.
- Adjuvantert inaktivert injeksjonsvaksine (Fluad (Seqirus)) til beboere i sykehjem og andre særlig skrøpelige personer over 50 år.
- Levende svekket influensavaksine (Fluenz (Astra Zeneca)) for aldersgruppen 2-17 år. Vaksinen administreres som neseppray.

3.2.3 Epidemiologi

Influensas sesongen 2025-26 var kjennetegnet av et tidlig utbrudd drevet av den nye K-varianten av influensa A(H3N2). Til tross for at konsultasjonsaktiviteten i primærhelsetjenesten ikke overskred middels nivå, peker flere indikatorer på at dette var en av de mest alvorlige influensas sesongene de senere årene, spesielt for den eldste delen av befolkningen.

Sesongen utmerket seg særlig ved et høyt antall varslede utbrudd i helseinstitusjoner (36), mange sykehus- og intensivinnleggelser (henholdsvis 7 536 og 309) og et høyt antall dødsfall meldt som influensarelatert i Dødsårsaksregisteret (443). De eldste hadde størst forekomst av alvorlig sykdom, med lengre liggetid, flere intensivinnleggelser og flest dødsfall. Blant barn var innleggelsene gjennomgående kortvarige, og det ble ikke registrert influensarelaterte dødsfall blant personer under 15 år.

Mer om influensaepidemiologien i forrige sesong kan du finne i sesongrapport for luftveisovervåkingen: [Luftveisinfeksjoner i Norge: Sesongen 2025-2026 - FHI](#)

3.3 Pneumokokksykdom

3.3.1 Bakgrunn

Pneumokokker (*Streptococcus pneumoniae*) hører til menneskets normalflora, og kan finnes i nasofarynx hos friske personer, spesielt hos barn. Det finnes mer enn 100 ulike pneumokokk serotyper og vaksinene beskytter mot et utvalg av disse. Pneumokokker kan gi alvorlig systemisk sykdom som blodforgiftning og hjernehinnebetennelse, men er også en vanlig årsak til mindre alvorlige infeksjoner. Pneumokokker er den vanligste årsaken til bakteriell lungebetennelse hos eldre.

Barn og personer med nedsatt immunforsvar, enten på grunn av alder eller immunsvekkelse av andre årsaker, er mer utsatt for å bli syke av pneumokokker enn andre. De som fyller 65 år, får tilbud om vaksine i voksenvaksinasjonsprogrammet. Også eldre over 65 år og personer med visse sykdommer og tilstander anbefales vaksine for å unngå alvorlig pneumokokksykdom. Barn blir tilbudt pneumokokkvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet ved alder 3, 5 og 12 måneder.

Utfyllende beskrivelse av pneumokokksykdom, risikogrupper og vaksine finnes på [fhi.no](#):

- [Pneumokokkinfeksjon – håndbok for helsepersonell - FHI](#) og [Pneumokokkvaksine – håndbok for helsepersonell - FHI](#)

3.3.2 Vaksine i program

Pneumokokkvaksinen som tilbys i voksenvaksinasjonsprogrammet er en konjugatvaksine. Den inneholder polysakkarid fra ulike pneumokokktyper (serotyper) konjugert til bærerprotein. Det er en ikke-levende vaksine. Fra høsten 2025 tilbys 20-valent pneumokokkvaksine (PKV20 – Prevenar20) i voksenvaksinasjonsprogrammet. Vaksinen beskytter mot serotypene 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 23F, 22F og 33F. Dette utgjorde i 2025 60 prosent av serogruppene som forårsaker IPD hos eldre (65 år og eldre) i Norge.

3.3.3 Meldte tilfeller av systemisk sykdom

I Norge overvåkes kun systemisk sykdom, som er den mest alvorlige formen for pneumokokksykdom. Pneumokokksykdom forekommer hele året, og derfor presenteres data per kalenderår. I 2025 ble det meldt om 21 tilfeller av systemisk pneumokokksykdom i aldersgruppen 65 år, og 477 tilfeller i aldersgruppen 65 år og eldre.

Tabell 10: Antall meldte tilfeller per 100.000 innbygger per aldersgruppe og år. Kilde SSB, MSIS.

Alder	År									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
65 år og eldre	44	38	39	39	18	19	28	35	38	45
65-74 år	32	31	31	31	14	14	21	25	30	36
65 år	24	18	16	31	16	19	20	23	31	34

3.3.4 Serotypefordeling

FHI har nasjonal referansefunksjon for pneumokokker, og laboratoriet ved FHI mottar pneumokokkisolater fra pasienter med systemisk pneumokokksykdom.

I 2025 ble det totalt meldt 796 tilfeller av systemisk pneumokokksykdom til MSIS, og serotyperesultat foreligger for alle unntatt 25 (3,1 %) av disse tilfellene. Disse 25 tilfellene er meldt til MSIS, men dyrkning har ikke vært vellykket, bakterieisolatet er ikke sendt FHI, eller isolatet har ikke latt seg typebestemme. De fem hyppigst forekommende serotypene i 2025 var 8, 22F, 3, 9N og 38. Disse typene utgjorde 442 (55,5 %) av alle tilfeller. Særlig serotypene 3, 22F, 8 og 9N har dominert de siste årene. Referanselaboratoriet utfører serologiske analyser for antistoffer mot pneumokokk polysakkarid som ledd i vaksinasjonsrådgivning.

4 INNKJØP OG UTSENDING AV VAKSINER TIL PROGRAMMET

4.1 Koronavaksine

Det ble kjøpt inn i underkant av 1 million doser koronavaksine tiltenkt programmet i sesongen 2025/2026. Innkjøpet ble gjort via felleseuropeisk innkjøpsavtale fra 2021, gjennom videresalgsavtalen med Sverige.

Første levering av Comirnaty LP.8.1 ble levert til FHI 1.9.2025 og senere fordelt på mindre leveringer utover høsten. Fordelingen av barne- og voksendoser var ca. 991 000 doser til aldersgruppen 12 år og eldre, ca. 12 000 doser til 5-11 åringene, og ca. 6000 doser til aldersgruppen 6 mnd-4 år.

