

Om ukerapporten

Folkehelseinstituttet har ansvar for den nasjonale overvåkingen av covid-19. Denne rapporten beskriver den epidemiologiske situasjonen og overvåking av vaksinasjon mot covid-19 i Norge og internasjonalt fra det første tilfellet ble påvist, med vekt på utviklingen av situasjonen den siste uken (7. mars – 13. mars 2022). I tillegg beskrives forekomst av andre påviste luftveisagens og sykehusinnleggelser for ulike luftveisinfeksjoner.

Innhold

Om ukerapporten _____	1
Sammendrag uke 10 _____	3
Overvåking av alvorlig koronavirussykdom _____	7
Nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen _____	7
Nye pasienter innlagt i intensivavdeling _____	7
Pasienter innlagt i sykehus etter vaksinestatus _____	11
Pasienter innlagt i sykehus etter fødeland _____	14
Covid-19-assosierte dødsfall _____	15
Vaksinestatus blant covid-19 assosierte dødsfall _____	17
Overvåking av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon _____	18
Nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon _____	18
Overvåking av totaldødelighet _____	28
Antall meldte laboratoriebekreftede covid-19 tilfeller og antall testet for SARS-CoV-2 _____	28
Covid-19-tilfeller påvisning i tid _____	28
Covid-19-tilfeller etter alder _____	31
Covid-19-tilfeller etter fylke _____	33
Covid-19-tilfeller og testing etter vaksinasjonsstatus _____	35
Covid-19 utbrudd _____	37
Konsultasjoner ved legekontor og legevakt – Sykdomspulsens KUHR data _____	39
Prevalens av symptomer i den generelle befolkning (fra Symptometer) _____	41
Overvåking av symptomer og testing i kohorter: MoBa, NorFlu, UngVoksen, Seniorkohorten _____	45
Virologisk overvåking _____	49
Analyserte prøver _____	49
Sirkulerende SARS-CoV-2 _____	50
Omikron SARS-CoV-2 varianter i Norge _____	50
Dybdeanalyser av sirkulerende SARS-CoV-2 virus _____	53
Fylogenetiske analyser av BA.2 _____	55
Virusovervåking blant sykehusinnlagte _____	56
Influenza og andre luftveisagens i sirkulasjon _____	57
Sentinelfyrtårnovervåkingen av luftveisvirus _____	59
Overvåking av vaksinasjon mot covid-19 _____	60
Covid-19-epidemien ukerapport _____	1

Vaksinasjonsdekning etter alder _____	61
Vaksinasjonsdekning etter fylke _____	63
Vaksinasjonsdekning blant personer med moderat og høy risiko for alvorlig forløp av covid-19_	65
Vaksinasjonsdekning etter fødeland _____	67
Antall personer vaksinert og vaksinasjonsdekning blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten __	69
Definisjoner av vaksinasjonsstatus- delvis vaksinerte og grunnvaksinerte individer _____	71
Matematisk modellering av covid-19 i Norge _____	72
Covid-19-situasjonen globalt _____	77
Om overvåkningssystemene og datakildene _____	80

Sammendrag uke 10

Alvorlig covid-19 sykdom

- Det er så langt rapportert om 474 nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak i uke 10, foreløpig 12 % nedgang etter 536 i uke 9. Antall nye pasienter innlagt i sykehus sist uke kan bli oppjustert.
- I uke 10 var antall nye pasienter innlagt per 100 000 personer høyest i aldersgruppene ≥ 85 år (77,8 per 100 000, $n=92$, etter 95,5 i uke 9) og <1 år (42,5 per 100 000, $n=24$, etter 51,4 i uke 9). Insidensen var relativt stabilt eller nedgående i de fleste aldersgruppene med unntak av en mindre økning i aldersgruppene 1-5 år (4,2 til 7,4) og 6-11 år (0,3 til 1,3).
- Blant 470 nye pasienter med kjent vaksinestatus som ble lagt inn i sykehus i Norge med covid-19 som hovedårsak i uke 10, var 107 (23 %) uvaksinert, 66 (14 %) hadde blitt grunnvaksinert med maks to doser og 284 (60 %) hadde blitt vaksinert med tre doser. Vaksinerte pasienter har generelt høyere medianalder og en større andel har underliggende sykdommer som fører til økt risiko for alvorlig forløp av covid-19 enn for uvaksinerte.
- Det var en nedgang i antall nye pasienter innlagt i intensivavdeling i uke 10, foreløpig 35 i uke 10, etter 49 i uke 9.
- Fra uke 10 overvåkes covid-19 assosierte dødsfall kun basert på data fra Dødsårsaksregisteret og inkluderer dermed dødsfall uten laboratoriebekreftet prøve i MSIS. De nye kriteriene medfører en oppjustering av antall meldte dødsfall og det er nå registrert totalt 2 169 dødsfall fram til 13.mars 2022. Antall covid-19 assosierte dødsfall har økt de siste 5 ukene. Det er foreløpig registrert 156 dødsfall i uke 10 etter 152 i uke 9. I uke 10 var medianalder 86 år (nedre-øvre kvartil: 78-92 år), og 72 % døde på annen helseinstitusjon enn sykehus, primært sykehjem.
- Nivået av totaldødelighet i Norge har vært normalt de siste 11 ukene, også blant personer 65 år eller eldre. Totaldødelighet i Norge har vært på, eller under, forventet nivå gjennom hele pandemien, med unntak av ukene 43-45 og 47-51 i 2021 da den var noe høyere.

Meldte covid-19 tilfeller, testaktivitet og forkjølelssymptomer i befolkningen

- Endringer i teststrategi og bruk av selvtester og bekreftende PCR påvirker hvem og hvor mange som testes, oppdages og registres. Fra 24.01.22 anbefales ikke bekreftende PCR til personer som har mottatt oppfriskningsdose eller grunnvaksinerte som har gjennomgått infeksjon siste 3 måneder. En lavere andel av de smittede i denne gruppen meldes derfor til MSIS enn tidligere.
- Det er foreløpig meldt 41 853 tilfeller til MSIS i uke 10, 36 % nedgang fra uke 9 (65 330).
- Nedgangen i antall personer testet med PCR/antigentest i helsetjenesten fortsetter og var 30 fra uke 9 til uke 10. Antall testede var stabilt blant personer 60 år og eldre og gikk ned i øvrige aldersgrupper.
- Andelen konsultasjoner ved legekontor/legevakt for bekreftet covid-19 har var økende fram til uke 8 og har vært nedadgående siste to uker. Data for de siste ukene vil kunne endres noe.
- Data fra befolkningsundersøkelsene MoBa og Symptometer viser en nedgang i andel som oppgir å ha testet seg siste to uker. Andelen positive blant de som har testet seg har vært relativt stabilt. Andelen som rapporterer forkjølelssymptomer i befolkningsundersøkelsen har vært avtagende siste par uker.

Vaksinasjon mot covid-19

- Per 6. mars er 73 % av hele befolkningen, 88 % (16 år og eldre) og 89 % (18 år og eldre) vaksinert med to doser koronavaksine. Totalt 83 % av 16-17 åringer og 54 % av 12-15 åringer er vaksinert med én dose, og 43 % av 16-17 åringer vaksinert med andre dose.
- Det er 53 % av hele befolkningen som har fått oppfriskningsdose. Andelen er 90 % for alle 65 år og eldre, 82 % for dem over 45 år og 66 % for aldersgruppen 18 år og eldre. Blant risikogruppene er det er 81 % av personene 18-64 år med høy risiko for alvorlig forløp som har fått oppfriskningsdose, og 73 % av dem med moderat risiko.

Virologisk overvåking

- Omikron BA.2 overtok for omikron BA.1 i uke 6 nasjonalt og utgjør nå rundt 84 % av alle helgenomsekvenserte prøver siste to uker.

Matematisk modellering

- Matematisk modellering indikerer at trenden har vært økende gjennom februar og begynnelsen av mars med et gjennomsnittlig reproduksjonstall fra 1. februar på 1,04 (1,0 – 1,1). Siden mange nå blir smittet og dermed blir immune for en periode etterpå, bremses epidemien. R-tallet synker derfor ganske raskt og har sunket fra rundt 1,2 i februar til nærmere 0,9 nå. Modellen forventer derfor en synkende trend framover.

Annen luftveisinfeksjon enn covid-19

- Det har siste uke vært en markant økning i influensatilfeller. Selv om prevalensen blant testede fortsatt er svært lav for årstiden så er det en økning fra 0,9 % til 2,2 % forrige uke.
- Nivået av andre påviste luftveisagens enn SARS-CoV-2 har vært på et svært lavt nivå de siste ukene. I uke 10 ble andre luftveisagens enn influensavirus og SARS-CoV-2 påvist i kun 1 % av undersøkte prøver, tilsvarende nivået slutten av juli 2021. Det er fremdeles hovedsakelig rhinovirus som påvises, med andel positive prøver på 7 % i uke 10. Forekomsten av metapneumovirus har vært på 3 % de siste to ukene.
- Siden uke 2 og frem til og med uke 8 har det vært et økende antall innleggelser med luftveisinfeksjoner, og i uke 9 ligger antallet foreløpig på 1525 innleggelser. Dette skyldes økningen i innleggelser med covid-19. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon ligger over nivået sett i samme tidsrom som for fjoråret og våren 2020, og ser ut til å være på nivå med antall innleggelser i den pre-pandemiske sesongen 2018-19. I uke 9 var den prosentvise fordelingen mellom de ulike undergruppene luftveisinfeksjoner følgende: covid-19 69 %, nedre luftveisinfeksjoner 24 %, øvre luftveisinfeksjoner 6 %, influensa 1 % og RSV <1 %.

Vurdering

- En samlet vurdering av tilgjengelige overvåkingsdata viser at smittespredningen fortsatt er på et høyt nivå, men at epidemien sannsynligvis har nådd toppen og viser en synkende trend.
- Høy vaksinasjonsdekning bidrar til beskyttelse mot alvorlig koronasykdom. Omikronvarianten har også lavere iboende virulens. Risikoen for alvorlig sykdom er derfor svært lav for de fleste smittede. Alvorlig covid-19 rammer nå særlig uvaksinerte personer og vaksinerte personer med høy alder eller underliggende sykdommer. Det er fortsatt viktig at uvaksinerte starter sin vaksinasjon, og at personer over 45 år og medisinske risikogrupper over 18 år tar oppfriskningsdose.
- Selv om epidemien trolig har passert toppen, kan det fortsatt i noen uker til ventes mange innleggelser av pasienter på grunn av covid-19, særlig i de øvre aldersgruppene.
- Det vil fortsatt framover være en betydelig belastning på helsetjenesten som følge av mange pasienter og høyt sykefravær. Kommunene og sykehusene må fortsette å tilby vaksinasjon i tråd med anbefalingene og være forberedt på stort sykefravær og flere pasienter.

Tabell 1. Status og utvikling – hovedindikatorer fra de ulike overvåkingsystemene siste to uker

Indikator	Uke 9		Uke 10		Ukentlig endring (%)
	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000	
Alvorlighet av covid-19					
Nye pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak	536	9,9	474	8,7	-12 %
Nye pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak blant grunnvaksinerte 18 år og eldre	419	10,8	350	9,0	-17%
Nye pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak blant uvaksinerte 18 år og eldre	55	14,8	51	13,7	-7%
Nye pasienter innlagt i intensivavdeling	49	0,9	35	0,6	-29 %
Nye covid-19 assosierte dødsfall	152	2,8	156	2,9	+3 %
Utbredelse av covid-19 (testede og meldte tilfeller)	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000	Ukentlig endring (%)
Nye tilfeller meldt til MSIS totalt	65 330	1 204	41 853	771	-36 %
Nye tilfeller meldt til MSIS 0-17 år	13 096	1 181	7 512	678	-43 %
Nye personer testet* for SARS-CoV-2 (PCR/antigen) ⁵	96 151	1 772	67 422	1 243	-30 %
Nye utbrudd i helsetjenesten	69	-	57	-	Ikke beregnet
Legesøkingsatferd/ Symptomer i befolkningen	Andel (%)		Andel (%)		Ukentlig endring (%)
Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 (R992) blant alle konsultasjoner (KUHR data)	12,8 %	-	10,0 %	-	-22,0 %
Andel konsultasjoner for mistenkt/sannsynlig covid-19 (R991) blant alle konsultasjoner (KUHR data)	3,4 %	-	2,7 %	-	-20,4%
Andel med luftveissymptomer i befolkningen (MoBa)	33,4%	-	26,9%	-	-19,5%
Andel positive for SARS-CoV-2 i befolkningen (MoBa)	20,1%	-	18,7%	-	-7%
Andel med forkjølelssymptomer i befolkningen (Symptometer)	14,5	-	13,1	-	-9
Andel positive for SARS-CoV-2 i befolkningen (Symptometer)	9,3	-	8,1	-	-13
Vaksinasjon mot covid-19	Antall		Antall		Kumulativt antall
Personer vaksinert med 1. dose	651	.	825	-	4 330 692
Personer vaksinert med 2. dose	1 980	.	1 710	-	4 024 121
Personer vaksinert med 3. dose**	9 440	.	7 553	-	2 898 200

*person testet = en eller flere tester innenfor 7 dager per person, og er basert på PCR tester og antigen hurtigtester samlet. Selvtester er ikke inkludert. Det reelle antall tester er derfor ukjent. Det er ikke beregnet ukentlig endring (%).

For sykdomspulsen er dette grunnet forsinkelser i datainnsendingen. Informasjon om de ulike overvåkingsystemene finnes på s.84

**totalt antall 3. dose inneholder alle registrerte doser gitt minst 6 uker etter 2. dose.

Tabell 2. Status og utvikling – hovedindikatorer fra de ulike overvåkingsystemene siste ti uker

Indikator	Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10
Alvorlighet av covid-19	Antall per 100 000									
Nye pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak	2,7	2,2	2,8	4,2	4,4	5,8	8,1	9,5	9,9	8,7
Nye pasienter innlagt i intensivavdeling	0,6	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,7	0,8	0,9	0,6
Nye covid-19 assosierte dødsfall	0,6	0,5	0,5	0,6	1,0	1,1	1,5	2,0	2,8	2,9
Utbredelse av covid-19 (testede og meldte tilfeller)										
Nye tilfeller meldt til MSIS per 100 000	855	1 341	2 202	2 497	2 372	2 552	1 859	1 860	1 204	771
Nye tilfeller meldt til MSIS 0-17 år per 100 000	999	2 344	4 271	5 446	5 517	5 528	2 787	2 318	1 181	678
Nye personer testet* for SARS-CoV-2 (PCR/antigen) § per 100 000	4 479	4 435	5 540	5 448	4 081	3 795	2 703	2 598	1 772	1 243
Antall nye utbrudd i helsetjenesten	19	29	25	38	21	45	62	57	69	57
Legesøkningsatferd/ Symptomer i befolkningen	Andel (%)									
Andel konsultasjoner for bekreftet covid-19 (R992) blant alle konsultasjoner (KUHR data)	6,0	7,3	9,4	11,2	11,3	12,1	11,4	13,7	12,8	10,0
Andel konsultasjoner for mistenkt/sannsynlig covid-19 (R991) blant alle konsultasjoner (KUHR data)	4,5	5,4	6,5	5,5	4,4	4,3	3,2	3,8	3,4	2,7
Andel med forkjølelessymptomer i befolkningen (Symptometer)	4,3	4,8	6,1	8	9	10,8	13,9	15,7	14,5	13,1
Andel positive for SARS-CoV-2 i befolkningen (Symptometer)	0,9	1,4	2,5	3,8	5	6,9	9,2	11,1	9,3	8,1
Vaksinasjon mot covid-19	Antall doser									
Personer vaksinert med 1. dose	7 772	7 727	5 966	6 004	5 298	3 940	2 108	1 032	651	825
Personer vaksinert med 2. dose	18 676	19 094	14 804	14 415	11 222	7 968	4 899	2 971	1 980	1 710
Personer vaksinert med 3. dose**	341 564	357 868	257 025	169 006	92 732	53 335	30 077	16 276	9 440	7 553

Overvåking av alvorlig koronavirusykdom

Nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen

Det norske pandemiregistret (NoPaR) inneholder informasjon om pasienter med påvist covid-19 som legges inn på sykehus. Dataene presentert i denne rapporten er basert på et datasett fra NoPaR oppdatert frem til kl. 05:45, 16. mars 2022. Data over nye pasienter med påvist covid-19 (med andre hovedårsaker enn covid-19), vises ikke lenger i ukerapporten. Det er kun pasienter som tester positiv for covid-19 med PCR-test som registreres i NoPaR. På sykehusene er det ikke alltid at positive hurtigtester blir bekreftet med PCR-test om pasientene er innlagt av andre grunner enn covid-19 sykdom. Derfor vil ikke registreringene over nye pasienter innlagt med påvist covid-19 i NoPaR reflektere alle covid-19 positive pasienter innlagt på sykehus. Tall for pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak er foreløpig ikke påvirket av dette.

Det er så langt rapportert om 474 nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak i uke 10, foreløpig 12 % nedgang etter 536 i uke 9 (Figur 1). Antall siste uke kan bli oppjustert. Små justeringer i tall for tidligere uker kan også forekomme.

Den siste uken har det vært en økning i antall innleggelser med covid-19 som hovedårsak i Oslo, Rogaland, Møre og Romsdal, og Troms og Finnmark (Figur 2). Insidensen av nye sykehusinnleggelser med covid-19 som hovedårsak i uke 10 var høyest i Nordland (12,9 per 100 000, n=31), etterfulgt av Møre og Romsdal (12,8 per 100 000, n=34), Vestfold og Telemark (11,7 per 100 000, n=50), Vestland (11,7 per 100 000, n=71), og Trøndelag (11,6 per 100 000, n=55). Fordelingen per regionalt helseforetak for hele pandemien samt siste fire uker presenteres i Tabell 3.

Trenden etter aldersgrupper er presentert i Figur 3. I uke 10 var antall nye pasienter innlagt per 100 000 personer høyest i aldersgruppene ≥ 85 år (77,8 per 100 000, n=92, etter 95,5 i uke 9) og < 1 år (42,5 per 100 000, n=24, etter 51,4 i uke 9). Fra uke 9 til 10 var det en mindre økning i insidensen per 100 000 i aldersgruppene 1-5 år (4,2 til 7,4) og 6-11 år (0,3 til 1,3). I øvrige aldersgrupper var insidensen relativt stabilt eller gikk ned.

Aldersfordeling blant pasienter innlagt i sykehus gjennom hele pandemien og siste 4 uker er presentert i Tabell 4. De siste fire ukene har 60 % (113/187) av barn < 18 år innlagt på sykehus med covid-19 som hovedårsak vært < 1 år. Innleggelsene er generelt kortvarig, og grunnen til økte innleggelser kan være lavere terskel for innleggelse av spedbarn. Det ukentlige antallet innleggelser i aldersgruppen < 18 år er fremdeles betydelig lavere enn det som ble registrert for RS-virusinfeksjoner tidligere i høst 2021. Se avsnittet «Overvåking av innleggelser med luftveisinfeksjon» for mer informasjon om innleggelser for luftveisinfeksjoner hos barn. Av totalt 1963 nye pasienter innlagt de siste fire ukene var 1 085 (55 %) menn.

Nye pasienter innlagt i intensivavdeling

Norsk intensivregister (NIR) inneholder informasjon om intensivbehandlede koronapasienter. Dataene presentert i denne rapporten er basert på et datasett fra NIR oppdatert frem til kl. 05:45, 16. mars 2022.

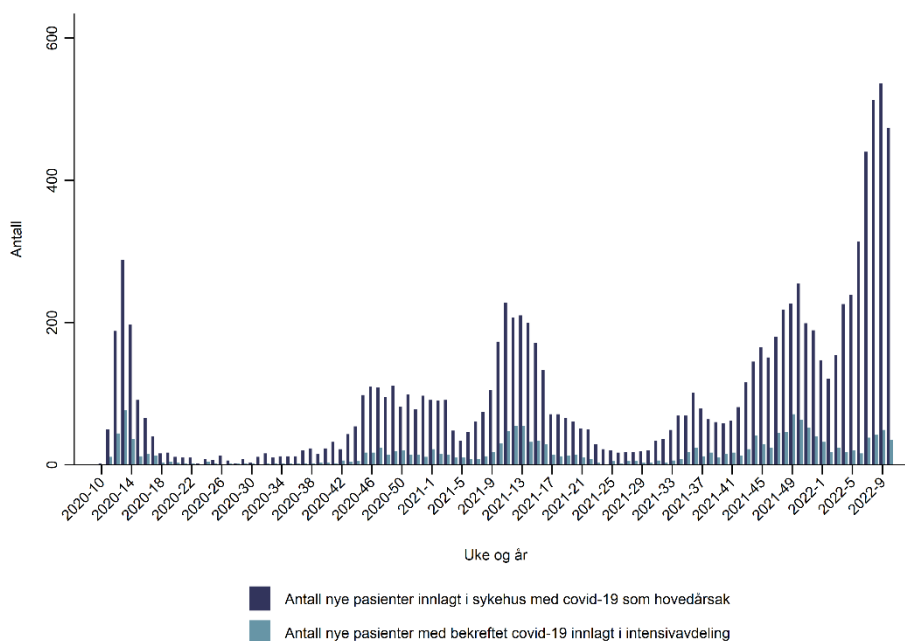
Det er foreløpig rapportert om 35 nye pasienter innlagt i intensivavdeling i uke 10, etter 49 i uke 9 og 42 i uke 8 (Figur 1). Antallet siste uke kan bli oppjustert. Små justeringer i tall for tidligere uker kan også forekomme. Fordelingen per regionalt helseforetak for hele pandemien samt siste fire uker presenteres i Tabell 3.

Aldersfordelingen blant pasienter innlagt i intensivavdeling gjennom hele pandemien og siste 4 uker er presentert i Tabell 5. Av 164 nye innleggelser i intensivavdeling de siste fire ukene var 101 (62 %) menn.

Blant de 1 698 med fullstendige registreringer som ikke lenger er inneliggende i intensivavdeling var det 1 439 (85 %) som har hatt behov for ventilasjonsstøtte, 39 (2 %) som har hatt behov for ECMO under innleggelse, og det er registrert 333 (19 %) dødsfall.

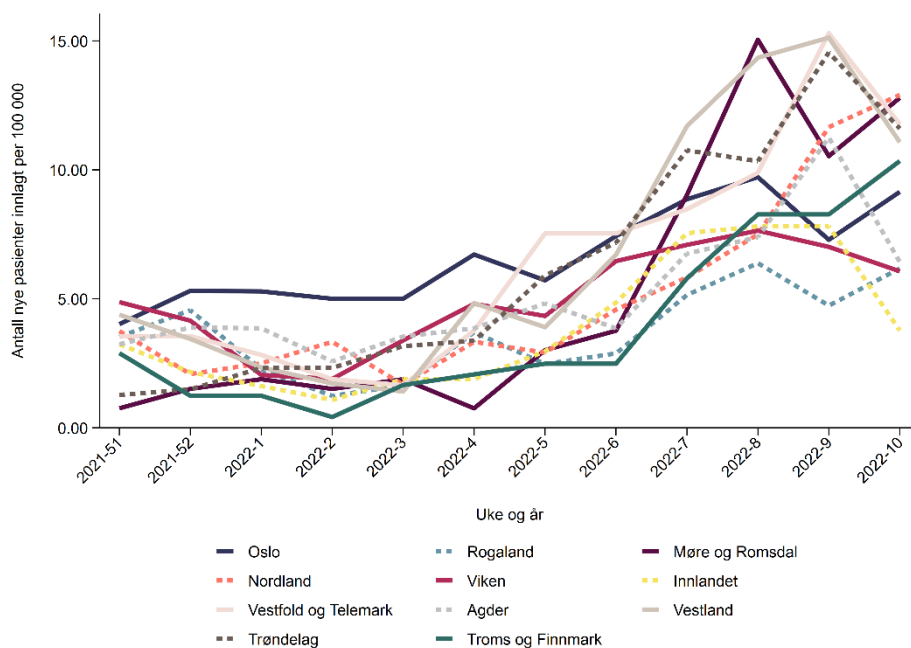
Tabell 3. Antall nye pasienter innlagt i sykehus med påvist covid-19, nye pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak, og nye pasienter innlagt i intensivavdeling etter regionalt helseforetak og innleggsperiode, 16. mars 2020–13. mars 2022. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister.

Regionalt helseforetak	Hele pandemien				Siste 4 uker			
	Nye pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak		Nye pasienter innlagt i intensivavdeling		Nye pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak		Nye pasienter innlagt i intensivavdeling	
	Antall	Antall per 100000	Antall	Antall per 100000	Antall	Antall per 100000	Antall	Antall per 100000
Midt	1013	137,5	147	20,0	358	48,6	35	4,8
Nord	660	136,8	110	22,8	166	34,4	13	2,7
Sør-Øst	7147	234,3	1309	42,9	997	32,7	91	3,0
Vest	1665	148,5	216	19,3	442	39,4	25	2,2
Ukjent	0	-	0	-	0	-	0	-
Norge	10485	194,5	1782	33,1	1963	36,4	164	3,0

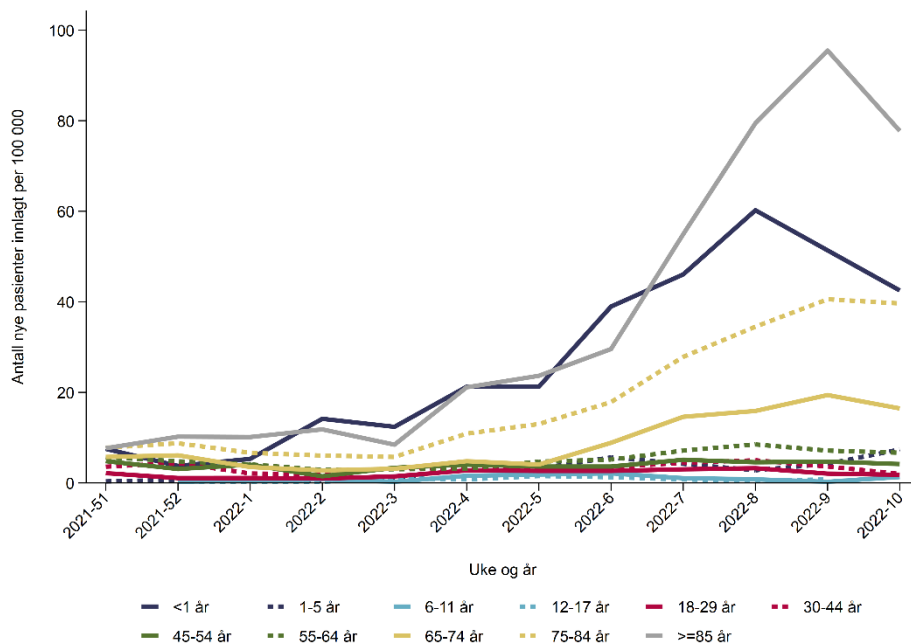


Figur 1. Antall nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, og antall nye pasienter med bekreftet covid-19 innlagt i intensivavdeling, etter innleggsperiode, 2. mars 2020–13. mars 2022. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister.

* Mediantid fra innleggelse til registrering i Norsk pandemiregister de siste fire ukene har vært 1,0 dager (nedre og øvre kvartil: 0,7–2,2 dager). 10 % av nye innleggelser har blitt rapportert minst 4,6 dager etter innleggsdato. Mediantid fra innleggelse til registrering i Norsk intensivregister de siste fire ukene har vært 1,1 dager (nedre og øvre kvartil: 0,5–3,2 dager). 10 % av nye innleggelser har blitt rapportert minst 6,5 dager etter innleggsdato. Derfor forventes tallene for uke 10 å bli oppjustert. Små justeringer i tall for tidligere uker kan også forekomme.



