

Statusrapport for luftveisinfeksjoner

Uke 10 (2025)

Publiseringsdato 14.03.2025



Innhold

Sammendrag	3
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt	5
Influsalignende sykdom (ILS)	7
Testing og påvisninger	11
Luftveisagens	11
Meldte tilfeller av kikhoste gjennom MSIS	17
Luftveivirus gjennom fyrårnsystemet	18
Overvåking av virus	22
Sirkulerende influensavirus i Norge	22
Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge	30
Sirkulerende RS-virus i Norge	31
Resistens mot antivirale midler	33
Influsavirus	33
SARS-CoV-2	33
Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon	34
Sykehusinnleggelser	35
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter	35
Innleggelser i intensivavdeling	38
Intensivinnleggelser med covid-19	38
Intensivinnleggelser med influensa	38
Dødelighet	39
Totaldødelighet	39
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	40
Vaksinasjon mot covid-19	42
Vaksinasjonsdekning i befolkningen	42
Vaksineeffekt	44
Vaksinasjon mot influensa	46
Vaksinedistribusjon	46

Vaksinasjonsdekning i befolkningen	46
Vaksineeffekt	48
Luftveisinfeksjoner globalt	49
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	50
Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa	50
Innleggelser i intensivavdeling	50
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)	50
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	50
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	50
Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten	51
Totaldødelighet	51
Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)	51
Virologisk overvåking	51

Sammendrag

- Vinterens influensautbrudd er pågående. Det ser nå ut til at utbruddets hovedtopp er passert og det vurderes som sannsynlig at nedgangen vil fortsette, selv om det fortsatt må ventes mye influensasmitte i de nærmeste ukene. Vaksine mot influensa og covid-19 bør fortsatt tilbys eldre og andre risikogrupper som ikke har blitt vaksinert tidligere denne sesongen.
- Influenza: Andel konsultasjoner med influensalignende sykdom i primærhelsetjenesten har gått ned sist uke. Andel prøver med påvist influensavirus gikk ned til 25 % i uke 10, etter 31 % i uke 9 og 34 % i uke 8. Det er influensa A-virus som har dominert så langt, og som har hatt størst nedgang. Det har vært mer H1N1- enn H3N2-virus. Forekomsten av influensasmitte er høyest i aldersgruppen 5-14 år, og siden uke 8 er det influensa B som er vanligst i denne gruppen. Det er rapportert omtrent 460 prøver med påvist influensavirus blant innlagte i uke 10, etter 610 prøver uken før. Det er foreløpig rapportert om 11 innleggelser i intensivavdeling med influensa i uke 10, etter 19 i uke 9 og 27 i uke 8. Antallet for siste uker kan bli etterjustert. Det er varslet flere utbrudd med influensa fra helseinstitusjoner de siste ukene.
- RS-virusinfeksjon: Det er svakt økende forekomst av RS-virusinfeksjon, som fortsatt er på et relativt lavt nivå i befolkningen. Andel prøver med påvist RS-virus var på 9 % i uke 10, etter 8 % i uke 9 og 7 % i uke 8. Forekomsten er derimot på et høyere nivå i aldersgruppen 0–4 år, hvor andel prøver med påvist RS-virus var på 28 % i uke 10. I denne aldersgruppen ser det ut til å være omtrent lik forekomst av RS-virusinfeksjon og influensa.
- Infeksjon med humant metapneumovirus (hMPV): Forekomsten er stabil. Andel prøver med påvist hMPV var på 7 % i uke 7, 8, 9 og 10. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0–4 år.
- Covid-19: Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 er på et svært lavt nivå (rundt 1 % siste 3 uker). Rekombinanten XEC er den hyppigst forekommende enkeltvarianten.
- Totaldødeligheten er innenfor forventet nivå for denne tiden av året.
- Vaksinasjon mot influensa: Det er registrert over 1,3 millioner vaksinasjoner i Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, hvorav over 686 000 er i aldersgruppen over 65 år. Per 9. mars er 65 % i denne aldersgruppen vaksinert, som er på omtrent samme nivå som dekningen på samme tid forrige sesong. Se [Vaksineanbefalinger](#) for sesongen 2024–25.
- Vaksinasjon mot covid-19: Per 9. mars er 50 % i aldersgruppen 65 år og eldre vaksinert. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn på samme tid forrige sesong.
- Vaksine- og smittevernråd: Hovedmålet med smittevernrådene er å redusere smitte til personer som har høyere risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner, som spedbarn, kronisk syke og eldre. Se [Luftveisinfeksjoner – råd og informasjon til befolkningen](#) og [Råd til personer med risiko for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner](#). Beskyttelse av risikogruppene gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot [covid-19](#), [influensa](#) og [pneumokokksykdom](#).
- Antiviralia mot influensa: Antiviral behandling kan redusere risikoen for alvorlig sykdomsforløp. Personer med risiko for alvorlig influensas sykdom kan sammen med sin lege vurdere behovet for antiviral behandling så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Se [Bruk av antiviralia mot influensa](#). Sykehus, sykehjem og apotek bør normalt ha antivirale legemidler mot influensa tilgjengelig.

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

Sykdom	Uke						
	5	6	7	8	9	10	Fra 8 til 10
Luftveisinfeksjoner							Endring (95 % KI)
Andel konsultasjoner for luftveisinfeksjoner blant alle konsultasjoner	15,6 % ▲	16,2 % ▲	16,8 % ▲	18,1 % ▲	16,9 %	15 % ▼	-10,6 % (-11,4 %, -9,8 %)
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	149	134	124 ▲	161 ▲	174 (174-184)*	178 (178-235)*	8,4 % (-3,4 %, 22,8 %)
Covid-19							
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 blant de testede	2,1 % ▼	1,9 % ▼	1,5 % ▼	1,4 % ▼	1,3 % ▼	0,91 % ▼	-22,1 % (-31,9 %, -12,5 %)
Antall covid-19 tilfeller meldt til MSIS	324 ▼	317 ▼	254 ▼	230 ▼	206 (206-207)* ▼	126 (126-157)* ▼	-26,5 % (-39,4 %, -13,1 %)
Andel positive prøver for SARS-CoV-2 (Fyrtårnsystemet)	4,2 %	1,8 %	2,6 %	2,1 %	0,99 %	1 %	-40,9 % (-178,4 %, 68,2 %)
Antall positive prøver for SARS-CoV-2 blant innlagte	51 ▼	56 ▼	53 ▼	52 ▼	33 ▼	26 (26-30)* ▼	-34,7 % (-58,4 %, -10,7 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med covid-19	1	2	2	0	0	1	-
Influenza							
Andel konsultasjoner med influensadiagnose blant alle konsultasjoner	1,5 % ▲	1,9 % ▲	2,2 % ▲	2,8 % ▲	2,8 % ▲	2,4 % ▼	-6,2 % (-8,1 %, -4,3 %)
Andel positive prøver for influensavirus blant de testede (MSIS labdatabasen)	27,8 % ▲	31,3 % ▲	31,8 % ▲	34,4 % ▲	30,8 %	25,3 % ▼	-21,7 % (-24 %, -19,4 %)
Andel positive prøver for influensavirus (Fyrtårnsystemet)	25,8 % ▲	31,8 %	40,2 % ▲	39,6 %	36,3 %	31,2 %	-18 % (-45,2 %, 8,9 %)
Antall positive prøver for influensavirus blant innlagte	512 ▲	593	606 ▼	680 ▼	610 ▼	457 (457-498)* ▼	-18,5 % (-24,7 %, -12 %)
Antall innleggelses i intensivavdeling med influensa	14	21	23	27 (27-32)*	19 (19-34)*	11 (11-69)*	-13,7 % (-60,9 %, 50,8 %)
RS-virusinfeksjon							
Andel positive prøver for RS-virus blant de testede	5,3 % ▲	5,6 % ▲	6,7 % ▲	7,4 % ▲	8,3 % ▲	8,7 % ▲	8,5 % (4,5 %, 12,5 %)
Andel positive prøver for RS-virus (Fyrtårnsystemet)	5,8 %	10,9 %	6,8 %	8,3 %	9,9 %	6,2 %	-11,9 % (-60,8 %, 34,9 %)
Antall positive prøver for RS-virus blant innlagte	97 ▲	112 ▲	152 ▲	157	157	173	5 % (-6,1 %, 15,6 %)
Humant metapneumovirus infeksjon							
Andel positive prøver for humant metapneumovirus	6,1 % ▲	6,4 % ▲	6,8 % ▲	6,6 %	6,8 %	7 %	3,6 % (-1 %, 8,2 %)
Antall positive prøver for humant metapneumovirus blant innlagte	73 ▲	73	87	90	87	70	-12,3 % (-28,4 %, 3,2 %)
Kikhoste							
Andel positive prøver for <i>Bordetella pertussis</i> blant de testede	1,1 %	1,1 % ▼	0,81 % ▼	0,87 %	0,78 %	0,64 % ▼	-14,6 % (-27,7 %, -1,7 %)
Antall kikhostetilfeller meldt til MSIS	199	183 ▼	145 ▼	153 ▼	125 (125-126)* ▼	89 (89-119)* ▼	-23,8 % (-37,5 %, -7,7 %)
M. pneumoniae-infeksjon							
Andel positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant de testede	7 % ▼	6 % ▼	4,7 % ▼	3,9 % ▼	3,4 % ▼	3,8 %	-1,7 % (-7,5 %, 4,1 %)
Antall positive prøver for <i>Mycoplasma pneumoniae</i> blant innlagte	59	40 ▼	35	22	14	22	0,39 % (-30,1 %, 32,3 %)

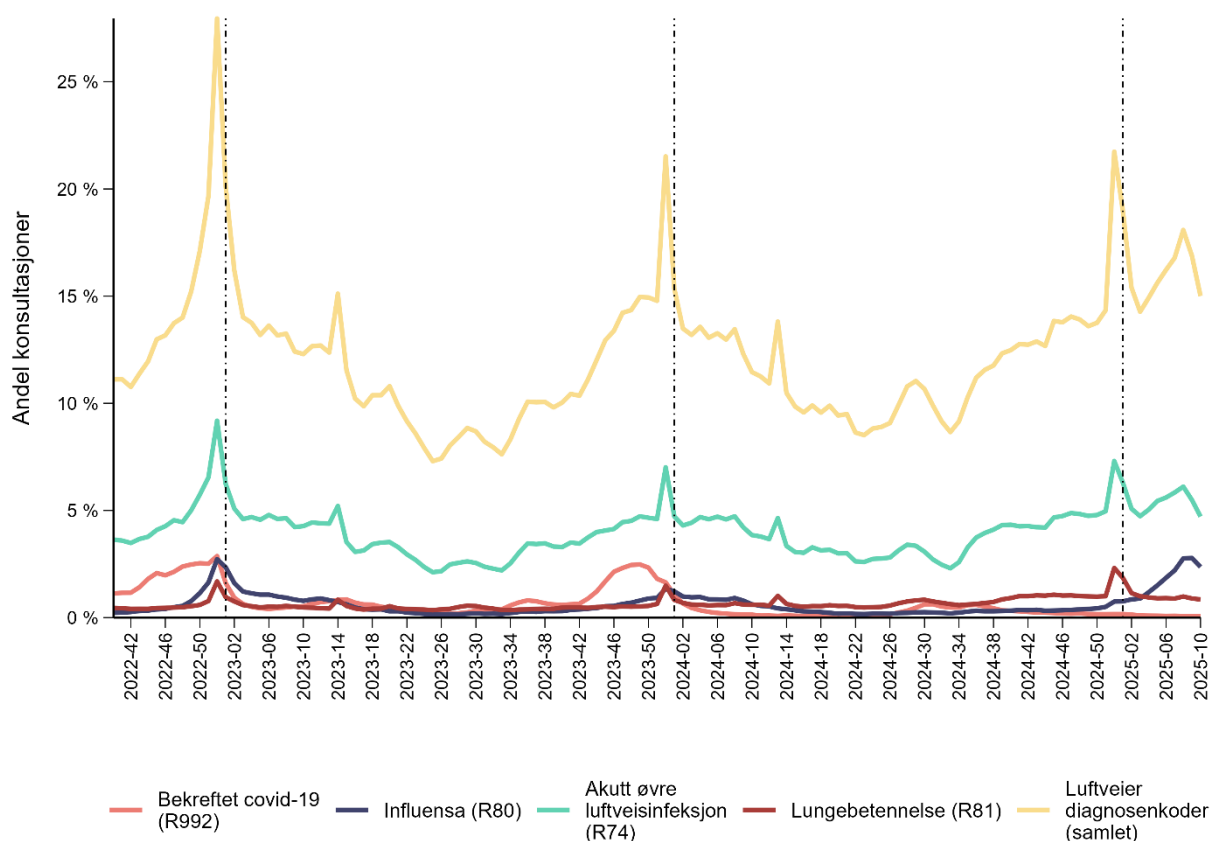
*Det er forsinkelse i rapporteringen. Antall tilfeller oppgitt som intervall i parentes viser korreksjon for tid mellom innleggelses- eller prøvedato og dato for registrering (nowcasting). For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten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

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt

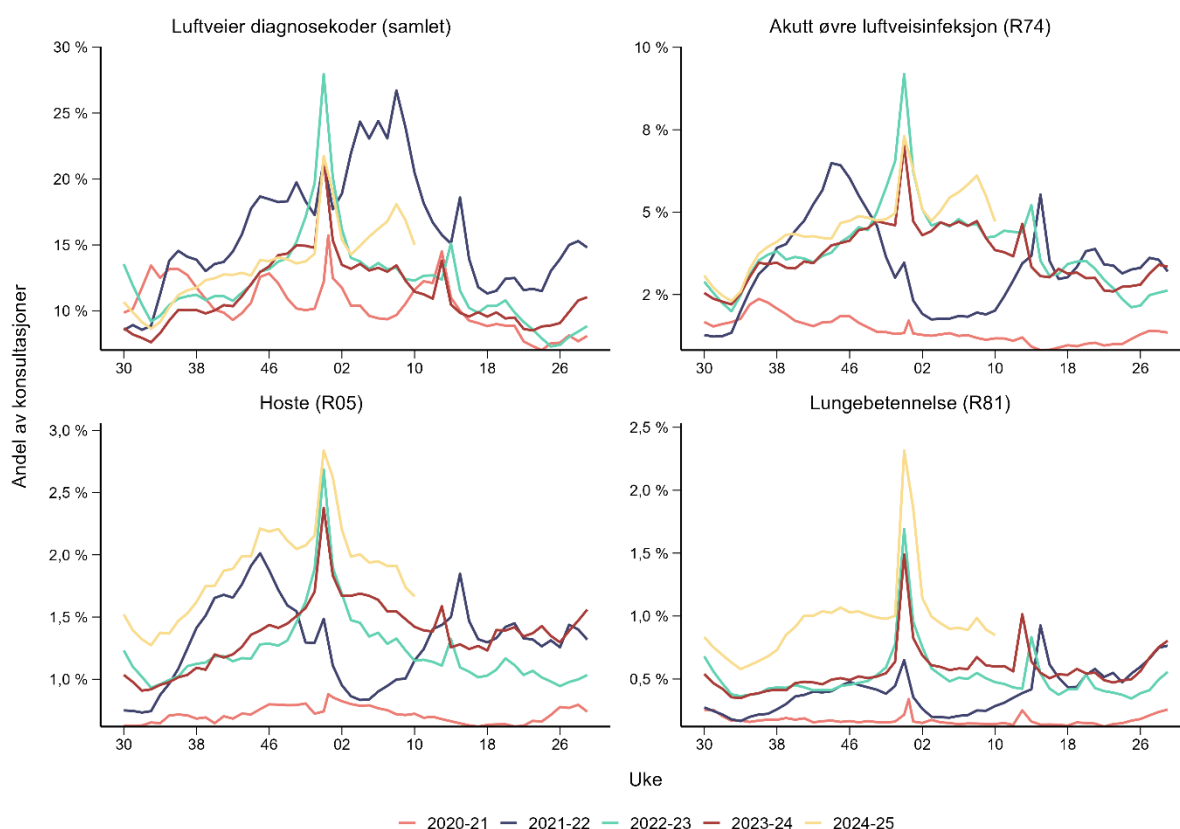
Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der en diagnosekode er satt via det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) som er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. Overvåkingen gir 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 12.03.2025.

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.