I tillegg ble det kjøpt inn et begrenset antall doser (100 doser) av proteinvaksinen Bimervax LP.8.1 fra produsenten Hipra. Innkjøpet ble gjort gjennom en HERA-avtale som Norge tar del i.

I perioden september 2025 til juni 2026 ble det distribuert nesten 830 000 doser koronavaksine. Sett opp mot antall registrert satte vaksinedoser ser det ut til at svinn var et stort problem. Dette skyldtes i stor grad at vaksinene forelå i flerdosehetteglass i multidosepakninger.

4.2 Influensavaksine

Folkehelseinstituttet kjøpte inn i underkant av 1,4 millioner influensavaksiner til programmet og vaksiner av helsepersonell til sesongen 2025-26, fordelt på henholdsvis ca. 1,3 millioner doser inaktivert vaksine, 60 000 doser adjuvantert vaksine og 5000 doser nasalvaksiner til barn.

I sesongen 2025-26 distribuert Folkehelseinstituttet i overkant av 1,13 millioner doser til programmet og til vaksiner av helsepersonell. Dette er på samme nivå som forrige sesong.

Influensavaksine distribueres også til det private markedet. I sesongen 2025-26 ble nesten 470 000 doser sendt fra de private grossistene til landets apotek. De fleste av disse vaksinene ble satt i apotekene.

4.3 Pneumokokkvaksine

I 2025 ble det kjøpt inn totalt 60 000 doser 20-valent konjugatvaksine (Prevenar20) fra Pfizer til programmet. Det ble opprinnelig kjøpt inn 50 000 doser til programmet for å dekke etterspørsel og bygge opp nødvendige lager i kommunene. Etterspørselen i kommunene ble imidlertid større enn forventet, og ytterligere 10 000 (franske) pakninger ble kjøpt inn for å sikre nok doser til programmet.

Det ble i perioden september til desember 2025 distribuert i underkant av 50 000 doser pneumokokkvaksine til programmet. I perioden januar til juni 2026 ble det distribuert i underkant av 2 500 doser til VVP.

5 ERFARINGER FRA OPPSTART AV VVP

Stortinget vedtok i desember 2024 å innføre et voksenvaksinasjonsprogram for nærmere definerte målgrupper mot influensa, covid-19 og pneumokokksykdom. Programmet ble innført høsten 2025.

Stortinget vedtok hovedtrekkene i programmet; det vil si hvem som skulle inkluderes i programmet, hvorvidt pasient måtte betale for det, og at det fremdeles var kommunene som hadde ansvaret for organisering av vaksineringsen. Det ble lagt ned et stort arbeid i Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet for å få på plass detaljene i programmet og verktøy som kunne hjelpe kommunene med gjennomføringen. Dette inkluderte prisstruktur for vaksiner og vaksineringsen, oppgjørsløsning for bruk av private vaksinatører, anbud på pneumokokkvaksine til programmet og teknisk løsning for påminnelse til uvaksinerte som ble utviklet i samarbeid med Helsenorge.

Folkehelseinstituttet opprettet en prosjektorganisasjon internt for å håndtere oppgavene som fulgte med innføringen, samt referansegrupper for involverte fagprofesjoner og kommunene for å gi innspill underveis. En plan for informasjon til kommunene, helsetjenesten og befolkningen ble utarbeidet for å sikre at alle hadde mulighet til å holde seg oppdatert om hvordan programmet skulle gjennomføres.

FHI sendte i mars 2026 kommunene en Forms-spørreundersøkelse om deres erfaringer med oppstarten av programmet. Kommunene ble spurt om organisering av vaksinasjon mot de enkelte vaksinene, samvaksineringsen, bruk av nasjonal oppgjørsløsning, informasjonskilder om programmet, kommunens informasjon til befolkningen, bruk av informasjonsmateriell og erfaringer med påminnelsesordningen. Svarprosenten var på 60 prosent, og det var en lavere svarandel blant de minste kommunene. Mange kommuneoverleger og andre ansvarlige for vaksinasjonsprogrammet i kommunen har gitt omfattende tilbakemeldinger og bidro med viktig innsikt i hvordan oppstarten av programmet har gått lokalt.

Resultatene fra denne undersøkelsen og erfaringsoppsummeringer fra de involverte statlige aktørene og referansegruppene danner grunnlaget for en evaluering av oppstarten av programmet. Evalueringen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2026.

Evalueringen viste at kommunene, helsetjenesten, vaksinatørene og de statlige aktørene som jobbet med innføringen håndterte oppgaven på en god måte, gitt rammebetingelsene som forelå da Stortinget vedtok programmet.

Kommunene mottok i perioden før oppstart av vaksineringsen store mengder informasjon om programmet. Det ser ut til at alle aktørene har hentet informasjon om programmet fra Folkehelseinstituttets informasjonskanaler og fra Helsedirektoratets veileder.

På grunn av tidspresset for å få på plass gode løsninger ble viktige elementer i gjennomføringen av vaksinasjonen først klart etter sommeren 2025. Et gjennomgående tema i kommunenes tilbakemeldinger var at detaljer om priser, takster, egenandeler, oppgjørsløsninger og andre

retningslinjer kom for sent – både med tanke på deres eget planleggingsarbeid og mulighet til å inngå avtaler med private vaksinatører.

En annen tilbakemelding handlet om at muligheten til å benytte nasjonal oppgjørsløsning, samt veiledende satser for egenandel og kompensasjon, var en forutsetning for at fastlegene kunne bidra som private vaksinatører. Satsene for samvaksinering ble imidlertid opplevd som for kompliserte.

Flere kommuner og vaksinasjonssteder rapporterte også om utfordringer knyttet til at sykepleiere og farmasøyter ikke har rekvireringsrett for pneumokokkvaksine, slik de har for influensa- og koronavaksine. Også dette førte til utfordringer i organisering av samvaksinering.