Figur 2. Antall nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen per 100 000 innbyggere, etter innleggelsesuke og fylke, 20. desember 2021–13. mars 2022. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister.



Figur 3. Antall nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen per 100 000, etter uke og aldersgrupper, 20. desember 2021–13. mars 2022. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister.

Tabell 4. Aldersfordeling for pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, under hele pandemien (2. mars 2020–13. mars 2022) samt de siste 4 ukene. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister.

Aldersgruppe	Hele pandemien			Siste 4 uker		
	Antall	Andel (%)	Antall per 100 000	Antall	Andel (%)	Antall per 100 000
<1 år	238	2,3	421,6	113	5,8	200,1
1 – 5 år	112	1,1	39,4	53	2,7	18,6
6 – 11 år	54	0,5	14,3	13	0,7	3,4
12 – 17 år	72	0,7	18,4	8	0,4	2,0
18 – 29 år	531	5,1	64,1	84	4,3	10,1
30 – 44 år	1640	15,6	149,3	166	8,5	15,1
45 – 54 år	1746	16,7	235,1	138	7,0	18,6
55 – 64 år	1765	16,8	268,1	194	9,9	29,5
65 – 74 år	1705	16,3	315,3	359	18,3	66,4
75 – 84 år	1687	16,1	510,7	471	24,0	142,6
>=85 år	935	8,9	790,2	364	18,5	307,6
Totalt	10485	100,0	193,3	1963	100,0	36,2

Tabell 5. Aldersfordeling for pasienter innlagt i intensivavdeling, under hele pandemien (2. mars 2020–13. mars 2022) samt de siste 4 ukene. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister.

Aldersgruppe	Hele pandemien			Siste 4 uker		
	Antall	Andel (%)	Antall per 100 000	Antall	Andel (%)	Antall per 100 000
0 – 17 år	38	2,1	3,4	9	5,5	0,8
18 – 29 år	46	2,6	5,6	6	3,7	0,7
30 – 44 år	202	11,3	18,4	5	3,0	0,5
45 – 54 år	325	18,2	43,8	11	6,7	1,5
55 – 64 år	425	23,8	64,6	27	16,5	4,1
65 – 74 år	395	22,2	73,0	47	28,7	8,7
75 – 84 år	295	16,6	89,3	40	24,4	12,1
>=85 år	56	3,1	47,3	19	11,6	16,1
Totalt	1782	100,0	32,8	164	100,0	3,0

Pasienter innlagt i sykehus etter vaksinestatus

I Beredkapsregistret kan man koble NoPaR og NIR med andre registre. Det er ikke mulig å koble alle pasienter i NoPaR og NIR med andre registre, derfor kan tallgrunnlaget være ulikt det presentert ovenfor. I de ulike koblingene er dataene fra Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK oppdatert frem til kl. 05:45, 15. mars 2022, og data fra Folkeregisteret er oppdatert frem til 9. mars 2022.

Vaksinestatus blant pasienter innlagt i sykehus er beregnet basert på innleggsdato til pasienten. Vaksinerte med D-nummer og status ikke bosatt ekskludert fra analysen da disse individene ikke med sikkerhet kan følges over tid. For definisjoner av vaksinasjonsstatus se avsnittet [«Definisjoner av vaksinasjonsstatus- delvis vaksinerte og grunnvaksinerte individer»](#). I dette avsnittet er 'uvaksinert' personer som ikke har mottatt en dose vaccine, og delvaksinert er alle som fikk en dose minst 21 dager før innleggsdato, uansett hvor lang tid har gått mellom den første dosen og innleggsdato. Grunnvaksinerte inkluderer de som har gjennomgått covid-19 infeksjon og mottatt 1 vaksinedose, samt de som har mottatt 2 vaksinedoser. De som har mottatt 3. doser i dette avsnittet inneholder alle registrerte doser gitt minst 6 uker etter 2. dose og inkluderer både personer med alvorlig svekket immunforsvar som tilbys en 3. dose som en del av grunnvaksinasjonen og oppfriskningsdoser til personer over 18 år.

Blant 474 nye pasienter innlagt i sykehus i Norge med covid-19 som hovedårsak i uke 10, har vi vaksinasjonsstatus på 470 av de nye pasientene. Av disse 470 var 107 (23 %) uvaksinert, 66 (14 %) hadde blitt grunnvaksinert med maks to doser og 284 (60 %) hadde blitt vaksinert med tre doser. Tolv pasienter var delvaksinert, og én hadde fått første vaksinedose <21 dager før innleggsdato. De siste ukene har en økende andel av nye innleggelser vært blant personer som har fått tre vaksinedoser (Figur 4), noe som er i tråd med den økende andelen av befolkningen som har fått tre doser. Det er mange faktorer som man må ta hensyn til for å estimere vaksineeffekt, så figuren må tolkes med varsomhet.

Figur 5 viser utviklingen i kombinert insidens av sykehusinnleggelser med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen og covid-19 assosierte dødsfall for personer 18 år og over siden starten av juni. I alle aldersgruppene er insidensen betydelig høyere for de uvaksinerte enn for de vaksinerte. Den siste uken har det vært en nedgang i insidens for både uvaksinerte og vaksinerte. Siden figuren viser et to-ukers glidende gjennomsnitt vil endringer i insidens vises med noe forsinkelse. Figuren indikerer at vaksinasjon beskytter svært godt mot innleggelse og død i alle aldersgrupper. Det er mange viktige faktorer som man må ta hensyn til for å estimere vaksineeffekt, så figuren må tolkes med varsomhet. Vi har beregnet insidens i figuren ved å ta hensyn til antall i de ulike vaksinekategoriene hver dag. Figur 6 viser den samme insidensen fordelt på uvaksinerte og med to eller tre doser. Insidensen er klart lavere i gruppene som har fått tre doser blant dem over 65 år. For gruppene under 65 år er det ikke så stor forskjell i insidens mellom to og tre doser, antagelig siden de med to doser allerede har lavere risiko for alvorlig forløp. Dette må tolkes med varsomhet.

Siden begynnelsen av koronavaksinasjonsprogrammet er det foreløpig rapportert om totalt 1631 grunnvaksinerte, 1724 vaksinerte med tre doser, 226 delvaksinerte (én dose) og 4390 uvaksinerte som er blitt innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen. Siden begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet har vaksinerte pasienter (enten grunnvaksinert eller vaksinert med tre doser) generelt hatt høyere medianalder og en større andel har hatt risikofaktorer som fører til moderat eller høy risiko for alvorligforløp av covid-19 enn uvaksinerte. Av de som er grunnvaksinert er medianalderen nå lavere enn tidligere i vaksinasjonsprogrammet. Dette reflekterer høy dekning av tredje vaksinedose blant de eldste aldersgruppene. Andelen som har risikofaktorer som fører til moderat eller høy risiko for alvorligforløp av covid-19 er høyest for de som har mottatt en tredje vaksinedose. Den samme trenden ser man for de som er lagt inn på intensivavdeling og for de som mottar ventilasjonsstøtte (Tabell 6). Mediantid fra siste vaksinedose til innleggelse i sykehus siste fire uker var 188 dager (nedre-øvre kvartil: 146–244) for grunnvaksinerte som har mottatt maks to doser, og 94 dager (nedre-øvre kvartil: 67–117) for de som har mottatt tre vaksinedoser.

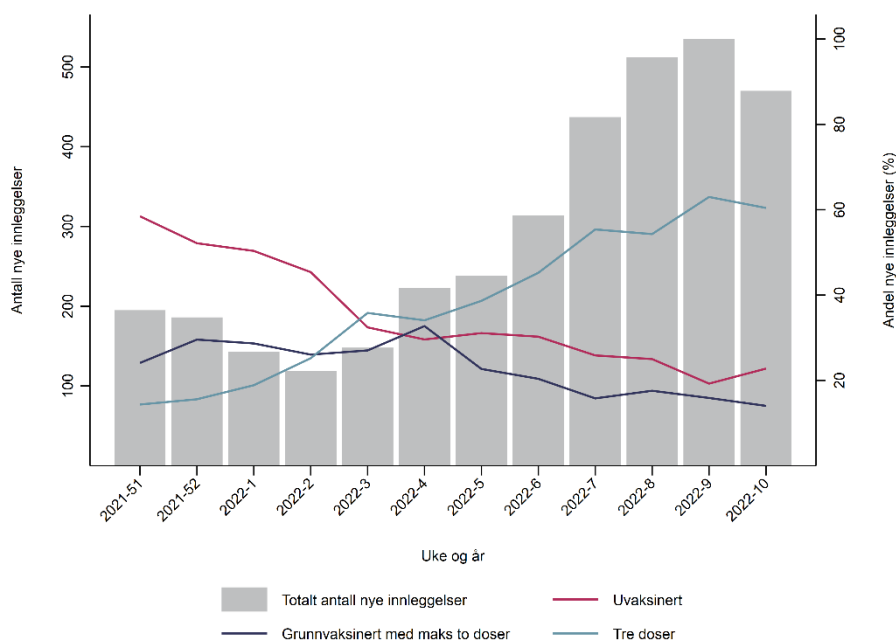
Tabell 6. Medianalder, risikofaktorer og mediantid fra siste dose blant nye pasienter som har mottatt én eller to doser, de som har mottatt tre doser og uvaksinerte som er blitt innlagt i sykehus og intensivavdeling med covid-19 som hovedårsak siden begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet (28. desember 2020–13. mars 2022) samt siste 4 uker. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister, Folkeregistret og SYSVAK.

Vaksinasjonsstatus	Siden begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet						Siste 4 uker							
	Høy/moderat risiko for alvorlig forløp av covid-19						Høy/moderat risiko for alvorlig forløp av covid-19							
	Alder (år)			Alder (år)			Alder (år)			Alder (år)				
	Antal	Andel (%)	Median	Nedre og øvre kvartil	Andel (%)	Antall	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Median	Nedre og øvre kvartil	Antal	Andel (%)	
Sykehusinnleggelses[†]														
Uvaksinert	4401	54	51	38	65	1516	34	451	23	46	0	75	161	36
Grunnvaksinert	1631	20	70	51	81	1057	65	310	16	64	37	80	169	55
Mottatt 3 doser*	1724	21	74	61	82	1388	81	1141	58	75	63	83	913	80
Intensivavdeling														
Uvaksinert	792	70	57	47	68	340	43	31	31	69	51	76	16	52
Grunnvaksinert	173	15	70	58	77	130	75	15	15	74	49	79	12	80
Mottatt 3 doser*	107	9	69	62	75	97	91	51	51	72	65	80	45	88
Ventilasjonsstøtte														
Uvaksinert	709	71	57	47	67	303	43	24	32	69	58	76	13	54
Grunnvaksinert	152	15	70	58	77	112	74	13	17	71	49	76	10	77
Mottatt 3 doser*	84	8	69	61	77	**	**	36	47	74	66	82	**	**

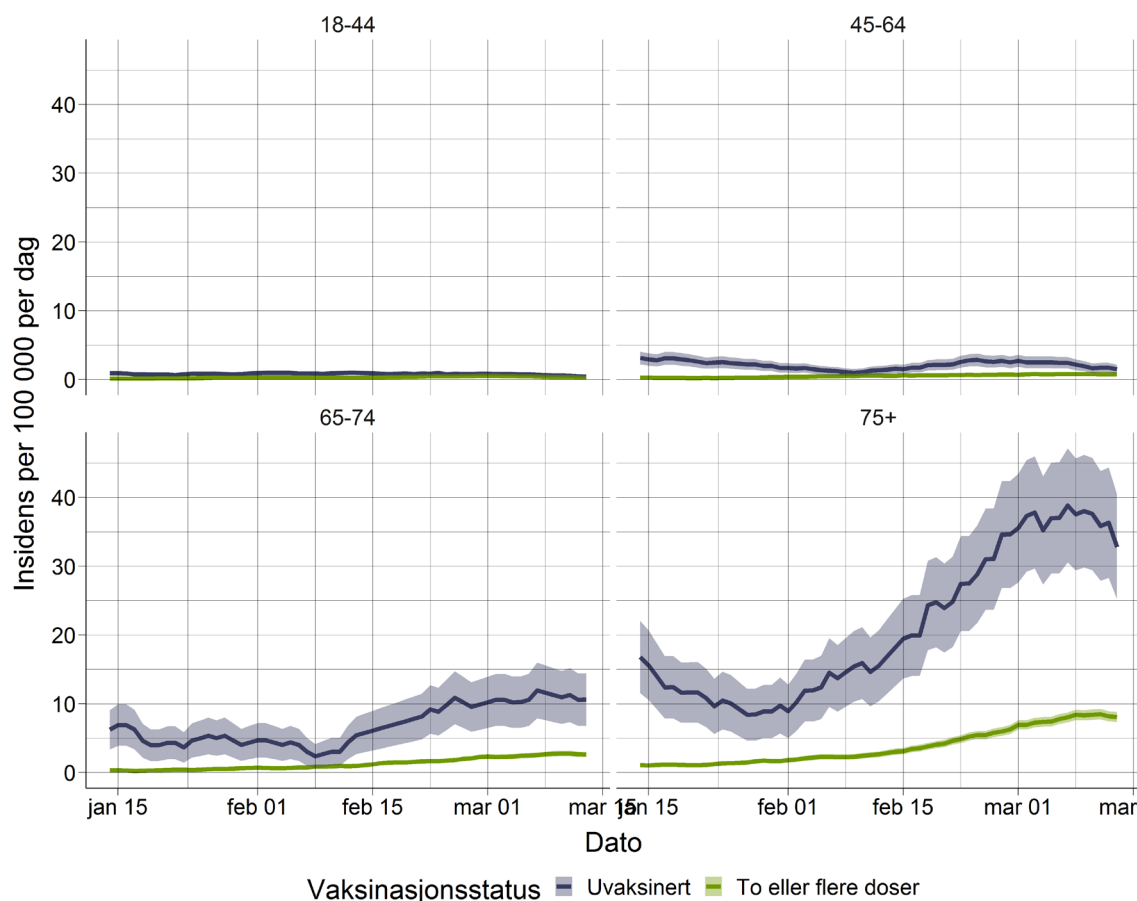
* De som har mottatt 3 doser inkluderer de som har fått en 3. dose som del av sin grunnvaksinasjon.

** Viser ikke grunnet personvern hensyn.

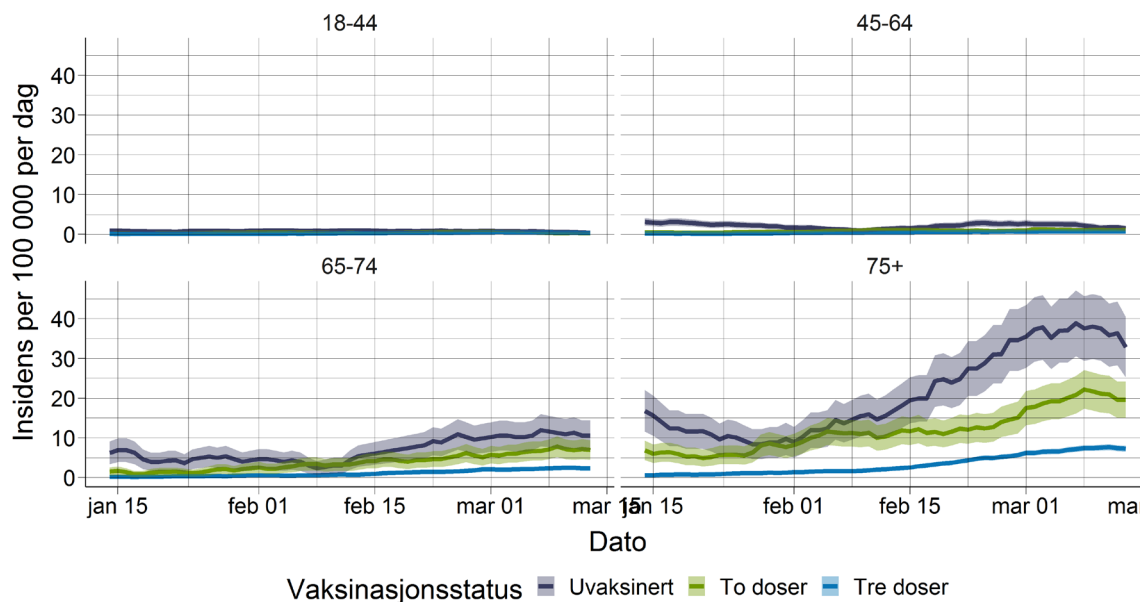
† Totale innleggelses med covid-19 som hovedårsak, der det finnes informasjon om vaksinasjonsstatus.



Figur 4. Antall nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, og andel uvaksinerte, grunnvaksinerte og de som har mottatt tre doser per uke, 20. desember 2021–13. mars 2022. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister, Folkeregistret og SYSVAK.



Figur 5. To-ukers glidende gjennomsnittlig incidens av nye dødsfall eller nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, blant personer ≥ 18 år med fødselsnummer som er registrert bosatt i Norge. Feltene rundt linjene indikerer konfidensintervall. 7. januar – 13. mars 2022. Kilde BeredtC19; MSIS, SYSVAK

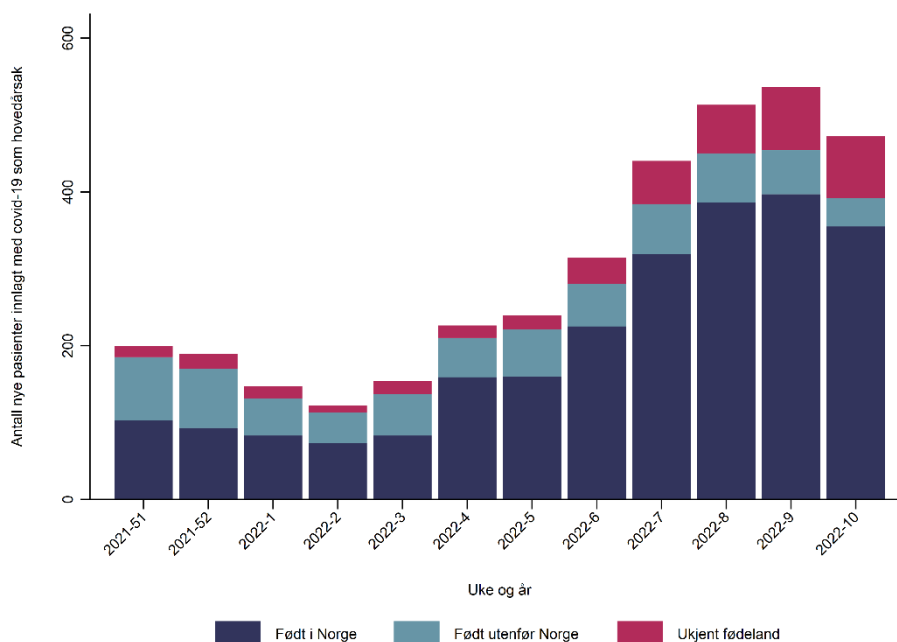


Figur 6. To-ukers glidende gjennomsnittlig incidens av nye dødsfall eller nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, blant personer med fødselsnummer som er registrert bosatt i Norge. Linjen for 2 doser viser dem som har fått to doser, men ikke tre. Feltene rundt linjene indikerer konfidensintervall. 7. januar – 13. mars 2022. Kilde BeredtC19; MSIS, SYSVAK

Pasienter innlagt i sykehus etter fødeland

I uke 10, blant 474 nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak i Norge, var fødeland kjent for 392 (83 %) (Figur 7). Blant de 392 var 37 (9 %) født utenfor Norge. Av de 37 var 6 født i Sverige. De øvrige 31 var fordelt på 20 fødeland.

De siste fire ukene har 244 personer født utenfor Norge, og med kjent vaksinestatus, blitt innlagt i sykehus, der 60 (30 %) var uvaksinert. Blant 1 287 personer født i Norge som var innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak i samme periode var 314 (24 %) uvaksinert.



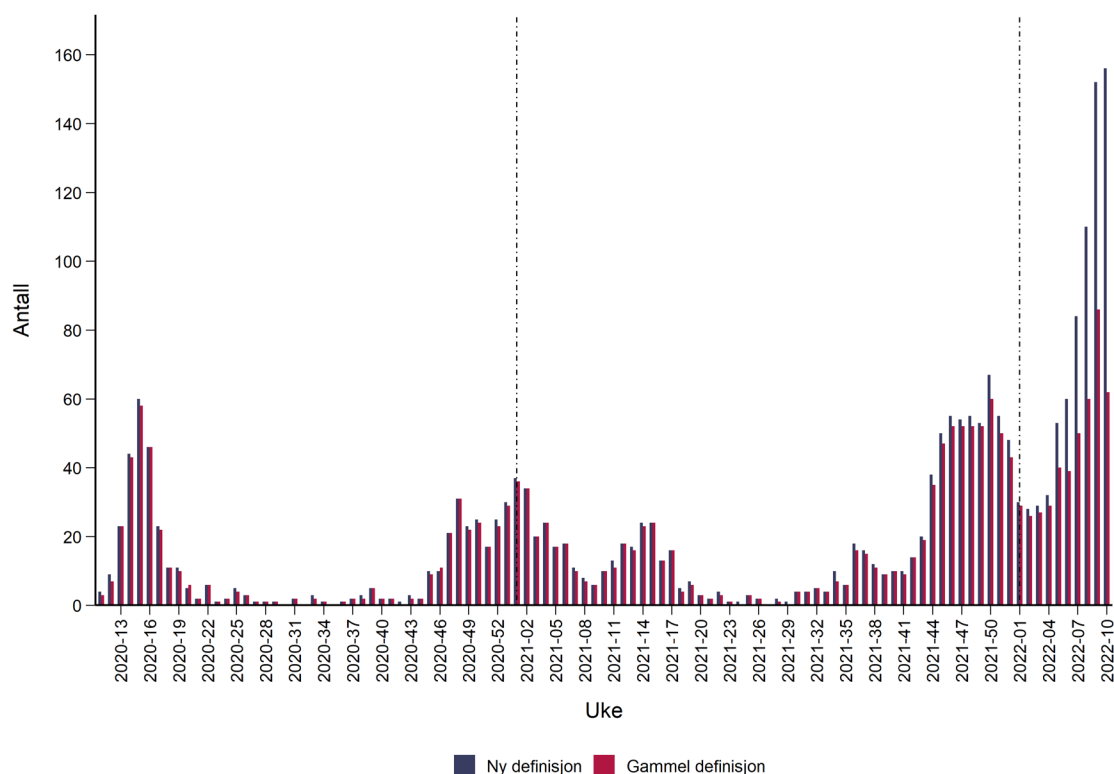
Figur 7. Antall nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, etter uke og fødeland Norge, utlandet og ukjent, 20. desember 2021–13. mars 2022. Kilde: Beredt C19; Norsk intensiv- og pandemiregister, og Folkeregistret.

- [Om Norsk intensiv- og pandemiregister](#)
- [Om BEREDT C19 beredskapsregisteret](#)

Covid-19-assosierte dødsfall

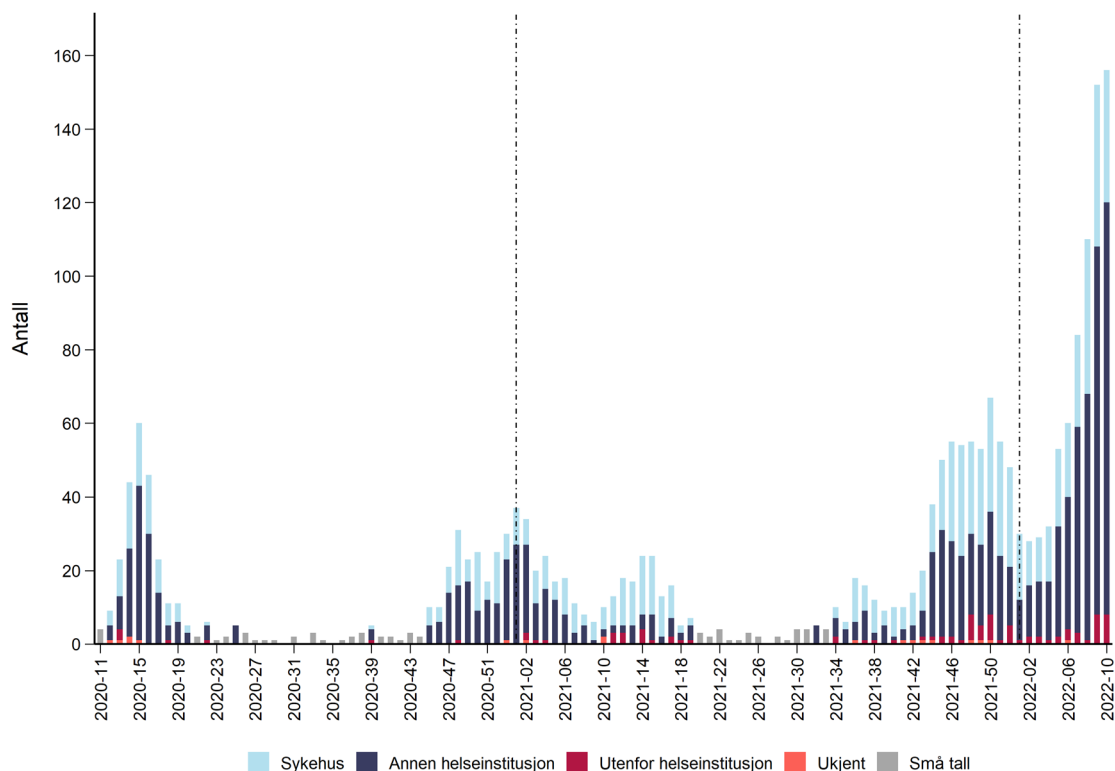
Covid-19-assosierte dødsfall er definert som dødsfall hvor covid-19 er angitt som underliggende eller medvirkende årsak på dødsattesten. Data på dødsfall er trukket ut 16. mars 2022 kl. 00.00. Tallene kan bli justert ut fra etterregistreringer, spesielt den siste uken. Mens man tidligere kun inkluderte dødsfall med en positiv prøve i MSIS, inkluderes nå også dødsfall uten en positiv prøve i MSIS.

Frem til uke 10 2022 har overvåkingen av covid-19 assosierte dødsfall kun inkludert dødsfall med en bekreftet SARS-CoV-2 prøve i MSIS. Overvåkingen endres nå til å også inkludere dødsfall uten en bekreftet SARS-CoV-2 prøve i MSIS. De nye kriteriene gjør at det nå totalt er registrert 2 169 dødsfall (40,0 per 100 000) til og med 13. mars 2022. Økningen skyldes først og fremst dødsfall i 2022, særlig de siste seks ukene (Figur 8).



Figur 8. Antall covid-19 assosierte dødsfall per dødsdato (i uker) ihht gammel og ny definisjon, 16. mars 2020 – 13. mars 2022. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Det var 156 dødsfall med dødsdato i uke 10, etter 152 i uke 9 (Figur 9). I henhold til bostedsadresse registrert i Folkeregisteret har det vært flest dødsfall i Viken, Oslo og Vestland (Tabell 7). Første dødsfall ble meldt 12. mars 2020.