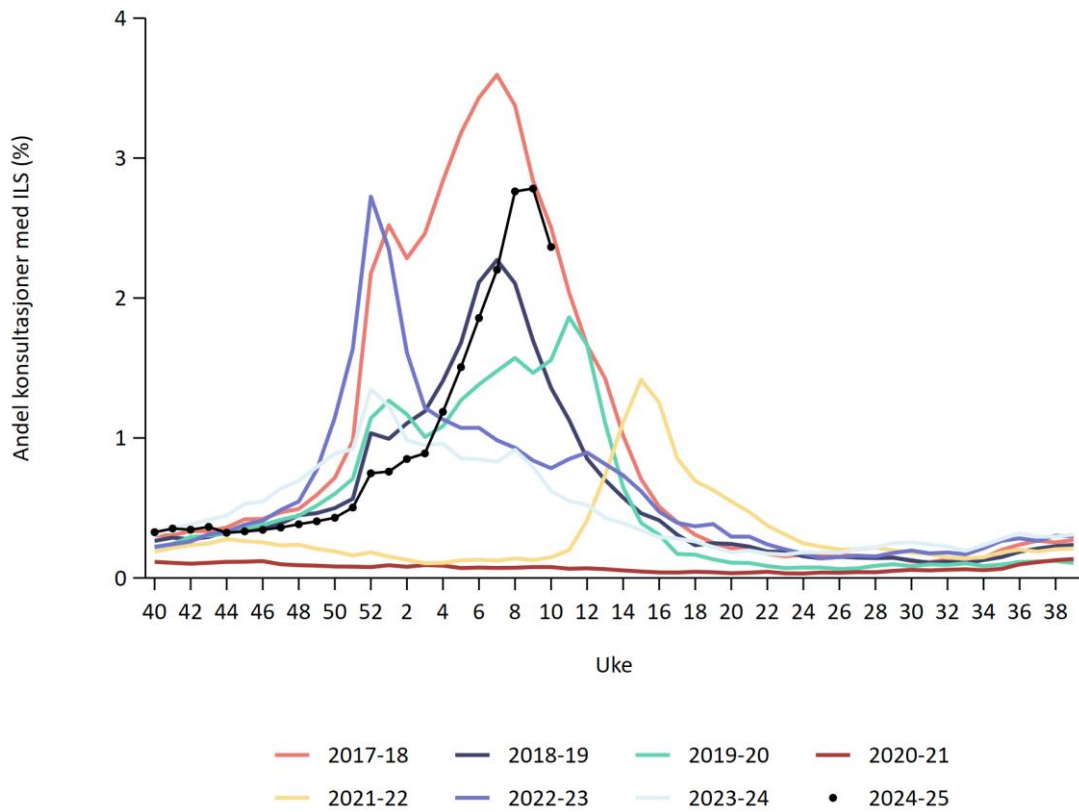


Figur 1. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon-, lungebetennelse og luftveis-diagnosekoder (samlet), 09.03.2020 - 09.03.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023 og 2024. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. *I «Luftveisdagnosekoder (samlet)» er følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

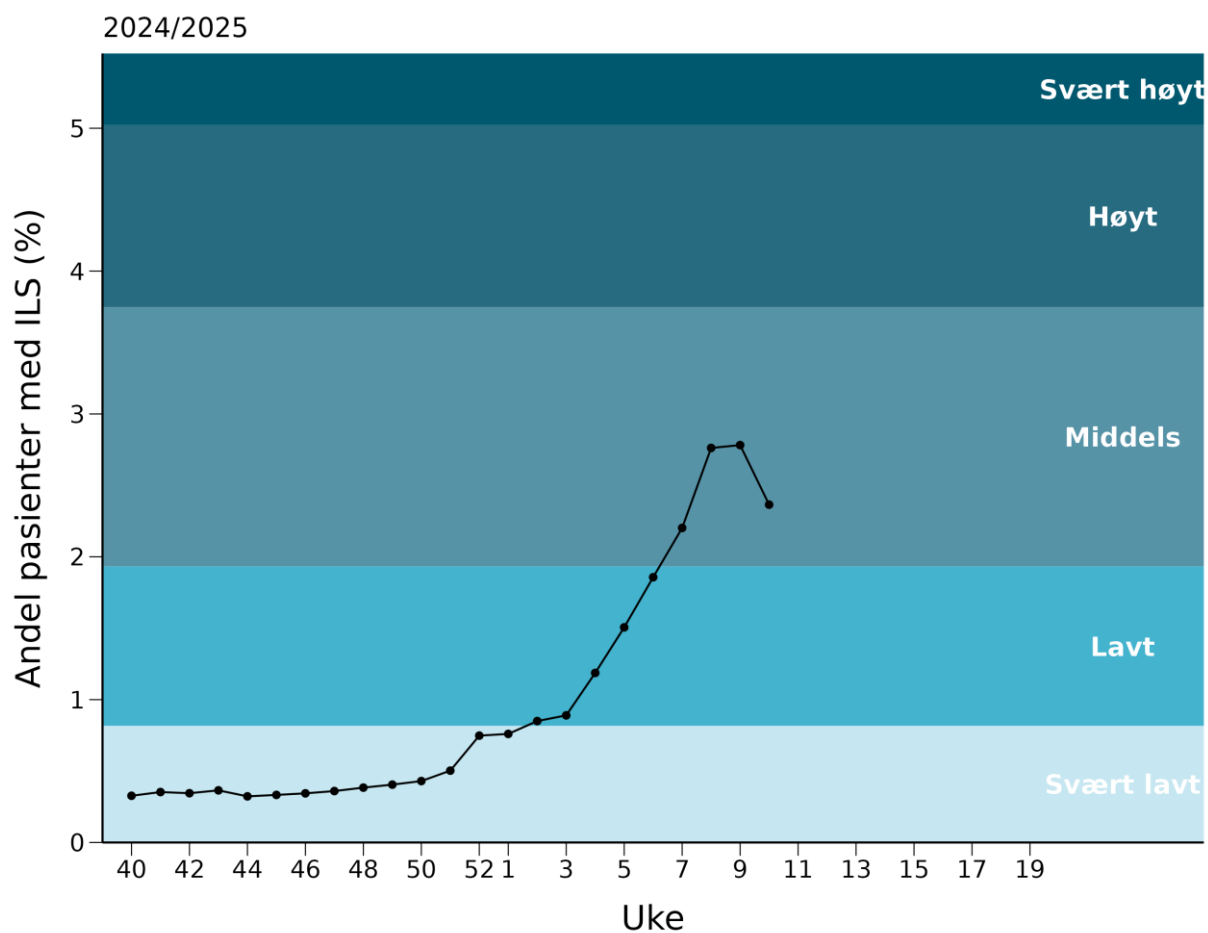


Figur 2. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet), akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste og lungebetennelse etter sesong 20.07.2020 - 09.03.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. I «Luftveisd Diagnosekoder samlet» er følgende ICD-10 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Influensalignende sykdom (ILS)

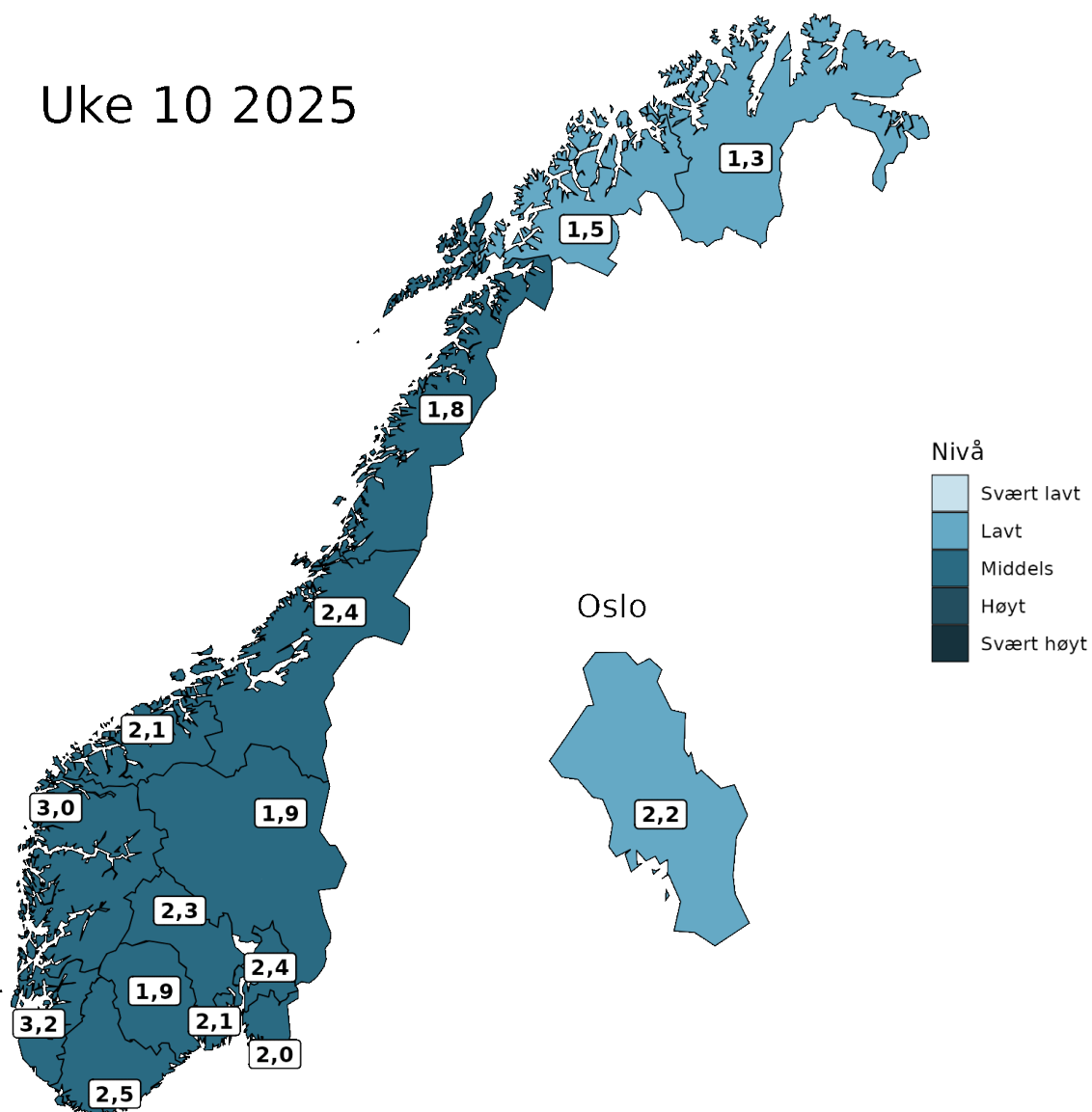


Figur 3. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 02.10.2017 - 09.03.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



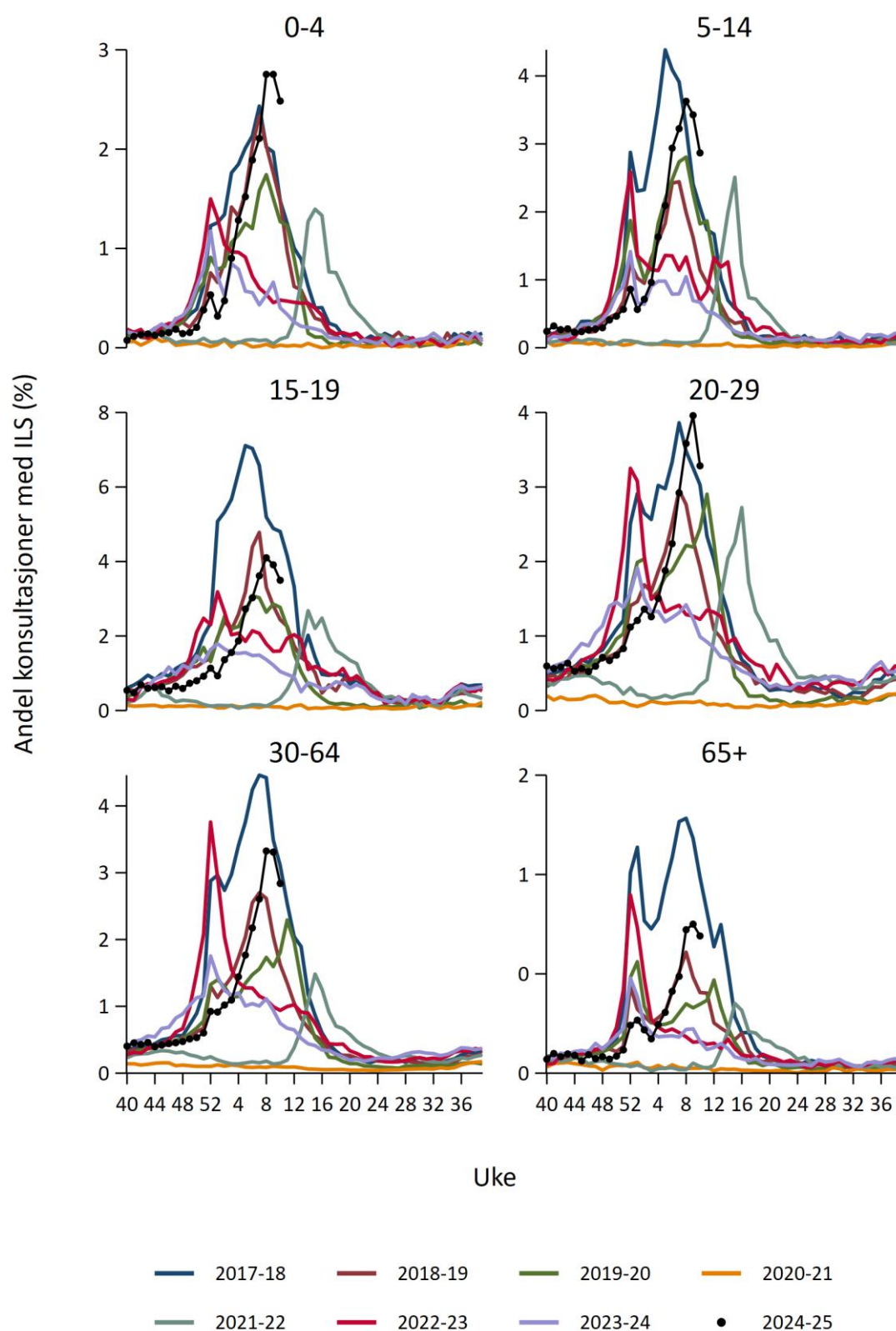
Figur 4. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), nasjonalt, 30.09.2024 – 09.03.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Uke 10 2025



Oppdatert 12.03.2025

Figur 5. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), per fylke, 03.03.2025 - 09.03.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 6. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong og aldergruppe, 02.10.2017 - 09.03.2025. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

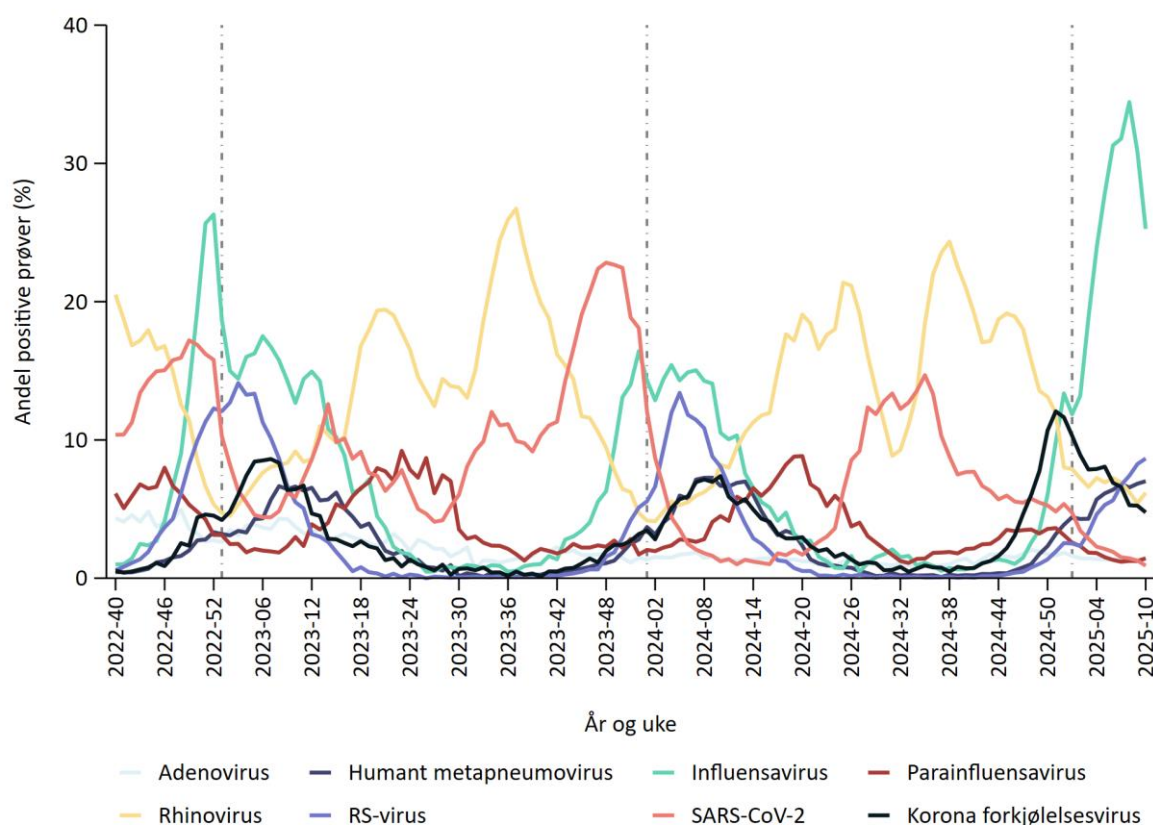
Testing og påvisninger

Luftveisagens

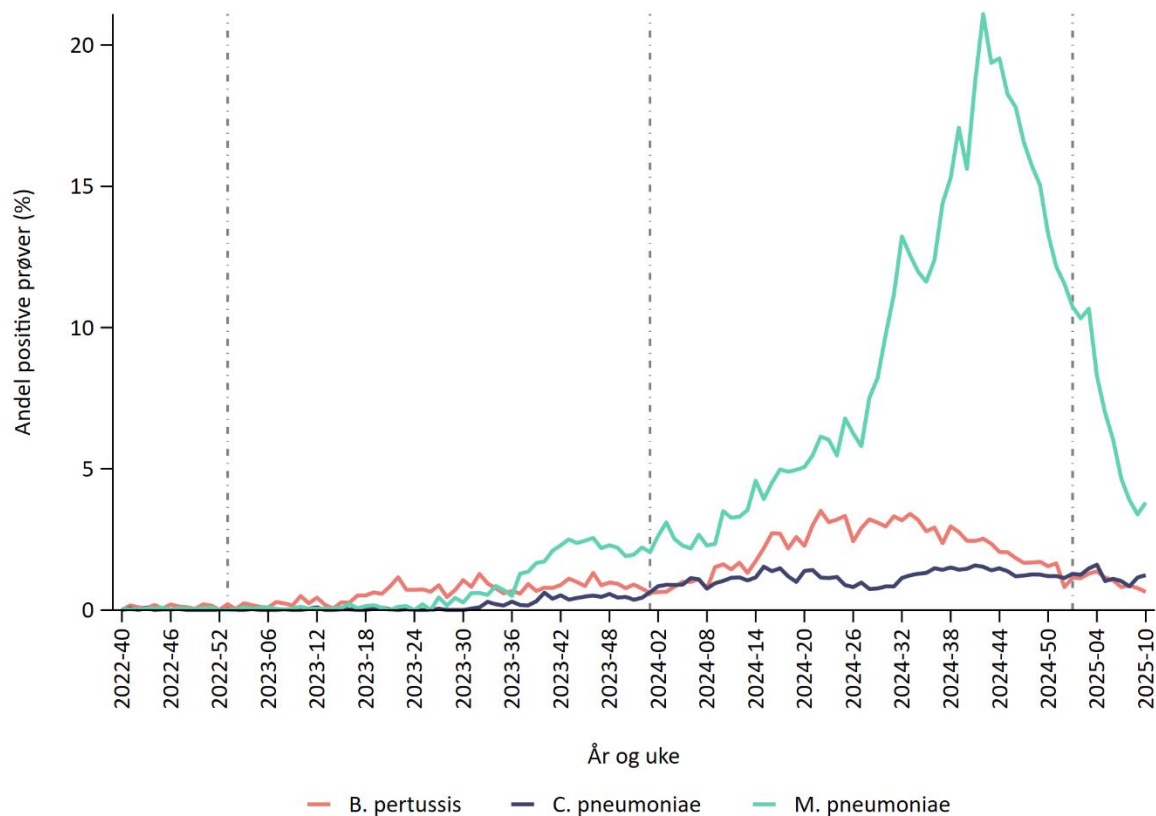
Positive og negative prøveresultater for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus (A, B), humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus (humant rhinovirus), SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae*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