Påminnelsesordning for uvaksinerte med aldersindikasjon var en nyvinning med innføring av voksenvaksinasjonsprogrammet. Kommunene meldte om at tiltaket så ut til å øke etterspørselen. Data for antall vaksinerte per uke mot de tre sykdommene, tyder imidlertid på at den økte etterspørselen også kan ha skyldtes andre faktorer, som økt kampanjevirkosomhet og en tidlig start på influensasesongen. Flere kommuner ønsket at påminnelser skulle sendes ut flere ganger i løpet av sesongen for å øke oppmerksomheten i befolkningen, og flere understreket også hvor viktige FHIs nasjonale kampanjer er for å hjelpe det lokale kampanjearbeidet.

Til tross for de overnevnte forbedringspunktene lyktes kommunene godt med vaksineringen høsten 2025. Som vist i kapittel 2 økte vaksinasjonsdekningen betydelig både blant eldre som fikk influensavaksine og blant personer i årskullet 1960 som fikk pneumokokkvaksine. Dekningen mot covid-19 gikk imidlertid kraftig ned fra sesongen 2024-25. Flere faktorer som har kommet med det nye programmet kan ha bidratt til både oppgang og nedgang i dekningen, men utviklingen kan også skyldes holdningsendringer til og endring i sykdomsbyrden for sykdommene, da særlig for covid-19.

6 MELDINGER OM MISTENKTE VAKSINEBIVIRKNINGER

I det følgende oppsummeres bivirkningsmeldinger for vaksiner mot sesonginfluensa, covid-19 og pneumokokksykdom innrapportert til Bivirkningsregisteret. Formålet med overvåkingen er å identifisere og følge opp mistenkte bivirkninger etter vaksinasjon mot sesonginfluensa, covid-19 og pneumokokksykdom.

Mistanke om bivirkning er tilstrekkelig for å melde. Helsepersonell har meldeplikt ved mistanke om dødelige eller livstruende bivirkninger, bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger, eller uventede og nye bivirkninger. Det meldes imidlertid også om hendelser som faller utenfor meldeplikten, som kortvarige og kjente vaksineresaksjoner, eller der helsepersonell ønsker råd om videre vaksinasjon. I tillegg har pasienter og pårørende mulighet til å melde.

Det er viktigst å melde fra ved mistanke om nye, uventede eller alvorlige bivirkninger da dette bidrar til økt kunnskap om vaksinene.

Om datagrunnlaget

Datagrunnlaget omfatter meldinger om mistenkte bivirkninger fra helsepersonell og innbyggere etter vaksinasjon mot sesonginfluensa, covid-19 og pneumokokksykdom. Bivirkningsmeldinger er inkludert dersom:

- vaksinasjonen er utført i perioden 1. oktober 2025-31. mai 2026.
- for pneumokokkvaksine: personen er født i 1960 eller før, uavhengig av risikogruppetilhørighet og vaksineprodukt.
- for vaksine mot sesonginfluensa og covid-19: 18 år eller eldre, uavhengig av risikogruppetilhørighet og vaksineprodukt

En melding kan ha flere mistenkte vaksiner. Det er ikke alltid mulig å avgjøre hvilken vaksine som har forårsaket bivirkningen. I slike tilfeller inkluderes meldingen dersom minst én av de mistenkte vaksinene er en vaksine mot en sykdom som inngår i programmet.

Det fremgår ikke i meldingen om vaksinen er gitt som del av voksenvaksinasjonsprogrammet, og flere kan ha mottatt vaksine utenfor programmet.

Enkelte meldinger følges opp med innhenting av tilleggsopplysninger før de kan klassifiseres og vurderes endelig. Dataene ble hentet ut ved utgangen av uke 34 2026, etter at sesongens meldinger var ferdig behandlet. Dette bidrar til at datagrunnlaget i størst mulig grad omfatter ferdig klassifiserte og vurderte meldinger fra den aktuelle sesongen. Bivirkningsregisteret er et løpende register, og både nye meldinger og tilleggsopplysninger kan tilkomme etter uttrekksdatoen.

For mer informasjon om hvordan vaksinesikkerhet overvåkes, se Datakilder kapittel 10.4 om Bivirkningsregisteret, samt FHIs nettsider: [Hvordan vaksinesikkerhet overvåkes - FHI](#)

6.1 Meldte mistenkte bivirkninger

Kapitlet gir en oversikt over mottatte meldinger om mistenkte bivirkninger etter vaksinasjon mot sesonginfluensa, covid-19 og pneumokokksykdom for sesongen 2025-26. Tabell 11 viser hovedtallene for meldinger mottatt i sesongen. De påfølgende avsnittene beskriver meldingene nærmere, fordelt på vaksine mot sykdom, aldersgruppe, rapporterte mistenkte bivirkninger og alvorlighetsklassifisering. Hendelser etter vaksinasjon meldes på mistanke, og det er ikke gitt at det er noen årsakssammenheng.

Innholdet i bivirkningsmeldingene for sesongen 2025-26 gir ikke grunnlag for å endre gjeldende vaksinasjonsanbefalinger i programmet.

Tabell 11: Totalt antall meldinger mottatt i DMPs bivirkningsregister og antall vaksinasjoner mot sesonginfluensa (≥ 18 år eller eldre), covid-19 (≥ 18 år eller eldre) og pneumokokksykdom (født i 1960 eller tidligere) sesongen 2025-26. Kilde: Bivirkningsregisteret (DMP) og SYSVAK.

Sesong	Registrert satte doser*	Totalt antall meldinger	Andel meldinger klassifisert som alvorlige
2025-26	2 157 880	148	28 %

*Totalt antall registrert satte doser i SYSVAK (inkludert doser gitt utenfor vaksinasjonsprogrammet).

Helsepersonell utgjør den største meldergruppen med 55 prosent av meldingene. Blant helsepersonell er leger den største meldergruppen. De fleste bivirkningsmeldingene ble sendt direkte til myndighetene via meldeskjema på Melde.no (helsepersonell) og Helsenorge (innbyggere), mens et fåtall ble meldt via legemiddelindustrien.

Influensavaksine inngikk i flest meldinger og var oftest oppgitt som eneste mistenkte vaksine. Korona- og pneumokokkvaksine var oftere oppgitt sammen med andre vaksiner i samme melding. Tabell 12 viser fordelingen av meldinger etter vaksine mot sykdom.