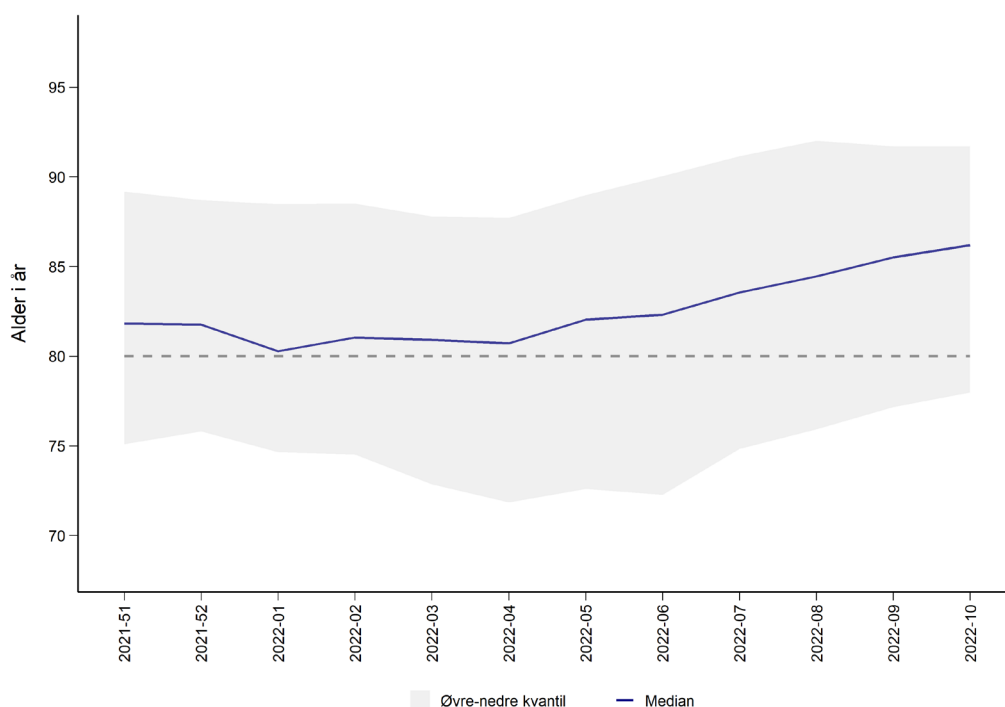


Figur 9. Antall covid-19-assosierte dødsfall rapportert til Folkehelseinstituttet per dødsdato (i uker) fordelt på dødssted, 16. mars 2020–13. mars 2022. Dødssted angis ikke i alle uker (grått) på grunn av små tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Tabell 7. Covid-19 assosierte dødsfall rapportert til Folkehelseinstituttet, fordelt på bostedsfylke i henhold til Folkeregisteret. 16. mars 2020–13. mars 2022. Kilde: Folkehelseinstituttet og Folkeregisteret.

Bostedsfylke	Antall	Andel	Per 100 000 innbygger
Agder	105	5 %	33,7
Innlandet	157	7 %	42,3
Møre og Romsdal	53	2 %	19,9
Nordland	68	3 %	28,3
Oslo	418	19 %	59,7
Rogaland	105	5 %	21,6
Troms og Finnmark	95	4 %	39,3
Trøndelag	117	5 %	24,7
Vestfold og Telemark	155	7 %	36,5
Vestland	214	10 %	33,4
Viken	673	31 %	53,0
Ukjent fylke	9	0 %	-
Totalt	2 169	100 %	40,0

For hele pandemien er gjennomsnittsalderen på de døde er 81 år, medianalderen er 84 år og 1 164 (53 %) er menn. I uke 10 var medianalder 86 år (nedre-øvre kvartil: 78-92 år). Det har vært 905(42 %) dødsfall på sykehus, 1 144 (53 %) på annen helseinstitusjon, og 98 (5 %) utenfor helseinstitusjon meldt til Folkehelseinstituttet. For 22 dødsfall er dødssted ikke oppgitt. For uke 10 var fordelingen sykehus (36), annen helseinstitusjon (112) og utenfor helseinstitusjon (8) (Figur 9).



Figur 10. Glidende fire-ukers-medianalder (blå linje) med nedre og øvre kvartil (grå sone) blant Covid-19-assosierte dødsfall rapportert til Folkehelseinstituttet per 20. desember 2021 – 13. mars 2022. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Vaksinestatus blant covid-19 assosierte dødsfall

Vaksinestatus blant covid-19 assosierte dødsfall er definert utfra avdødes status på prøvedato. Vaksinerte med D-nummer og status ikke bosatt er ekskludert fra analysen da disse individene ikke med sikkerhet kan følges over tid. Ettersom vaksinestatus defineres ut fra prøvedato inkluderer denne statistikken kun dødsfall med en positiv prøve i MSIS. Vaksinestatus baseres på data fra SYSVAK, for definisjoner se avsnittet [«Definisjoner av vaksinasjonstatus- delvis vaksinerte og grunnvaksinerte individer»](#).

Det totale antallet angir delvis vaksinerte og grunnvaksinerte med påvist SARS-CoV-2 som er døde siden starten av vaksinasjonsprogrammet. Data om vaksinestatus er oppdatert frem til 16. mars 2022 kl. 00:00.

Fra begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet frem til og med uke 10 er det tilgjengelig informasjon om vaksinestatus for 1 418 antall covid-19 assosierte dødsfall. Blant disse har det vært 627 (44,2 %) covid-19 assosierte dødsfall blant uvaksinerte og 748 (52,8 %) dødsfall blant grunnvaksinerte (hvorav 282 vaksinert med 3. doser). (3,1 %) var delvis vaksinerte (Tabell 8).

For de siste fire uker er informasjon om vaksinestatus tilgjengelig for 272 covid-19 assosierte dødsfall. Blant disse har det vært 62 (22,8 %) covid-19 assosierte dødsfall blant uvaksinerte og 206 (75,7 %) dødsfall blant grunnvaksinerte (hvorav 162 vaksinert med 3. doser). (1,5 %) var delvis vaksinerte. Andelen grunnvaksinerte blant covid-19 assosierte dødsfall har som forventet økt i takt med vaksinasjonsdekningen ettersom denne nå er svært høy (> 95%) i de eldste aldergruppene.

Tabell 8 viser medianalder fordelt på vaksinasjonsstatus fra begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet og de siste 4 uker.

Tabell 8. Medianalder og median tid fra siste dose blant grunnvaksinerte, og uvaksinerte covid-19 assosierte dødsfall siden begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet (28. desember 2020–13. mars 2022) samt siste 4 uker. Kilde: Beredt C19 med tall MSIS.

Vaksinasjons-status	Siden begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet			Siste 4 uker		
	Antall	Medianalder (nedre-øvre kvartil)	Mediantid fra siste dose til dødsfall (nedre-øvre kvartil)	Antall	Medianalder (nedre-øvre kvartil)	Mediantid fra siste dose til dødsfall (nedre-øvre kvartil)
		År	Mediantid		År	Mediantid
Uvaksinert	627	80(70-89)	-	62	85(77-91)	-
Grunnvaksinert	748	84(76-90)	280(212-338)	206	85(76-90)	364(298-387)

*Grunnvaksinerte inkluderer også de med 3 doser.

- [Om overvåking av dødsfall](#)

Overvåking av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon

Overvåkingen omhandler innleggelser med luftveisinfeksjonsdiagnose. For utfyllende forklaring se avsnittet [Om overvåking av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon](#).

I sesongen 2021-22 inngår en bredere oversikt over sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon i håndtering av covid-19-pandemien. Overvåkingen utføres i Beredskapsregisteret for covid-19 (Beredt C19) og er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om diagnosekoder for luftveisinfeksjoner som registreres i sykehusenes journalsystemer. ICD-10-diagnosekodene inkludert i overvåkingen er J00-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influenza, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07 (covid-19), A37 (kikhoste) og H65-H67 (akutt mellomørebetennelse). Informasjon om opphold i intensivavdeling er ikke tilgjengelig. Informasjon om bruk av ulike former for pustestøtte og oksygenbehandling er inkludert (prosedyrekoder: GXAV01 (respiratorbehandling INA), GXAV10 (noninvasiv behandling med kontinuerlig positivt luftvestrykk), GXAV20 (noninvasiv behandling med bifasisk positivt luftveistrykk) og GXAV30 (noninvasiv oksygenbehandling med nasal høyluftstrømkanyle)). Dødsfall knyttet til alvorlig luftveisinfeksjon, dvs. sykehusinnleggelse med diagnosekoder for luftveisinfeksjon, er definert som dødsfall under innleggelse med luftveisinfeksjon eller innen 14 dager etter utskrivelse. Luftveisinfeksjon er ikke nødvendigvis den underliggende årsaken til dødsfallet. Diagnose- og prosedyrekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert. Tallene blir etterjustert. Overvåkingen er nyopprettet og under utvikling.

Dataene presentert i denne rapporten er basert på et datasett fra NPR oppdatert kl. 9:45, 15. mars 2022. Tallene er basert på innleggelser registrert som døgnopphold. Alle innleggelser som er registrert med >2 dager mellom telles som nye innleggelser. Det betyr at en person som har blitt innlagt flere ganger, kan telles flere ganger. Dataene om dødsfall knyttet til alvorlig luftveisinfeksjon, som skjer etter utskrivelse, er basert på et datasett fra Folkeregistret oppdatert kl. 18:24, 9. mars 2022.

Nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon

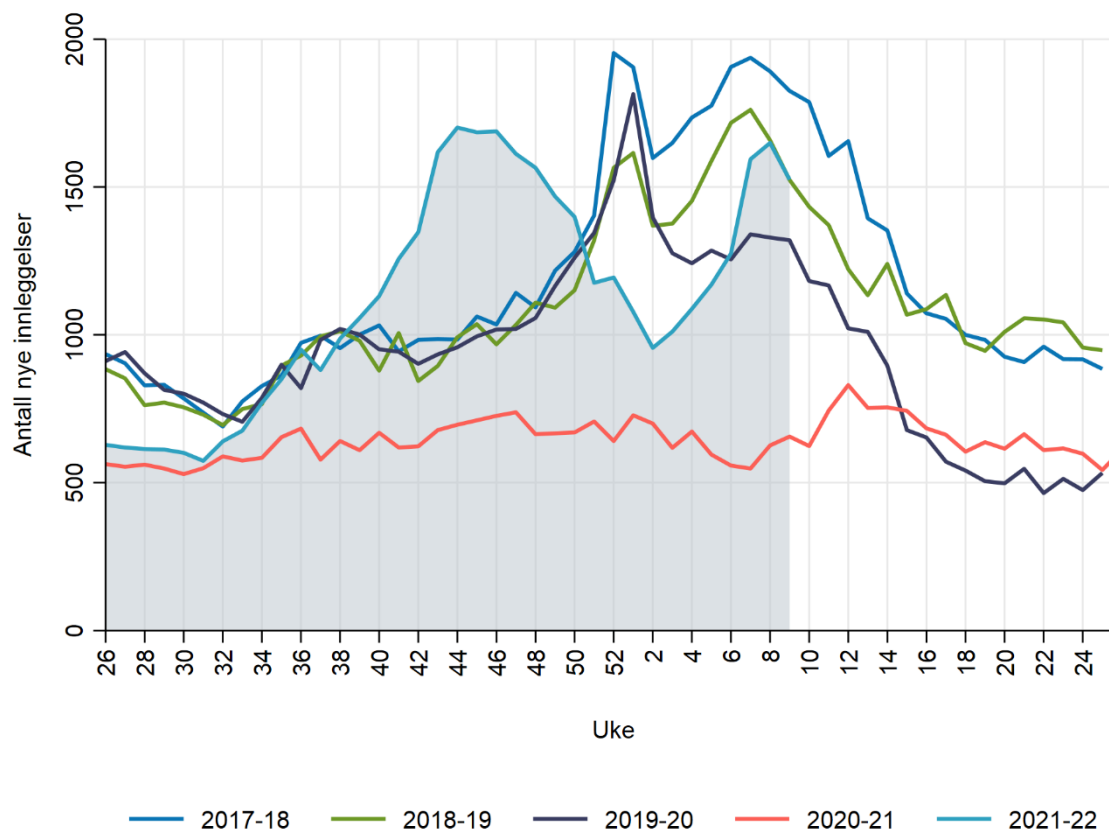
Siden uke 2 og frem til og med uke 8 har det vært et økende antall innleggelser med luftveisinfeksjoner. I uke 9 ligger antallet foreløpig på 1525 innleggelser (Figur 11). Antall innleggelser med luftveisinfeksjon ligger over nivået sett i samme tidsrom som for fjoråret og våren 2020, og ser ut til å være på nivå med antall innleggelser i den pre-pandemiske sesongen 2018-19. Av de regionale helseforetakene er det fortsatt Helse Vest som de siste to ukene har hatt flest innleggelser med luftveisinfeksjoner per 100 000 (Tabell 9).

Tabell 9. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon etter regionalt helseforetak og tidsperiode, 24. februar 2020 – 6. mars 2022. Kilde: BeredtC19 med data fra Norsk pasientregister og Folkeregistret.

Regionalt helseforetak	Siste 2 uker (08-09)						Hele pandemien					
	Dødsfall**						Dødsfall**					
	Nye innleggelser relatert til alvorlig luftveisinfeksjon						Nye innleggelser relatert til alvorlig luftveisinfeksjon					
	Nye innleggelser med pustestøtte*		Nye innleggelser med pustestøtte*		Nye innleggelser med pustestøtte*		Nye innleggelser med pustestøtte*		Nye innleggelser med pustestøtte*		Nye innleggelser med pustestøtte*	
n/10000		n/10000		n/10000		n/10000		n/10000		n/10000		
n	0	n	0	n	0	n	0	n	0	n	0	
Vest	851	75,5	36	3,2	39	3,5	19926	1767,9	1906	169,1	1568	139,1
Midt-Norge	417	56,4	13	1,8	15	2,0	10945	1479,1	1054	142,4	949	128,2
Nord	267	55,4	10	2,1	11	2,3	7355	1526,2	772	160,2	680	141,1
Sør-Øst	1639	53,3	70	2,3	90	2,9	49021	1593,5	5218	169,6	4604	149,7
Ukjent	0	-	0	-	0	-	3	-	0	-	0	-
Totalt	3174	58,5	129	2,4	155	2,9	87250	1608,2	8950	165,0	7801	143,8

*Inkluderer invasiv og non-invasiv pustestøtte. Oksygenbehandling med nasal høyluftstrømkanyler er ikke lenger inkludert i tallene.

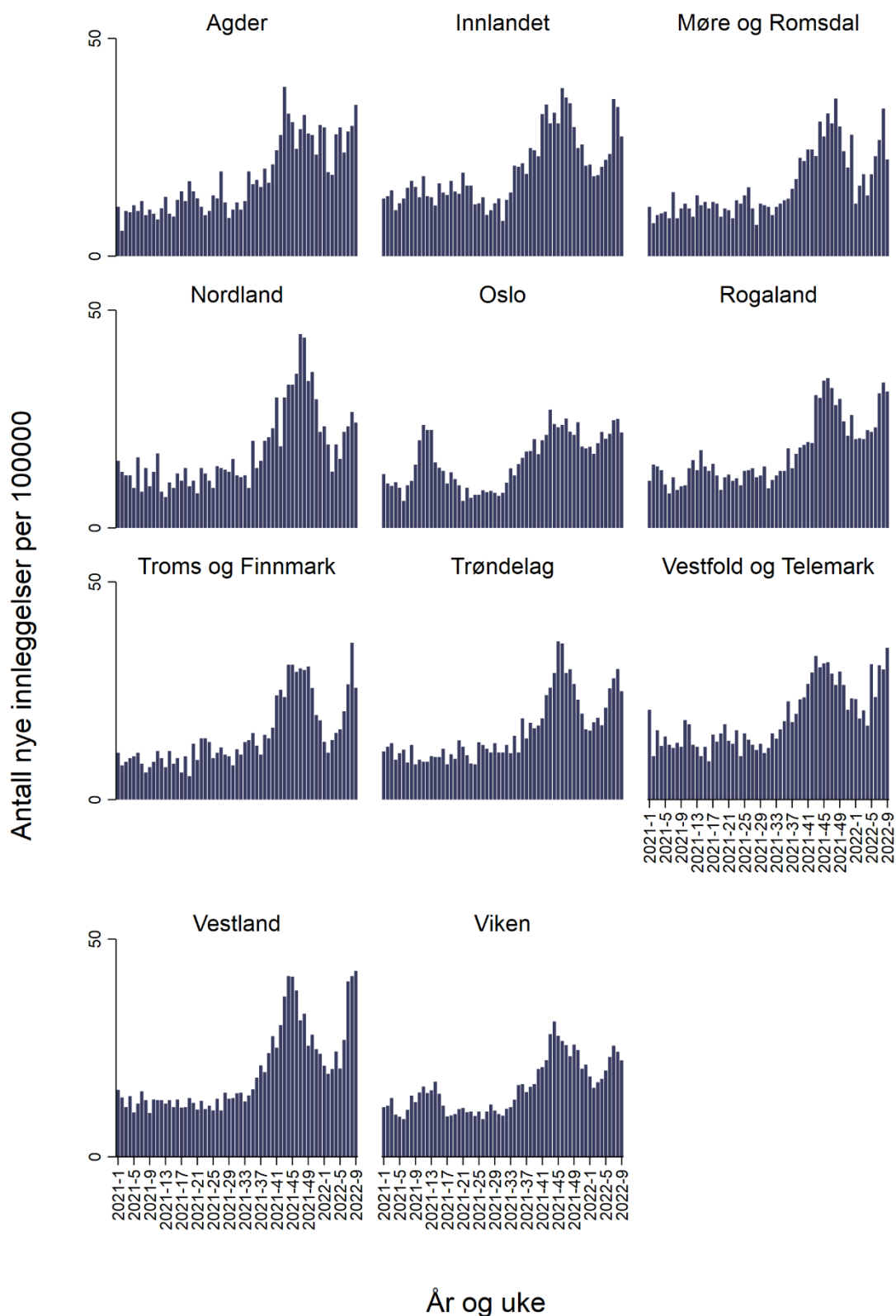
**Dødsfall under innleggelse med luftveisinfeksjon eller innen 14 dager etter utskrivelse



Figur 11. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon per uke, etter sesong, 26. juni 2017–6. mars 2022. Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

*Diagnosekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert. Tallene for de siste ukene er ikke komplette, og tallene for tidligere uker kan også bli etterjustert.

I uke 9 har insidensen av nye innleggelser med luftveisinfeksjon økt i Vestfold og Telemark, Agder og Vestland sammenlignet med uken før, mens den har vært relativt stabil i øvrige fylker (Figur 12). Den kraftigste økningen i insidensen mellom uke 8 og 9 ble registrert i Vestfold og Telemark (fra 30 til 35 per 100 000) og Agder (fra 30 til 35 per 100 000). Insidensen var høyest i Vestland (43 per 100 000) i uke 9. I øvrige fylker lå insidensen mellom 22 og 31 per 100 000 i uke 9.



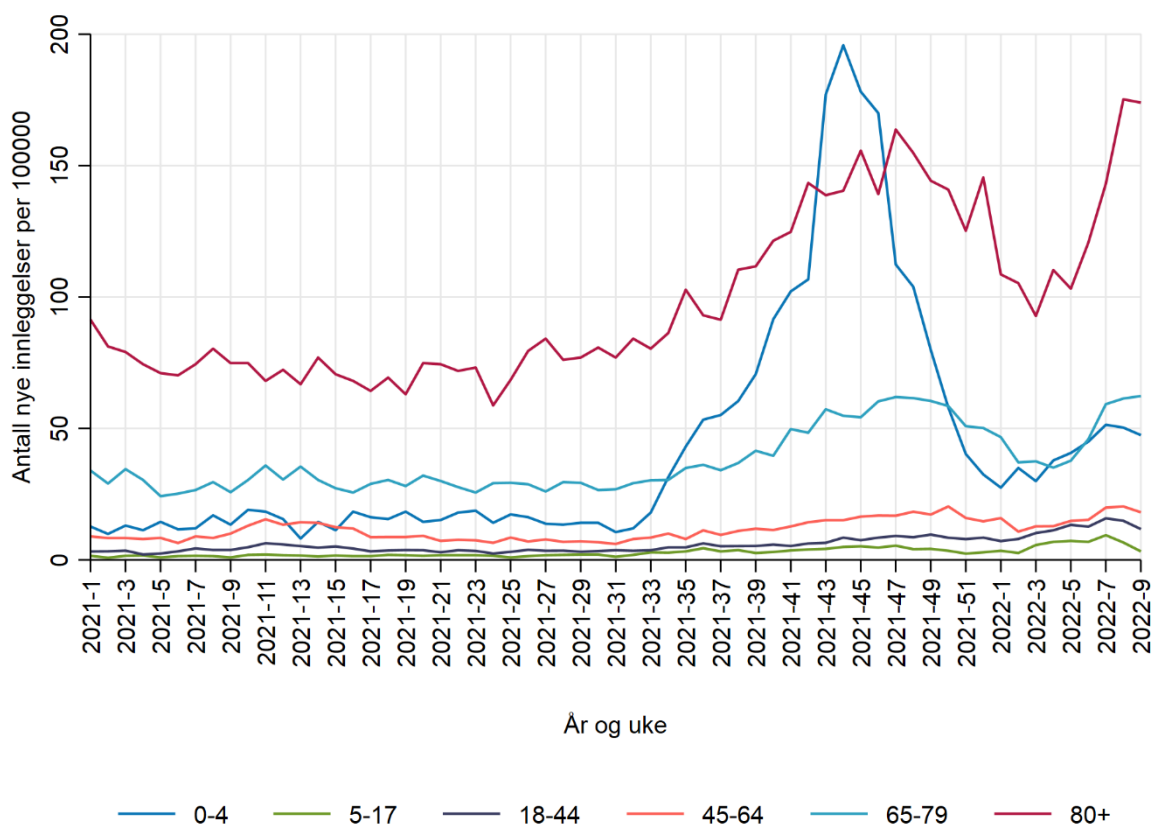
Figur 12. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon per 100 000 per uke og bostedsfylke, 9. januar 2021–6. mars 2022. Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

**Diagnosekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert. Tallene for de siste ukene er ikke komplette, og tallene for tidligere uker kan også bli etterjustert.*

Aldersfordelingen i innleggelser med luftveisinfeksjon er presentert i Tabell 10 og Figur 13. De siste ukene har insidensen av nye innleggelser økt betydelig i aldersgruppen 80 år og eldre (fra 103 i uke 5 til 175 per 100 000 i uke 8), men i uke 9 ser det inntil videre ut til at insidensen begynner å flate ut (174 per 100 000). Det har vært en svak økning i aldersgruppen 65-79 år, mens i de resterende aldersgruppene har insidensen gått svakt ned eller vært relativt stabil. I uke 9 var insidensen høyest i aldersgruppen 80 år og eldre, etterfulgt av aldersgruppene 65-79 år (62 per 100 000) og 0-4 år (47 per 100 000) (Figur 13). Tallene spesielt for den siste uken vil bli etterjustert.

Tabell 10. Aldersfordeling for nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon under hele pandemien samt de siste 2 ukene, 24. februar 2020–6. mars 2022. Kilde: BeredtC19 med data fra Norsk pasientregister.

Aldersgruppe	Siste 2 uker (08–09)			Hele pandemien		
	Antall	Andel (%)	Antall per 100000	Antall	Andel (%)	Antall per 100000
0-4 år	274	8,6	97,8	9768	11,2	3488,1
5-17 år	82	2,6	9,9	2255	2,6	272,2
18-44 år	513	16,2	26,6	10078	11,6	523,2
45-64 år	539	17,0	38,5	15470	17,7	1104,2
65-79 år	927	29,2	123,7	26898	30,8	3590,3
80+ år	839	26,4	349,2	22781	26,1	9480,5
Totalt	3174	100,0	58,5	87250	100,0	1608,2



Figur 13. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon per 100 000, etter uke og aldersgruppe, 4. januar 2021–6. mars 2022. Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

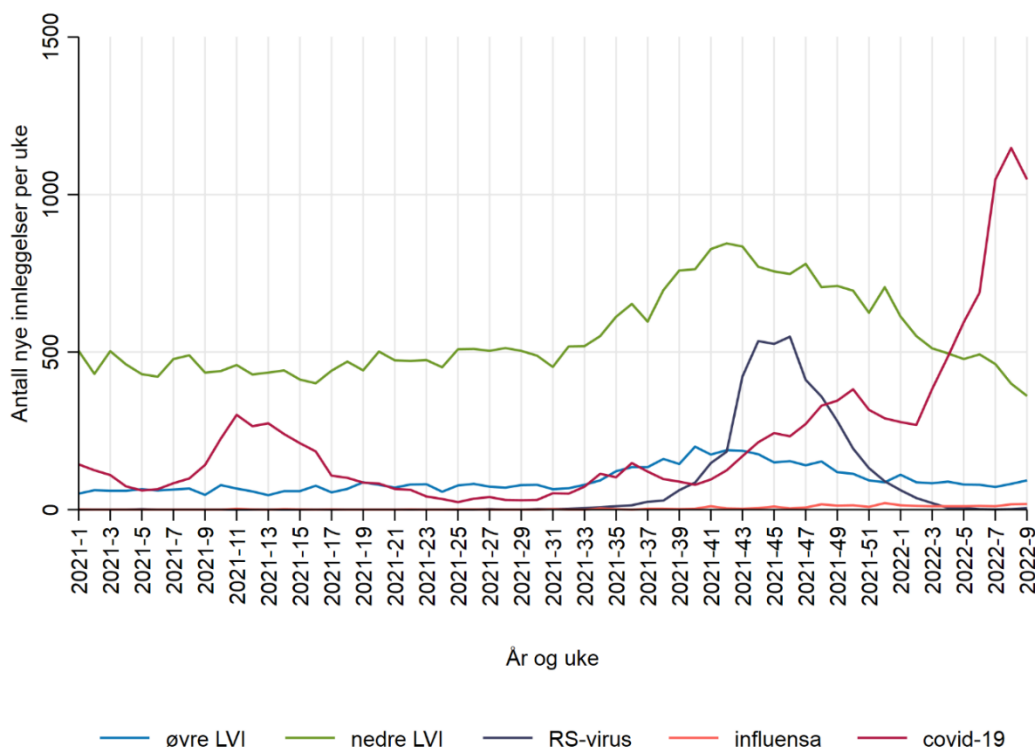
*Diagnosekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert. Tallene for de siste ukene er ikke komplette, og tallene for tidligere uker kan også bli etterjustert.

Innleggelser med luftveisinfeksjon etter undergruppe

Økningen i antall innleggelser med luftveisinfeksjon skyldes økning i innleggelser med covid-19, som har økt ukentlig fra 269 i uke 2 til 1148 i uke 8. I uke 9 ser det ut til at økningen i antall innleggelser med covid-19 har begynt å flate ut og er nå på 1048 (Tabell 11, Figur 14). Blant de ulike undergruppene luftveisinfeksjoner har andelen innleggelser med covid-19 økt siden uke 52 frem til og med uke 8. Tallene er basert på innleggelser hvor det settes en diagnose for covid-19, men gir ikke opplysninger om hvorvidt covid-19-sykdom var årsaken til innleggelse. For opplysninger om dette, se avsnittene over. Det har vært en nedgang i antall innleggelser med nedre luftveisinfeksjon siden uke 52, og det ukentlige antallet innleggelser med nedre luftveisinfeksjoner (361 i uke 9) er også denne uken på et lavere nivå enn antallet innleggelser med covid-19. De siste ukene har antall innleggelser med influensa og øvre luftveisinfeksjoner gått noe opp uten at det har påvirket insidensen i noe særlig grad. Den prosentvise fordelingen mellom de ulike undergruppene luftveisinfeksjoner i uke 9 var: covid-19 69 %, nedre luftveisinfeksjoner 24 %, øvre luftveisinfeksjoner 6 %, influensa 1 % og RSV <1 %. Merk at tallene for innleggelser med covid-19 og influensa i disse analysene vil avvike fra øvrig informasjon i rapporten og offisiell statistikk for covid-19 og influensa fordi ulike datakilder og/eller metoder legges til grunn.