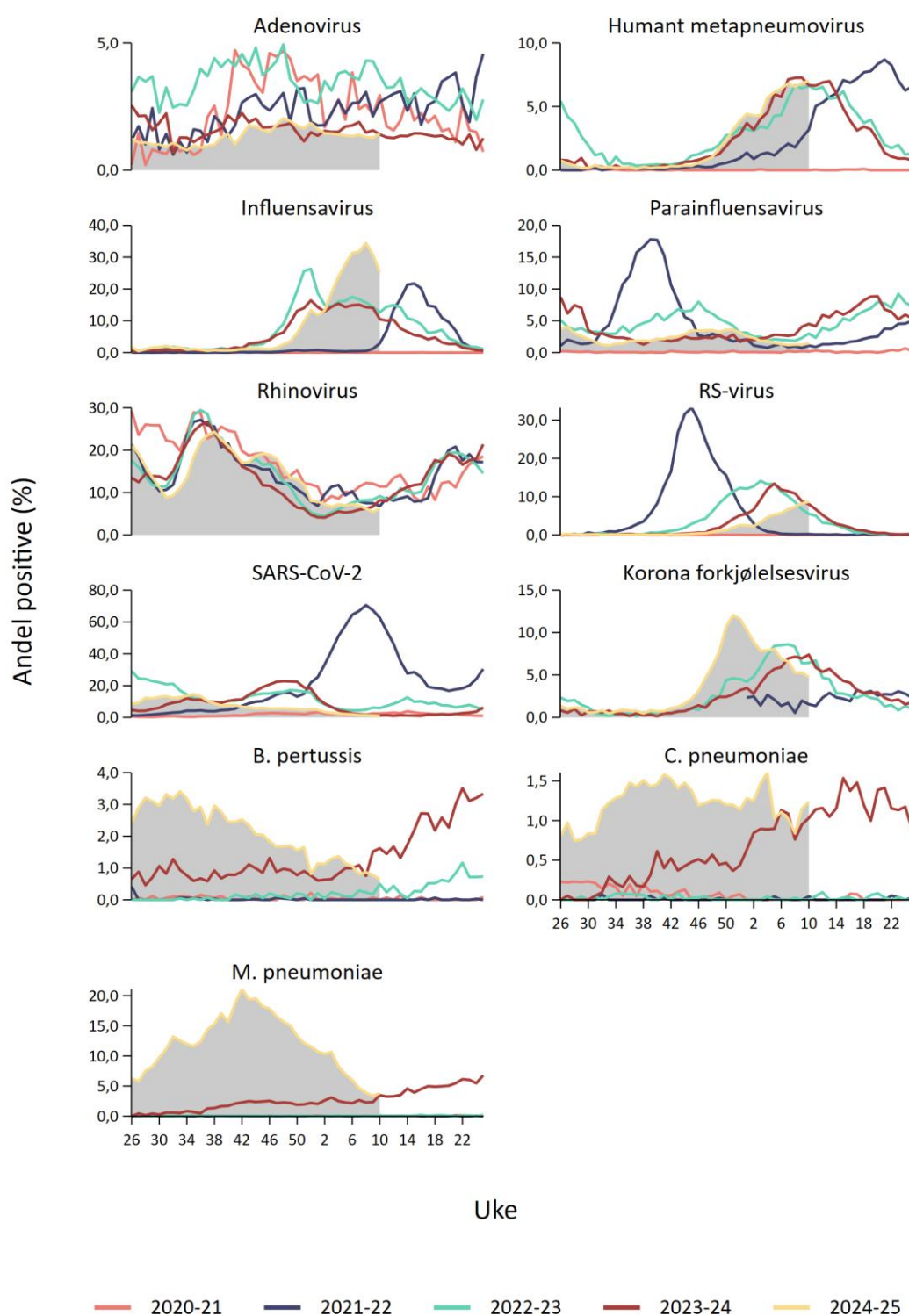
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 12.03.2025.



Figur 7. Andel PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, Norge, 03.10.2022–09.03.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

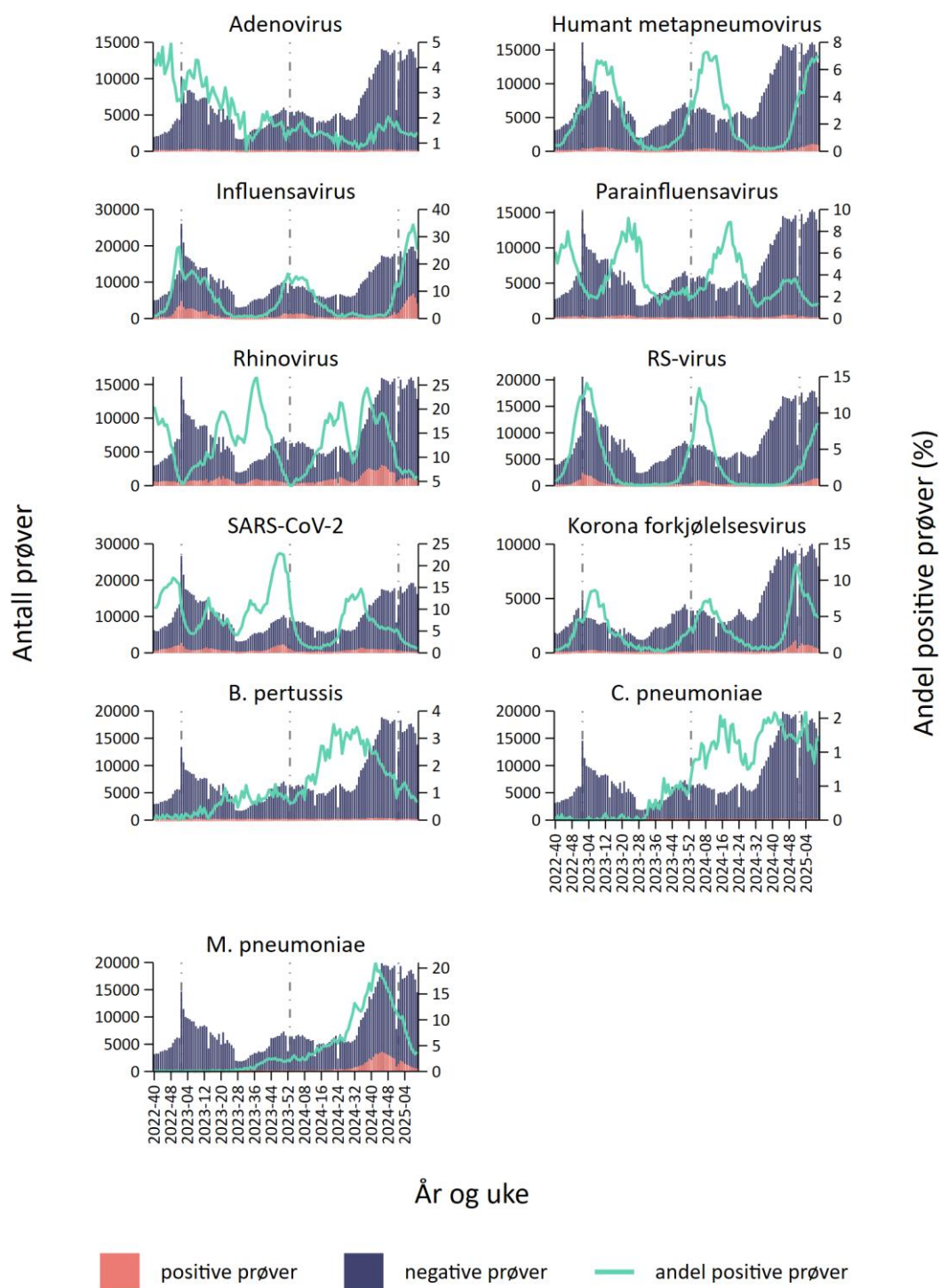


Figur 8. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, Norge, 03.10.2022 – 09.03.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 9. Andel analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, 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 – 09.03.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen



*Merk at y-aksene er ulike for hver agens

Figur 10. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, influensavirus, humant metapneumovirus, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, rhinovirus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, etter sesong, 03.10.2022 – 09.03.2025. Svart stiple 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, 27.01.2025 – 09.03.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Type	Uke						Endring (95 % KI) ¹ uke 8-10
		5	6	7	8	9	10	
Adenovirus i luftveisprøver	Andel positive	1,4 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %	5 % (-5,8 %, 15,8 %)
	Antall positive	181	187	196	178	164	165	-
	Antall tester	13 251	14 039	14 085	13 729	12 864	11 503	-
Humant metapneumovirus	Andel positive	6,1 % ▲	6,4 % ▲	6,8 % ▲	6,6 %	6,8 %	7 %	3,6 % (-1 %, 8,2 %)
	Antall positive	922	1 013	1 099	1 036	1 005	920	-
	Antall tester	15 010	15 826	16 137	15 774	14 694	13 105	-
Influenzavirus	Andel positive	27,8 % ▲	31,3 % ▲	31,8 % ▲	34,4 % ▲	30,8 %	25,3 % ▼	-21,7 % (-24 %, -19,4 %)
	Antall positive	5 022	5 980	6 274	6 814	5 729	4 142	-
	Antall tester	18 034	19 100	19 738	19 786	18 587	16 394	-
Parainfluenzavirus	Andel positive	1,5 % ▼	1,3 % ▼	1,2 % ▼	1,3 %	1,2 %	1,4 %	7,1 % (-3,4 %, 17,5 %)
	Antall positive	217	200	184	189	175	180	-
	Antall tester	14 250	15 084	15 429	15 057	14 038	12 459	-
Rhinovirus	Andel positive	6,9 %	7,3 %	6,9 %	6,2 % ▼	5,4 % ▼	6,2 %	-0,78 % (-5,7 %, 4,1 %)
	Antall positive	1 033	1 141	1 108	968	784	794	-
	Antall tester	14 911	15 737	16 012	15 569	14 420	12 849	-
RS-virus	Andel positive	5,3 % ▲	5,6 % ▲	6,7 % ▲	7,4 % ▲	8,3 % ▲	8,7 % ▲	8,5 % (4,5 %, 12,5 %)
	Antall positive	884	993	1 211	1 321	1 376	1 295	-
	Antall tester	16 664	17 629	17 955	17 829	16 657	14 946	-
SARS-CoV-2	Andel positive	2,1 % ▼	1,9 % ▼	1,5 % ▼	1,4 % ▼	1,3 % ▼	0,91 % ▼	-22,1 % (-31,9 %, -12,5 %)
	Antall positive	375	357	292	277	232	147	-
	Antall tester	17 685	18 672	19 221	19 206	18 151	16 162	-
Korona forkjølelsesvirus	Andel positive	8,1 %	6,9 % ▼	6,6 % ▼	5,3 % ▼	5,3 % ▼	4,8 %	-5,2 % (-12 %, 1,5 %)
	Antall positive	750	679	662	504	459	379	-
	Antall tester	9 292	9 836	10 030	9 540	8 742	7 957	-
B. pertussis	Andel positive	1,1 %	1,1 % ▼	0,81 % ▼	0,87 %	0,78 %	0,64 % ▼	-14,6 % (-27,7 %, -1,7 %)
	Antall positive	192	185	144	148	124	89	-
	Antall tester	16 716	17 557	17 672	17 055	15 949	13 800	-
C. pneumoniae	Andel positive	1 % ▼	1,1 % ▼	1 %	0,84 % ▼	1,2 %	1,2 % ▲	19,3 % (8,6 %, 29,9 %)
	Antall positive	180	203	191	150	194	179	-
	Antall tester	17 542	18 331	18 601	17 901	16 826	14 482	-
M. pneumoniae	Andel positive	7 % ▼	6 % ▼	4,7 % ▼	3,9 % ▼	3,4 % ▼	3,8 %	-1,7 % (-7,5 %, 4,1 %)
	Antall positive	1 229	1 109	867	698	572	553	-
	Antall tester	17 591	18 402	18 632	17 918	16 876	14 529	-

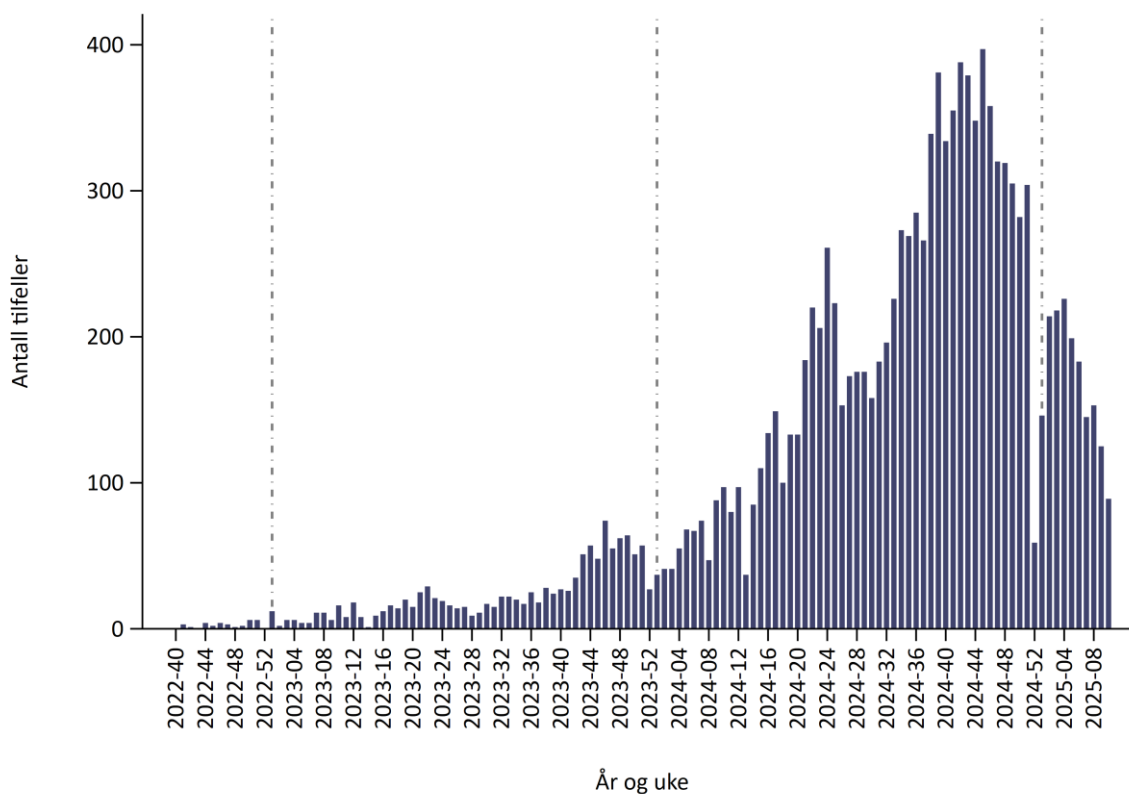
¹ For å kategorisere trenden beregner vi en vekstrate de siste 3 ukene. Trenden er økende (pil opp ▲) dersom sannsynligheten for at vekstraten er økende er mer enn 97,5 %, synkende (pil ned ▼) dersom sannsynligheten for at vekstraten er synkende er mer enn 97,5 % og usikker (ingen pil) dersom vekstraten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

Tabell 3. Antall analyser gjort, antall analyser positive, andel analyser positive for humant metapneumovirus, influensavirus, respiratorisk syncytialvirus (RSV), korona forkjølelsesvirus og *Mycoplasma pneumoniae* etter alder de siste 2 ukene, 24.02.2025 – 09.03.2025. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

Smittestoff	Alder (år)	Uke 9			Uke 10		
		Antall tester (per 100000)	Antall positive (per 100000)	Andel positive (%)	Antall tester (per 100000)	Antall positive (per 100000)	Andel positive (%)
Humant metapneumovirus							
	0-4	1523 (551,7)	154 (55,8)	10,1	1404 (508,6)	177 (64,1)	12,6
	5-14	1353 (213,1)	96 (15,1)	7,1	1239 (195,1)	79 (12,4)	6,4
	15-29	2130 (205,3)	124 (12)	5,8	1808 (174,3)	90 (8,7)	5,0
	30-64	6210 (242)	393 (15,3)	6,3	5534 (215,7)	357 (13,9)	6,5
	65-79	2307 (295,9)	152 (19,5)	6,6	2082 (267)	142 (18,2)	6,8
	80+	1171 (456,6)	86 (33,5)	7,3	1038 (404,7)	75 (29,2)	7,2
Influensavirus							
	0-4	1699 (615,4)	530 (192)	31,2	1569 (568,3)	434 (157,2)	27,7
	5-14	1561 (245,8)	733 (115,4)	47,0	1366 (215,1)	582 (91,6)	42,6
	15-29	2523 (243,2)	938 (90,4)	37,2	2113 (203,7)	599 (57,7)	28,3
	30-64	7578 (295,4)	2397 (93,4)	31,6	6653 (259,3)	1749 (68,2)	26,3
	65-79	3296 (422,7)	756 (97)	22,9	2987 (383,1)	518 (66,4)	17,3
	80+	1930 (752,5)	375 (146,2)	19,4	1706 (665,1)	260 (101,4)	15,2
RS-virus							
	0-4	1646 (596,2)	488 (176,8)	29,6	1533 (555,3)	436 (157,9)	28,4
	5-14	1463 (230,4)	95 (15)	6,5	1332 (209,7)	84 (13,2)	6,3
	15-29	2298 (221,5)	104 (10)	4,5	1980 (190,9)	123 (11,9)	6,2
	30-64	6847 (266,9)	406 (15,8)	5,9	6120 (238,5)	364 (14,2)	5,9
	65-79	2838 (364)	184 (23,6)	6,5	2579 (330,8)	182 (23,3)	7,1
	80+	1565 (610,2)	99 (38,6)	6,3	1402 (546,6)	106 (41,3)	7,6
Korona forkjølelsesvirus							
	0-4	931 (337,2)	68 (24,6)	7,3	884 (320,2)	48 (17,4)	5,4
	5-14	836 (131,6)	36 (5,7)	4,3	762 (120)	23 (3,6)	3,0
	15-29	1353 (130,4)	63 (6,1)	4,7	1178 (113,6)	74 (7,1)	6,3
	30-64	3845 (149,9)	195 (7,6)	5,1	3447 (134,4)	153 (6)	4,4
	65-79	1193 (153)	62 (8)	5,2	1135 (145,6)	54 (6,9)	4,8
	80+	584 (227,7)	35 (13,6)	6,0	551 (214,8)	27 (10,5)	4,9
M. pneumoniae							
	0-4	1623 (587,9)	49 (17,7)	3,0	1467 (531,4)	39 (14,1)	2,7
	5-14	1608 (253,2)	176 (27,7)	10,9	1385 (218,1)	171 (26,9)	12,3
	15-29	2537 (244,6)	125 (12,1)	4,9	2037 (196,4)	142 (13,7)	7,0
	30-64	7238 (282,1)	204 (8)	2,8	6206 (241,9)	183 (7,1)	2,9
	65-79	2595 (332,8)	13 (1,7)	0,5	2317 (297,2)	17 (2,2)	0,7
	80+	1275 (497,1)	5 (1,9)	0,4	1117 (435,5)	1 (0,4)	0,1

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 09.03.2025.