Tabell 12. Fordeling av bivirkningsmeldinger per vaksine og antall vaksinasjoner mot sesonginfluensa, covid-19 og pneumokokksykdom for sesongen 2025-26. Kilder: Bivirkningsregisteret (DMP), SYSVAK.

Vaksine mot sykdom	Registrert satte doser*	Vaksinetype	Antall meldinger**	Meldinger klassifisert som alvorlige (%)	Flere mistenkte vaksiner (%)
Sesonginfluensa (≥ 18 år eller eldre)	1 530 967	Inaktivert injeksjonsvaksine	108	30 (28 %)	21 (19 %)
		Adjuvantert eller høydose inaktivert injeksjonsvaksine	4	1 (25 %)	4 (100%)
Covid-19 (≥ 18 år eller eldre)	505 762	mRNA	39	13 (33 %)	19 (58 %)
Pneumokokksykdom (født i 1960 eller før)	121 151	Pneumokokkonjugat -vaksine (PKV)	3	2 (67 %)	3 (100 %)
		Pneumokokkpolysakkarid -vaksine (PPV)	17	6 (35 %)	3 (18 %)

*Omfatter totalt antall registrert satte doser i SYSVAK (inkludert doser gitt utenfor vaksinasjonsprogrammet og for influensa- og koronavaksine uansett status i Folkeregisteret).

** En melding kan gjelde flere vaksiner og dermed er antall meldinger fordelt på vaksiner høyere enn det totale antall bivirkningsmeldinger mottatt den aktuelle sesongen (tabell 11).

Flertallet av meldingene gjelder voksne i alderen 18–64 år. Andelen meldinger som ble klassifisert som alvorlige var imidlertid høyest blant eldre (65 år og eldre). Tabell 13 viser fordelingen etter aldersgruppe.

Tabell 13: Meldinger om mistenkte bivirkninger fordelt på aldersgrupper. Kilde: Bivirkningsregisteret (DMP).

Aldersgruppe	Totalt antall meldinger	Andel meldinger klassifisert som alvorlige
Voksne (18–64 år)	79	20 %
Eldre (≥65 år)	69	38 %

Gravide har økt risiko for alvorlig influensasykdom, og vaksinasjon i 2. og 3. trimester anbefales for å beskytte både mor og barnet de første levemånedene. Opplysninger om svangerskap fremgår ikke alltid i bivirkningsmeldingene. Det ble mottatt to meldinger der det var oppgitt at vaksinen ble gitt i svangerskapet, begge etter influensavaksinasjon. Bivirkningsmeldinger som gjelder gravide følges nøye i overvåkingen.

Flertallet av meldingene for sesongen 2025-26 gjelder milde og forbigående symptomer som er kjente reaksjoner etter vaksinasjon. Dette omfatter typiske allmennsymptomer som feber, nedsatt allmenntilstand, hodepine, svimmelhet, myalgi og muskel-/skjelettstivhet og reaksjoner på stikkstedet. Bivirkningene som meldes kodes etter standardisert medisinsk terminologi (MedDRA). Tabell 14 viser fordelingen av bivirkninger etter systemorganklasser (SOC), som er grupperinger etter hvor bivirkningen har sin opprinnelse (f.eks. organ) eller årsaken til bivirkningen (f.eks. infeksjoner)⁸.

Tabell 14: Meldte mistenkte bivirkninger fordelt etter systemorganklasser. En bivirkningsmelding kan inneholde flere mistenkte bivirkninger. Summen av antall bivirkninger er dermed høyere enn det totale antallet bivirkningsmeldinger. Kun systemorganklasser med over 10 registreringer er inkludert. Kilde: Bivirkningsregisteret (DMP).

Systemorganklasse (SOC)	Eksempler på rapporterte bivirkninger	Antall
Generelle symptomer og reaksjoner på administrasjonsstedet	Smerte og reaksjoner på injeksjonsstedet, ubehag, feber, tretthet og nedsatt allmenntilstand	71
Nervesystemet	Hodepine, svimmelhet, søvnighet, synkope, endret smak- og luktesans	43
Muskel- og skjelettsystemet samt bindevev	Muskelsmerter, leddsmerter, muskelstivhet, smerter i ekstremitetene	35
Luftveier, thorax og mediastinum	Pustevansker, tungpustet, hyperventilering, hoste, irritasjon i luftveiene	32
Mage-tarmkanalen	Magesmerter, kvalme, oppkast, diaré	31
Hud og subkutant vev	Utslett, kløe, rødhet, kaldsvette, nattsvette	29
Infeksjoner og infestasjoner	Lungebetennelse, forkjølelsessymptomer, helvetesild	21

6.2 Meldinger klassifisert som alvorlige

Det er flere årsaker til at en bivirkningsmelding klassifiseres som alvorlig. Vurdering av alvorlighetsgrad omtales på FHI.no - [Hvordan vaksinesikkerhet overvåkes](#).

⁸ [Help to Shape the MedDRA Terminology | MedDRA](#)

Bivirkningsmeldinger klassifisert som alvorlige kan gjelde sykdommer eller symptomer som opptrer ofte i befolkningen. Det kan være vanskelig å vurdere om symptomer eller sykdom som debutterer etter vaksinasjon skyldes vaksinen eller om de har en helt annen årsak og det at de inntraff i tiden etter vaksinasjonen var tilfeldig.

Meldinger for personer under 65 år mottas oftere fra innbyggerne selv, mens meldinger for personer over 65 år oftere kommer fra helsepersonell. Helsepersonell rapporterte også oftere hendelser klassifisert som alvorlige, sammenlignet med meldinger fra innbyggere.

For sesongen 2025-26 ble 47 bivirkningsmeldinger klassifisert som alvorlige. Sykehusinnleggelse var den vanligste årsaken og utgjorde 70 prosent av de alvorlige meldingene.

Sykehusinnleggelsene omfatter både pasienter som legges inn til observasjon og raskt blir friske igjen, pasienter med uklare årsaker til symptomene og pasienter med livstruende symptomer.