Tabell 11. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon etter undergruppe under hele pandemien samt de siste 2 ukene, 24. februar 2020–6. mars 2022. Undergruppene er gjensidig ekskluderende, og de patogenspesifikke diagnosekodene for covid-19 (U07), influensa (J09-J11) og respiratorisk syncytialvirus (J12.1, J20.5, J21.0) er prioritert i rekkefølgen de er oppført over de mindre spesifikke diagnosekodene for (andre) nedre luftveisinfeksjoner (J12-J22 (bortsett fra J12.1, J20.5 og J21.0), J80 og A37) og øvre luftveisinfeksjoner (J00-J06, H65-H67). Kilde: BeredtC19; Norsk pasientregister. LVI: luftveisinfeksjon

Undergruppe	Siste 2 uker (08–09)			Hele pandemien		
	Antall	Andel (%)	Antall per 100000	Antall	Andel (%)	Antall per 100000
Øvre LVI	175	5,5	3,2	9285	10,6	171,1
Nedre LVI	761	24,0	14,0	55741	63,9	1027,4
RSV	7	0,2	0,1	4534	5,2	83,6
Influensa	35	1,1	0,6	968	1,1	17,8
Covid-19	2196	69,2	40,5	16722	19,2	308,2
Totalt	3174	100,0	58,5	87250	100,0	1608,2



Figur 14. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon etter uke og undergruppe, 4. januar 2021 – 6. mars 2022. Undergruppene er gjensidig ekskluderende, og de patogenspesifikke diagnosekodene for covid-19 (U07), influensa (J09-J11) og respiratorisk syncytialvirus (J12.1, J20.5, J21.0) er prioritert i rekkefølgen de er oppført over de mindre spesifikke diagnosekodene for (andre) nedre luftveisinfeksjoner (J12-J22 (bortsett fra J12.1, J20.5 og J21.0), J80 og A37) og øvre luftveisinfeksjoner (J00-J06, H65-H67). Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

*Diagnosekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert. Tallene for de siste ukene er ikke komplette, og tallene for tidligere uker kan også bli etterjustert.

Tabell 12 sammenligner antall innleggelser med covid-19 og andre luftveisinfeksjoner fordelt på aldersgrupper. De siste to ukene er det blitt registrert flere innleggelser med covid-19 enn med andre luftveisinfeksjoner i alle aldersgrupper. Blant barn i alderen 0-4 år er det ukentlige antallet innleggelser med covid-19 fortsatt langt under det nivået sett under det store RS-virusutbruddet i høst 2021. Som nevnt tidligere er tallene basert på innleggelser hvor det settes en diagnose for covid-19, men det gis ikke opplysninger om hvorvidt covid-19-sykdom var årsaken til innleggelse.

Tabell 12. Antall nye innleggelser i sykehus med covid-19 og andre luftveisinfeksjoner etter aldersgruppe og undergruppe, 2. august 2021–20. februar 2022. Andre luftveisinfeksjoner inkluderer influensa (J09-J11), respiratorisk syncytialvirus (RSV; J12.1, J20.5, J21.0), nedre luftveisinfeksjoner (J12-J22 (bortsett fra J12.1, J20.5 og J21.0), J80 og A37) og øvre luftveisinfeksjoner (J00-J06, H65-H67). Undergruppene er gjensidig ekskluderende, og diagnosekodene for covid-19 (U07) er prioritert over de diagnosekodene for de andre luftveisinfeksjoner. Kilde: BeredtC19; Norsk pasientregister.

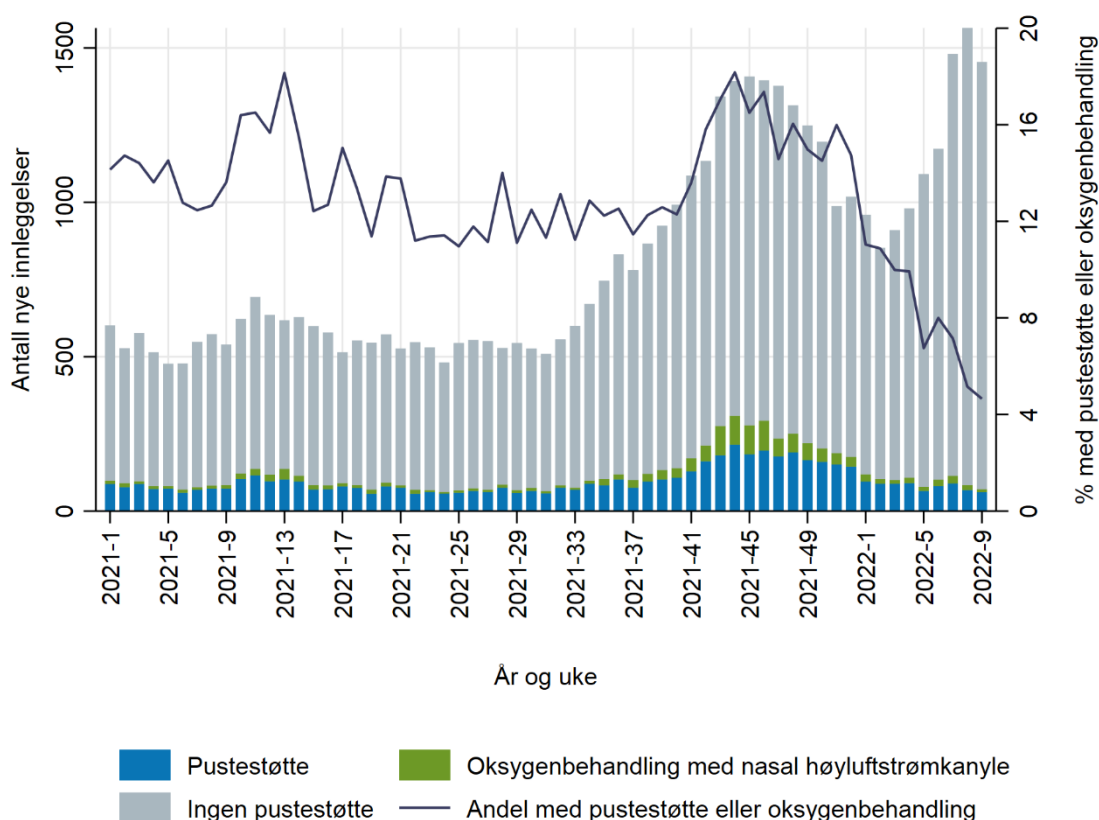
Aldersgruppe	Siste to uker (uke 8-9)				Siste 32 uker (uke 30/2021 – 9/2022)			
	Covid-19		Andre luftveisinfeksjoner		Covid-19		Andre luftveisinfeksjoner	
	n	n/100000	n	n/100000	n	n/100000	n	n/100000
0-4 år	167	59,6	107	38,2	523	186,8	5642	2014,7
5-17 år	49	5,9	33	4,0	323	39,0	776	93,7
18-44 år	421	21,9	92	4,8	2587	134,3	2252	116,9
45-64 år	388	27,7	151	10,8	2299	164,1	3813	272,2
65-79 år	610	81,4	317	42,3	2357	314,6	8364	1116,4
80+ år	561	233,5	278	115,7	1831	762,0	7407	3082,5
Totalt	2196	40,5	978	18,0	9920	182,8	28254	520,8

Pustestøtte og høyluftstrøm oksygenbehandling ved innleggelser med luftveisinfeksjon

Bruk av pustestøtte og oksygenbehandling med nasal høyluftstrømkanyle ved innleggelsene med luftveisinfeksjon har variert under pandemien, og den har vært på det høyeste i uke 43-46 i 2021. I denne perioden ble invasiv eller non-invasiv pustestøtte brukt ved 181-215 innleggelser per uke, mens høyluftstrøm oksygenbehandling ble brukt ved 94-97 innleggelser per uke. Det har vært relativt stabil bruk av både pustestøtte og høyluftstrøm oksygenbehandling siden uke 1. I uke 9 ble det registrert bruk av pustestøtte ved 61 nye sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon, sammenliknet med 10 innleggelser hvor høyluftstrøm oksygenbehandling ble administrert (Tabell 13, Figur 15).

Tabell 13. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon hvor pasienten fikk høyluftstrøm oksygenbehandling eller ventilasjonsstøtte, etter aldersgruppe, under hele pandemien samt de siste ukene, 24. februar 2020–6. mars 2022. Kilde: BeredtC19; Norsk pasientregister.

Aldersgruppe	Siste to uker (uke 8-9)				Hele pandemien			
	Høyluftstrøm oksygenbehandling		Pustestøtte		Høyluftstrøm oksygenbehandling		Pustestøtte	
	n	n/100000	n	n/100000	n	n/100000	n	n/100000
0-17 år	9	0,8	8	0,7	792	71,2	978	88,0
18+ år	18	0,4	121	2,8	1067	24,9	7972	186,3
Totalt	27	0,5	129	2,4	1859	34,5	8950	166,0



Figur 15. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon, med pustestøtte og nasal høyluftstrøm oksygenbehandling, 4. januar 2021–6. mars 2022. Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

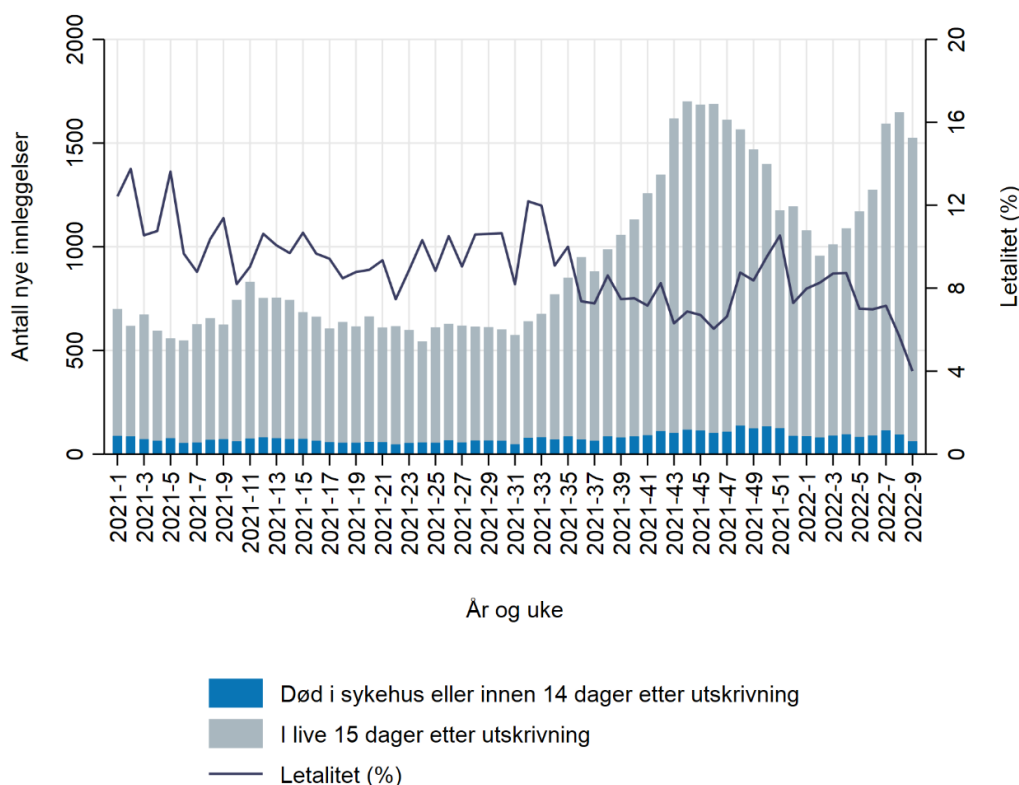
*Prosedurekodene for pustestøtte inkludert i overvåkingen er GXAV01 (respiratorbehandling INA), GXAV10 (noninvasiv behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk), GXAV20 (noninvasiv behandling med bifasisk positivt luftveistrykk), GXAV23 (høyfrekvent oscillatorventilasjon) og GXAV30 (noninvasiv behandling med nasal høyluftstrømkanyle. Diagnose- og prosedyrekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert. Tallene for de siste ukene er ikke komplette, og tallene for tidligere uker kan også bli etterjustert.

Dødsfall relatert til alvorlig luftveisinfeksjon

Dødsfall relatert til alvorlig luftveisinfeksjon defineres som dødsfall under innleggelse med luftveisinfeksjon eller innen 14 dager etter utskrivelse. En topp i slike dødsfall ble registrert i uke 48 i 2021 med 137 dødsfall (Figur 16). Mellom uke 52 og uke 9 har det ukentlige antallet dødsfall ligget mellom 61 og 114. Selv om de fleste innleggelsene med luftveisinfeksjon nå er relatert til covid-19 (69 % i uke 9), er andelen dødsfall relatert til andre luftveisinfeksjoner fortsatt høyere (Tabell 14, Figur 17). Dødstallene for de siste to ukene er mest sannsynlig ikke fullstendige, og forventes oppjusterte. Dødsfallene telles i uken for første innleggelsesdag. Luftveisinfeksjon er ikke nødvendigvis den underliggende årsaken til dødsfallet.

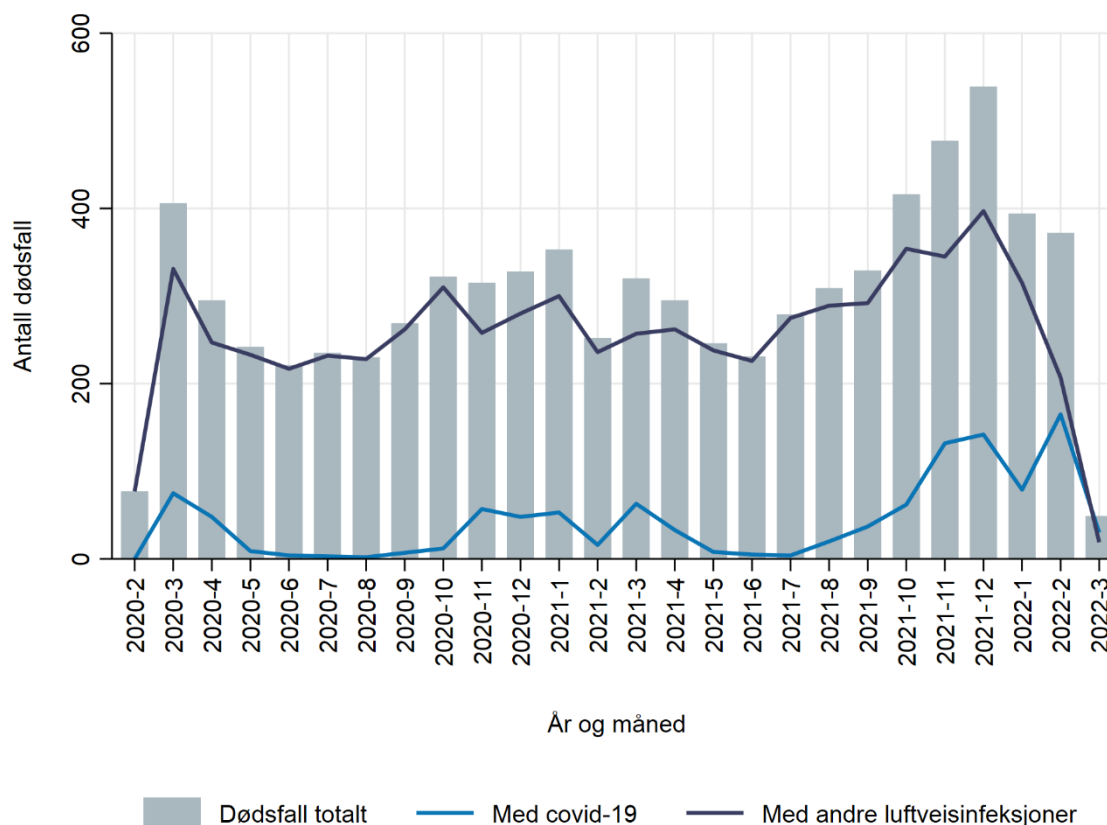
Tabell 14. Antall dødsfall relatert til sykehusinnleggelser med covid-19 og andre luftveisinfeksjoner under hele pandemien samt de siste fire ukene, 24. februar 2020–6. mars 2022. Andre luftveisinfeksjoner inkluderer influensa (J09-J11), respiratorisk syncytialvirus (RSV; J12.1, J20.5, J21.0), nedre luftveisinfeksjoner (J12-J22 (bortsett fra J12.1, J20.5 og J21.0), J80 og A37) og øvre luftveisinfeksjoner (J00-J06, H65-H67). Undergruppene er gjensidig ekskluderende, og diagnosekodene for covid-19 (U07) er prioritert over de diagnosekodene for de andre luftveisinfeksjoner. Kilde: BeredtC19; Norsk pasientregister.

Type luftveisinfeksjon	Siste fire uker		Hele pandemien	
	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
Covid-19	172	48,0	670	22,8
Andre luftveisinfeksjoner	186	52,0	2272	77,2
Totalt	358	100,0	2942	100,0



Figur 16. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon og antall dødsfall knyttet til innleggelser med luftveisinfeksjon, 4. januar 2021–6. mars 2022. Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

*Dødsfall knyttet til innleggelser med luftveisinfeksjon er definert som dødsfall som skjedde under innleggelsen med luftveisinfeksjon eller innen 14 dager etter utskrivelse fra sykehus. Dødsfallene telles i uken for første innleggelsesdag. Luftveisinfeksjon er ikke nødvendigvis den underliggende årsaken til dødsfallet. Tallene for de siste ukene er ikke komplette, og tallene for tidligere uker kan også bli etterjustert.



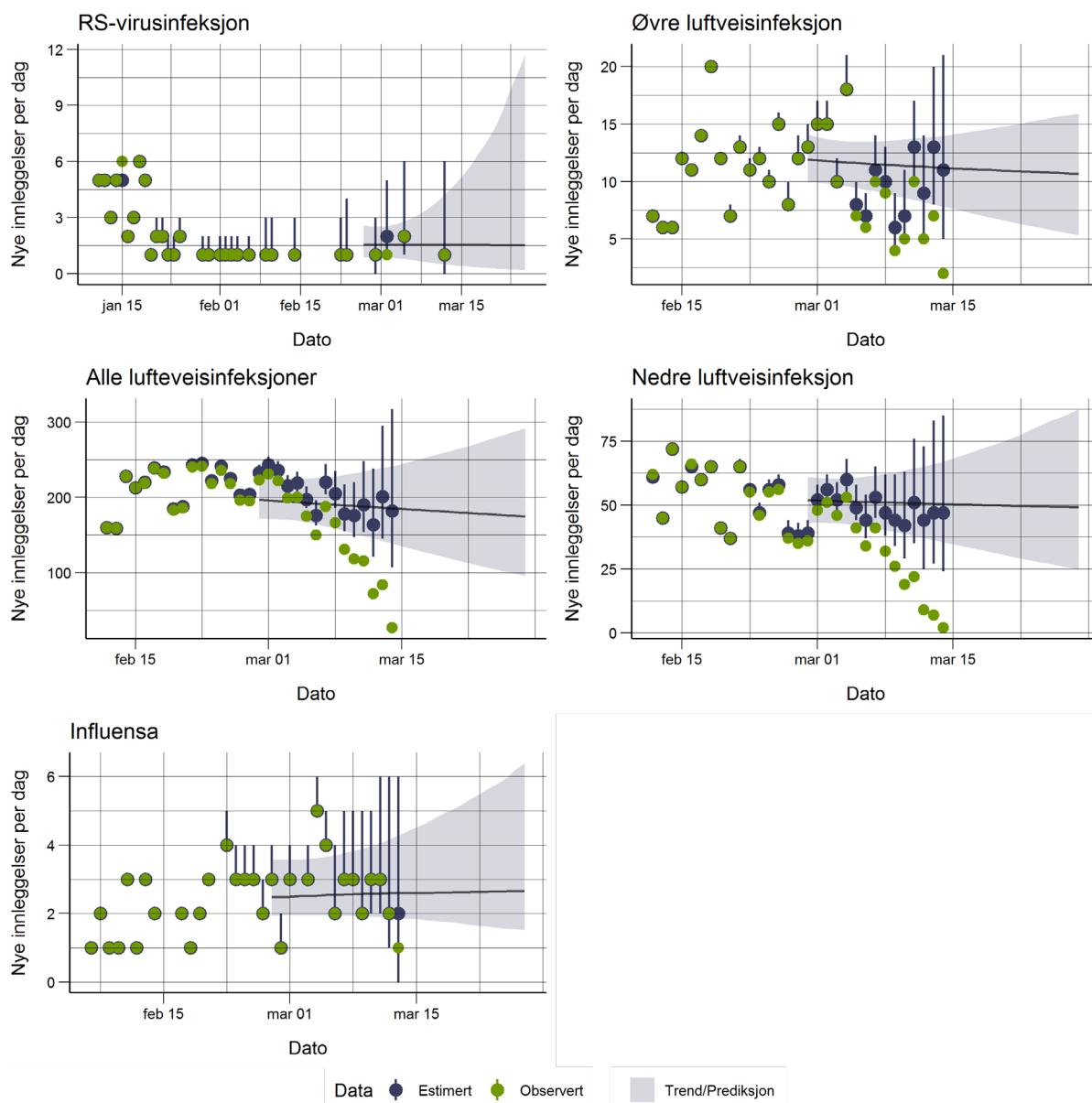
Figur 17. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon og antall dødsfall knyttet til innleggelser med covid-19 og andre luftveisinfeksjoner, 1. februar 2020–6. mars 2022. Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

*Dødsfall knyttet til innleggelser med luftveisinfeksjon er definert som dødsfall som skjedde under innleggelsen med luftveisinfeksjon eller innen 14 dager etter utskrivelse fra sykehus. Dødsfallene telles i uken for første innleggesdags Luftveisinfeksjon er ikke nødvendigvis den underliggende årsaken til dødsfallet. Tallene for de siste ukene er ikke komplette, og tallene for tidligere uker kan også bli etterjustert.

Trend i innleggelser med luftveisinfeksjoner

Figur 18 viser antall innleggelser per dag de siste 31 dagene med en korreksjon for tid mellom innleggesdato og dato for registrering av luftveisdiagnosekoder for de siste fjorten dagene. De korrigerede dataene brukes til å estimere trenden i innleggelser de siste ukene og for en enkel framskrivning av forventet antall innleggelser de neste to ukene. Disse prediksjonene antar at trenden ikke endrer seg og må tolkes med varsomhet. Tabell 15 indikerer den daglige prosentvise endringen i antall innleggelser og en doblingstid som forteller oss hvor lang tid det vil ta før antall innleggelser per dag doubles, eller halveres, dersom doblingstiden er negativ.

De siste 2 ukene har det vært en usikker trend i antall innleggelser med luftveisinfeksjon samlet, og for alle undergruppene. Trender og prediksjoner for covid-19 kan ses i modelleringskapittelet.



Figur 18. Antall nye innleggelser i sykehus med luftveisinfeksjon, per dag og undergruppe, 10. februar 2022 til 31. mars 2022. De grønne punktene er observerte data, de blå punktene er estimert fra «nowcasting» og de grå feltet indikerer trenden bakover i tid og prediksjoner framover i tid. «Alle luftveisinfeksjoner» inkluderer diagnosekodene J00-J06, J09-J22, J80, U07, A37 og H65-H67. Undergruppene er gjensidig ekskluderende, og de patogenspesifikke diagnosekodene for respiratorisk syncytialvirus (J12.1, J20.5, J21.0) er prioritert over de mindre spesifikke diagnosekodene for (andre) nedre luftveisinfeksjoner (J12-J22 (bortsett fra J12.1, J20.5 og J21.0), J80 og A37) og øvre luftveisinfeksjoner (J00-J06, H65-H67). Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

Tabell 15. Estimert trend og doblingstid for de siste 21 dagene. Trenden er økende hvis det er 95% sannsynlighet for at den daglige endringen er over 0, sannsynlig økende hvis denne sannsynligheten er mellom 80% og 95%, sannsynlig synkende hvis sannsynligheten er mellom 5% og 20% og synkende hvis sannsynligheten er mindre enn 5%. Mellom 20% og 80% er trenden usikker. En negativ doblingstid indikerer tiden til antall innleggelses er halvert. Kilde: Beredt C19 med data fra Norsk pasientregister.

Undergruppe	Trend	Daglig endring (95% CI)	Doblingstid (dager)
Alle luftveisinfeksjoner	Usikker	-0.4 (95% CI -2.7, 1.5)	-163.7 (95% CI -25.5, 45.1)
Øvre luftveisinfeksjon	Usikker	0.3 (95% CI -3, 1.1)	-208.7 (95% CI -23.4, 64.7)
Nedre luftveisinfeksjon	Usikker	-0.2 (95% CI -2.6, 2)	-337.5 (95% CI -26.2, 34.8)
RS-virusinfeksjon	Usikker	-0.1 (95% CI -7.8, 7.8)	-856.3 (95% CI -8.8, 8.9)
Influenza	Usikker	0.2 (95% CI -2, 3.4)	284 (95% CI -33.9, 20.6)

Overvåking av totaldødelighet

Nivået av totaldødelighet i Norge har vært normalt de siste 11 ukene, også blant de på 65 år eller eldre. Forut for dette er det beregnet høyere dødelighet enn forventet i ukene 43-45 og 47-51 i 2021, etter at nivået av totaldødelighet i Norge har vært på, eller under, forventet nivå gjennom pandemien.

Lokalt er det de siste åtte ukene beregnet forhøyet dødelighet i Innlandet og Oslo i uke 7 og i Viken i uke 8. Signalene for de siste 6-8 ukene er usikre og kan justere seg i de kommende ukene.

Totaldødeligheten i Europa har vært betydelig forhøyet de siste månedene.

- [Om overvåking av totaldødelighet \(NorMOMO\)](#)

Antall meldte laboratoriebekreftede covid-19 tilfeller og antall testet for SARS-CoV-2

Covid-19-tilfeller påvisning i tid

Dataene fra MSIS i denne rapporten er basert på et datasett frem til kl. 15:00, 15. mars 2022. Dataene fra MSIS laboratoriedatabasen i denne rapporten er basert på et datasett frem til kl. 00.00, 14. mars 2022.

Positive og negative prøveresultat for SARS-CoV-2 meldes elektronisk til MSIS (Meldingssystemet for smittsomme sykdommer) laboratoriedatabase. Laboratoriebekreftede covid-19 tilfeller meldes i tillegg fra laboratorier og leger til MSIS-registeret.