Figur 11. Ukentlig antall meldte tilfeller av kikhoste, 03.10.2022 – 09.03.2025. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS.

Tabell 4. Antall meldte tilfeller av kikhoste etter aldersgruppe, 27.01.2025 – 09.03.2025. Kilde: MSIS.

Alder (år)	Uke					
	5	6	7	8	9	10
	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)	Antall (per 100000)
0	4 (7,6)	2 (3,8)	2 (3,8)	4 (7,6)	0 (0)	2 (3,8)
1-6	32 (9,4)	23 (6,7)	19 (5,6)	16 (4,7)	18 (5,3)	13 (3,8)
7-14	57 (11)	54 (10,4)	48 (9,3)	46 (8,9)	36 (7)	25 (4,8)
15-19	13 (3,9)	20 (6)	9 (2,7)	9 (2,7)	9 (2,7)	6 (1,8)
20-39	37 (2,5)	38 (2,6)	26 (1,8)	36 (2,4)	24 (1,6)	20 (1,3)
40-64	46 (2,6)	38 (2,1)	29 (1,6)	37 (2,1)	26 (1,5)	13 (0,7)
65+	10 (1)	8 (0,8)	12 (1,2)	5 (0,5)	12 (1,2)	10 (1)
Totalt, alle	199 (3,6)	183 (3,3)	145 (2,6)	153 (2,8)	125 (2,3)	89 (1,6)

Luftveisvirus gjennom fyrtårnsystemet

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

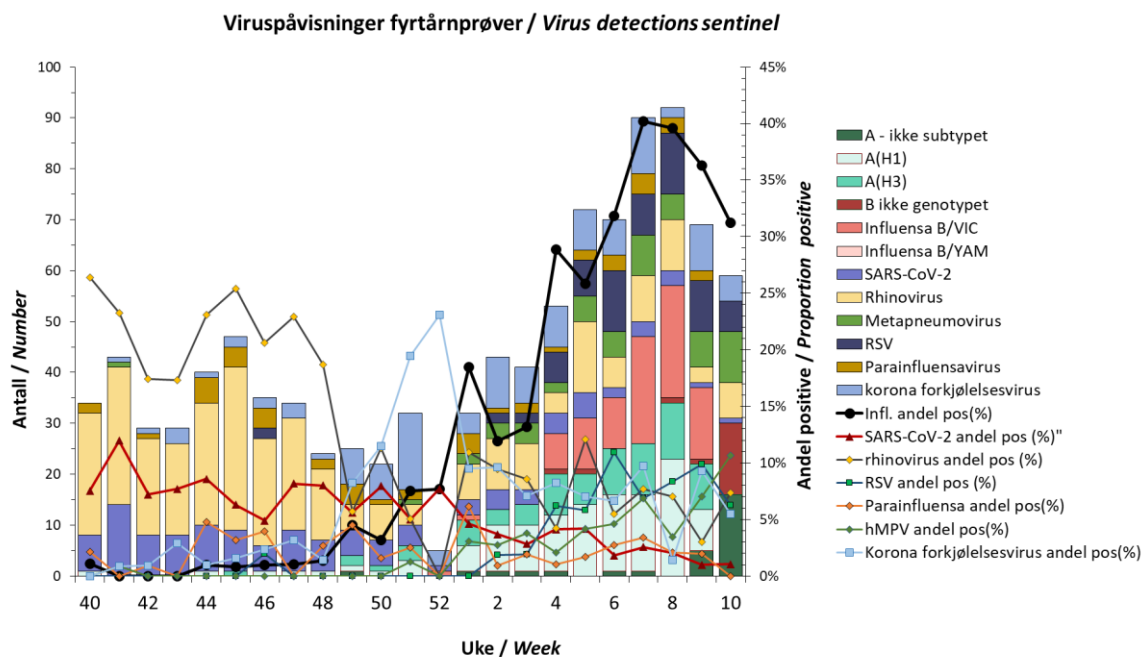
Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-labdatabasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet oppdatert 12.03.2025.

For uke 10/2025 er det hittil analysert 96 fyrtårnprøver i utvidet luftveisvirusovervåking og av disse er det påvist luftveisvirus i 59 % av prøvene. Det har vært en nedgang i påviste influensavirus siden en topp i uke 7-8 da andelen positive lå rundt 40 %; i uke 10 var andelen 31,3 % (16,7 % for influensa A og 14,6 % for influensa B). Influenza A-virus har falt mest og ligger altså nå nesten jevnt med influensavirus B. Blant influensa A-virusene har subtype H1 vært i flertall gjennom sesongen, men i uke 9 som er siste uke med subtypedata lå de to subtypene nokså jevnt. De aller fleste influensa B-virusene har blitt undersøkt med tanke på slektslinje, og de har alle vært B/Victoria.

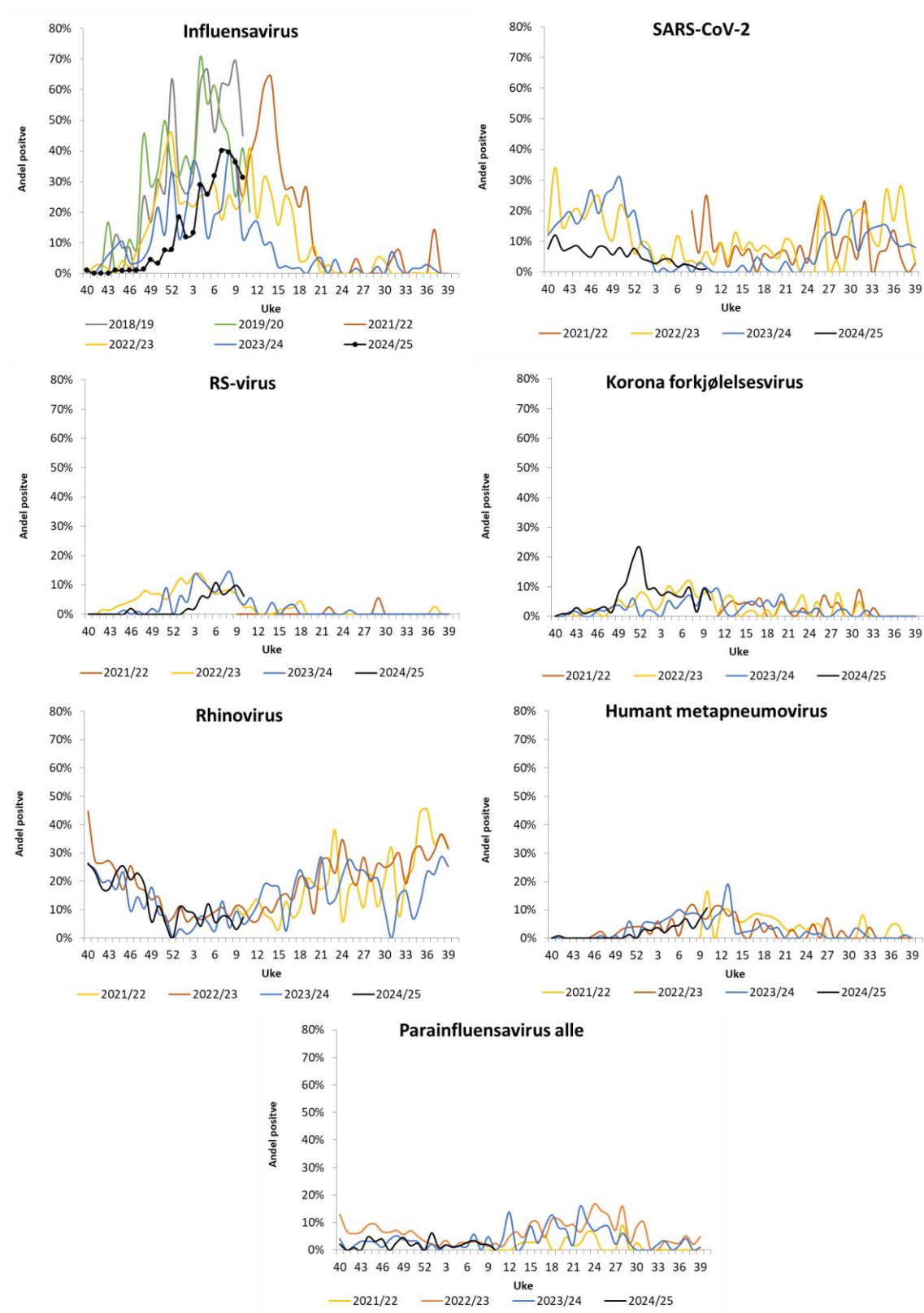
Nest hyppigst påviste virus siste uke var humant metapneumovirus (11 %), mens RS-virus, rhinovirus og korona forkjølelsesvirus lå i området 5 – 7 %. Kun 1 % av prøvene var SARS-CoV-2 positiv (Tabell 5 og Figur 12).

Så langt i denne sesongen er det undersøkt 2 243 fyrtårnprøver. Det er tatt flest prøver i aldersgruppen 30-64 år, med totalt 1 001 prøver, etterfulgt av 15-29-åringer (494), 5-14-åringer (305), 65-79-åringer (236), med lavest antall i 0-4-åringer (114) og de over 85 år (93).

Sammenlignet med tidligere sesonger (Figur 13) kom økningen av influensa litt senere enn mange foregående sesonger. 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 2021-2022-sesongen. SARS-CoV-2 har denne sesongen ligget lavere enn de foregående sesongene. Med unntak fra en topp med korona forkjølelsesvirus rundt nyttår har forekomsten for de andre luftveisvirusene ligget på lignende nivå som i disse tidligere sesongene.



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



Figur 13. Andel viruspositive fyrtårnprøver fra siste sesong (inkludert uke 40/2024), sammenlignet med foregående sesonger. Siste ukes data er ukomplette. Grunnet testpraksis under covid-19-pandemien var Fyrtårnsystemet ikke operativt i perioden fra våren 2020 til midtvinters 2022. Kilde: MSIS Laboratedatabasen og nasjonalt influensasenter.

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

Uke	5	6	7	8	9	10
Antall prøver	120	110	117	144	102	96
Influenzavirus	25,8 %	31,8 %	40,2 %	39,6 %	36 %	31 %
Influenza A-virus	17 %	23 %	22 %	24 %	22 %	17 %
Influenza B-virus	9 %	9 %	18 %	16 %	15 %	15 %
SARS-CoV-2	4 %	2 %	3 %	2 %	1 %	1 %
RS-virus	6 %	11 %	7 %	8 %	10 %	6 %
Rhinovirus	12 %	6 %	8 %	7 %	3 %	7 %
Parainfluenzavirus	2 %	3 %	3 %	2 %	2 %	0 %
Humant metapneumovirus	4 %	5 %	7 %	3 %	7 %	11 %
Korona forkjølelsesvirus	7 %	6 %	9 %	1 %	9 %	5 %

Overvåking av virus

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

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

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

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-lab-databasen og nasjonalt influensasenter, Folkehelseinstituttet, oppdatert 12.03.2025.

Genetisk karakterisering av luftveisvirusene

Forekomst og endringer i virus undersøkes med helgenomsekvensering av prøver som sendes inn gjennom luftveisvirus overvåkingssystemene til det aktuelle nasjonale referanselaboratoriet ved FHI. Datauttrekk og analyse for SARS-CoV-2 og influensa gjøres månedlig, for RS-virus noe sjeldnere. Genetisk karakteriseringsdata vil derfor framover hovedsakelig oppdateres i rapporten en gang i måneden. Oppdaterte tall fra Norge på ECDC hovedkategorier av SARS-CoV-2 varianter ([VOC, VOI og VUM](#)) kan også finnes her: FHI Statistikk.

Helgenomsekvenser fra overvåkingen publiseres også månedlig i GISAID databasene EpiCoV, EpiFlu og RS-virus i EpiRSV. Analysetilgang for samlede norske SARS-CoV-2, influensa og RS-virus sekvenser (også sekvenser som ikke er offentlig tilgjengelig gjennom GISAID) er tilgjengeliggjort av FHI i FHIs eget NextStrain analyserom: <https://nextstrain.org/groups/niph>.

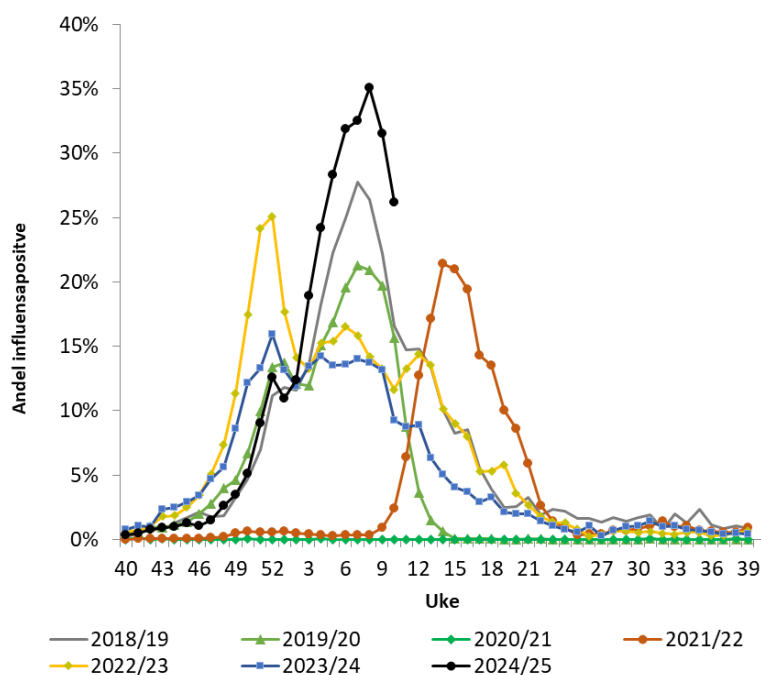
Sirkulerende influensavirus i Norge

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

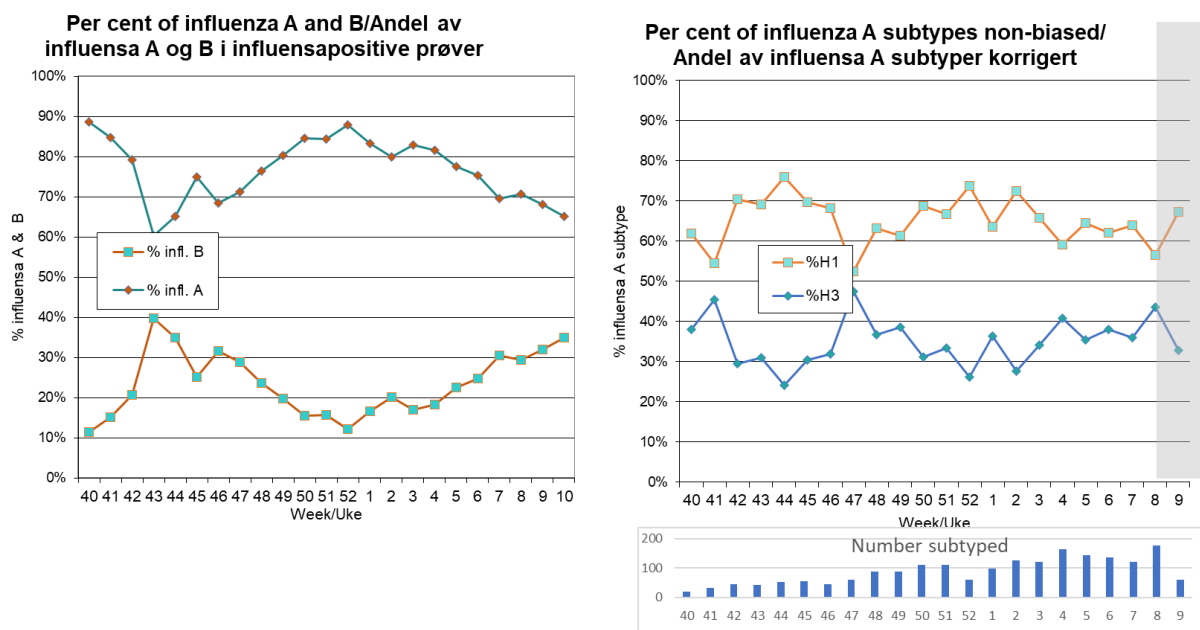
Siden uke 40, som markerte sesongstart, er prøver fra 353 389 pasienter undersøkt for influensavirus, noe som er uvanlig høyt. Dette kan skyldes stort behov for testing i forbindelse med det store mykoplasmautbruddet i høst, men ser nå til å være mer holdt oppe av mange prøver fra influensaspyke.