Vaksiner gir vanligvis god beskyttelse mot sykdom, men beskyttelsen varierer mellom vaksiner og mellom personer, avhengig av alder og helsetilstand. Ved uventet manglende effekt kan bivirkningsmelding sendes. Det er generelt viktig å følge opp slike tilfeller for å undersøke om enkelte grupper kan ha manglende respons, om det er skjedd en endring hos den sykdomsfremkallende mikroben slik at vaksinen ikke lenger er virksom, eller om vaksinasjonsregimet bør endres. Flere bivirkningsmeldinger om sykehusinnleggelse omhandlet influensa til tross for vaksinasjon. Her må det bemerkes at influensavaksine gjennomsnittlig har en effekt på omtrent 50 prosent, og at det dermed ikke er uvanlig at vaksinerte blir lagt inn på sykehus med influensa. Se for øvrig kapittel om effekt av influensavaksine punkt 2.5.1.

Det ble for sesongen 2025-26 meldt om tre dødsfall som oppsto i tidsmessig nærhet til vaksinasjon. I alle tilfellene var det gitt én vaksine og ikke samtidig vaksinasjon med flere vaksiner. FHI har fulgt opp meldingene ved å innhente supplerende opplysninger i henhold til SYSVAK-registerforskriften § 2-4. I samtlige tilfeller hadde pasientene skrøpelighet og flere underliggende sykdommer. I meldingsbeskrivelsene ble det oppgitt at dødsfallene ble meldt på grunn av tidsmessige nærhet til vaksinasjonen, men at det var usikkert om de skyldtes vaksinen eller en annen, tilfeldig samtidig årsak. For personer med uttalt skrøpelighet kan selv milde vaksinebivirkninger få alvorlige konsekvenser. Ved vaksinering bør nytten av beskyttelse mot sykdom veies opp mot risikoen for bivirkninger.

6.3 Helseregisterdata gir viktig innsikt

Under koronapandemien ble det etablert et nasjonalt beredskapsregister som gjorde det mulig å følge opp vaksinesikkerhet av koronavaksinene gjennom kobling av helseregistre. Registerne ble blant annet benyttet i overvåking av mulige sikkerhetssignaler etter vaksinasjon. Etter at beredskapsregisteret ble avviklet, har det vært behov for å videreføre denne typen overvåking. Det pågår derfor arbeid med å etablere mer varige løsninger for registerkoblinger som kan understøtte videre registerbasert oppfølging av vaksinesikkerhet.

Oppfølging av korona-, influensa- og pneumokokkvaksine bygger videre på erfaringer og analyser fra pandemiperioden og videreutvikles som del av den løpende overvåkingen av vaksinesikkerhet. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter (DMP). Meldinger om mistenkte bivirkninger er viktige for å identifisere hvilke problemstillinger som bør undersøkes nærmere, og er et viktig bidrag til overvåkingen.

7 KOMMUNIKASJON OG VAKSINEKAMPANJER

I juni 2025 ble det gjennomført en landsrepresentativ kvalitativ spørreundersøkelse i befolkningen for å kartlegge informasjonsbehov om vaksinene i programmet. Kartleggingen viste at de fleste av de spurte ønsket mer informasjon om effekt og sikkerhet av vaksinene, samt om sykdommene det blir vaksinert mot. Den viste også at kunnskapen om vaksineanbefalingene var lavere enn ønskelig, særlig for pneumokokkvaksinen. Kommunikasjonen ble derfor målrettet mot prioriterte grupper (65+, risikogrupper og pårørende) med enkle budskap, trinnvis informasjon og bred kanalbruk.

Det ble laget en felles temaside på FHI.no og Helsenorge med informasjon om vaksinene og programmet, brosjyrer på 12 språk, plakater og materiell som kunne tilpasses lokalt i kommunen.

Den nasjonale kampanje «**Stikk og lev livet**» ble kjørt i flere kanaler (aviser, sosiale medier, boards, venteromsskjermer i legekantor m.m.), i tillegg til at vaksineringen fikk bred redaksjonell mediedekning (tabell 15).

Tabell 15: Oversikt over mediedekningen som refererer til FHI og vaksinene i voksenvaksinasjonsprogrammet sesongen 2025-26 (Kilde: medieovervåkingstjenesten Retriever).

Vaksinetype	Mediedekning 2025	Mediedekning 2026 (per 18.06)
Influensavaksine	1 287	95
Koronavaksine	585	46
Pneumokokkvaksine	235	21

Temasidene og artiklene om programmet hadde også nesten 266 000 besøk i løpet av sesongen.

En ny spørreundersøkelse ble gjennomført i desember 2025 for å undersøke om budskapet i kampanjen hadde nådd fram. Denne viste en klar økning i kunnskapen om vaksineanbefalingene etter kampanjen, særlig om pneumokokkvaksine. Den viste også en fortsatt høy oppslutning om vaksinasjon og at utvalget var positive til påminnelser om vaksinasjon.

Offentlige nettsider var den viktigste informasjonskilden blant deltakerne i undersøkelsen.

8 PÅMINNELSESORDNING

8.1 Informasjon om påminnelsesordningen

Påminnelsesordningen i voksenvaksinasjonsprogrammet ble etablert for å øke kjennskapen til vaksinetilbudet blant uvaksinerte med aldersindikasjon. Ordningen ble utviklet i samarbeid mellom FHI og Helsenorge basert på automatiserte opplysninger fra SYSVAK, uten manuelt innsyn i personopplysninger.

Løsningen innebærer utsending av varsler til uvaksinerte med aldersindikasjon for vaksine via Helsenorge til digitale brukere, med krav om innlogging for å lese innholdet. Ikke-digitale innbyggere mottok påminnelse per brev, og enkelte ble også nådd gjennom fullmakt gitt til andre.

8.2 Utsending av påminnelser

Den tekniske løsningen ble testet i perioden august–oktober 2025. Produksjonssetting skjedde i uke 47–48, med en testkommune før nasjonal utrulling. Utsendelse av digitale varsler ble gjennomført fylkesvis over flere dager for å redusere belastning på SYSVAK og Helsenorge. Under oppstarten oppsto tekniske og kapasitetsmessige utfordringer som førte til noe forsinkelse, men disse ble løst fortløpende.

I forkant av utsendingen ble det informert bredt om ordningen til kommuner og vaksinatører gjennom webinarer, informasjonsbrev og egne spørsmål-og-svar-sider på FHIs nettsider og Helsenorge.