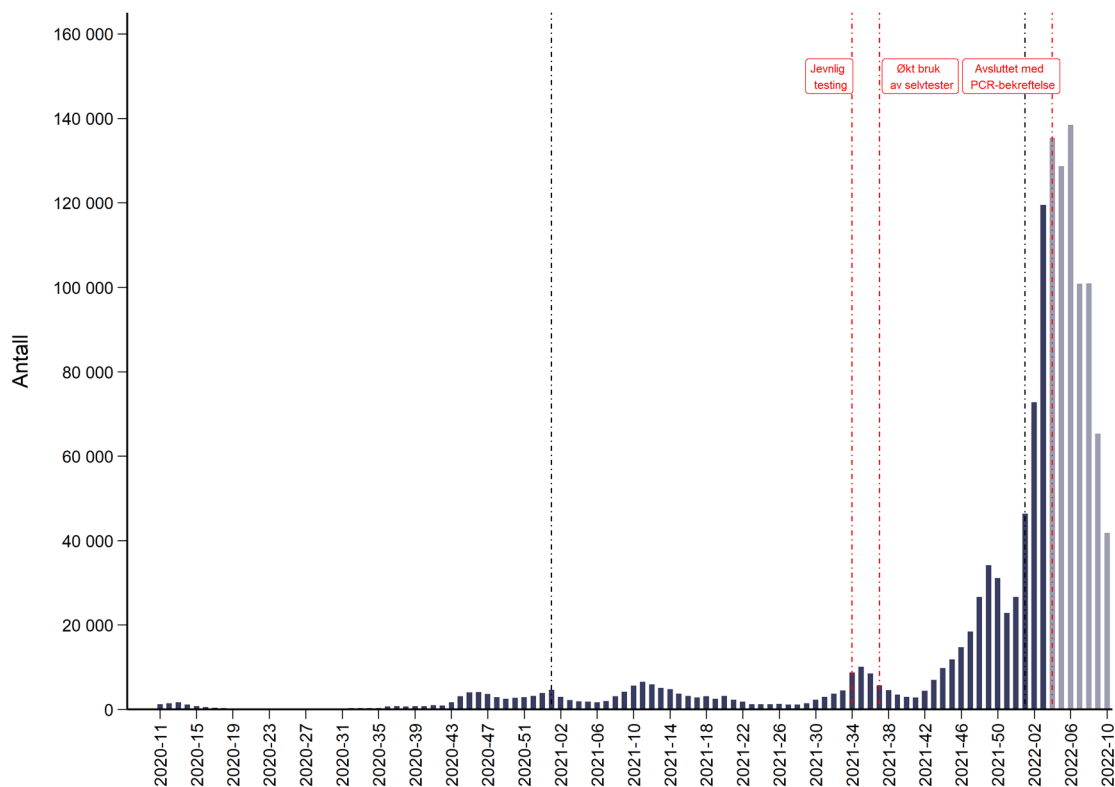
Det har vært stor variasjon i teststrategi gjennom høsten 2021 og januar 2022. Blant annet har bruk av selvtester og jevnlig testing i enkelte grupper blitt mer vanlig gjennom høsten. Dette medførte at man avdekket flere asymptomatiske tilfeller. Fra 24.01.2022 anbefales ikke personer med oppfriskningsdose eller grunnvaksinerte med gjennomgått infeksjon siste 3 måneder en bekreftende PCR test. Dette vil kunne bety at en lavere andel av de smittede i denne gruppa blir meldt til MSIS enn tidligere. Data er dermed ikke direkte sammenlignbare over tid. Tabell 16 og Figur 19 viser viktige endringer i teststrategi fra sommeren 2021 som i ulik grad har påvirket testaktiviteten og antall meldte tilfeller til MSIS.

Tabell 16. Endringer i teststrategi med betydning for antall testede og meldte tilfeller, august 2021-februar 2022.

Dato	Endring	Indikator	Konsekvens for overvåking
23.08.2021	Jevnlig testing i utvalgte grupper Test i stedet for karantene	Meldte tilfeller	Avdekker flere asymptomatiske i enkelte grupper
12.09.2021	Økt bruk av selvtester	Andel positive	Kun positive tilfeller med selvtest bekreftes med PCR og registreres i MSIS og MSIS labdatabase, overestimerer andel positive
03.12.2021	Test av alle ved innreise til Norge, uavhengig av vaksinasjonsstatus	Meldte tilfeller	Avdekker flere asymptomatiske ved innreise. Styrker overvåking.
24.01.2022	Avslutte PCR bekreftelse av positive selvtester for personer med oppfriskningsdose og grunnvaksinerte som har gjennomgått covid-19 siste 3 mnd	Meldte tilfeller	Stor endring i antall meldte tilfeller til MSIS; en lavere andel av de smittede blir registrert i MSIS, spesielt blant personer over 18 år hvor ca. 66 % av befolkningen har mottatt oppfriskningsdose.
26.01.2022	Test i stedet for karantene	Meldte tilfeller	Noe endring i antall meldte tilfeller; kan avdekke flere asymptomatiske
28.01.2022	Avslutte jevnlig testing blant barn og testing av øvrige nærkontakter	Meldte tilfeller	Gradvis overgang Noe endring i antall meldte tilfeller til MSIS
01.02.2022	Avvikling av testplikt ved innreise til Norge	Meldte tilfeller	Stor endring i antall meldte reiserelaterte tilfeller til MSIS/overvåking vil ikke være relevant da det forventes at innreisende som blir registrert testet i all hovedsak vil være testet på grunnlag av symptomer.

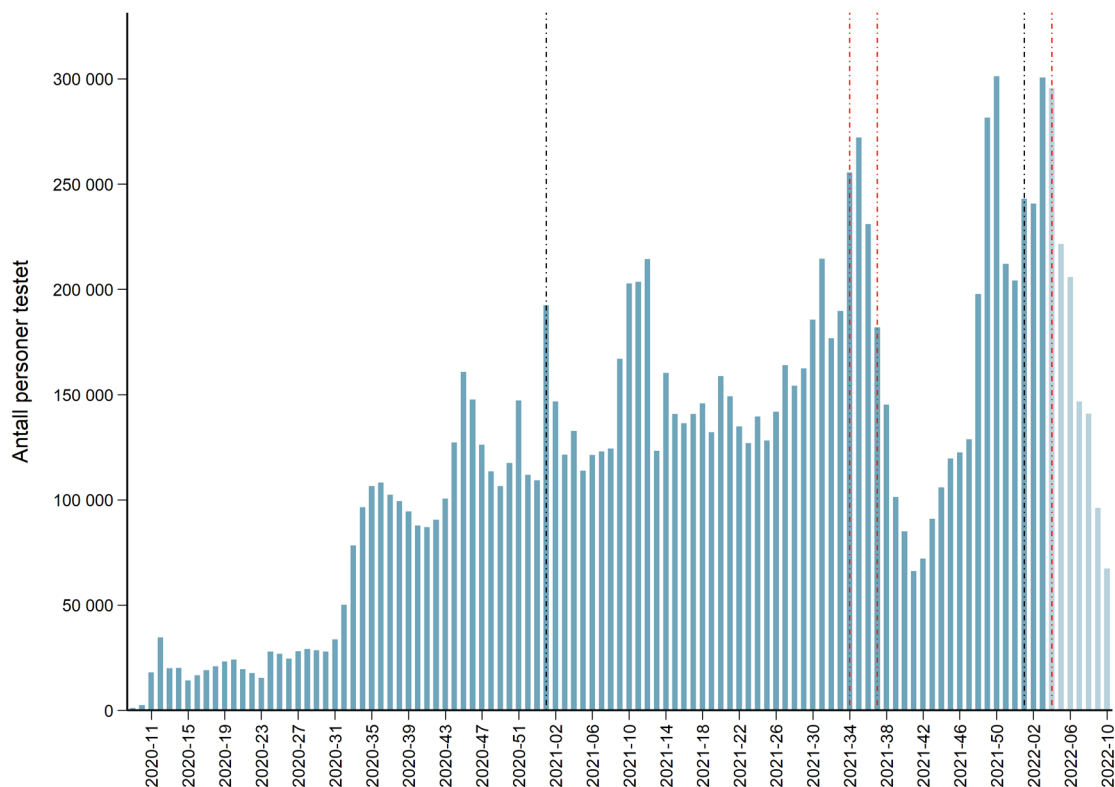
Det er meldt 1 354 439 personer med laboratoriebekreftet covid-19 til MSIS, hvorav 41 853 i uke 10 (Figur 19). Blant det totalt antall meldte tilfeller gjennom pandemien har 46 922 vært reinfeksjoner (definert som meldt på nytt minst 6 måneder etter forrige sykdomshendelse, eller dersom referanselaboratoriet har definert tilfellet som reinfeksjon- ny definisjon fra 24.01.2022 innebærer meldt på nytt etter 60 dager). Figuren viser antall meldte tilfeller gjennom pandemien og de røde vertikale linjene indikerer enkelte tidspunkt for endringer i teststrategi som angitt i tabell, svarte vertikale linjer indikerer årsskiftet. Antall meldte tilfeller har vært økende i perioden fra uke 1 (46 367) til uke 6 (138 477). Med unntak av fra uke 8 har det siden uke 6 vært en nedgang i antall meldte tilfeller.

Figur 20 viser antall meldte tilfeller blant personer under 18 år. De fleste i denne gruppen omfattes ikke av de siste endringer i teststrategi, og positive selvtester skal fortsatt bekreftes med PCR. Det var en økning i denne gruppen mellom uke 52 og uke 4, etterfulgt av tre uker med stabilt antall og en nedgang siste fire uker. Det var 7 512 tilfeller blant personer under 18 år i uke 10.



Figur 19. Bekreftede tilfeller av covid-19 per uke, 17. februar 2020 – 13. mars 2022. Kilde: MSIS, MSIS Laboratoriedatabasen.

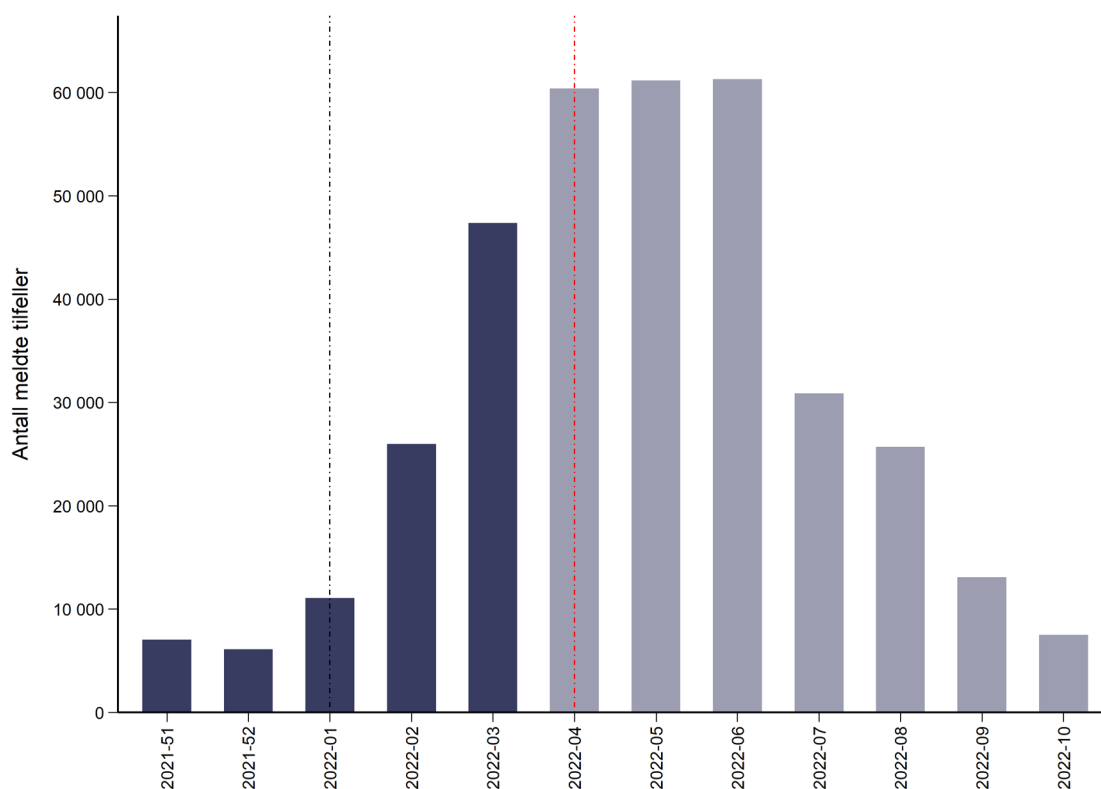
* Det er i gjennomsnitt 1–2 dager forsinkelse i tiden fra prøvetaking til registrering i MSIS og MSIS laboratoriedatabasen. Tallene mot slutten av uke 10 forventes oppjustert.



Figur 20. Bekreftede tilfeller av covid-19 per uke, aldersgruppe 0-17 år, 20. desember 2021 - 13. mars 2022. Kilde: MSIS, MSIS Laboratoriedatabasen.

Fra og med uke 45, 2021 viser vi antall personer testet for personer testet med PCR og antigen hurtigtester på teststasjon samlet. Siden august har ny teststrategi medført økt bruk av selvtester. Svar på selvtester skal ikke registreres i MSIS labdatabase. Personer med positiv selvtest skal få resultatet bekreftet med PCR test og registreres i MSIS labdatabase, men vi antar at ikke alle gjør dette. Fra 24.01.2022 skal positiv selvtest ikke bekreftes hos personer med tre vaksinedoser eller to vaksinedoser og gjennomgått sykdom. Dette innebærer at det reelle antallet testede er ukjent, og betydelig høyere enn registrerte tester, og at andel registrerte positive blant de testede dermed blir overestimert. Fra og med uke 4 vises ikke lenger andel positive blant de testede i ukerapporten. Figur 21 viser antall personer testet per uke (selvtester ikke inkludert).

I uke 10 ble det registrert 67 422 tester med PCR- og antigen-hurtigtester i helsetjenesten samlet. Gjeldende fra 24.01.22 vil personer som har fått oppfriskningsdose eller grunnvaksinerte som har gjennomgått covid-19 i løpet av siste tre måneder som hovedregel ikke tilbys bekreftende PCR. Dette påvirker antall registrerte testede, primært i aldersgruppene over 18 år.



Figur 21. Antall personer testet for SARS CoV-2 i helsetjenesten per uke, 24. februar 2020 – 13. mars 2022. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen.

* En person testet = en eller flere tester innenfor 7 dager per person (før uke 44-2020 er data basert på antall tester). Selvtester registreres ikke i MSIS labdatabase.

** Siste dagers tall kan bli justerte ved neste oppdatering.

Covid-19-tilfeller etter alder

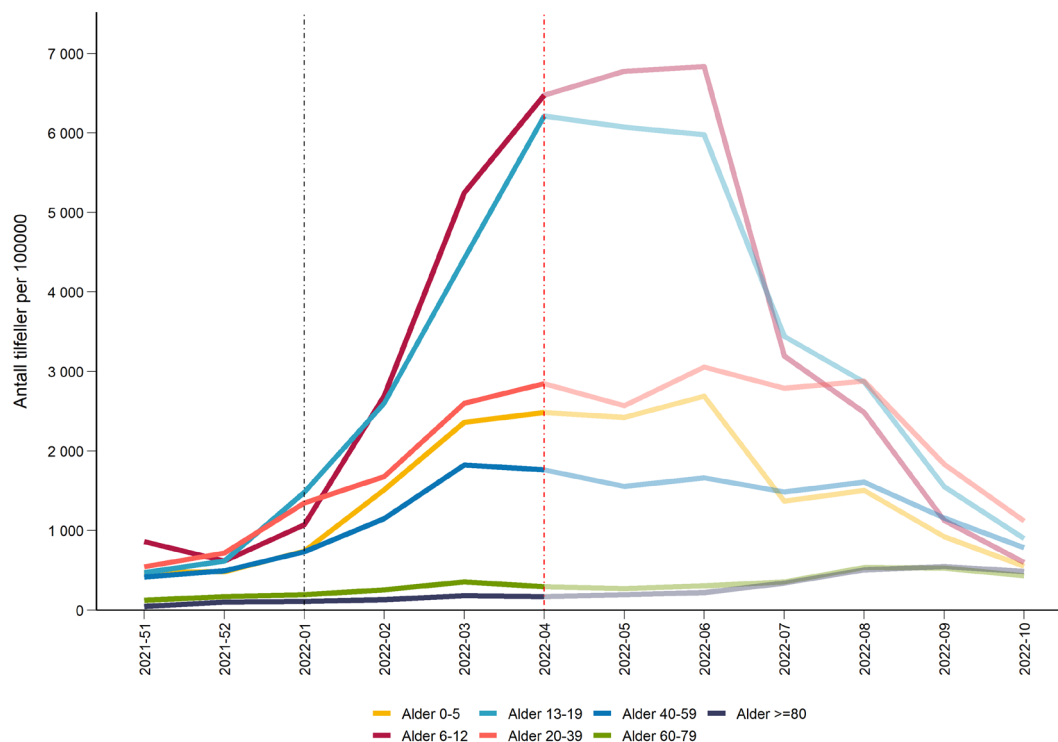
Det var en nedgang i antall meldte tilfeller i alle aldersgrupper i uke 10 sammenlignet med uke 9 (Tabell 17, Figur 22). Den største nedgangen var i aldersgruppen 6-12 år.

Tabell 17. Antall meldte covid-19 tilfeller etter aldersgrupper, 28. februar– 13. mars 2022. Kilde: MSIS, MSIS Laboratoriedatabasen.

Aldersgruppe (år)	Uke 9		Uke 10		Ukentlig endring (%)
	Antall tilfeller	Antall tilfeller per 100 000	Antall tilfeller	Antall tilfeller per 100 000	
0-5	3 143	922,5	1 878	551,2	-40 %
6-12	5 003	1 126,2	2 654	597,4	-47 %
13-19	6 986	1 553,1	4 051	900,6	-42 %
20-39	26 567	1 831,3	16 259	1 120,8	-39 %
40-59	16 682	1 159,2	11 253	782,0	-33 %
60-79	5 628	530,7	4 590	432,8	-18 %
80+	1 321	549,7	1 168	486,1	-12 %
Totalt	65 330	1 204,2	41 853	771,4	-36 %

*Det er i gjennomsnitt 1–2 dager forsinkelse i tiden fra prøvetaking til registrering i MSIS. Tallene mot slutten av uke 10 forventes oppjustert.

Det høyeste antall meldte tilfeller i forhold til befolkningstallet i uke 10 ble observert i aldersgruppene 20-39 år (1 121 per 100 000) og 13-19 år (901 per 100 000) (Figur 22, Tabell 18).

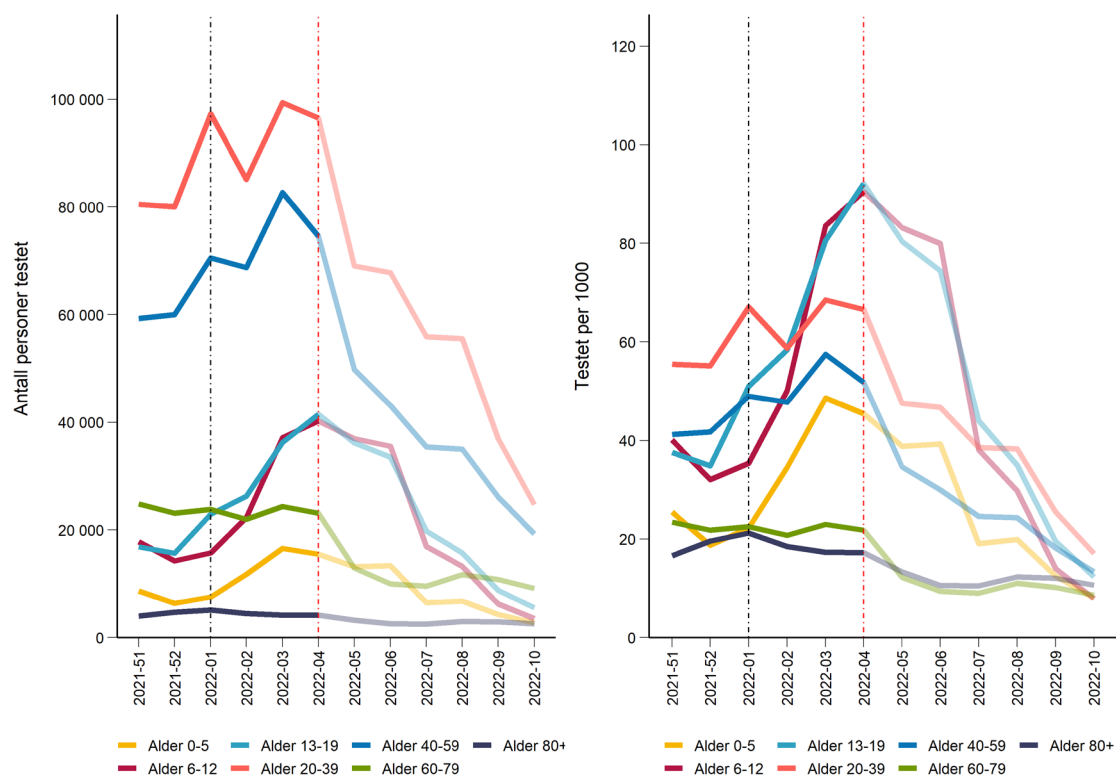


Figur 22. Antall meldte covid-19-tilfeller per 100 000 innbyggere, fordelt på aldersgrupper, 20. desember 2021 – 13. mars 2022. Kilde: MSIS.

*Det er i gjennomsnitt t 1–2 dager forsinkelse i tiden fra prøvetaking til registrering i MSIS. Tallene mot slutten av uke 10 forventes oppjustert.

Figur 23 viser antall testede fordelt på ulike aldersgrupper. Sist uke var det en nedgang i antall testede med PCR eller antigen hurtigttest i helsetjenesten i alle aldersgrupper utenom i aldersgruppen 60 år og eldre hvor det var stabilt.

Det testes flest i forhold til befolkningstallet i aldersgruppene 20-39 år (17), 40-59 (13) og 13-19 år (12). I uke 10 var 65 % av de testede blant personer mellom 20 og 59 år.



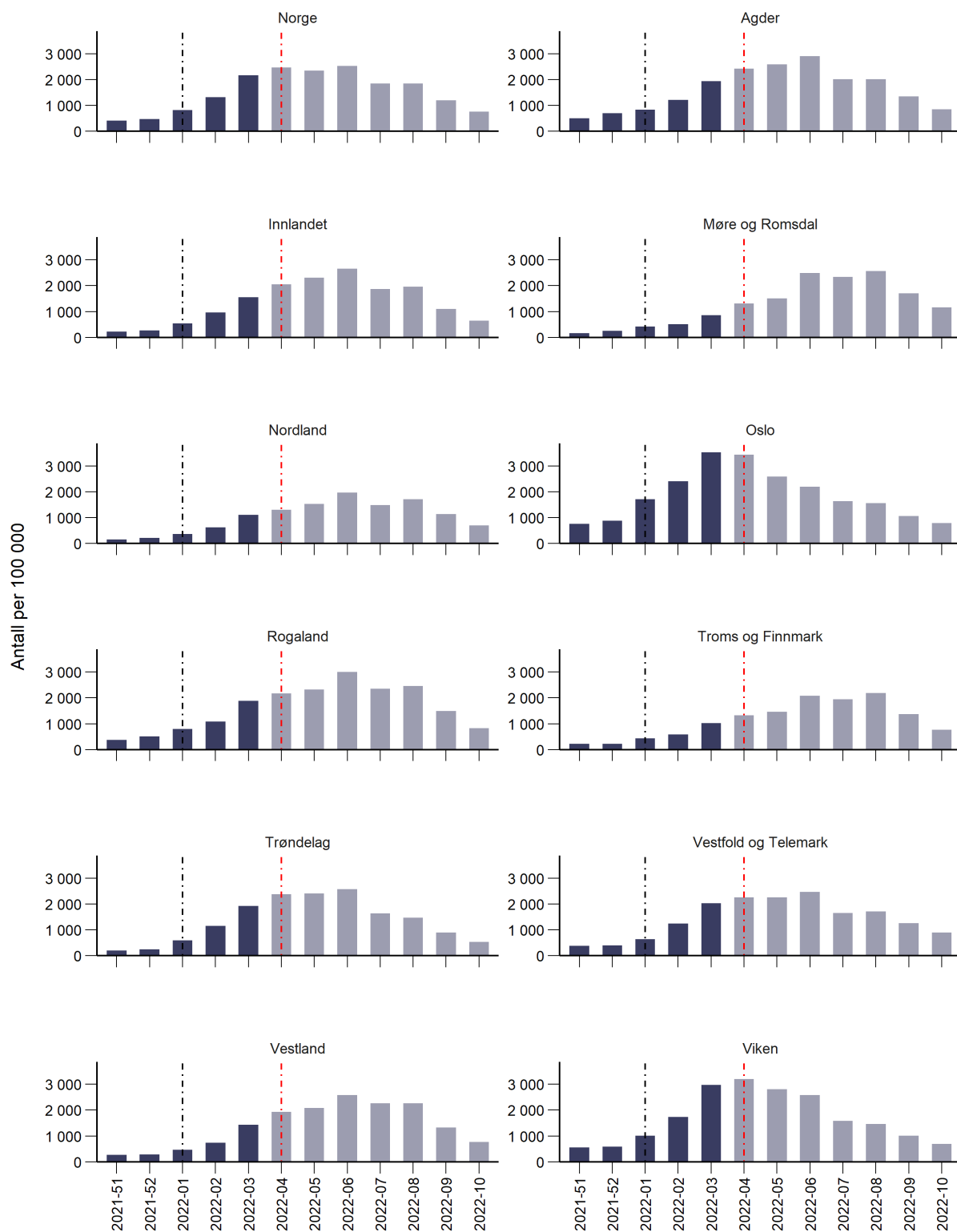
Figur 23. Antall personer testet for SARS CoV-2 i helsetjenesten per uke, fordelt på aldersgrupper (til venstre), og antall personer testet per 1000 innbyggere fordelt på aldersgrupper og uke (til høyre), 20. desember 2021 – 13. mars 2022. Kilde: MSIS, MSIS laboratoriedatabase.

Covid-19-tilfeller etter fylke

Tabell 18. Antall meldte covid-19 tilfeller etter fylke, 21. februar – 13. mars 2022. Kilde: MSIS, MSIS Laboratoriedatabasen.

Fylke	Uke 9		Uke 10		Uke 9-10 Påviste tilfeller per 100 000
	Påviste tilfeller	Påviste tilfeller per 100 000	Påviste tilfeller	Påviste tilfeller per 100 000	
Agder	4 180	1 343,5	2 633	846,3	2 189,7
Innlandet	4 095	1 103,0	2 396	645,4	1 748,4
Møre og Romsdal	4 533	1 705,1	3 071	1 155,2	2 860,3
Nordland	2 727	1 135,4	1 682	700,3	1 835,6
Oslo	7 456	1 065,4	5 524	789,3	1 854,7
Rogaland	7 255	1 493,4	4 062	836,2	2 329,6
Troms og Finnmark	3 312	1 370,1	1 857	768,2	2 138,3
Trøndelag	4 277	902,1	2 571	542,3	1 444,3
Vestfold og Telemark	5 377	1 265,7	3 828	901,1	2 166,7
Vestland	8 526	1 329,5	4 968	774,7	2 104,2
Viken	12 877	1 014,6	8 755	689,8	1 704,3
Utenfor Fastlands-Norge	2	-	2	-	0,0
Ukjent	713	-	504	-	0,0
Totalt	65 330	1 204,2	41 853	771,4	1 975,6

*Det er i gjennomsnitt 1-2 dager forsinkelse i tiden fra prøvetaking til registrering i MSIS. Tallene mot slutten av uke 10 forventes oppjustert.



Figur 24. Antall meldte covid-19-tilfeller per 100 000 innbyggere etter fylke, 20. desember 2021 – 13. mars 2022. Kilde: MSIS.

*Det er i gjennomsnitt 1–2 dager forsinkelse i tiden fra prøvetaking til registrering i MSIS. Tallene mot slutten av uke 10 forventes oppjustert.