Den første tydelige økningen i påvisninger kom rundt uke 49, med kryssing av terskelen for utbrudd på landsbasis (10 % positive) i uke 51. Etter en liten stagnasjon tidlig i januar har stigningen fortsatt og andelen positive nådde i uke 8 35,1 % (Figur 14). Den uken ble det påvist hele 6 394 influensapositive pasienter blant de 18 236 testede, hvorav 4 518 influensavirus A (24,8 % positive) og 1 876 influensavirus B (10,3 % positive). Det har siden vært noe fallende tall, mest for influensa A, og andelen influensapositive var i uke 10 26,2% (17,0 % for influensa A og 9,1 % for influensa B). Influenzavirus type A har utgjort rundt 80 % av influensapåvisningene siden november, men det er økende andel influensa B nå, og blant barn i skolealder og unge voksne er influensa B nå mer vanlig

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



Figur 14. Ukentlig andel prøver med influensaviruspåvisning nåværende og siste seks tidligere sesonger. Sesongene som har vært berørt av covid-19-pandemien (siden 2019/20) er markert med symboler på linjene. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 15. Laboratoriebekräftede influensatilfeller fra uke 40/2024, andel per type (venstre) og influensa A subtype (høyre). For influensa A subtyper er det sett bort fra prøver som kun er testet for én av subtypene. Det aller meste av de viste subtypingene er dermed prøver som er oversendt til FHI og undersøkt ved referanselaboratoriet her. Minigrafen under viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Genetisk karakterisering av influensavirus

Dette kapitlet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 11.03.2025.

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

Siden uke 40 i 2024 har vi sekvensert, dybde analysert og karakterisert 318 influensavirus.

A(H1N1)-virus

Så langt i løpet av influensasesongen 2024/25 tilhører flertallet av influensa A(H1N1)-virusene som sirkulerer i Norge hovedsakelig kladen 6B.1A.5a.2a, 88 % (127/145) av de analyserte virusene. Bare 12 % (18/145) er klassifisert som kladen 6B.1A.5a.2a.1, noe som indikerer en begrenset sirkulasjon av denne linjen (Figur 16,

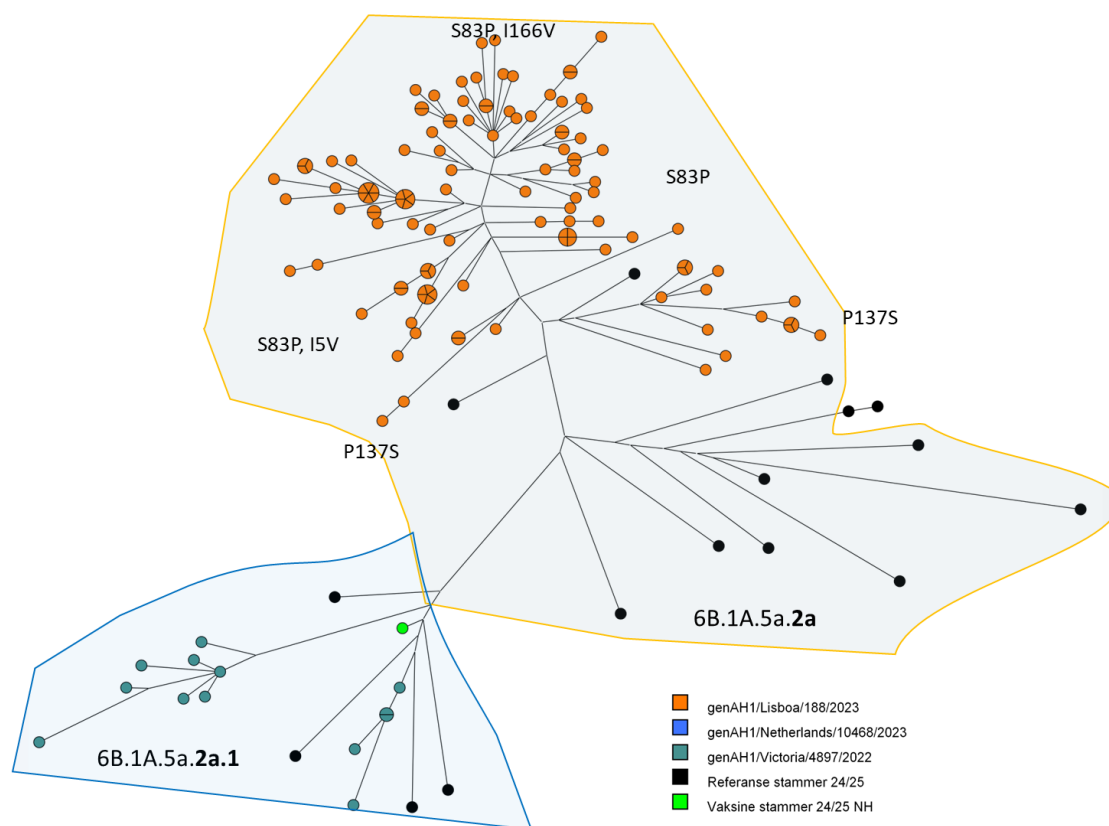
Tabell 6).

Alle virusene i 6B.1A.5a.2a-kladen er klassifisert som *genAH1/Lisboa/188/2023-lignende* og delt inn i flere subklader, inkludert C.1.9, C.1.9.1, C1.9.3 og C.1.9.4. Den mest utbredte subkladen er C.1.9.3, som utgjør 63 % (92/145). 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. C1.9.1-subkladen, som hovedsakelig ble oppdaget tidlig i sesongen, ble kjennetegnet ved HA:P137S-substitusjonen.

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

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

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



Figur 16. Fylogenetisk sammenstilling av H1N1 virus i Norge, Maximum parsimony tre fra 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 104 influensa A(H3N2) virus gjennomgått videre genetisk karakterisering. H3N2-virusene som sirkulerer i Norge under influensas sesongen 2024/25 tilhører for det meste (102/104, 98%) kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a.1, med kun to deteksjoner (2/104, 2%) av kladen 3C.2a1b.2a.2a.3a (Figur 17,

Tabell 6).

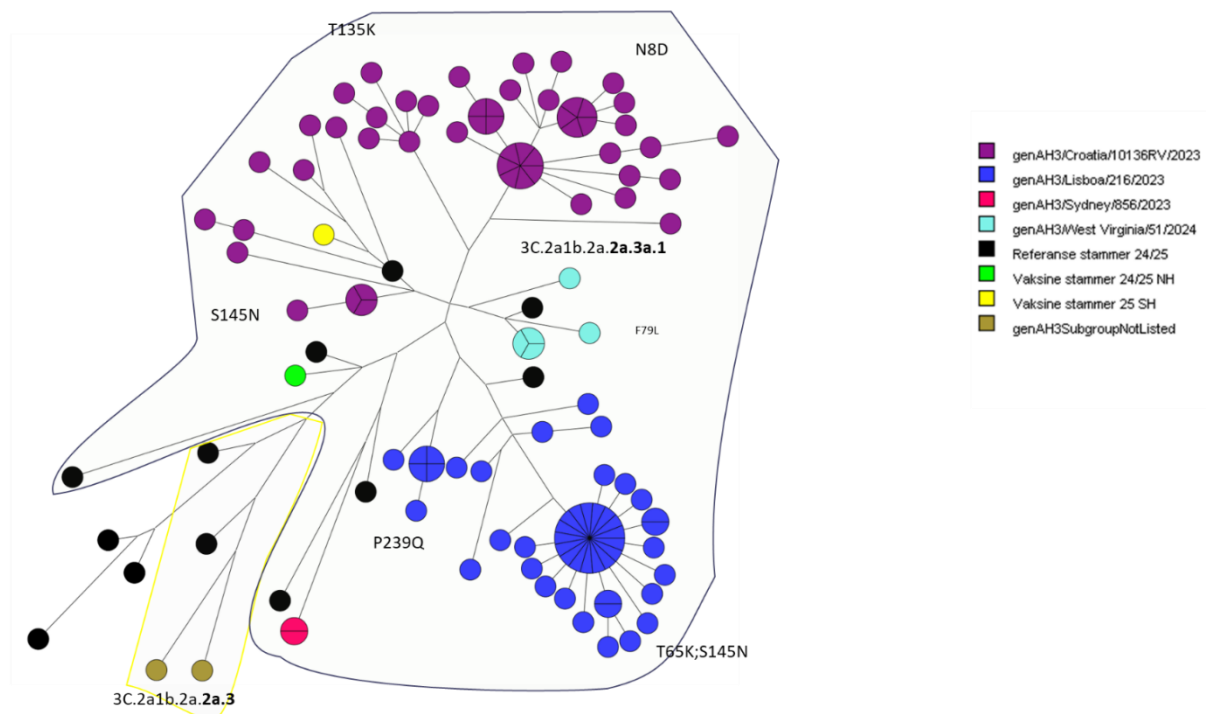
Innenfor 3C.2a1b.2a.2a.3a.1-kladen er to hovedgrupper av virus påvist. Den største gruppen med 47/102 (46%) ble klassifisert som *genAH3/Lisboa/216/2023* (J.2.2 subklade +HA:S124N). Den nest største gruppen ble klassifisert som *genAH3/Croatia/10136RV/2023* (J.2 subklade +HA:N122D og HA:K276E). Sporadiske deteksjoner av *genAH3/West Virginia/51/2024* som tilhører J.2 og J.2.1 subkladene ble hovedsakelig observert tidlig i sesongen.

I tillegg ble to 3C.2a1b.2a.2a.3a *A/Finland/402/2023-lignende* virus, som tilhører G.1.3.1 subkladen påvist. Virus som tilhører denne kladen er tidligere sett sporadisk i 2023/24-sesongen.

WHO har anbefalt 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 som bærer **HA:S145N**-substitusjonen (J.2.2) lav. Imidlertid representerer nå J.2.2-virusene flertallet av deteksjonene totalt. Gitt denne utviklingen kan det kanskje være behov for at H3N2-komponenten i influensavaksinen blir oppdatert til neste vinter for å

inkludere et virus som bærer denne mutasjonen, som er foreslått for 2025-vaksinen for den sørlige halvkule, for å sikre bedre beskyttelse mot disse driftede H3-virusene.

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



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

B/Victoria-virus

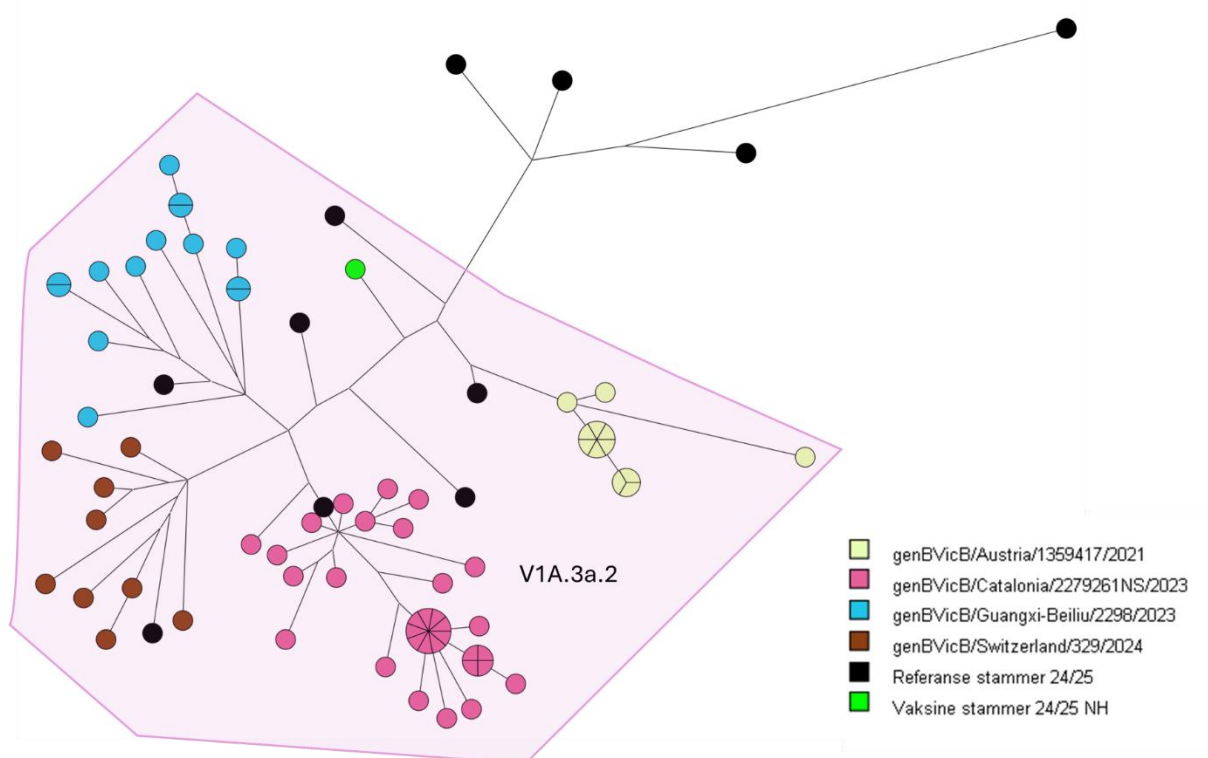
I løpet av influensasessongen 2024/25 tilhørte alle influensa B/Victoria-virusene som sirkulerte i Norge kladen **V1A.3a.2** (69/69, 100%) (Figur 18).

Innenfor kladen **V1A.3a.2** ble to hovedgrupper av virus detektert. Den største gruppen ble klassifisert som *genBvicB/Catalonia/2279261NS/2023*, tilhørende C.5.1 subkladen (32/69, 46%), og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N.

Den nest største gruppen av detekterte virusene i V1A.3a.2-kladen ble klassifisert som *genBvicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023* ble detektert 18/69 (26%) og tilhører subkladen C.5.7, definert ved substitusjonene HA:D197E, E183K og E128G.

Andre virusgrupper er også blitt detektert, men i lavere frekvenser. Disse inkluderer bl.a. *GenBvicB/Austria/1359417/2021*, som tilhører B/Moldova/2030521/2023-lignende virus. Denne gruppen er definert av C.3 subkladen og inneholder substitusjonene HA:E128K, A154E og S208P. *GenBvicB/Switzerland/329/2024* tilhører C.5.6 og er definert ved substitusjonene HA:D197E og D129N.

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



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

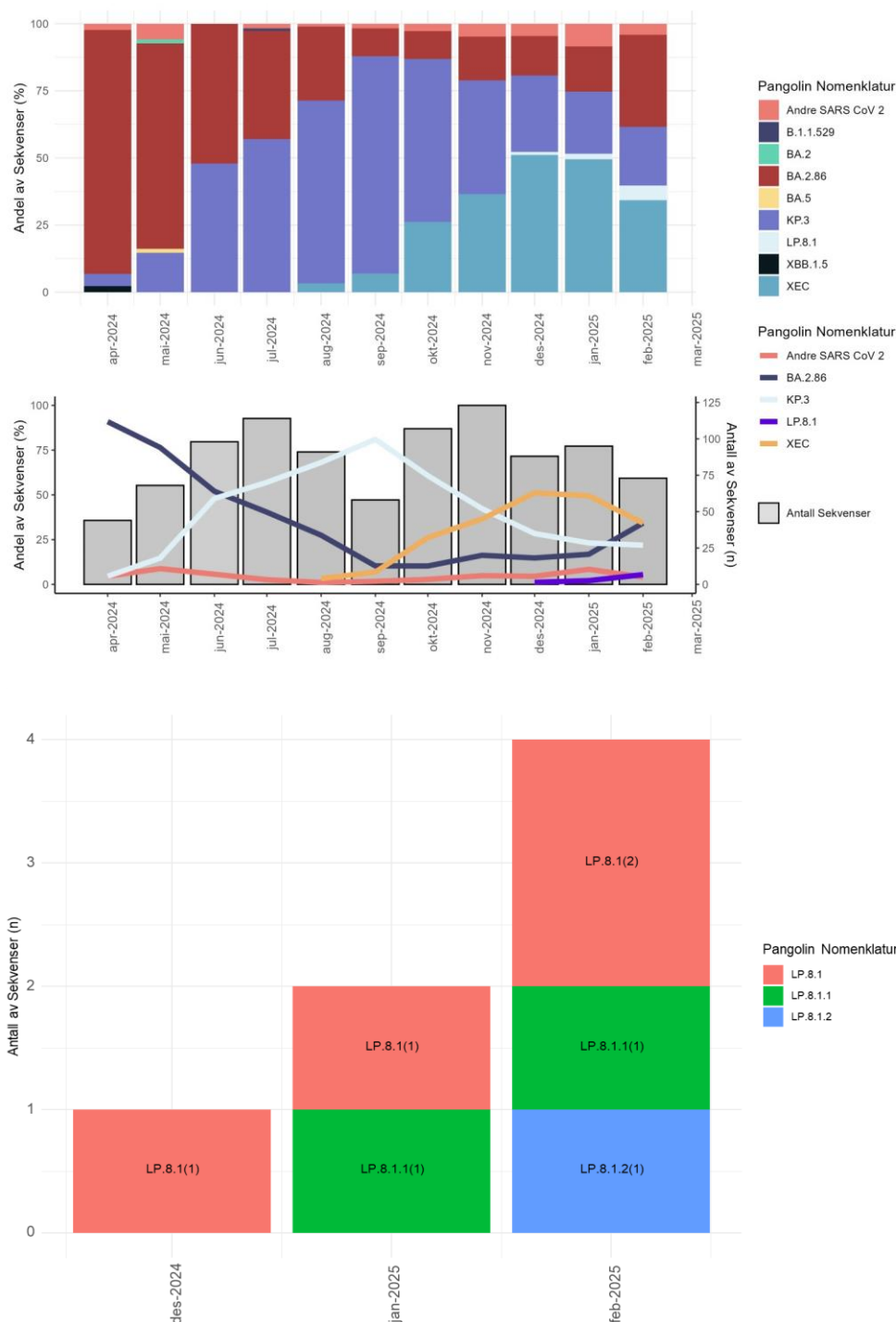
Tabell 6. Genetisk karakteriserte influensa A og B virus siste tre måneder sesongen 2024-25, klade og subklade. Kilde: Referanselaboratoriet Folkehelseinstituttet.