Totalt ble det sendt påminnelser til over 650 000 personer. Av disse mottok 478 257 digitale varsler via Helsenorge, mens 135 258 brev ble sendt til ikke-digitale innbyggere. I tillegg ble 37 060 ikke-digitale personer nådd gjennom fullmaktsløsninger. Antall innbyggere som reserverte seg mot varsler var relativt lavt, med noe i underkant av 2 500 reservasjoner.

Det ble observert en markant økning i antall 65-åringer vaksinert med pneumokokkvaksinen mellom uke 47 og 48 (slutten av november), da påminnelsene ble sendt ut. Se figur 14, kapittel 2.3 Vaksinasjonsdekning mot pneumokokksykdom. Tilsvarende utvikling ble ikke sett for vaksinerings mot influensa eller korona etter at påminnelsene ble sendt ut.

Samlet viser gjennomføringen at det var mulig å etablere og drifte en nasjonal, automatisert påminnelsesordning i stor skala, til tross for tekniske utfordringer ved oppstart. Ordningen nådde et betydelig antall målgruppepersoner, både digitalt og ikke-digitalt. Folkehelseinstituttet og Helsenorge vil fortsette arbeidet med å tilpasse og videreutvikle løsningen for påminnelser.

9 FORSKNING

Effekt av SMS-påminnelse på influensavaksinasjon ble høsten 2025 gjennomført som en randomisert kontrollert studie (InfluSMS) blant personer 65 år eller eldre i tre ulike populasjoner: (i) den generelle befolkningen; (ii) personer født i Polen; (iii) personer født i Ukraina. Personene ble randomisert til følgende grupper: ingen SMS (alle populasjoner); norsk SMS (alle populasjoner); polsk SMS (polskfødte); ukrainsk SMS (ukrainskfødte). Dekningsgrad for influensavaksine ble innhentet fra SYSVAK etter endt oppfølgingstid for å sammenligne mellom gruppene. Primær oppfølgingstid for vaksinasjonsstatus var perioden 14.oktober 2025 (utsendelsesdato for alle SMS) til 11. november 2025 (dvs. før påminnelsesordningen beskrevet i 8.2). Rasjonale, mål, etikk, prosedyrer og endepunkter er beskrevet i studiens pre-registreringer⁹. Resultater publiseres i 2027.

⁹ [ClinicalTrials.gov NCT06486766](https://clinicaltrials.gov/NCT06486766); Hansen BT, Klungsøyr O, Labberton AS, Sääksvuori L, Rydland KM, Ødeskaug LE, Wisløff T, Meijerink H: Effectiveness of text messaging nudging to increase coverage of influenza vaccination among older adults in Norway (InfluSMS Study): Protocol for a randomized controlled trial. JMIR Research Protocols 2025, 14: e63938, DOI: 10.2196/63938

10 DATAKILDER

10.1 Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK

SYSVAK er det landsdekkende elektroniske vaksinasjonsregisteret. Formålet med SYSVAK er å holde oversikt over vaksinasjonsstatus for den enkelte, og over vaksinasjonsdekning lokalt, regionalt og nasjonalt.

Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for SYSVAK (jfr SYSVAK-registerforskriften § 1-5). Alle vaksinasjoner er meldepliktige til SYSVAK. Krav om elektronisk registrering av covid-19-vaksiner ble vedtatt 21. mai 2020. Les mer om SYSVAK [på Folkehelseinstituttets nettsider](#).

Data fra SYSVAK som vises på FHI statistikk og i KoSy (Kommunens sykdomsoversikt for kommuneoverleger) kan avvike fra data oppgitt i denne rapporten, som er hentet fra Stat19. Dette skyldes at SYSVAK berikes med folkeregisteropplysninger fra Persontjenesten/Grunndata, mens Stat19 bruker opplysninger fra siste tilgjengelig versjon av Folkeregisteret hos Folkehelseinstituttet. Begge kildene bruker denne nevneren, så befolkningsgrunnet for SYSVAK og Stat19 er like.

10.2 Stat19

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

Analysene for å beregne vaksinasjonsdekning blant gravide er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) og Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) via Stat19 for å estimere antall og andel gravide som ble vaksinert mot influensa per kalendermåned mellom 1. oktober 2025 – 1. mai 2026 (influenzasesongen). Gravide i svangerskapsuke 22 eller senere ble identifisert ved å benytte data på gjennomført ultralyd fra NPR. Ved kobling til SYSVAK fant vi deretter andel gravide fra og med uke 22 som ble vaksinert i influensasessongen. Perioden de gravide var anbefalt vaksine ble estimert basert på ultralyddato¹⁰. Statistikken viser første dose per svangerskap influensasessongen 2025-26

10.3 MSIS

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. MSIS har en registerdatabase og en laboratedatabase, MSIS-registeret inneholder mikrobiologisk informasjon fra laboratoriene og epidemiologisk informasjon meldt fra legene om alle meldingspliktige smittsomme sykdommer i Norge, MSIS labdatabase inneholder alle mikrobiologiske prøvesvar rapportert fra medisinske laboratorier i Norge.

Les mer om MSIS, formål og meldingsplikt på FHIs nettsider.

¹⁰ [Identification of ongoing pregnancies using routine ultrasound procedure codes for timely surveillance of maternal vaccine uptake: A Norwegian registry study](#)

10.4 Bivirkningsregisteret

Overvåkingen av vaksinesikkerhet i Norge er et samarbeid mellom Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og Folkehelseinstituttet (FHI).

DMP har det nasjonale ansvaret for overvåking av bivirkninger etter legemiddelbruk, herunder vaksiner. DMP er dataansvarlige for Bivirkningsregisteret hvor alle bivirkningsmeldinger fra helsepersonell, innbyggere (pasienter/pårørende) og MT-innehavere samles.

FHI har ansvar for å følge opp og evaluere vaksiner og vaksinasjonsprogram i befolkningen, samt å gi vaksinasjonsanbefalinger. FHI bistår DMP med å saksbehandle vaksinebivirkningsmeldinger meldt fra helsepersonell i Bivirkningsregisteret, og svarer innmelder med vurdering av hendelsen samt råd om videre vaksinasjon. Vaksinebivirkninger meldt av innbyggere behandles av DMP, og det blir ikke sendt tilbakemelding.