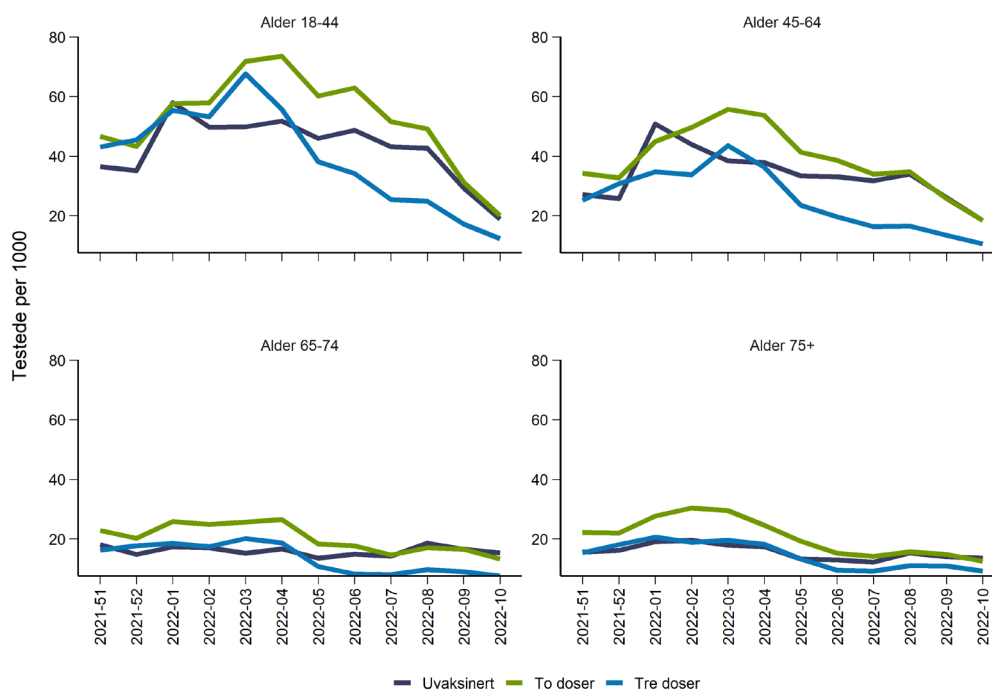
Covid-19-tilfeller og testing etter vaksinasjonsstatus

Data om vaksinasjonsstatus blant de meldte tilfellene er hentet fra Folkeregisteret, SYSVAK, MSIS og MSIS labdatabase i BeredtC19. Analysene er basert på data hentet 15. mars 2022 kl. 15.00. Tallene inkluderer kun personer født før 2004 med fødselsnummer som er registrert bosatt i Norge. Det innebærer at tallgrunnet avviker noe fra data presentert i andre deler av ukerapporten. Personer som tidligere har gjennomgått infeksjon og som enda ikke har mottatt vaksine er ekskludert i beregningen av andel meldte tilfeller fordelt på vaksinasjonsstatus. For definisjoner av vaksinasjonsstatus se avsnittet [«Definisjoner av vaksinasjonsstatus- delvis vaksinerte og grunnvaksinerte individer»](#).

Koronavaksinene gir den vaksinerte høy grad av beskyttelse mot sykdom forårsaket av koronaviruset (SARS33-CoV-2) og noe lavere beskyttelse mot infeksjon. Grad av beskyttelse kan variere mellom de ulike vaksinene, og forskjellige personer kan ha ulik immunrespons på samme vaksine, avhengig av alder og helsetilstand. Ingen vaksine beskytter hundre prosent mot smitte eller sykdommen det vaksineres mot. Det betyr at selv om en person er grunnvaksinert mot koronavirus, kan viruset i noen tilfeller påvises, og i noen tilfeller kan grunnvaksinerte også bli alvorlig syke. Etter hvert som en stor andel av befolkningen er grunnvaksinert, vil naturlig nok også en økende andel av smittede og alvorlig syke være grunnvaksinert. Det totale antallet smittede og alvorlig syke vil allikevel være betydelig lavere enn i en uvaksinert befolkning.

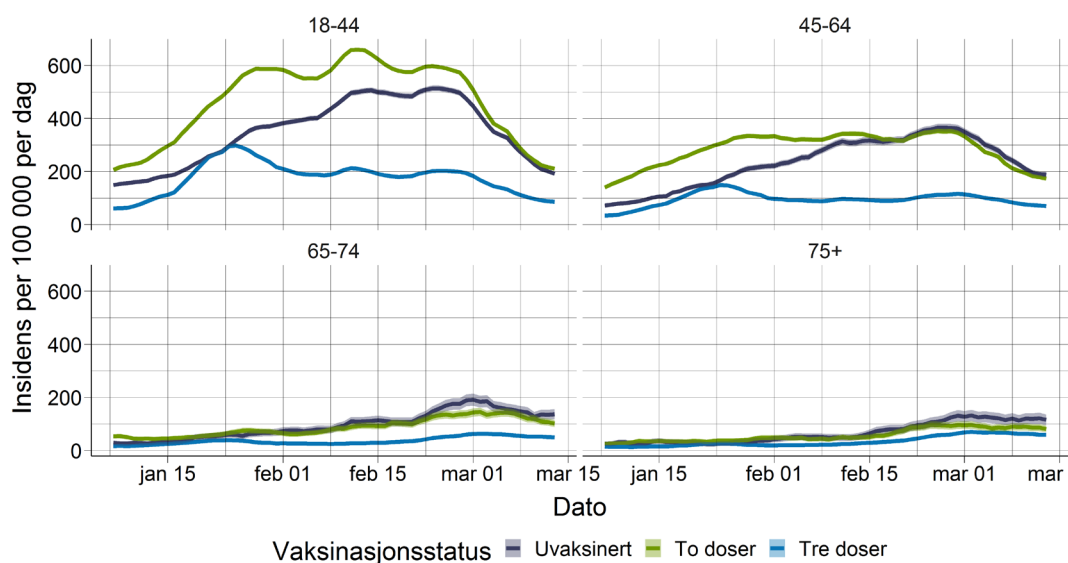
Det har vært store endringer i teststrategi gjennom høsten. Data om meldte tilfeller til MSIS er derfor ikke direkte sammenlignbare over tid. Fra 24.01.22 anbefales ikke bekreftende PCR til personer som har mottatt oppfriskningsdose eller grunnvaksinerte som har gjennomgått infeksjon siste 3 måneder. Det har vært store endringer i teststrategi gjennom høsten. Data om meldte tilfeller til MSIS er derfor ikke direkte sammenlignbare over tid. Fra 24.01.22 anbefales ikke bekreftende PCR til personer som har mottatt oppfriskningsdose eller grunnvaksinerte som har gjennomgått infeksjon siste 3 måneder.

Figur 25 viser antall testende per 1000 personer etter vaksinestatus blant personer over 18 år, siste 12 ukene fordelt på aldersgrupper. Data viser nedgang eller stabil trend av testing i alle vaksine- og aldersgrupper. Det er størst nedgang blant personer mellom 18-44 år og personer som har fått oppfriskningsdose.



Figur 25. Antall testede per 1000 personer 18 år og eldre per uke etter vaksinestatus og alder; uvaksinert (grå), to doser (grønn) og tre doser (blå), 20. desember 2021 – 13. mars 2022. Kilde: BeredtC19: Folkeregisteret, SYSVAK, MSIS og MSIS labdatabase.

Figur 26 viser utviklingen av antall tilfeller meldt med covid-19 til MSIS per 100 000 innbyggere etter vaksinestatus for personer 18 år, siste 12 ukene. Antall meldte tilfeller har flatet ut eller sunket i de fleste grupper de siste ukene. Siden figuren viser et glidende gjennomsnitt over en uke, vil endringer i insidens vises med forsinkelse. Nedgang i antall testede i de ulike gruppe vil påvirke antall meldte tilfeller. Det er nå 66 % av befolkningen over 18 år som ikke anbefales bekreftende test da de har tre vaksinedoser. Det er mange ulike faktorer som må man må ta hensyn til for å tolke data i figuren, dette må derfor gjøres med forsiktighet. Figuren er deskriptiv og viser insidens av meldte tilfeller til MSIS og kan ikke benyttes som et mål på vaksineeffekt. Beskyttelsen mot alvorlig sykdom er høy i alle aldersgrupper. Endringer i indikasjon for testing og endringer i smitteverntiltak vil trolig også ha betydning. Det er lavere insidens av meldte tilfeller hos dem som har fått 3 doser, men dette må også tolkes med varsomhet, da disse etter 24. januar ikke lenger tilbys bekreftende test.



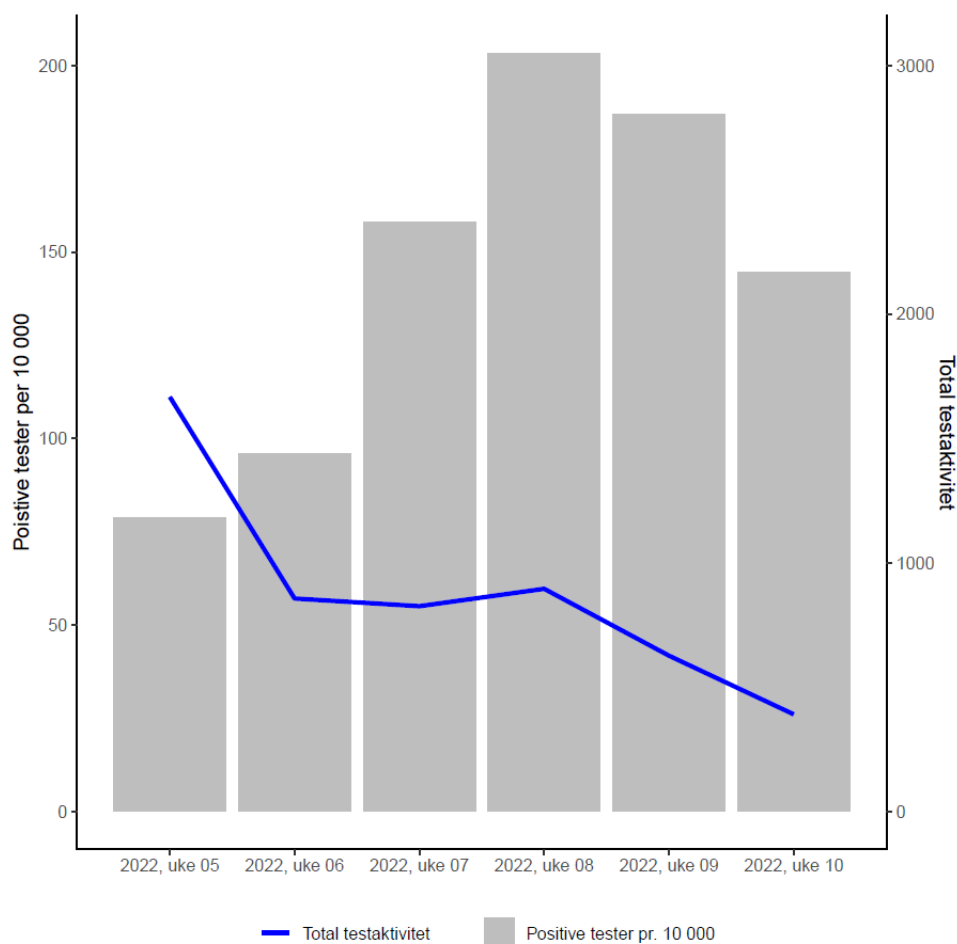
Figur 26. Glidende 7-dagers gjennomsnittlig meldte covid-19 tilfeller etter vaksinasjonsstatus og alder, blant personer 18 år og eldre med fødselsnummer som er registrert bosatt in Norge. Uvaksinert (grå), to doser (grønn) og tre doser (blå), 1. januar 2022 – 13. mars 2022. Kilde: BeredtC19: Folkeregisteret, SYSVAK og MSIS.

Covid-19-tilfeller blant sykehjemsbeboere

Data ble trukket ut fra Beredt C19: 16. mars 2022. Sykehjemspopulasjonen er basert på data fra NAV-institusjon- beboer, og koblet sammen med folkeregisteret og DÅR for å finne riktig populasjon for gitt periode. Positive tester er hentet fra MSIS i Beredt-C19 og koblet sammen med sykehjemspopulasjonen. Testaktivitet er basert på labdata for covid-19 virus i Beredt-C19.

Figur 27 viser smitte blant beboere i sykehjem uke 49, 2021 t.o.m. uke 10, 2022. Tallene er oppgitt per 10 000 beboere. Testaktiviteten i perioden er oppgitt i antall.

Alle tester tatt i helsetjenesten skal varsles MSIS. Utfra data om testaktivitet i sykehjem, ser det ut som om dette ikke er tilfellet. Vi minner om viktigheten av at alle tester tatt i helsetjenesten meldes MSIS og tar forbehold om at data vist i figuren gjenspeiler smittesituasjonen i sykehjem.



Figur 27. Antall covid-19 tilfeller blant beboere på sykehjem, per 10 000 og antall gjennomførte covid-19-tester uke 49, 2021 til – uke 10, 2022. Kilde: Beredt C19, MSIS og Labc19 virus resultat

Covid-19 utbrudd

I uke 10 ble det varslet om 61 utbrudd i Vesuv. Utbruddene ble varslet fra 37 ulike kommuner. Det ble meldt mellom 2 og 33 tilfeller per utbrudd. Utbruddene var tilknyttet helseinstitusjon (57) og annet (4). Flere endringer i test- og smittesporingsstrategien gjennom høsten 2021 og så langt i 2022, som blant annet økt bruk av selvtester, jevnlig testing i skoler og overføring av ansvar for smittesporing til den smittede, har påvirket deteksjon og varsling av utbrudd. Antall utbrudd som nå varsles er derfor ikke direkte sammenlignbar med tidligere.

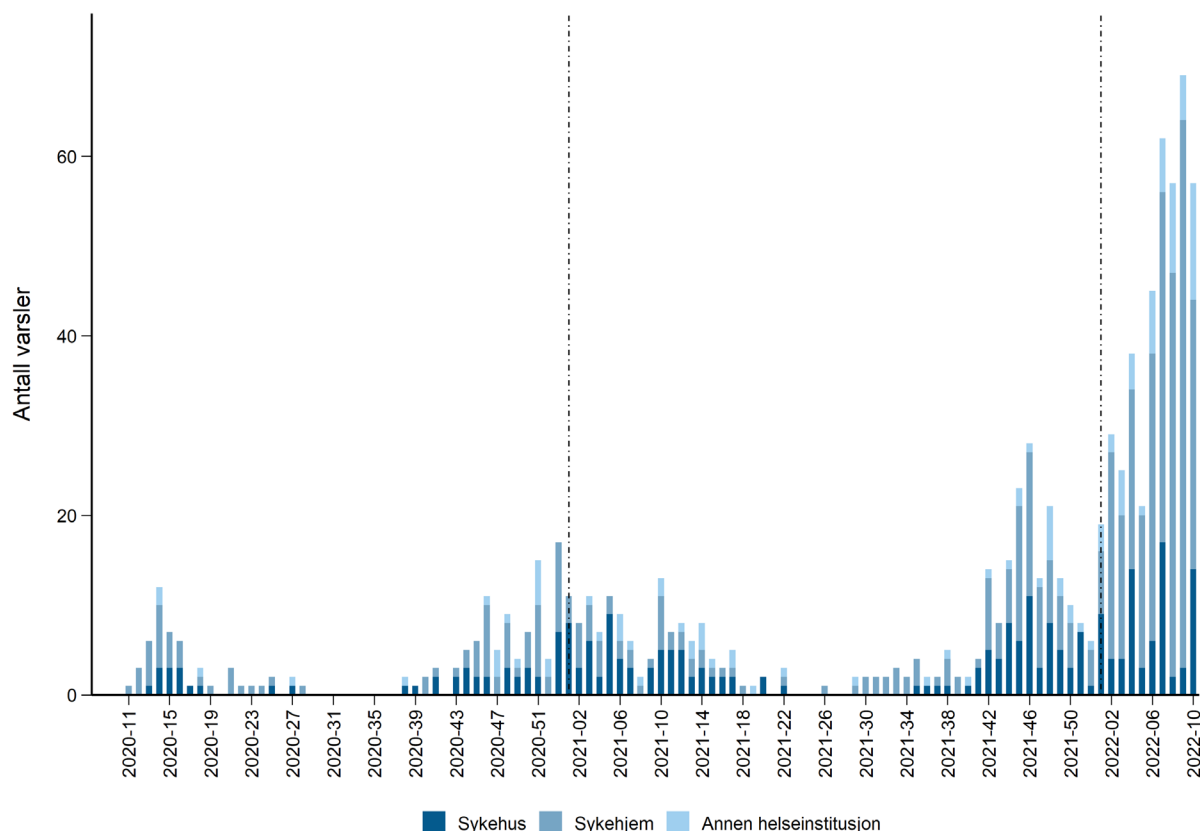
Det var 57 varsler fra helseinstitusjon (30 i sykehjem) i uke 10, mot 69 i uke 9 (Figur 28).

Alvorlighetsgraden av de fleste utbruddene rapporteres som mindre enn før vaksinerings, men det er enkelte unntak. Økt smittepress mot helsetjenesten understreker behovet for overvåking og smittevernrutiner som kan bli justert i henhold til lokale forhold.

Folkehelseinstituttet tilstreber å kontakte sykehjem og sykehus som varsler et omfattende utbrudd for å kartlegge omfanget og behovet for bistand. Målet med kartleggingen er å identifisere behov for justering av gjeldende råd eller innføring av ytterligere forsterkede tiltak. Koordinering av både generelle smitteverntiltak i helseinstitusjoner og utbruddshåndtering er et pågående samarbeid mellom en rekke aktører; sykehus/sykehjem, kommuneleger, regionale kompetansesentre for smittevern, regionale helseforetak, Statsforvalterne og Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet har mottatt totalt 891 varsler om utbrudd (med to eller flere tilfeller) av covid-19 i helseinstitusjoner fra 2020 til 2022 til Folkehelseinstituttets utbruddsvarslingssystem, Vesuv

(Figur 28). Av de totalt 891 varslene var 519 fra sykehjem, 256 fra sykehus og 116 fra annen helseinstitusjon (Tabell 19). Det reelle antallet utbrudd i helseinstitusjoner er høyere enn det som oppgis her, fordi ikke alle utbrudd varsles gjennom Vesuv.



Figur 28. Varslede utbrudd av covid-19 i helseinstitusjon, 17. februar 2020 – 13. mars 2022. Svart stiplet linje markerer uke 1 i 2021 og 2022. Kilde: Vesuv, Folkehelseinstituttet.

Tabell 19. Varslede utbrudd av covid-19 i helseinstitusjon, siste to uker og totalt, 17. februar 2020–13. mars 2022. Kilde: Vesuv, Folkehelseinstituttet.

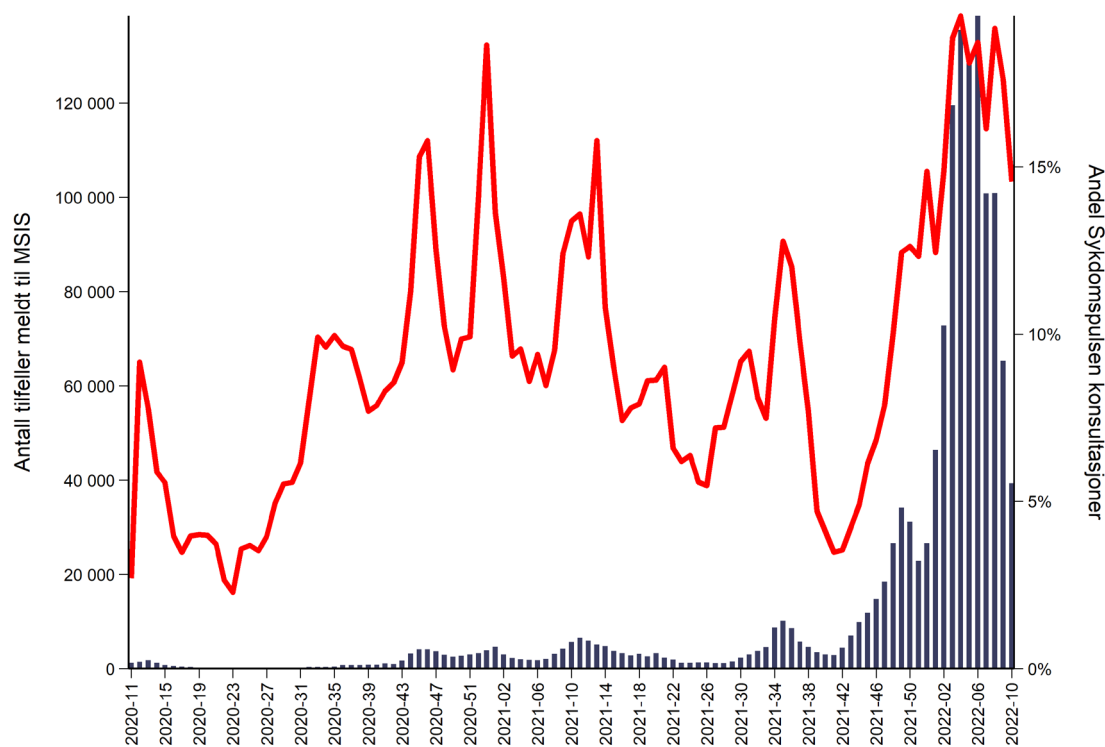
Fylke	Antall utbrudd uke 9	Antall utbrudd uke 10	Kumulativt antall utbrudd
Agder	1	5	17
Innlandet	6	8	94
Møre og Romsdal	4	0	27
Nordland	4	2	16
Oslo	7	3	171
Rogaland	8	4	47
Troms og Finnmark	5	3	50
Trøndelag	4	3	37
Vestfold og Telemark	6	1	52
Vestland	3	11	50
Viken	21	17	330
Totalt	69	57	891

- [Om varsling til Vesuv](#)

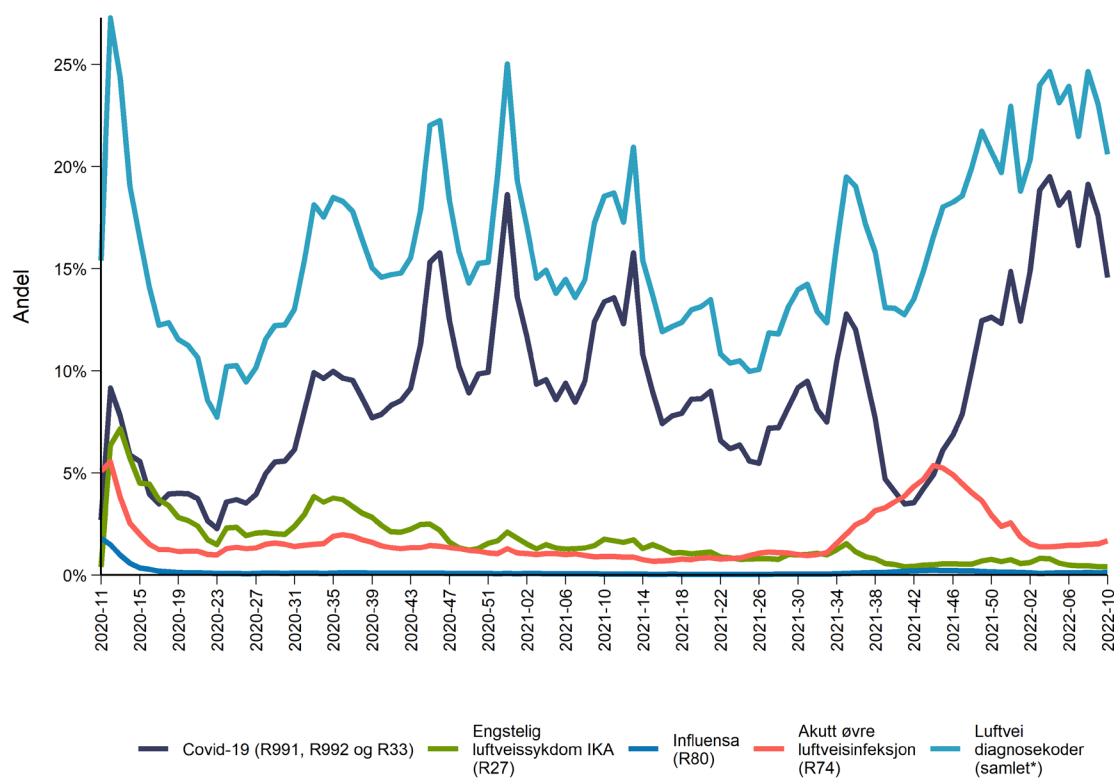
Konsultasjoner ved legekantor og legevakt – Sykdomspulsens KUHR data

Folkehelseinstituttet mottar informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der diagnose for covid-19* er satt. Dataene inkluderer telefon, e-konsultasjon og oppmøte på legekantor og legevakt angående covid-19 relaterte spørsmål og gjenspeiler derfor ikke antallet covid-19 positive personer. Overvåkingen gir en oversikt over hvordan covid-19 utbruddet og oppmerksomheten rundt dette påvirker legesøkningen i primærhelsetjenesten og bør tolkes med forsiktighet. Fra 6. mars 2020 til 3. mai 2020 ble diagnosekoden R991: covid-19 (mistenkt eller bekreftet) brukt, 4. mai 2020 ble det en endring i covid-19 ICPC-2 diagnosekodene til R991: covid-19 (mistenkt/sannsynlig) og R992: covid-19 (bekreftet). Fra 28. oktober 2020 ble diagnosekoden R33 Mikrobiologisk/immunologisk prøve tatt i bruk for covid-19 test uten at det samtidig blir gjort en klinisk undersøkelse eller vurdering (f.eks. på teststasjon). Det kan ta opptil 4 uker før dataene er komplette da de er basert på innsendte regningskort fra legene til KUHR/HELFO. Grafene nedenfor vil derfor kunne endre seg spesielt de siste ukene.

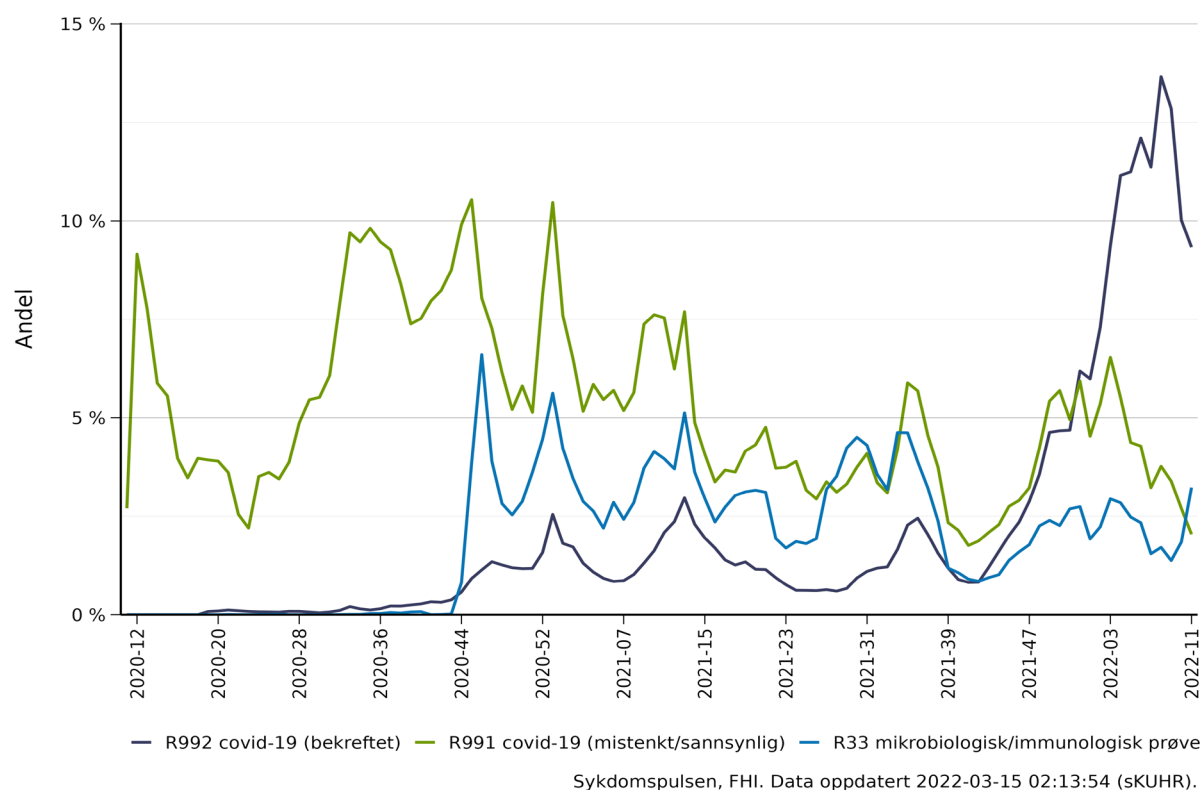
Per 13. mars 2022 er det registrert 5 157 950 konsultasjoner på legekantor, legevakt og teststasjoner hvor diagnosekoder for covid-19 (R991, R992, R33) er satt. Fra uke 42 til uke 4 var det en økende trend i andel konsultasjoner bortsett fra i uke 51 og uke 1 hvor andelen var noe nedadgående. Fra uke 4 til uke 6 har det vært en noe avtagende trend. Fra uke 7 til uke 8 er trenden oppadgående, før den igjen begynner å avta fra uke 8 fram til uke 10. (Figur 29). Diagnosekoder for luftvei (samlet) har fulgt den samme trenden, mens influensa og akutt øvre luftveisinfeksjon har en lavere andel (Figur 30). Andel med diagnosekode covid-19 (bekreftet) har vært økende siden uke 42 for alle aldersgrupper samlet med unntak av de to siste ukene hvor det har vært noe nedadgående. (Figur 31). For alle aldersgrupper er det en nedadgående trend for covid-19 (bekreftet) og covid-19 (mistenkt/sannsynlig) fra uke 9, men det er noe økning i andel mikrobiologisk/immunologisk prøve de siste ukene. Trend for de siste uker vil kunne endre seg da det kan ta opptil fire uker før dataene er komplette. (Figur 32). Det er usikkert hvor mye og hvordan legesøkning og diagnosekodene vil endres i forhold til den nye teststrategien som ble implementert den 24.02.2022.