WHO/ECDC kategori	Klade	Subklade	Des-2024	Jan-2025	Total
A/H1N1	-	-	46	18	145
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9	0	0	18
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.3	37	10	92
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.1	3	3	16
genAH1/Lisboa/188/2023	6B.1A.5a.2a	C.1.9.4	0	0	1
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.1	0	1	1
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.3	6	4	12
genAH1/Victoria/4897/2022	6B.1A.5a.2a.1	D.5	0	0	5
A/H3N2	-	-	36	14	104
genAH3/Croatia/10136RV/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	20	9	48
genAH3/Lisboa/216/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.2	13	5	47
genAH3/Sydney/856/2023	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.1.1	2	0	2
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2	0	0	1
genAH3/West Virginia/51/2024	3C.2a1b.2a.2a.3a.1	J.2.1	0	0	4
genAH3SubgroupNotListed	3C.2a1b.2a.2a.3a	G.1.3.1	1	0	2
B/Victoria	-	-	31	6	69

genBvicB/Austria/1359417/2021	V1A.3a.2	C.3	0	0	11
genBvicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5.1	17	2	31
genBvicB/Catalonia/2279261NS/2023	V1A.3a.2	C.5	1	0	1
genBvicB/Guangxi-Beiliu/2298/2023	V1A.3a.2	C.5.7	10	4	18
genBvicB/Switzerland/329/2024	V1A.3a.2	C.5.6	3	0	8

Sirkulerende SARS-CoV-2 i Norge

Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 11.03.2025.



Figur 19. Grafen viser fordelingen av SARS-CoV-2-sekvenser gruppert etter hoved varianter for enklere identifikasjon. De grå stolpene representerer antall sekvenser per måned, mens linjene viser den dominerende undertypen for hver periode. Vær oppmerksom på at i perioder med lav prøvetaking kan dataene endres på grunn av usikkerhet. Nederst: Viser fordelingen av, subvarianter av den nye variant under monitoring (VUM) LP.8.1.

Siden oktober har XEC-variantene, som er rekombinanter av to BA.2.86 JN.1-virus og klassifisert av ECDC som en variant under overvåking (VUM), økt gradvis og er nå den dominerende enkeltvarianten i Norge. Disse virusene bærer **FLuQE-mutasjonene**, en kombinasjon av **F456L**, **Q493E** og **V1104L**

(Figur 19). I tillegg har en nylig klassifisert VUM, **LP.8.1**, en BA.2.86-undervariant, begynt å dukke opp. Denne varianten har **dFLiRT-mutasjonene**, som inkluderer **delesjonen av S31, samt F456L og R346T**. Selv om utbredelsen fortsatt er lav, følges varianten nøye på grunn av dens mutasjoner og mulig økt spredningsevne.

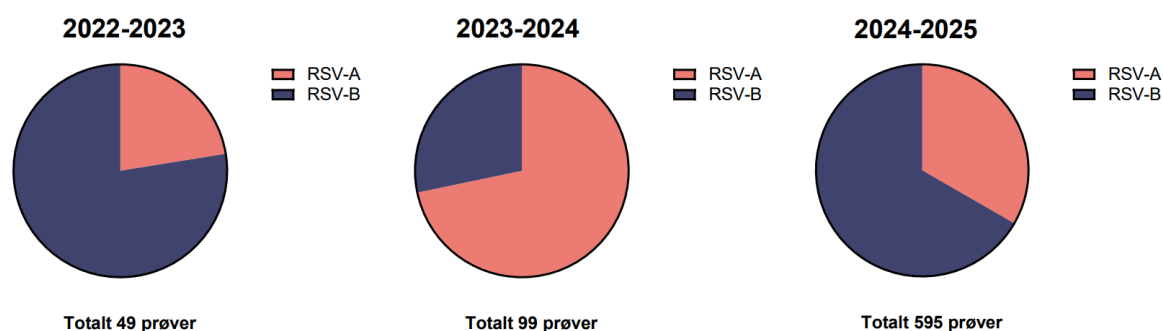
Variantforekomsten av SARS-CoV-2 i Norge speiler situasjonen ellers i Europa, og per nå er det ingen bekymringsvarianter (VOC) i omløp.

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

Sirkulerende RS-virus i Norge

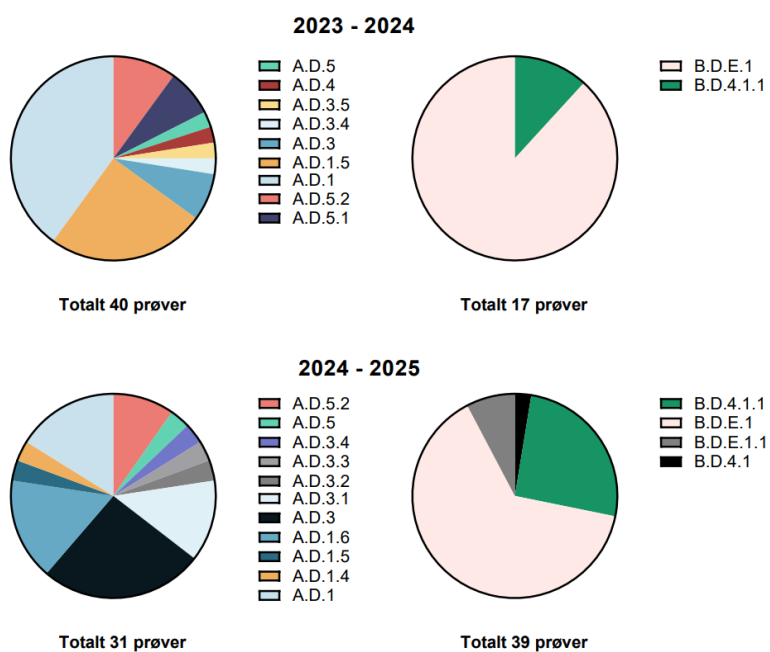
Dette kapittelet oppdateres hver 4. uke, sist oppdatert 12.03.2025

Folkehelseinstituttet fikk i 2024 tildelt referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi for RS-virus i Norge og overvåker fra sesongen 2024-25 RS-virus i samme overvåkingssystem som influensa og SARS-CoV-2. Så langt viser analysene at dominans med RSV-A og RSV-B kan variere fra sesong til sesong (Figur 20). Forekomst av RS-virus er økende, og for luftveissesongen 2024-25 er det kommet inn 595 RS-virus positive prøver til referanselaboratoriet ved FHI. Av disse er 197 prøver typet til RSV-A og 394 til RSV-B. Fordeling av RSV-A og B ser ut til å være lik i polikliniske prøver og i prøver fra innlagte.



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

Fra 2023-24 og 2024-25 sesongen er til sammen 127 RSV-prøver genetisk karakterisert. Av disse var 71 prøver av type RSV-A, mens 59 prøver var RSV-B. Figur 21 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 21. Genetiske karakterisering av RSV-positive prøver fra 2023-24 og 2024-25 sesongen ved helgenom sekvensering.
Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet.

Resistens mot antivirale midler

Influensasenteret (referanselaboratoriet/WHO Nasjonalt influensa senter) ved Folkehelseinstituttet overvåker løpende følsomhet hos influensavirus for aktuelle antivirale legemidler. Særlig har man årvåkenhet for eventuell resistens mot oseltamivir (Tamiflu®).

Råd om antiviral behandling: [Bruk av legemidler til behandling og forebygging av influensa](#).

Folkehelseinstituttet følger med på resistens mot antiviralia for SARS-CoV-2, men det undersøkes per nå ikke rutinemessig.

Influensavirus

Så langt i sesongen har 312 Influenzavirus blitt undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett H1N1-virus hadde resistensmutasjonen E23G i polymerasegenet PA, noe som er forenlig med resistens mot baloxavir marboxil. Vi har også påvist ett H1N1 virus med H275Y-mutasjon i neuraminidase-genet, som indikerer høy resistens mot oseltamivir. For begge tilfellene er det ingen informasjon som tilsier at mutasjonen er behandlingsmediert og graden av resistens er ikke målt.

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

SARS-CoV-2

Majoriteten av omikron-variantene som sirkulerer nå (BA.2.86/XEC) er, basert på mutasjonsprofilene, resistente mot monoklonal antistoffbehandling med Evusheld® (tixagevimab/cilgavimab). I tillegg viser noen av disse variantene resistens mot bebtelovimab (grad av resistens kan avhenge av mutasjonsprofil), men ingen resistens er funnet mot Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir). Resistens får konsekvenser for behandlingsmuligheter av alvorlig syke og fremhever behovet for tilgjengelige antiviralia for behandling.

Varsel om utbrudd av luftveisinfeksjon

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

Resultatene er basert på et datasett fra VESUV oppdatert 11.03.2025.

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

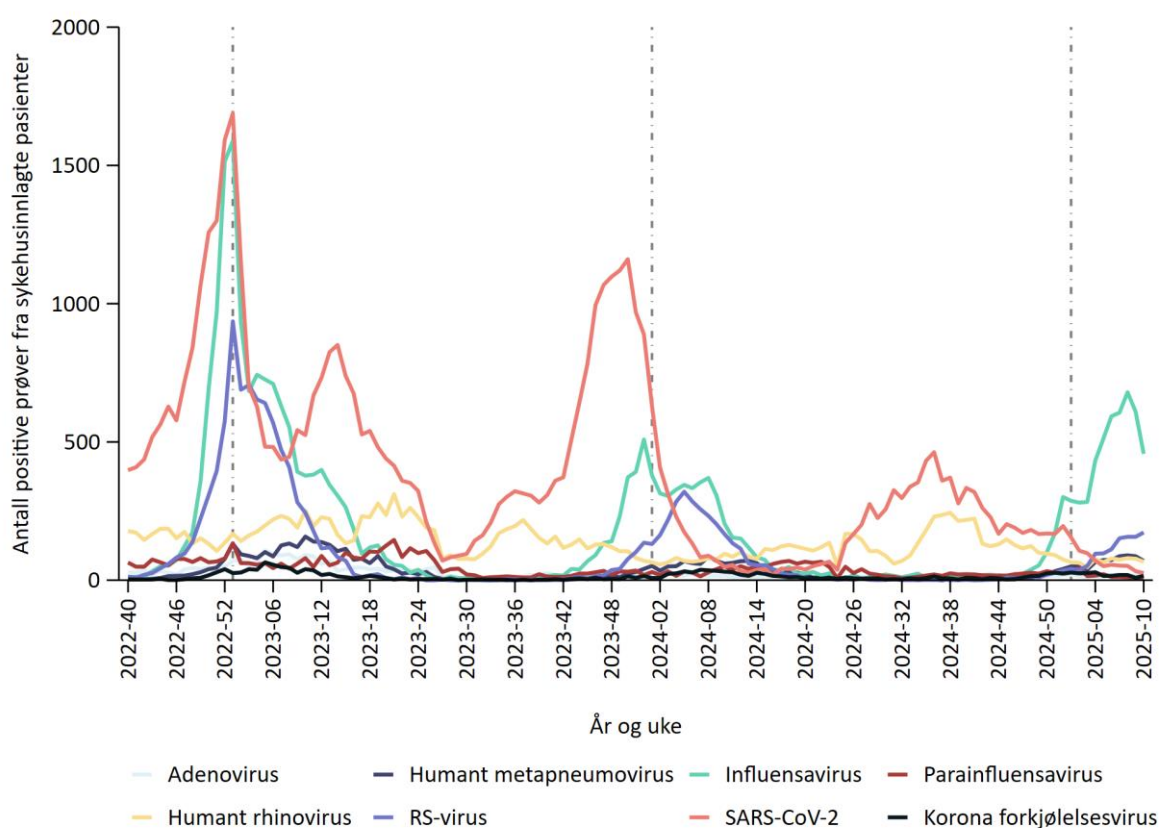
Antatt smittestoff	Uke 10 (2025)			Totalt fra og med uke 27 (2024)		
	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke	Totalt antall varslede utbrudd	Antall varsler fra helseinstitusjon	Totalt antall syke
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	8	0	36
Influenzavirus	0	0	0	17	17	166
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	2	1	23
Parainfluenzavirus	0	0	0	1	1	10
RS-virus	2	2	7	3	3	19
SARS-CoV-2	0	0	0	76	76	545
Ukjent agens (luftveissymptomer)	0	0	0	1	1	4

Sykehusinnleggelser

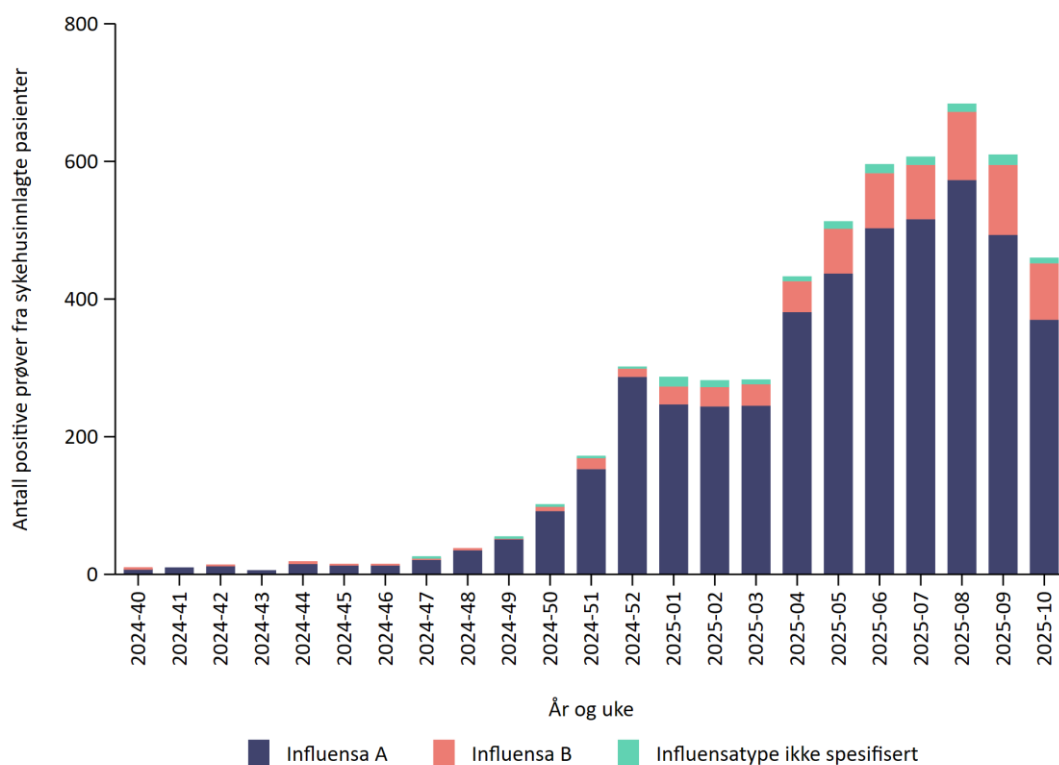
Overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner er under omlegging. Overvåkingen er midlertidig basert på data rapportert til MSIS-labdatabasen. Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet.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

Resultatene er basert på et datasett fra MSIS-laboratoriedatabasen oppdatert 12.03.2025.

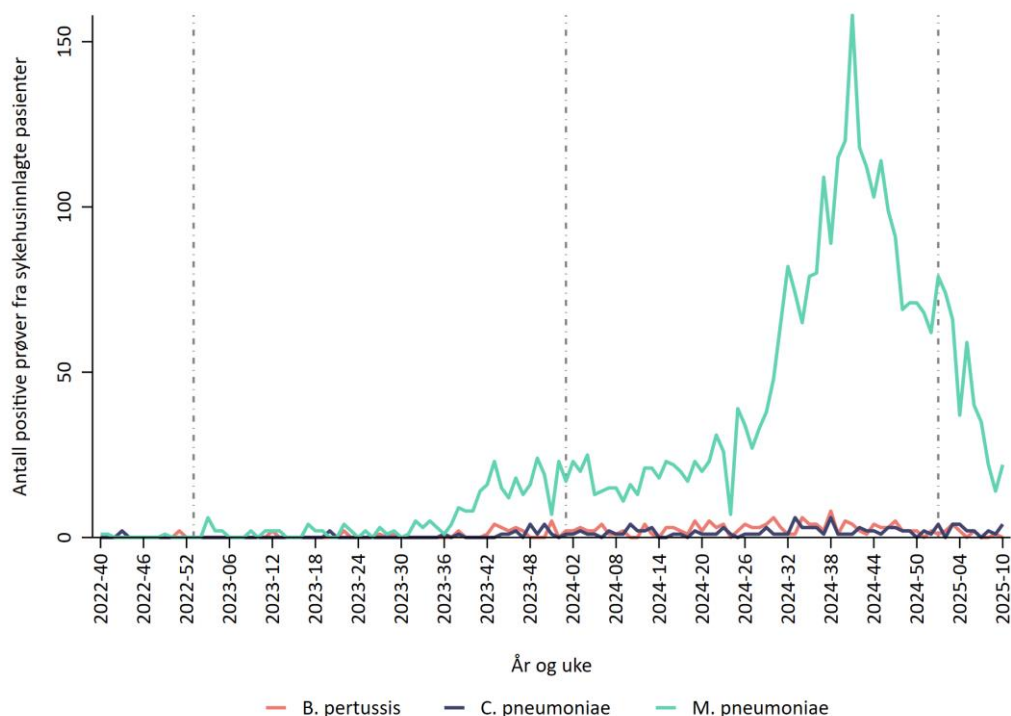
Positive prøver blant sykehusinnlagte pasienter



Figur 22. Antall PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, humant metapneumovirus, rhinovirus, influensavirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 09.03.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen. Svart stiplet linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 23. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter etter virustype, 30.9.2024 – 09.03.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.