Hensikten med meldesystemet er å gjøre det lett for helsepersonell og innbyggere å melde mistanke om bivirkninger slik at man kan fange opp mulige signaler og sette i gang nærmere undersøkelser. Signaler må undersøkes nærmere før man kan vurdere om det er noen sammenheng med vaksinasjon eller ikke. At en bivirkning er meldt, betyr ikke nødvendigvis at det er en årsakssammenheng mellom den mistenkte bivirkningen og vaksinen. Vanligvis tas alle innrapporterte meldinger med i tellingen, uavhengig av om den meldte hendelsen antas å ha sammenheng med vaksinasjon eller ikke. Meldesystemet kan ikke brukes til å angi frekvensen av bivirkninger en vaksine kan gi.

FHI holder oversikt over meldingene FHI har behandlet i [BIVAK \(register over bivirkninger etter vaksinasjon meldt av helsepersonell\)](#). Det har blitt vanligere at innbyggere selv melder inn bivirkninger etter vaksinasjon. FHI fikk i 2024 tilgang til vaksinemeldinger fra innbyggere og fra MT-innehavere i Bivirkningsregisteret, slik at FHI får en fullstendig oversikt.

Les mer om bivirkninger etter vaksinasjon, hvilke hendelser som er meldepliktige, meldesystemet, hva som skjer med meldingene og nytten av dem [på Bivirkninger av vaksine - FHI](#). Ytterligere informasjon om Bivirkningsregisteret finnes på nettsiden til [Direktoratet for medisinske produkter](#).

11 APPENDIX

11.1 Mer om risikogrupper i Vaksenvaksinasjonsprogrammet

Våren 2025 reviderte FHI listen over diagnose- og prosedyrekoder som brukes for å identifisere risikogruppene for henholdsvis alvorlig influensa, alvorlig covid-19 og alvorlig pneumokokksykdom i helseregistrene. Kodelisten omfatter diagnosekoder benyttet i spesialist- og primærhelsetjenesten i forbindelse med helsehjelp til personer med de aktuelle diagnosene (Tabell A1).

Kodelisten benyttes i løpende overvåking av sykdomsbyrde gjennom sesongen for å følge påvisning av infeksjoner og antall pasienter som opplever alvorlige forløp (innleggelser, intensivinnleggelser og dødsfall). Den benyttes også til å beregne omfang av risikogruppene, samt vaksinebehov, vaksinasjonsdekning og vaksineeffekt for vaksinene i VVP. På lengre sikt er det også et godt verktøy for å beregne risiko for alvorlige forløp i og utenfor ulike risikogrupper, og til å vurdere eventuelle behov for endringer i risikogruppene.

Kodelistene var tidligere noe ulik for ulike agens. Det har også vært en del variasjon i benevning og organisering av de ulike risikogruppene. Ved oppstart av VVP var det ønskelig å harmonere både kodeuttrekket og benevning av risikogruppene i så stor grad som mulig for å sikre at kodelisten inkluderer de mest relevante kodene, og for å forenkle kommunikasjonsarbeidet overfor helsetjenestene og befolkningen. Benevningen av risikogruppene skal være enkelt formulert og gjenkjennelig både for folk flest og helsepersonell, men den skal også gi en tydelig avgrensning mellom gruppene som anses å ha forhøyet risiko for alvorlig sykdom og befolkningen for øvrig.

FHI fikk gode innspill fra Legeforeningens faggrupper i arbeidet. Faggruppene leverte innspill på utvalget av koder, relevante avgrensninger knyttet til praktisk bruk av kodene, samt hvorvidt ulike koder fra primær- og/eller spesialisthelsetjenesten er egnet til å identifisere de rette pasientene. De kom også med innspill på forventet antall legebesøk i primær- og/eller spesialisthelsetjenesten per år for pasienter med økt risiko for alvorlige forløp av disse agensene, hvor lenge pasienter registrert med ulike koder forventes å ha økt risiko for alvorlige forløp, og om diagnosene i seg selv er forbundet med økt infeksjonsrisiko, eller om risikoen kan tilskrives medikamenter som brukes i behandling av den underliggende sykdommen. FHI fikk også mange gode innspill på forskjeller i risiko for ulike agens (influensa/covid-19/pneumokokker) etter for eksempel alder (barn/voksne) eller alvorlighetsgrad av underliggende sykdom/ behandling. Flere av faggruppene hadde også tydelige innspill på benevning av risikogruppene, som ble tatt til følge.

Tabell A1: Oversikt over diagnose- og prosedyrekoder benyttet for å identifisere VVP risikogrupper i helseregistrene.