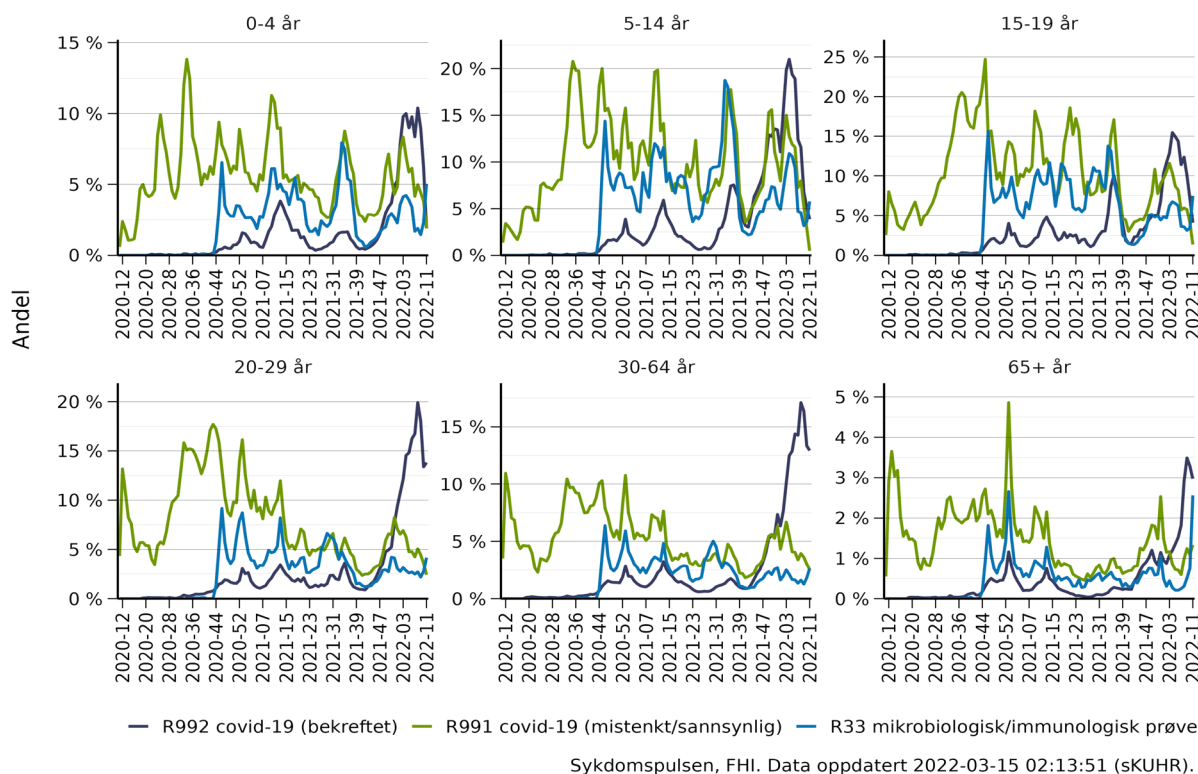
Figur 29. Antall meldte tilfeller av covid-19 til MSIS (blå søyler) og andel konsultasjoner for covid-19 på legekantor og legevakt (rød linje), 9. mars 2020 – 13. mars 2022. Dataene fra MSIS er basert på informasjon frem til kl. 24.00, 13. mars 2022. Kilde: Sykdomspulsen Folkehelseinstituttet.



Figur 30. Andel konsultasjoner med covid-19-, influensa-, akutt luftveisinfeksjon- og luftveis-diagnosekoder (samlet) 9. mars 2020 – 13. mars 2022. Kilde: Sykdomspulsen Folkehelseinstituttet.



Figur 31. Andel konsultasjoner med diagnosekodene covid-19 (bekreftet), covid-19 (mistenkt/sannsynlig) og mikrobiologisk/immunologisk prøve for alle aldersgrupper samlet, 9. mars 2020 – 13. mars 2022. Kilde: Sykdomspulsen Folkehelseinstituttet.



Figur 32. Andel konsultasjoner med covid-19 (bekreftet), covid-19 (mistenkt/sannsynlig) og mikrobiologisk/immunologisk prøve i forskjellige aldersgrupper, 9. mars – 13. mars 2022. Kilde: Sykdomspulsen, Folkehelseinstituttet.

Les mer om Sykdomspulsen på [Temasiden for Sykdomspulsen](#) på fhi.no.

Prevalens av symptomer i den generelle befolkning (fra Symptometer)

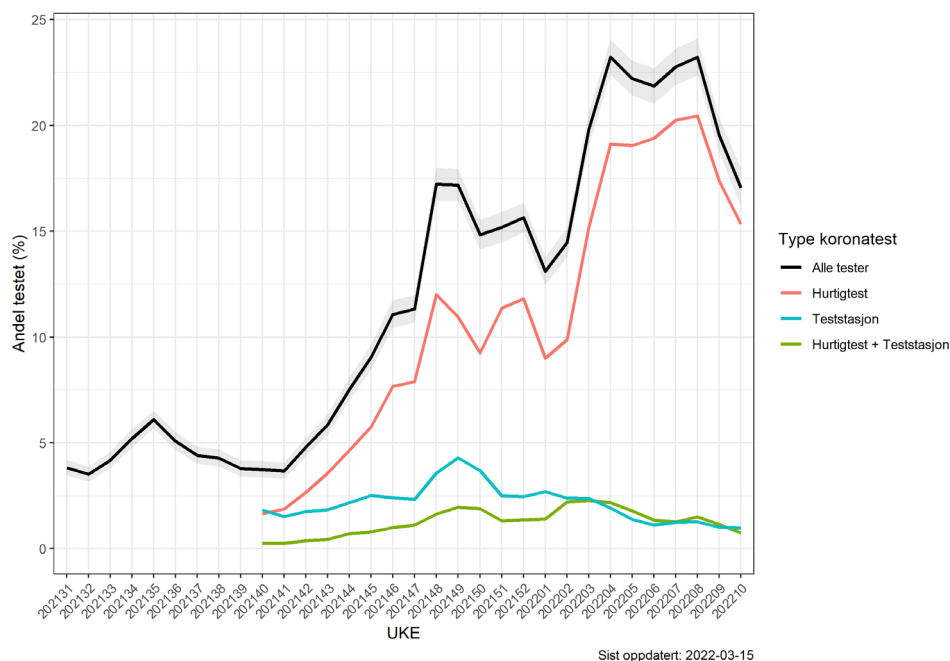
Symptometer hadde per 14. mars 2022, 28644 deltagere fra 16 år og oppover. Deltagerne registrerer hver uke om de har symptomer fra luftveiene, mage-tarm eller influensalignende symptomer i løpet av de siste syv dagene. De blir også bedt om å oppgi om de har blitt testet for koronavirusinfeksjon, og besvare noen spørsmål om mulig smitteeksponering. I tillegg har deltagerne fylt ut et innledende skjema hvor de blant annet ble bedt om å svare på om de tidligere har blitt testet for koronavirus og hvilke symptomer eller begrunnelser de hadde for å bli testet. På [Symptometers nettside](#) finnes flere resultater enn de som presenteres her.

De ukentlige spørreskjemaene sendes til deltagerne på mandager. Det ble ikke sendt ut skjema i sommerukene 26 – 29 i 2021. For uke 10 (16. mars 2022 kl. 12) har 6739 personer (20,8 % av deltagerne) besvart ukeskjemaet.

Av dem som besvarte ukeskjemaet i uke 10 var det 14,7 % som rapporterte at de i løpet av de siste syv dagene hadde hatt symptomer fra luftveiene eller mage-tarm eller influensalignende symptomer. Av disse oppgav 71,1 % at de var blitt testet for koronavirus i løpet av de siste syv dagene. 13,1 % rapporterte om forkjølelseslignende symptomer (definert som minst ett av følgende symptomer: hoste, sår hals, tungpustethet eller rennende nese), og av disse hadde 71,2 % testet seg. Andelen som tester seg kan være høyere, fordi personene kan ha testet seg tidligere eller senere enn disse syv dagene.

Fra og med uke 40 i 2021 er det inkludert spørsmål om type koronatest i ukeskjemaet deltagerne mottar. Av deltagerne som hadde besvart ukeskjemaet for uke 10, anga 17,0 % (1 148 av 6739) at de hadde testet seg i løpet av de siste 7 dagene. 90 % av disse hadde bare tatt hurtigtest, 6 % hadde testet seg på teststasjon eller hos lege, og 4 % hadde blitt testet med hurtigtest med påfølgende test

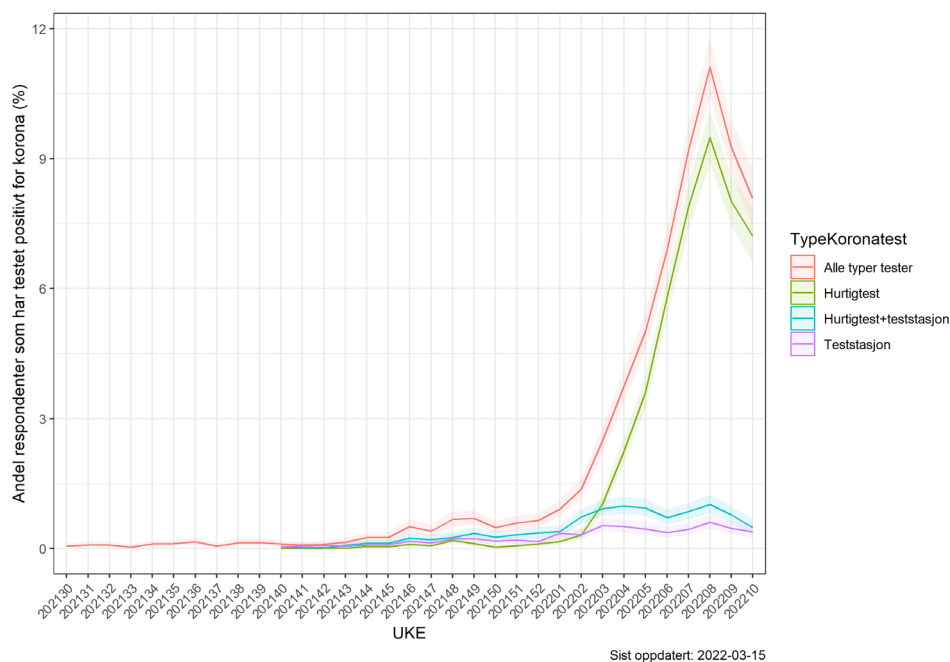
hos teststasjon/lege (Figur 33). Andelen som har testet seg økte, til tross for periodevise svingninger, fra 3,7 % i uke 41 til 23 % i uke 9, men har så sunket igjen til 17 % i uke 10. Svingningene i den totale testaktiviteten har hovedsakelig vært knyttet til mer eller mindre tilsvarende svingninger i bruk av hurtigtest, og andelen av de som har testet seg som kun har tatt hurtigtest var i uke 10 på det høyeste siden vi begynte å registrere type test i uke 40.



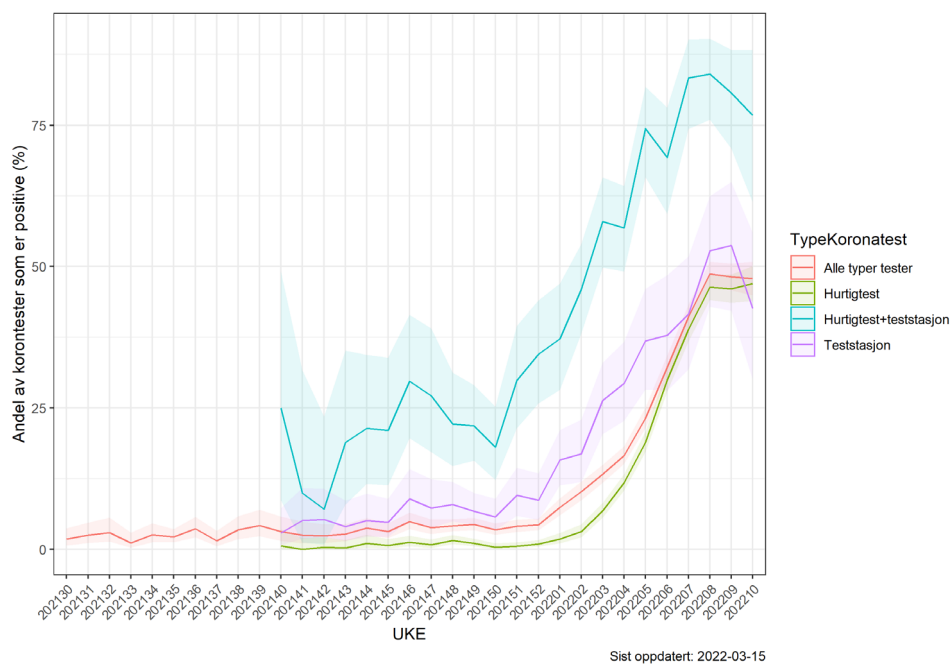
Sist oppdatert: 2022-03-15

Figur 33. Estimert andel av befolkningen som har testet seg for koronavirus i ukene 31 (2021) til 10 (2022). Fra og med uke 40 (2021) foreligger opplysninger om type test. Kilde: Symptometer, Folkehelseinstituttet.

Andelen av dem som har besvart ukeskjemaet som oppga positivt testresultat har steget jevnt fra omtrent 0,5 % i uke 50 til 11,1 % i uke 8, men har sunket til 8,1 % i uke 10 (Figur 34). Andelen av de testede som oppga positivt testresultat steg fra 4,4 % i uke 52 til 48,7 % i uke 8, men har sunket noe til 47,9 i uke 10 (Figur 35). 89,2 % av de som oppga påvist koronavirus hadde tatt kun hurtigtest, noe som er en sterk økning fra 41,2 % i uke 3 og kan ses i sammenheng med anbefalingen f.o.m. uke 4 om at de som har fått boosterdose ikke skal ta bekreftende test hos teststasjon/lege. Denne andelen kan dog være noe lavere, fordi enkelte som oppgir kun å ta tatt hurtigtest kan vente på å få time til test ved legestasjon eller lege. Omtrent 61 % av de testede hadde symptomer fra luftveiene, mage-tarm eller influensalignende symptomer, noe som er en økning fra 25 % i uke 51 og samsvarer med den siste anbefalingen om å teste seg først og fremst ved symptomer. Av dem med symptomer som testet seg har det vært en økning i andelen som har fått påvist koronavirus fra 13,7 % i uke 51 til 72,2 % i uke 10.



Figur 34. Andel av de som har besvart ukeskjemaet som har fått påvist koronavirus i ukene 30 (2021) til 10 (2022). Fra og med uke 40 (2021) foreligger opplysninger om type test, fordelt på type test. Kilde: Symptometer, Folkehelseinstituttet.

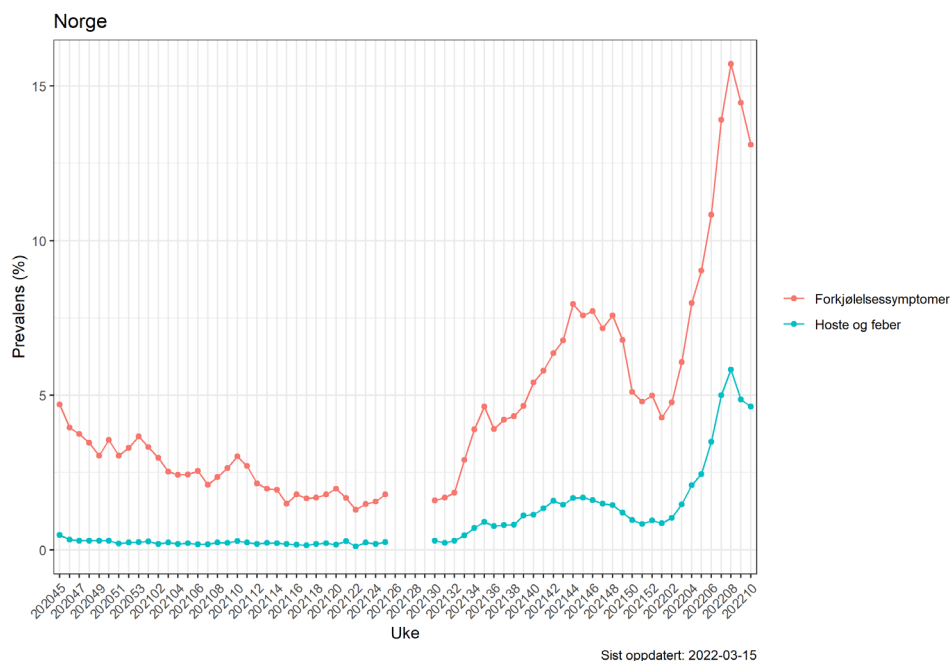


Figur 35. Andel av de som har oppgitt at de har testet seg for koronavirus som har fått påvist koronavirus i ukene 30 (2021) til 10 (2022), fordelt på type test. Fra og med uke 40 (2021) foreligger opplysninger om type test. Kilde: Symptometer, Folkehelseinstituttet.

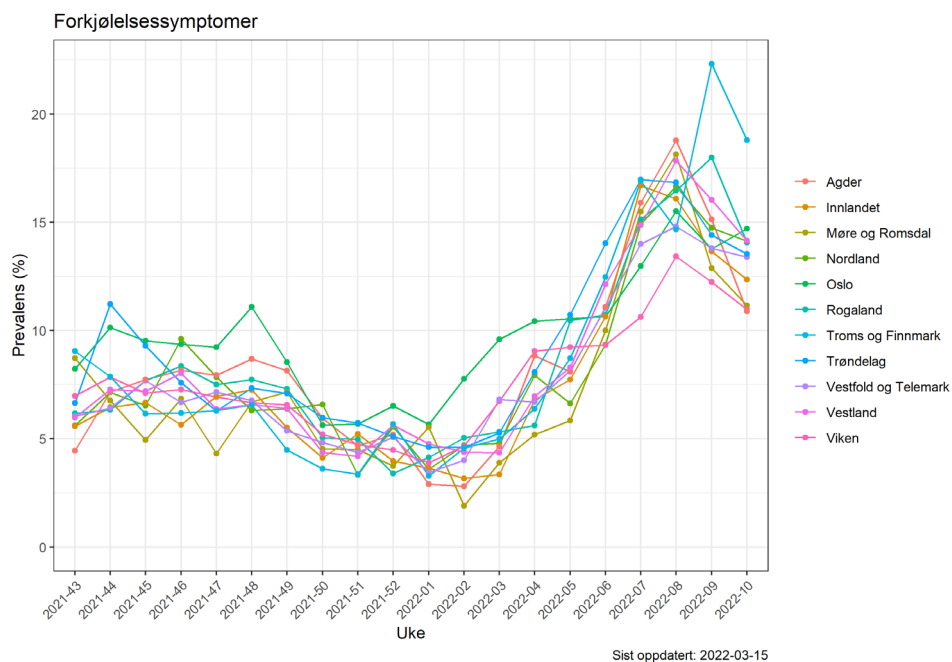
Rapportert forekomst av forkjølelssymptomer nasjonalt gikk ned fra 7,9 % i uke 44 til 4,3 % i uke 1, men steg så til 15,7 % i uke 8, noe som var den høyeste rapporterte andelen siden Symptometer startet i uke 45 2020. I uke 10 har det igjen sunket til 13,1 % (Figur 36). Andelen rapporterte forkjølelssymptomer lå høyest i Troms og Finnmark fylke med 18,8 %, etterfulgt av Oslo med 14,7 % (Figur 37). Nasjonal forekomst av feber i kombinasjon med hoste var også på sitt høyeste siden

Symptometers start med 5,8 % i uke 8, men har sunket til 4,6% i uke 10. (Figur 36). Høyest forekomst ble rapportert fra Vestfold og Telemark på 5,9 %.

Forekomst av forkjølelssymptomer var i uke 10 høyest i aldersgruppen 16-25 år. Forkjølelssymptomer, hoste ble hyppigst rapportert, etterfulgt av rennende nese og sår hals. Alle luftveissymptomer rapporteres oftest i aldersgruppene 16-25 og 26-40 år.



Figur 36. Utvikling av luftveissymptomer ukene 45 (2020) til 10 (2022) for feber i kombinasjon med hoste og forkjølelssymptomer. Kilde: Symptometer, Folkehelseinstituttet.



Figur 37. Utvikling i forekomst av forkjølelssymptomer for ukene 43 (2021) til 10 (2022) fordelt på fylker. Kilde: Symptometer, Folkehelseinstituttet.

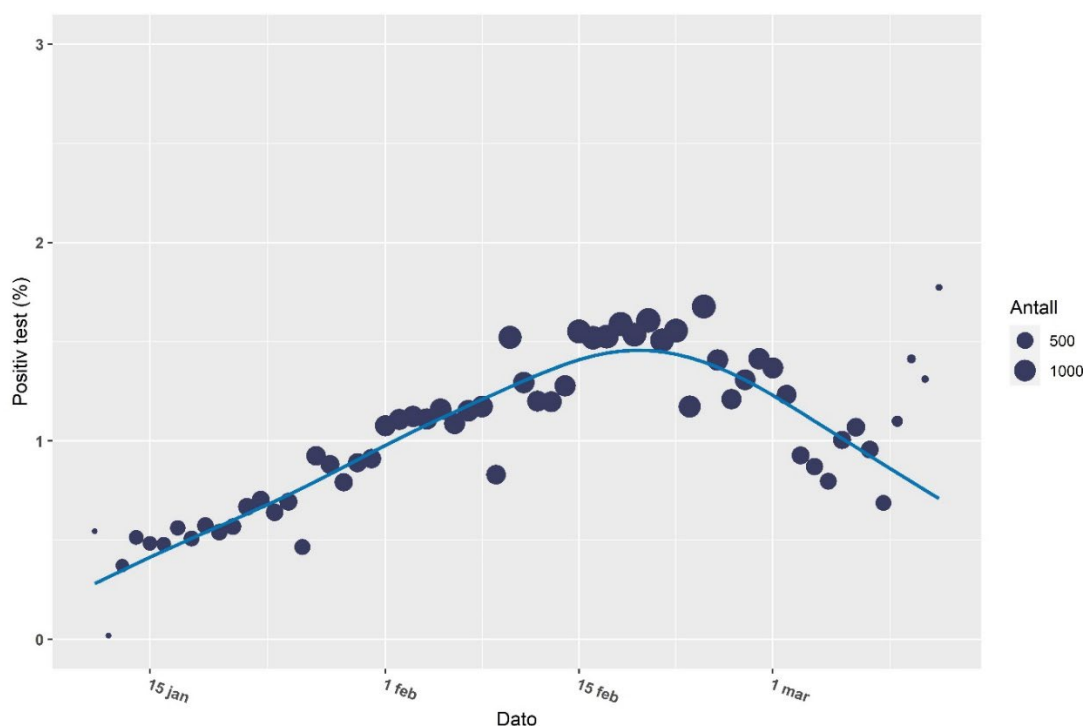
Overvåking av symptomer og testing i kohorter: MoBa, NorFlu, UngVoksen, Seniorkohorten

Datauttrekk: 14. mars 2022. Folkehelseinstituttet har siden 27. mars 2020 overvåket forekomsten av luftveissymptomer i befolkningen gjennom utsending av spørreskjemaer hver 14. dag til deltakere i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), og Den norske influensastudien (NorFlu). Undersøkelsene har pågått sammenhengende og omfatter totalt mer enn 100 000 personer i alderen 10–70 år, bosatt i hele Norge. Samlet representerer deltakerne et verdifullt utsnitt av den norske befolkningen. Deltakerne har annenhver uke svart på de elektroniske spørreskjemaene via mobiltelefon. Opptil 90 000 deltar i hver runde, med en gjennomsnittlig oppslutningsprosent på om lag 70. Det ble ikke sendt ut spørreskjemaer i perioden 14. desember 2021 til 26. januar 2022. Siden våren 2021 har deltakere i UngVoksen- og Seniorkohorten svart på tilsvarende spørreskjemaer. Samlet dekker kohortene

I uke 10 (7.-14.mars) har 59 469 MoBa-deltakere svart på spørreskjemaet. I figurene under er det også inkludert data fra Seniorkohorten (n=4186), NorFlu (n=4300) og UngVoksen (n=6335).

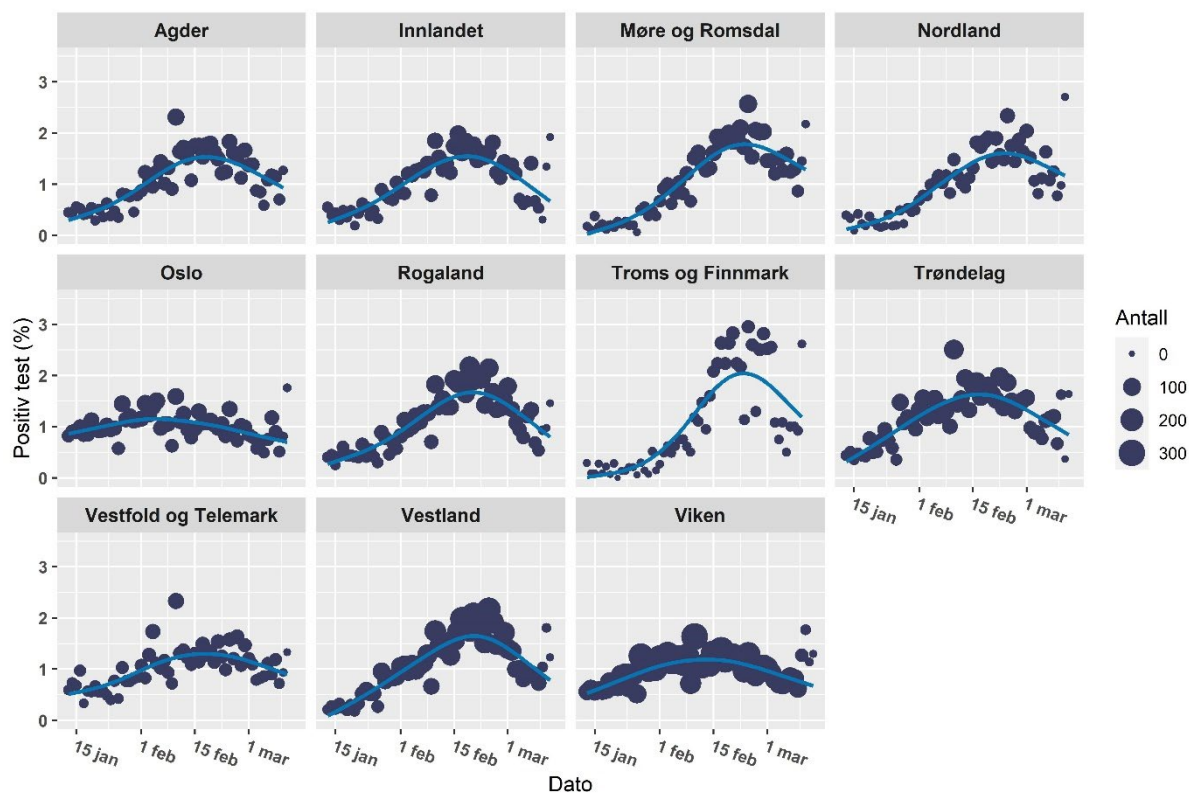
Figurene nedenfor viser andel (%), daglig insidens) som oppgir å ha testet positivt for covid-19 per dag (inkludert PCR og hjemmetester) blant deltakere i MoBa, NorFlu, UngVoksen og Senior-kohortene.