Figur 24. Antall PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae* blant sykehusinnlagte pasienter, 3.10.2022 – 09.03.2025. Svart stiple linje markerer uke 1 for 2023, 2024 og 2025. Kilde: MSIS-labdatabasen

Tabell 8. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for humant metapneumovirus (hMPV), influensavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og Mycoplasma pneumoniae blant sykehusinnlagte pasienter og totalt de siste 12 ukene etter aldersgruppe, 16.12.2024 – 09.03.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Smittestoff	Aldersgruppe	Alle prøver			Prøver fra sykehusinnlagte		
		Antall testede	Antall positive	Andel positive	Antall påvisninger fra innlagte	Andelen påvisninger som kommer fra innlagte (%)	Antall påvisninger fra innlagte per 100000
hMPV	0-4	15519	1737	11,2	198	11,4	71,7
	5-14	18494	1142	6,2	46	4	7,2
	15-29	25871	1078	4,2	32	3	3,1
	30-64	71158	3543	5,0	146	4,1	5,7
	65-79	25175	1269	5,0	187	14,7	24
	80+	12419	596	4,8	149	25	58,1
	totalt	168639	9365	5,6	758	8,1	13,7
Influensavirus	0-4	16891	4254	25,2	388	9,1	140,5
	5-14	20289	6871	33,9	320	4,7	50,4
	15-29	29572	8296	28,1	348	4,2	33,5
	30-64	82985	20675	24,9	1603	7,8	62,5
	65-79	34293	5250	15,3	1483	28,2	190,2
	80+	19783	2801	14,2	1068	38,1	416,4
	totalt	203822	48152	23,6	5214	10,8	93,9
RS-virus	0-4	16880	3682	21,8	582	15,8	210,8
	5-14	19579	721	3,7	26	3,6	4,1
	15-29	27830	834	3,0	26	3,1	2,5
	30-64	77399	2572	3,3	146	5,7	5,7
	65-79	30214	1209	4,0	217	17,9	27,8
	80+	16283	566	3,5	140	24,7	54,6
	totalt	188190	9585	5,1	1137	11,9	20,5
SARS-CoV-2	0-4	16649	231	1,4	37	16	13,4
	5-14	19944	201	1,0	11	5,5	1,7
	15-29	28938	628	2,2	28	4,5	2,7
	30-64	81626	2164	2,7	206	9,5	8
	65-79	33710	1019	3,0	369	36,2	47,3
	80+	19158	854	4,5	415	48,6	161,8
	totalt	200034	5098	2,5	1066	20,9	19,2
M. pneumoniae	0-4	16911	815	4,8	42	5,2	15,2
	5-14	22206	5039	22,7	88	1,7	13,9
	15-29	31149	3483	11,2	122	3,5	11,8
	30-64	84838	5047	5,9	262	5,2	10,2
	65-79	29084	465	1,6	48	10,3	6,2
	80+	13730	95	0,7	16	16,8	6,2
	totalt	197921	14944	7,6	578	3,9	10,4

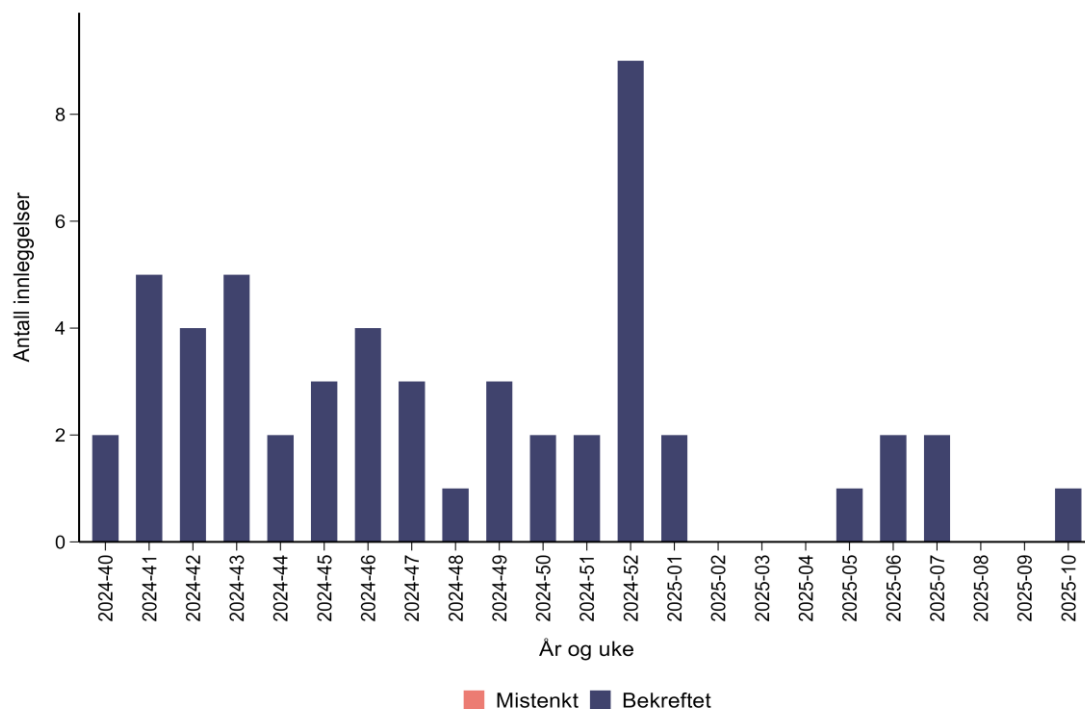
Tabell 9. Antall PCR-analyser positive for influensavirus blant sykehusinnlagte pasienter siden uke 40, etter influensavirusstype og aldersgruppe, 30.09.2024 – 09.03.2025. Influsentype ikke spesifisert for 2,1 % av prøvene. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Aldersgruppe	Totalt		Influenta A		Influenta B	
	n	n/100000	n	Aldersgruppe	n	n/100000
0-4	423	153,2	327	118,4	96	34,8
5-14	344	54,2	200	31,5	144	22,7
15-29	377	36,3	246	23,7	124	12,0
30-64	1687	65,8	1376	53,6	262	10,2
65-79	1568	201,1	1490	191,1	44	5,6
80+	1132	441,4	1082	421,9	21	8,2
totalt	5535	99,7	4725	85,1	691	12,4

Innleggelser i intensivavdeling

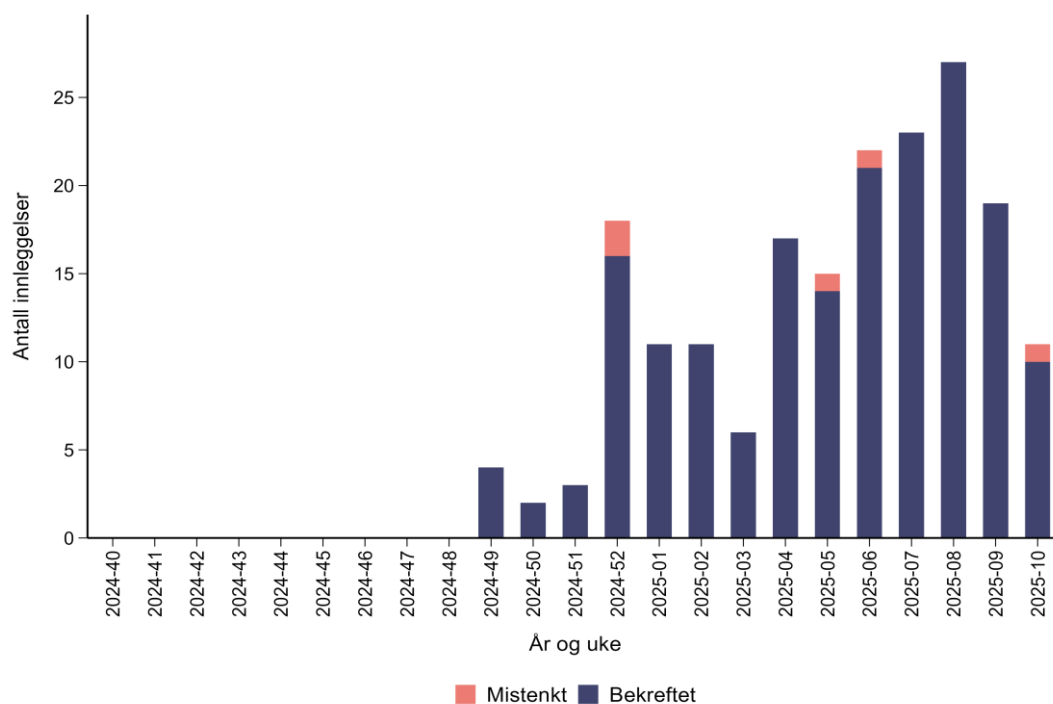
Norsk intensivregister (NIR) inneholder informasjon om intensivbehandlede covid-19- og influensapasienter. Resultatene er basert på data fra NIR oppdatert 12.03.2025.

Intensivinnleggelser med covid-19



Figur 25. Antall intensivinnleggelser med covid-19 per uke, 30.09.2024 – 09.03.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Intensivinnleggelser med influensa



Figur 26. Antall intensivinnleggelser med influensa per uke, 30.09.2024 – 09.03.2025. Kilde: Norsk intensivregister.

Dødelighet

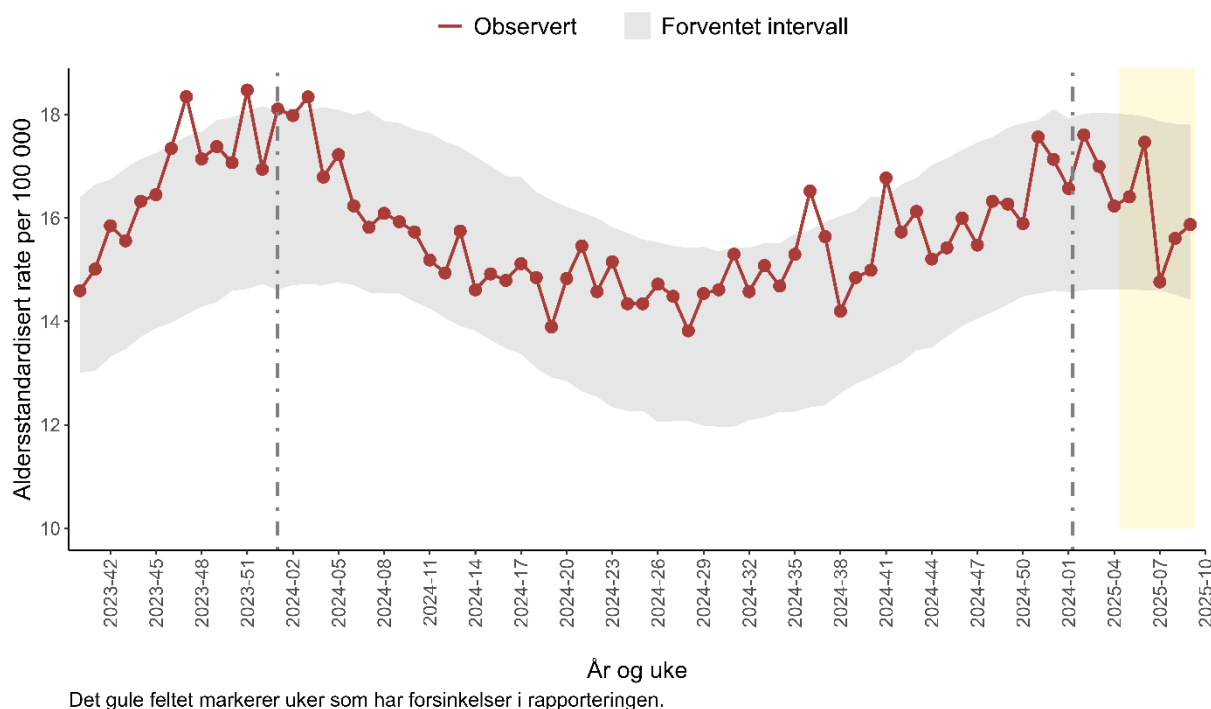
Totaldødelighet

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

Resultatene er basert på data fra Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459, oppdatert 12.03.2025.

Dødelighetsnivå

Figur 27 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. Totaldødeligheten falt i uke 7 og er godt 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.



Figur 27. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 40 2023 til uke 9 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.

Antall dødsfall per uke

Det ukentlige antallet meldte dødsfall er gitt i Tabell 10.

Tabell 10. Totaldødelighet i befolkningen angitt som antall dødsfall og antall per 100 000 uke 6 til uke 9, med prosentvis endring fra uken før. Kilde: Folkeregisteret og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Indikator	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9*
Antall nye dødsfall	977	826	873	888
Antall dødsfall per 100 000	17,5	14,8	15,6	15,9
Endring fra uken før i antall nye dødsfall	6,4 %	-15,5 %	5,7 %	1,7 %
Median alder	83	83	84	84

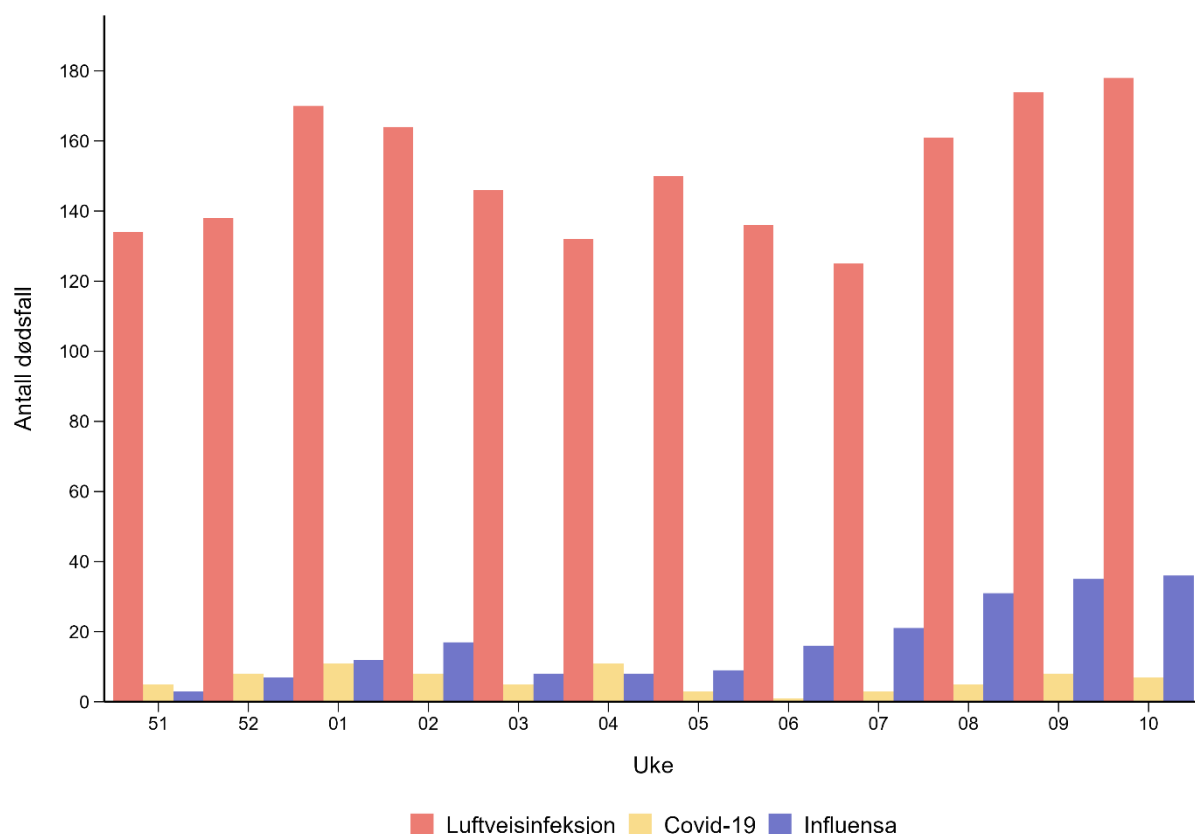
*Siste tilgjengelig uke i Folkeregisteret er utelatt på grunn av stor forsinkelse i rapportering for siste uke.

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon overvåkes gjennom Dødsårsaksregisteret, og defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J00-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19), A37 (kikhoste) og H65-H67 (akutt mellomørebetennelse). Influensa-assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J09, J10 og J11. Covid-19 assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: U07.1, U07.2, U09.9, U10.9.

Det er usikkerhet knyttet til hvor mye en angitt dødsårsak på en dødsattest faktisk har bidratt til dødsfallet som meldes. Tallene som oppgis, spesielt for siste uke, vil ofte justere seg grunnet etterregistreringer. Flere av de angitte diagnosekodene, som for eksempel influensa og covid-19, benyttes oftest dersom det foreligger laboratoriepåvisning som bekrefter diagnosen. Det antas derfor at det er individer som dør av eller med disse tilstandene som får mer uspesifikke diagnosekoder på dødsattesten i fravær av laboratoriebekreftelse. På grunn av mer utbredt testing for SARS-CoV-2 er det også sannsynlig at influensa-assosierte dødsfall i større grad underrapporteres sammenlignet med covid-19-dødsfall.

Resultatene er basert på et datasett fra Dødsårsaksregisteret oppdatert 12.03.2025.