Risikogruppe	ICD-10 (NPR)	ICPC-2 (KPR)	NCMP (NPR)	Ønsket avgrensning
Kronisk lungesykdom med nedsatt lungefunksjon, og astma	J41-J44, J46-J47 J45 J60-J70 J84, J98, E84 Q30-Q34 Z99.0-Z99.1	R95 R96		J45: ≥ 1 treff siste 5 år, uavhengig av medikamentbruk. J60-J70: ved samtidig bruk av OCS R 95: ≥ 3 treff siste 2 år, uavhengig av medikamentbruk R96: ≥ 1 treff, uavhengig av tidsramme eller medikamentbruk
Kronisk hjerte- og karsykdom, annet enn høyt blodtrykk	I05-I09, I11-I13, I15 I20-I25, I27-I28 I31-I32, I34-I43, I46 I48-I50, I60-I64, I69 G45, Q20-Q28, Z95	K74, K76-K77 K78 K82-K83, K87 K90-K91		K78: ≥ 3 treff + bruk av forebyggende behandling mot blodpropp
Kronisk alvorlig leversykdom	K70, K72-K74			
Kronisk alvorlig nyresykdom	N03-N04*, N05, N07 N18.3-N18.5		JAGD30 JAGD4, RXGD	
Kronisk alvorlig nevrologisk sykdom	G10, G12, G12.2, G14, G20-G24, G30-G32, G35-G37 G40, G61*, G70* G71, G80, G83, Q02-Q05 F00-F03	P70		
Nedsatt immunforsvar grunnet sykdom eller behandling	B20-B24, D56-D58 D59.1**, D59.5** D60-D61, D63-D64 D69.3, D70-D71 D72.0, D72.8, D73.0 D74, D80- D84, D86 E23.0, E24, E25.0 E27.1 M02-M03*, M05-M09 M12-M13*, M30-M33 M33.0, M34-M35, M36 M45-M46*, M86 K50-K51*, K52.0 K75.4* T86.0 Q89.0 Z94.0-Z94.4, Z94.8 C81-C86, C88, C90-C96, D45-D47 C00-C14, C15-C26 C30-C39, C40-C41 C43-C58, C60-C80 D32-D33, D35.3 D35.4, D42, D43		JMA10-11, JMA20 WBG M00, WBG M05 WBG M10, WBG M45 WBG M90 (koples med ATC-koder) KAS FQA GDG FQB JJC RAGG	M02-M13: ≥2 treff M31-M32, samt M33.0, M34-M35: For barn kun i kombinasjon med immundempende behandling T86.0: ≥ 1 treff For hematologisk kreft (kursivert): ≥ 1-2 treff per år siste 5 år
Diabetes	E10-E14	T89-T90		
Alvorlig fedme (BMI>35)	E66, E66.2, E66.8			
Annen alvorlig og/eller kronisk sykdom	Q90-Q91			

*Ved samtidig bruk av immundempende behandling. **Risikogrupper på grunn av medikamentell behandling.

Inklusjon i risikogruppen vinter 2025/26 fordret minimum 2 treff på én diagnosekode i en tidsperiode på 3 år tilbake i tid fra og med 1. oktober 2025 – med unntak av koder for aktiv kreftsykdom, hvor kriteriene var ≥6 treff over en tidsperiode på 2 år. Utfordringer i kodebruk og/eller bruk av legemiddeldata kan for enkelte diagnoser medføre over- eller underestimert i gruppenes omfang; arbeid for å øke presisjonen av estimatene er pågående.

11.2 Internasjonale estimater for vaksineeffekt influensa

Tidlige estimater for vaksineeffekt (VE) fra flere land indikerte lav til moderat effekt mot laboratoriebekreftet influensa A^{11 12 13}.

TEST NEGATIV DESIGN – STUDIER (TND-STUDIER)

En oppsummering av foreløpige vaksineeffektdata fra ni europeiske TND-studier sesongen 2025-26 ble publisert i Eurosurveillance 19. februar 2026¹². Studiene inkluderte seks enkeltlandsstudier og tre multinasjonale studier i både primærhelsetjenesten (3 stk) og sykehus (6 stk). Studien oppga hvilke vaksintyper som ble brukt i hver aldersgruppe, med andeler for hver vaksintype. For aldersgruppen 65 år og eldre varierte andelen forsterket vaksine (høydose eller adjuvantert) mellom 10-80 % i de ulike studiene. I Norge får kun et lite mindretall av de over 65 år forsterket vaksine.

Primærhelsetjenesten

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

VE totalt for influensa A fra studiene i UK og DK var henholdsvis 33 (20-43, 95% KI) prosent og 44 (35-51, 95% KI) prosent for aldersgruppen 18-64 år, og 25 (6-40, 95% KI) prosent og 45 (35-54, 95% KI) prosent for aldersgruppen 65 år og eldre. Tilsvarende var VE for A(H3N2) 33 (19-44, 95% KI) og 61 (44-73, 95% KI) prosent for aldersgruppen 18-64 år og 26 (6-42, 95% KI) prosent for aldersgruppen over 65 år i UK. Det var ingen signifikant VE fra DK for A(H3N2).

Spesialisthelsetjenesten

Flertallet av studier som undersøkte VE mot sykehusinnleggelse var fra UK. I tillegg ble det presentert resultater fra en dansk studie og en multinasjonal studie med 10 land og 97 sykehus. Andelen av de vaksinerte over 65 år som hadde fått forsterket vaksine (adjuvantert eller høydose) varierte mellom 10 prosent og 80 prosent.

Total VE for influensa A mot sykehusinnleggelse for aldersgruppen over 65 år lå mellom 27-36 prosent for de 6 studiene. Bare studiene fra UK viste signifikant VE mot A(H3N2). For

¹¹ [Eurosurveillance | Interim vaccine effectiveness against influenza virus among outpatients, France, October 2025 to January 2026](#)

¹² [Eurosurveillance | Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A\(H3N2\) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026](#)

¹³ [Effectiveness of seasonal influenza vaccine 2025/2026 among persons 65 years and older: a cohort study in Stockholm County, Sweden - ScienceDirect](#)

aldersgruppen 65 år og eldre lå den mellom 26-30 prosent. Kun tre av studiene (alle fra UK) har signifikant VE i aldersgruppen 18-64 år (24-29 prosent). For aldersgruppen 18-64 år var det bare en stor engelsk studie fra akuttmottak («emergency department») som hadde signifikant VE for A(H3N2) på 32 prosent.

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

REGISTERBASERT KOHORT

En registerbasert kohortstudie¹³ blant 415 779 hjemmeboende personer i alderen 65 år og eldre i Stockholm fylke undersøkte effekten av influensavaksine i perioden 3. november 2025 til 22. februar 2026, da influensa A(H3N2) subklade K dominerte. Omtrent to tredjedeler av deltakerne var vaksinert, og kun standarddose vaksine ble benyttet. Studien viser at sesonginfluensavaksinen ga lav til moderat beskyttelse mot influensa og influensarelaterte helsetjenstekontakter, samt moderat beskyttelse mot dødelighet blant eldre. Vaksineeffektiviteten var 38 % mot influensa generelt, 27 % mot polikliniske konsultasjoner, 39 % mot sykehusinnleggelser og 56 % mot død av alle årsaker innen 30 dager etter influensarelatert sykehusinnleggelse. Resultatene var tilsvarende i de ulike aldersgruppene (≥65 år, 66-74 år og ≥75 år)

Utgitt av Folkehelseinstituttet
September 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no