Figur 28. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker (16.12.2024 - 09.03.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Tabell 11. Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, covid-19- og influensa per uke siste 12 uker 16.12.2024 - 09.03.2025). Covid-19- og influensa assosierte dødsfall inngår i luftveisinfeksjon gruppen. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Indikator	Uke											
	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon	134	138	170	164	146	132	150	136	125	161	174	178
Antall dødsfall assosiert med covid-19	5	8	11	8	5	11	1-4	1-4	1-4	5	8	7
Antall dødsfall assosiert med influensa	1-4	7	12	17	8	8	9	16	21	31	35	36

Vaksinasjon mot covid-19

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

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

Vaksinasjonsdekning i befolkningen

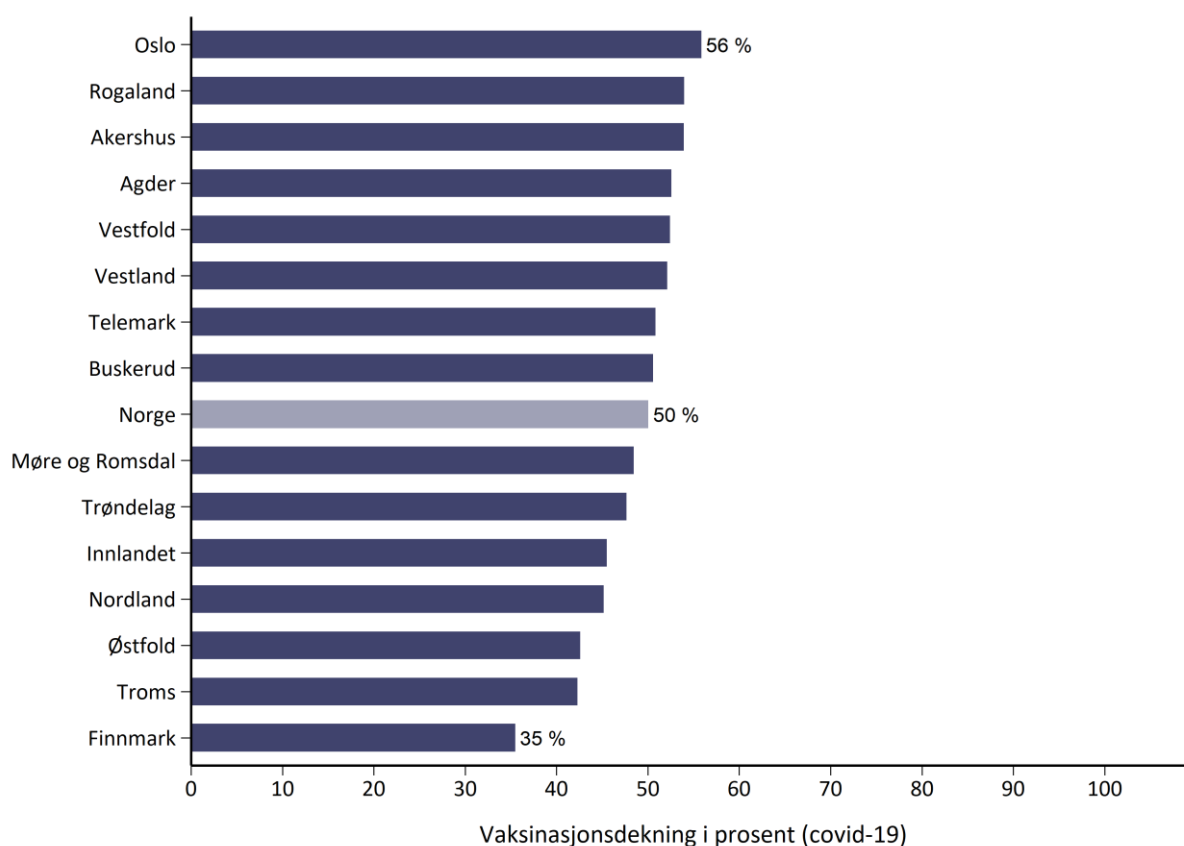
Data om vaksinasjon mot covid-19 inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (12.03.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 12.03.2025.

Siste uke fikk 212 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt ble 424 personer i alle aldre vaksinert. Så langt har 526 976 personer 65 år og eldre koronavaksine, totalt er 647 162 personer i alle aldre vaksinert. Dekningen (personer med fødselsnummer og status som bosatt) for aldersgruppen 65+ for hele landet samlet er 50 %. Dette er 4 prosentpoeng lavere enn på samme tid forrige sesong. Dekningen varierer som vanlig mellom fylkene, med et spenn fra 35 % - 56 % mellom henholdsvis Finnmark og Oslo.

Tabell 12. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) med koronavaksine fordelt på alder, 01.09.2024 - 09.03.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

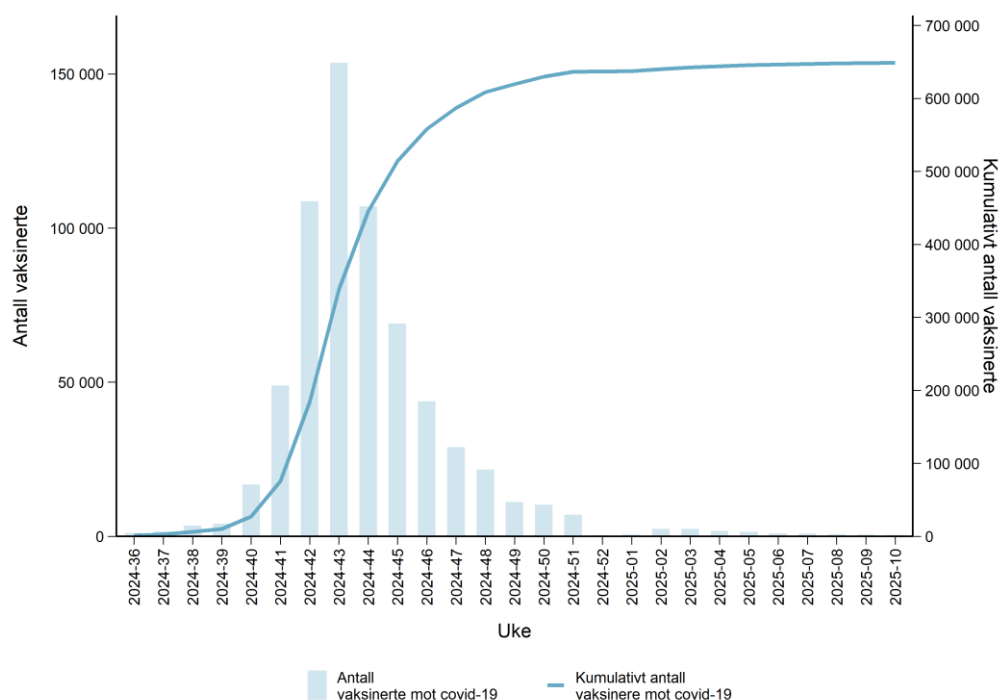
Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-11	261	0,04 %
12-17	813	0,2 %
18-64	119 112	3 %
65+	526 976	50 %
Totalt, alle	647 162	12 %



Figur 29. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert med koronavaksine per fylke, 01.09.2024 - 09.03.2025. 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 30. Antall vaksinerte med koronavaksine per uke og kumulativt antall vaksinerte i sesongen 2023-24 (uansett status i FREG), 01.09.2024 - 09.03.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksineeffekt

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

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

Foreløpige data for 2024/2025 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 2023/2024 sesongen ingen gjenværende vaksineeffekt mot alvorlig covid-19-sykdom etter en oppfriskningsdose gitt i 2022 blant personer som var 65 år og eldre når disse ble sammenliknet med personer som ikke hadde tatt oppfriskningsdose i 2022¹. Den relative vaksineeffekten etter en oppfriskningsdose med oppdaterte XBB.1.5-vaksine høsten 2023 ble beregnet til 50,6% kort tid etter vaksinasjon og var høyest mot XBB.1.5. Ti til 14 uker etter

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.

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

Folkehelseinstituttet startet utsending av vaksiner til vaksinasjonsprogrammet i uke 40. 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 (12.03.2025). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt per 31.12.2024 (det vil si alder for sesongen 2024-25).

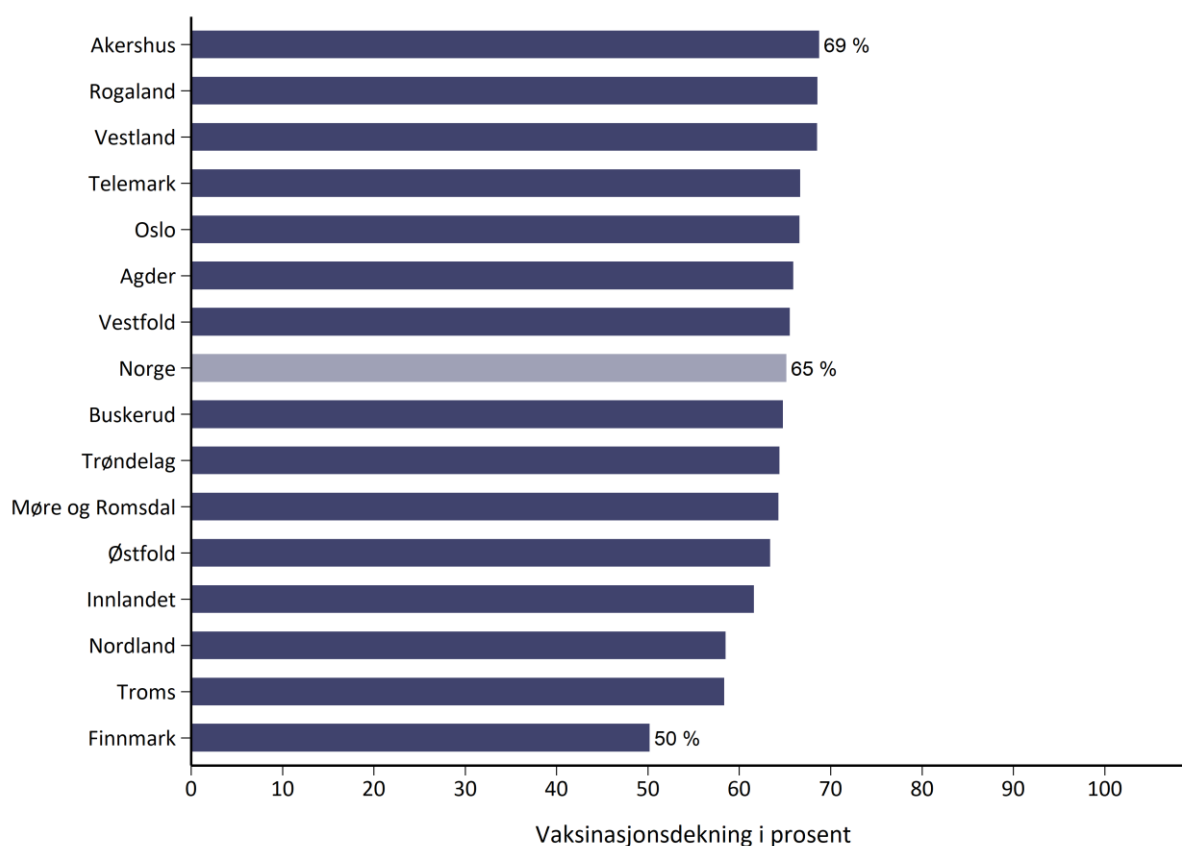
Resultatene er basert på et datasett fra SYSVAK oppdatert 12.03.2025.

Det er til sammen vaksinert 1 315 816 personer, hvorav 686 111 blant personer 65 år og eldre. Vaksinasjonsdekningen nasjonalt blant personer over 65 år er per 9. mars på 65 %. Dette er på omtrent samme nivå som på samme tid i fjor (64 %). Dekningen varierer mellom fylkene, med et spenn fra 50 % - 69 % mellom henholdsvis Finnmark og Akershus. Finnmark fylke har dermed en litt høyere dekning denne sesongen enn på samme tid i fjor (47 %).

Tabell 13. Antall og andel vaksinerte (personer med fødselsnummer og status som bosatt) mot influensa blant ulike aldersgrupper, 01.09.2024 - 09.03.2025. Kilde: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Vaksinerte personer	
	Antall	Andel
0-8	4 582	0,9 %
9-17	5 821	1 %
18-64	619 302	18 %
65+	686 111	65 %
Totalt, alle	1 315 816	23 %

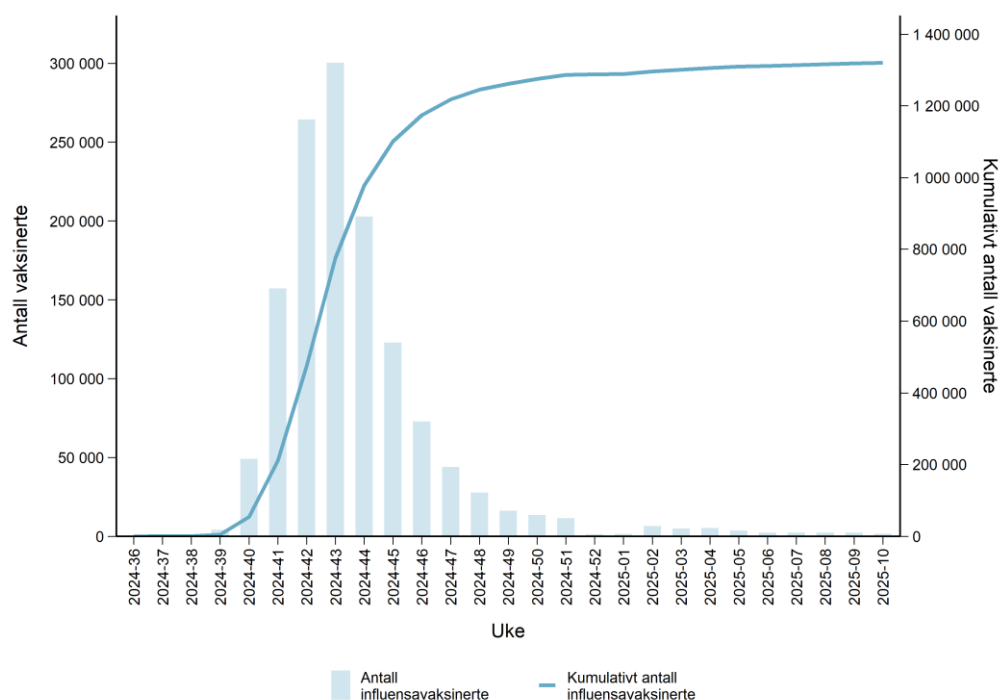
Det totale antallet personer registrert med influensavaksine i SYSVAK har økt i forhold til de siste 2 årene, og er det nest høyeste antallet siden sesonginfluensavaksinasjon ble meldingspliktig til SYSVAK.



Figur 31. Andel personer (med fødselsnummer og status som bosatt) over 65 år vaksinert mot influensa per fylke, 01.09.2024 - 09.03.2025. 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 32. Antall vaksinerte mot influensa per uke og kumulativt antall vaksinerte i sesongen 2023-24 (uansett status i FREG), 01.09.2024 - 09.03.2025. 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 influensasjukdom i sårbare grupper. Effekten vil avhenge av hvilket virus som kommer til å dominere og hvor godt man har truffet med valg av vaksinstammer for den nordlige halvkule. Vaksinen inneholder komponenter fra fire forskjellige influensavirus og grad av beskyttelse kan være noe ulikt for hver av disse komponentene. Selv år der én av komponentene passer mindre bra i forhold til viruset vaksinen skal beskytte mot har vaksinen likevel en helsegevinst for den enkelte.

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

Tidlige estimater for vaksineeffektivitet (VE) fra åtte europeiske studier (17 land) indikerer en effekt mot influensa A for alle aldre på 32-53 % i primærhelsetjenesten og 33-56 % i sykehusmiljøer, med signaler om varierende vaksineeffekt avhengig av alder og subtype av influensa A og med høyere VE mot influensa B (≥ 58 % uavhengig av alder og tjenestenivå) ². Det kanadiske

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, Bucholc 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.

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

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

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

Luftveisinfeksjoner globalt

Aktuelle lenker

Felles om forekomst av luftveisinfeksjoner i Europa:

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

Covid-19:

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

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

Influensa:

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

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

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.

Om overvåkingssystemene og datakildene

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon overvåkes gjennom [Dødsårsaksregisteret](#), og defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J00-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44.0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07.1, U07.2, U09.9, U10.9 (covid-19), A37 (kikhoste), J44.0 og H65-H67 (akutt mellomørebetennelse). Influensa-assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J09, J10 og J11. Covid-19 assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: U07.1, U07.2, U09.9, U10.9.

Innleggelser i intensivavdeling

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

Konsultasjoner ved legekontor og legevakt (NorSySS)

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

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. **MSIS** har en registerdatabase og en laboratedatabase. **MSIS-registeret** inneholder mikrobiologisk informasjon fra laboratoriene og epidemiologisk informasjon meldt fra legene om alle meldingspliktige smittsomme sykdommer i Norge. **MSIS-Labdatabasen** inneholder alle mikrobiologiske prøvesvar rapportert fra medisinske laboratorier i Norge. Les mer om MSIS, formål og meldingsplikt [på våre nettsider](#).

Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)

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

Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveisvirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten

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

Totaldødelighet

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

I analysene har vi brukt ukentlig dødelighetsrate per 100 000 de siste ti årene som referanseperiode for å modellere forventet ukentlig dødelighetsrate per 100 000. Forventet dødelighet beregnes ved bruk av en Bayesiansk Serfling modell som tar hensyn til aldersfordeling i befolkningen, trender i utvikling av dødelighet i referanseperioden, samt sesongmessige og ukentlig variasjon. For å unngå at forhøyet dødelighet under pandemien påvirker beregningene av forventet dødelighet er alle uker i 2020 til 2022 utelatt fra referanseperioden. For beregning av forventet dødelighet i 2025 inngår derfor alle uker i årene 2012-2019 og 2023-2024 i referanseperioden, og likeledes inngår årene 2011 til 2019 og 2023 i beregningen av forventet dødelighet i 2024. Merk at modelltilnærmingen for beregning av forventet dødelighet ble endret i oktober 2024 for å reflektere nyere trender i dødelighetsutviklingen. Denne justeringen medfører en viss forskjell i forventet dødelighet for tidligere uker i 2024 og for uker i 2023 vist i Figur 27, sammenlignet med forventet dødelighet som ble presentert i ukesrapportene i forrige influensasessong (oktober 2023–mai 2024). Modelltilnærmingen og endringene er nærmere beskrevet [her](#).

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

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

Virologisk overvåking

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

- [Influensa](#)
- [SARS-CoV-2](#)

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

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

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