Daglig insidens er beregnet på bakgrunn av spørsmål om sykdom siste 14 dager, når symptomene startet, og positiv covid-19 test. Den samlede daglige insidensen var høyest rundt midten av februar 2022, og er nå tydelig avtagende (Figur 38).

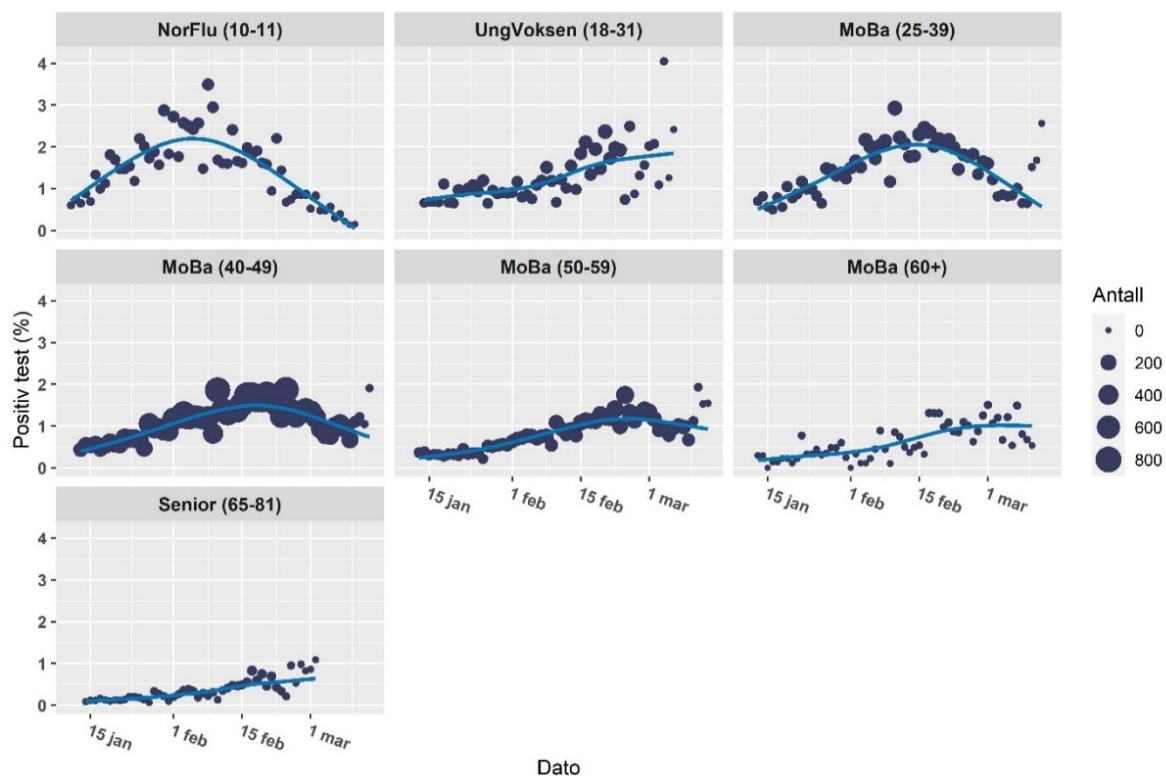


Figur 38. Andel (%) som oppgir å ha testet positivt for covid-19 per dag (inkl. PCR og hjemmetester) fra spørreskjemaene utsendt i MoBa-, NorFlu-, UngVoksen- og Senior-kohortene i uke 4-10, 2022. Kilde: MoBa/NorFlu/UngVoksen/Senior-kohortene, Folkehelseinstituttet

Andelen som tester positivt per dag er fallende i alle fylker (Figur 39). Blant unge voksne i alderen 18-31 år er andelen som tester positivt hver dag fortsatt rundt 2%, mens blant barn i alderen 10-11 år er andelen svært lav. Hos voksne opp til 59 år ses også en klar nedgang, mens seniorer fra 60 år og eldre har en flat trend (Figur 40).



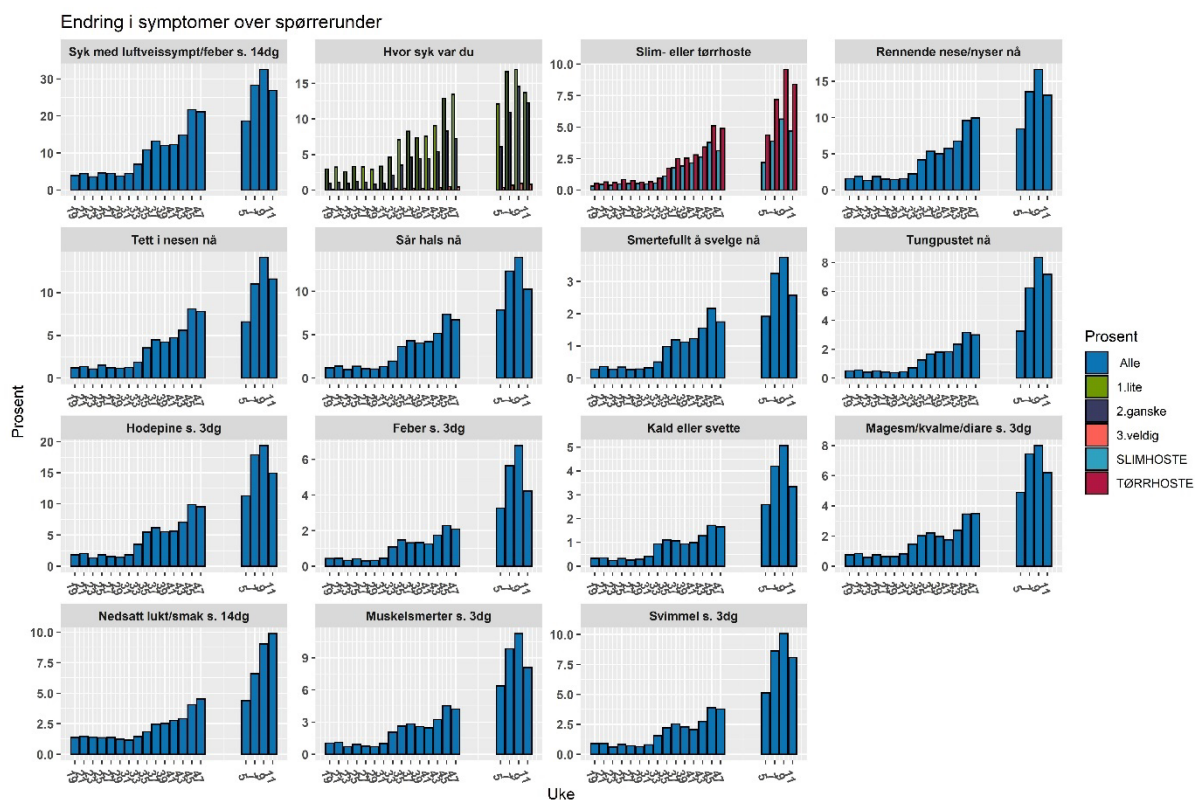
Figur 39. Andel (%) som oppgir å ha testet positivt for covid-19 per dag (inkl. PCR og hjemmetester) fra spørreskjemaene utsendt i MoBa-kohorten i uke 4-10, 2022, delt etter fylke. Kilde: MoBa/Folkehelseinstituttet



Figur 40. Andel (%) som oppgir å ha testet positivt for covid-19 per dag (inkl. PCR og hjemmetester) fra spørreskjemaene utsendt i MoBa-, NorFlu-, UngVoksen- og Senior-kohortene i uke 4-10, 2022, delt etter undersøkelse og i aldersgrupper. Kilde: MoBa/NorFlu/UngVoksen/Senior-kohortene, Folkehelseinstituttet

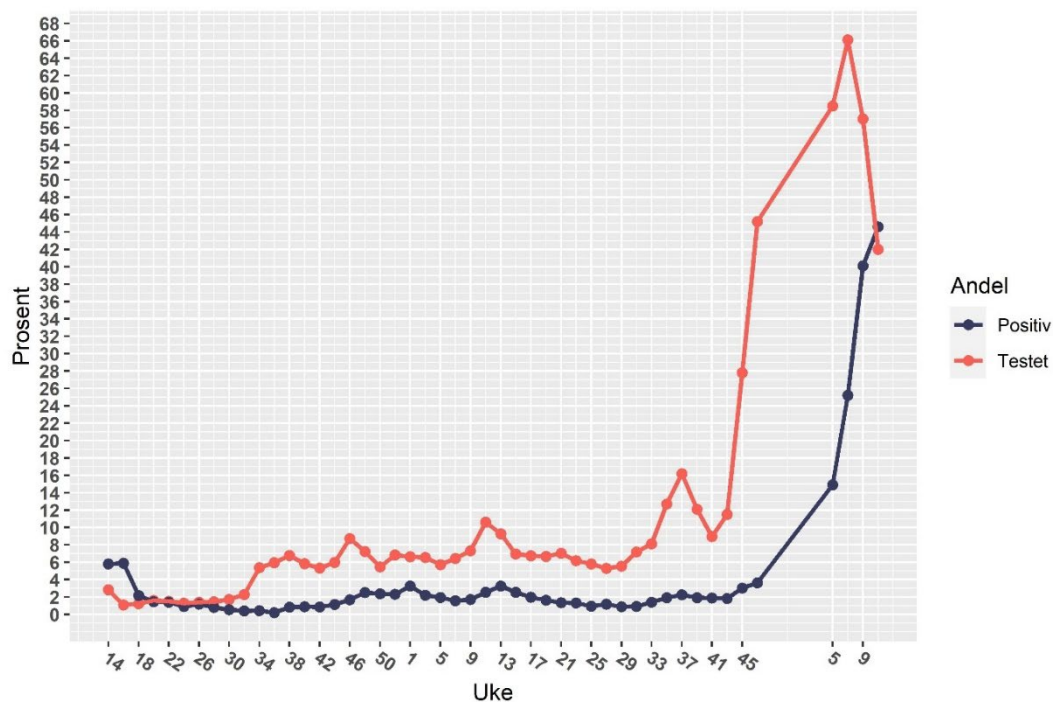
Symptomrapportering og testing

Totalt rapporterte 33,4 % av de voksne luftveissymptomer/sykdom i perioden 7. til 14.mars. Samlet forekomst av ulike luftveissymptomer er presentert i Figur 41. Blant voksne deltakerne har 98,3 % fått minst én dose vaksine, 97 % har fått to doser og 83 % har fått 3 doser.



Figur 41. Rapporterte symptomer i perioden 10. mai 2021 til 14. mars 2022 blant kvinner og menn, etter kalenderuke. Kilde: MoBa/Folkehelseinstituttet

Andelen testede i MoBa er fortsatt høy, 42,0%. Blant disse testet 44,6% positivt (Figur 42). Blant alle som svarte på spørreskjemaet, testet 18,7% positivt i løpet av de siste 14 dagene. Det gir en registrert smitte i løpet av de siste 14 dagene på 18 737 per 100 000, noe som er litt lavere enn forrige uke, da tallet var omtrent 20 000 per 100 000.



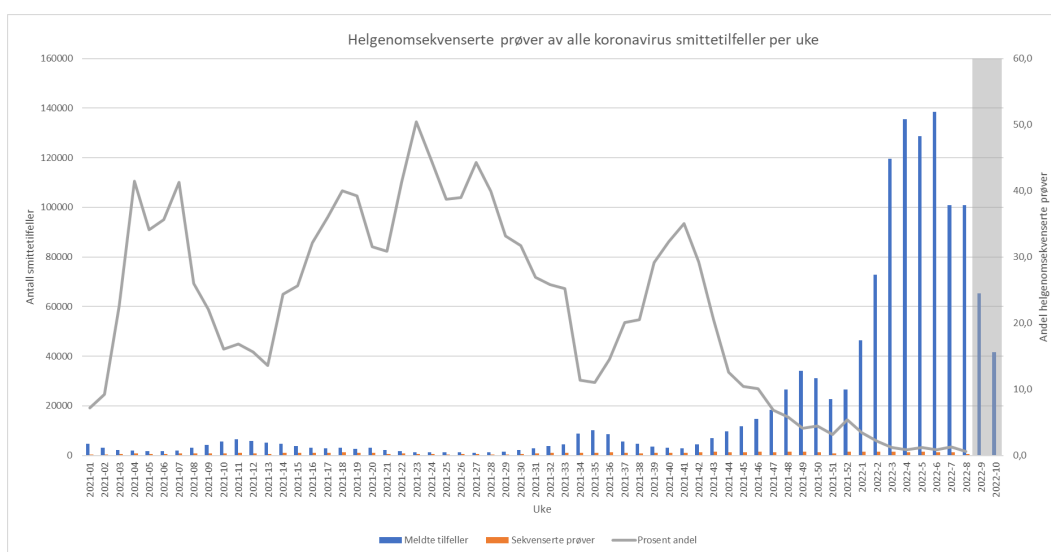
Virologisk overvåking

Analyserte prøver

Folkehelseinstituttet helgenomsekvenserer virus i prøver som sendes inn til det nasjonale referanselaboratoriet for overvåking av pandemien. FHI sekvenserer en del av overvåkingsprøvene via Norwegian Sequencing Centre (NSC). I tillegg rapporterer Oslo universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus egne helgenomsekvenser til FHI mens Akershus universitetssykehus publiserer sine helgenomsekvenseringer til GISAID databasen.

Prøver mottatt FHI
49 322 (3,7%)

Helgenomsekvenserte
prøver totalt
64 117 (4,7%)



Figur 44. Oversikt over mottatte og helgenomsekvenserte prøver ut av alle meldte tilfeller totalt (øverst). Antall og andel (%) helgenomsekvenserte prøver av alle meldte tilfeller av covid-19 i Norge per uke prøven er tatt fra 2021-2022 (nederst). De siste ukene er ikke komplett (merket med grått). Prosessen fram til helgenomresultater er tidkrevende, så siste to uker er ikke fullstendige og trekker prosentandel sekvenserte prøver ned. Data fra MSIS laboratedatabasen og meldte tilfeller til MSIS. Kilde: Folkehelseinstituttet.

I underkant av 1 % av meldte tilfeller er helgenomsekvensert siste uker med fullstendige data (Figur 44). Prøvene er talt opp for prøvetatt dato, og figuren viser derfor ikke antall prøver som blir sekvensert per uke. Andelen blir kraftig redusert med økende antall smittetilfeller. I følge ECDC vil ca. 600 helgenomsekvenser av tilfeldige prøver i uken være tilstrekkelig for overvåkingsmålet at med høy sannsynlighet å kunne oppdage 2,5 % prevalens med ny virusvariant og samtidig kunne se en økning eller nedgang på to-prosentnivå, selv om smittetallet overstiger 100 000 tilfeller i uken (ECDC: Guidance for representative and targeted genomic SARS-CoV-2 monitoring - 3 May 2021). I Norge sekvenseres mellom 1000-1500 virus i uken.

Konsensussekvenser fra FHI av god kvalitet publiseres ukentlig i den internasjonale sekvensdatabasen GISAID. Analyse av norske publiserte helgenomsekvenser kan gjøres i analyseverktøyet NextStrain, hvor helgenomsekvenser generert gjennom den nasjonale overvåkingen av SARS-CoV-2-virus er samlet av FHI i en egen tilgang som oppdateres hver onsdag: <https://nextstrain.org/groups/niph>.

Utvidede fylogenetiske analyser av norske virus sett i forhold til utenlandske SARS-CoV-2 virus er å finne på: https://github.com/folkehelseinstituttet/SARS-CoV-2_phyloge

- **Det er viktig at laboratorier fortsetter å sende inn et representativt og et målrettet utvalg av positive prøver for overvåking av SARS-CoV-2 i Norge til FHI, uavhengig av lokal screening for varianter eller sekvensering. Dette for å ivareta nasjonal stammebank, representativ og målrettet overvåking.**

Sirkulerende SARS-CoV-2

Det er definert fire bekymringsvarianter med dokumentert økt smittsomhet og/eller evne til å unnsnippe immunitet i forskjellig grad: B.1.351 (beta), først funnet i Sør-Afrika, P.1 (gamma) først funnet i Brasil, B.1.617.2 (delta) først funnet i India, og B.1.1.529 (omikron). Figur 45 viser utbredelsen av forskjellige SARS-CoV-2 virus i Norge de siste månedene.

Det er gjort flere risikovurderinger knyttet til omikronvarianten i Norge:

- <https://www.fhi.no/publ/2020/covid-19-epidemien-risikovurdering/>

I den første perioden med den nye omikronvarianten var det behov for å følge smittespredningen tett og for å forstå ny virusvariant bedre. Derfor ble overvåkingen intensivert med lokal screening for virusvarianter fra uke 48, 2021. Den opptrappede variantscreeningen ble avsluttet uke 2, 2022, da andelen omikron overskred 90 %, etter å ha passert 50 % i uke 52.

Etter at den intensiverte screeningen har opphørt gjøres det fortsatt variantpåvisning, men i et langt mer avgrenset omfang

Omikron SARS-CoV-2 varianter i Norge

Omikron, B.1.1.529 linjen av virus, ble raskt etter oppdagelsen i november inndelt videre i BA.1, BA.2 og BA.3 undergrupper (alias for henholdsvis B.1.1.529.1, B.1.1.529.2 og B.1.1.529.3). Den opprinnelige beskrivelsen av omikronvarianten samsvarer med undergruppen BA.1, men WHO betrakter inntil videre hele B.1.1.529 som omikron, dette til tross for at omikron BA.1 og BA. 2 er svært ulike hverandre.

Omikron B.1.1.529 undergruppene er så langt videre inndelt i grupperinger, basert på utbredelse og mutasjoner. BA.1 er selv videre inndelt i over 17 undergrupper allerede, og flere underinndelinger. BA.2 har også fått videre underinndeling i tre grupper fra BA.2.1 til BA.2.3. Deltavirus er nå delt inn i 133 genetiske AY undergrupper og enda flere underinndelinger. Underinndelingene indikerer ikke nødvendigvis funksjonelle forskjeller.

For mer informasjon om virusvariantene og forskjellene mellom dem: Påvisning og overvåking av SARS-CoV 2-virusvarianter – [FHI](#)

BA.1

De første omikrontilfellene i Norge var BA.1, og det var denne undervarianten som sto for den første framveksten og som raskt overtok for delta i desember-januar.

BA.2

Omikron BA.2 har overtatt for BA.1 i Norge (Tabell 20 og Figur 45). Dette baseres seg kun på helgenomsekvenserte prøver da det er problemer med å anslå andelen av omikron som er BA.2 på basis av data i MSIS labdatabasen fordi varianttestene som er i bruk i ujevn grad skiller mellom BA.1,

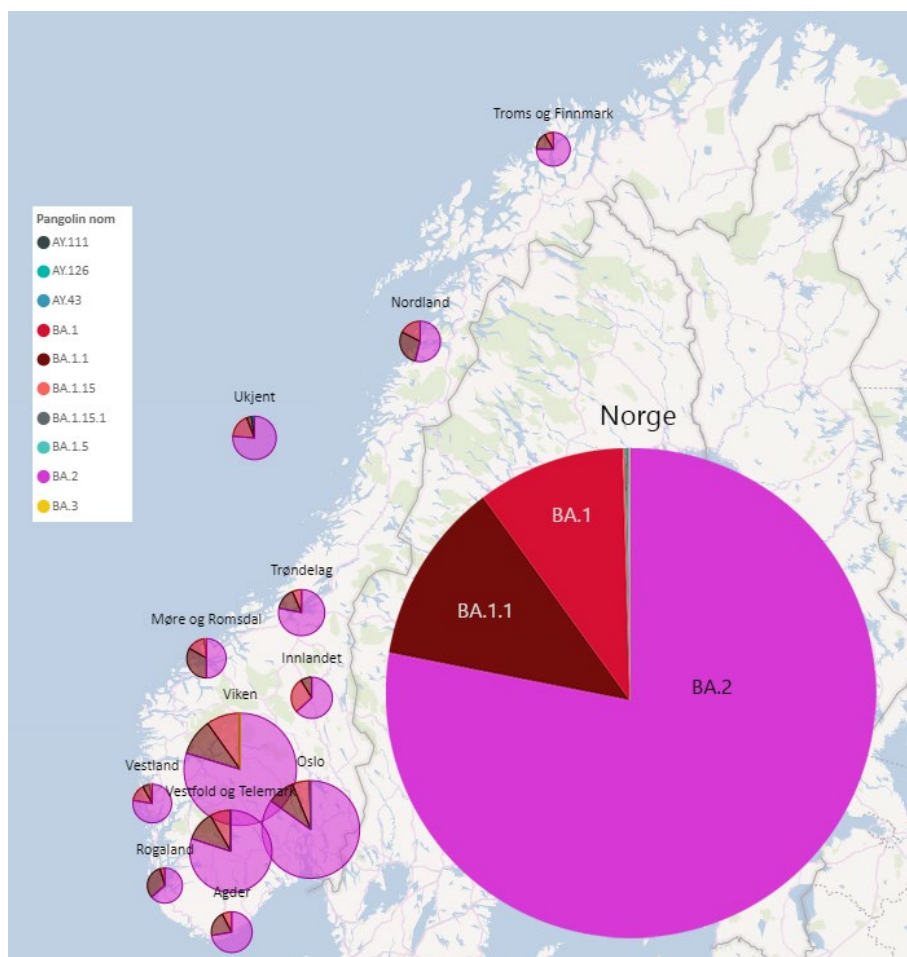
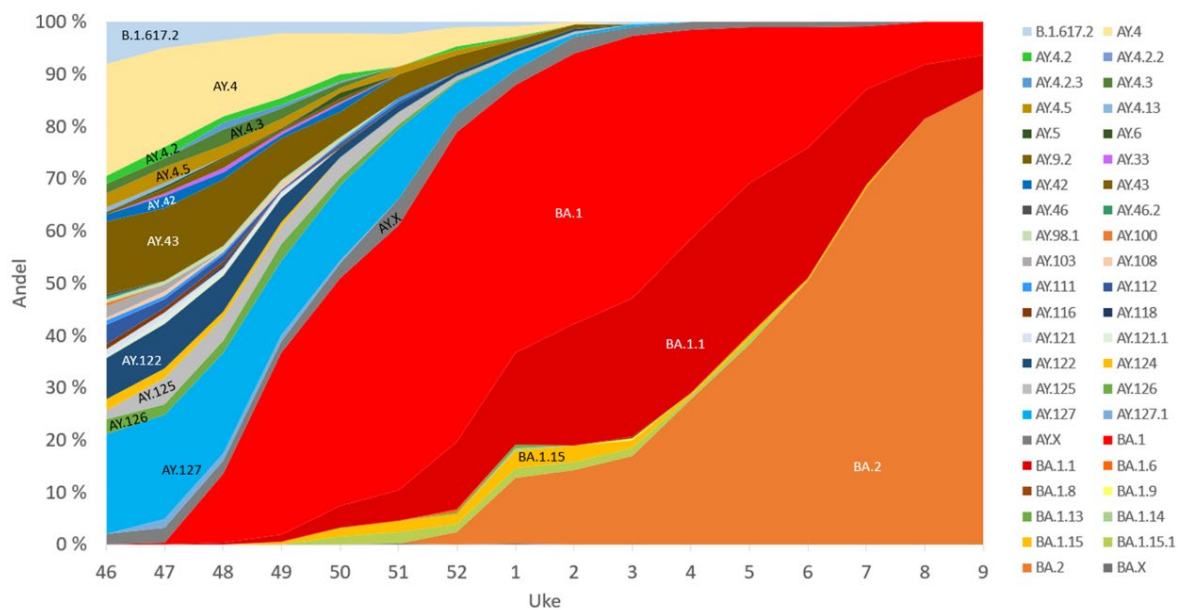
BA.2 eller bare omikron; og fordi det er krevende å tolke de registrerte resultatene inn i de aktuelle kategoriene. For det meste fører dette til en vesentlig underestimering av andel BA.2. Helgenomsekvenseringsdata er ikke affisert av slike problemer og indikerer høyere andel BA.2.

Tabell 20. Fylkesvis prevalens av omikron BA.2 blant helgenomsekvenserte prøver i 2022, fordelt på uker. *

Fylkenavn	Andeler BA.2 fordelt på fylker								
	202201	202202	202203	202204	202205	202206	202207	202208	202209
Agder	20 %	9 %	19 %	19 %	26 %	56 %	67 %	93 %	67 %
Innlandet	29 %	4 %	27 %	36 %	40 %	65 %	61 %	61 %	67 %
Møre og Romsdal	1 %	9 %	9 %	14 %	15 %	30 %	50 %		
Nordland	1 %	3 %	18 %	21 %	21 %	25 %	49 %	80 %	
Oslo	33 %	18 %	29 %	48 %	54 %	67 %	81 %	84 %	90 %
Rogaland	9 %	26 %	22 %	26 %	28 %	37 %	63 %	75 %	
Troms og Finnmark	4 %	15 %	5 %	10 %	14 %	38 %	64 %	50 %	
Trøndelag	1 %	7 %	28 %	33 %	39 %	54 %	77 %	71 %	
Ukjent	7 %	5 %	21 %	11 %	42 %	40 %	36 %		77 %
Vestfold og Telemark	5 %	6 %	5 %	12 %	34 %	46 %	72 %	81 %	86 %
Vestland	4 %	14 %		19 %	32 %	50 %	72 %	50 %	
Viken	13 %	17 %	18 %	36 %	45 %	58 %	69 %	82 %	94 %
Totalt	13 %	14 %	17 %	28 %	38 %	50 %	68 %	81 %	87 %

*Det kan være forsinkelser i resultater siste to uker og andeler kan da være basert på lave tall pr fylke.

Første påvisning med BA.2 i Norge var i uke 49/2021, og siden uke 51 har det vært påvisninger daglig. Så langt, per 16. mars 2022, er det påvist totalt 4 495 BA.2 tilfeller i Norge. De siste ukene har andelen BA.2 økt med ca 10 % ukentlig og BA.2 overtok dominans fra uke 6 i Norge (Figur 45). BA.2 utgjør så langt de siste to ukene 84 % av alle helgenomsekvenserte prøver (1036). BA.1.1 fortsetter å sirkulere, men øker ikke (se nedenfor) mens andelen BA.1 faller raskt.



Figur 45. Øverst: Andel av genetiske undergrupper blant norske delta- og omikronvarianter undersøkt med helgenomsekvensering, fordelt på uke. Undergrupper av delta og omikron med mindre enn fem forekomster på en uke er samlet i AY.X og BA.X. Hovedgruppen B.1.617.2 omfatter alle deltavirus som ikke tilhører en av de definerte AY.x-undergruppene. Data fra de to siste viste ukene kan være noe ufullstendig. Nederst: Andeler fordelt på fylke siden 15. februar 2022 (de siste fire ukene). Siste uker kan være ufullstendig. Pangolin nomenklaturen blir stadig oppdatert og virus kan da bli rekategorisert. Kilde: Referanselaboratoriet, Folkehelseinstituttet

BA.3

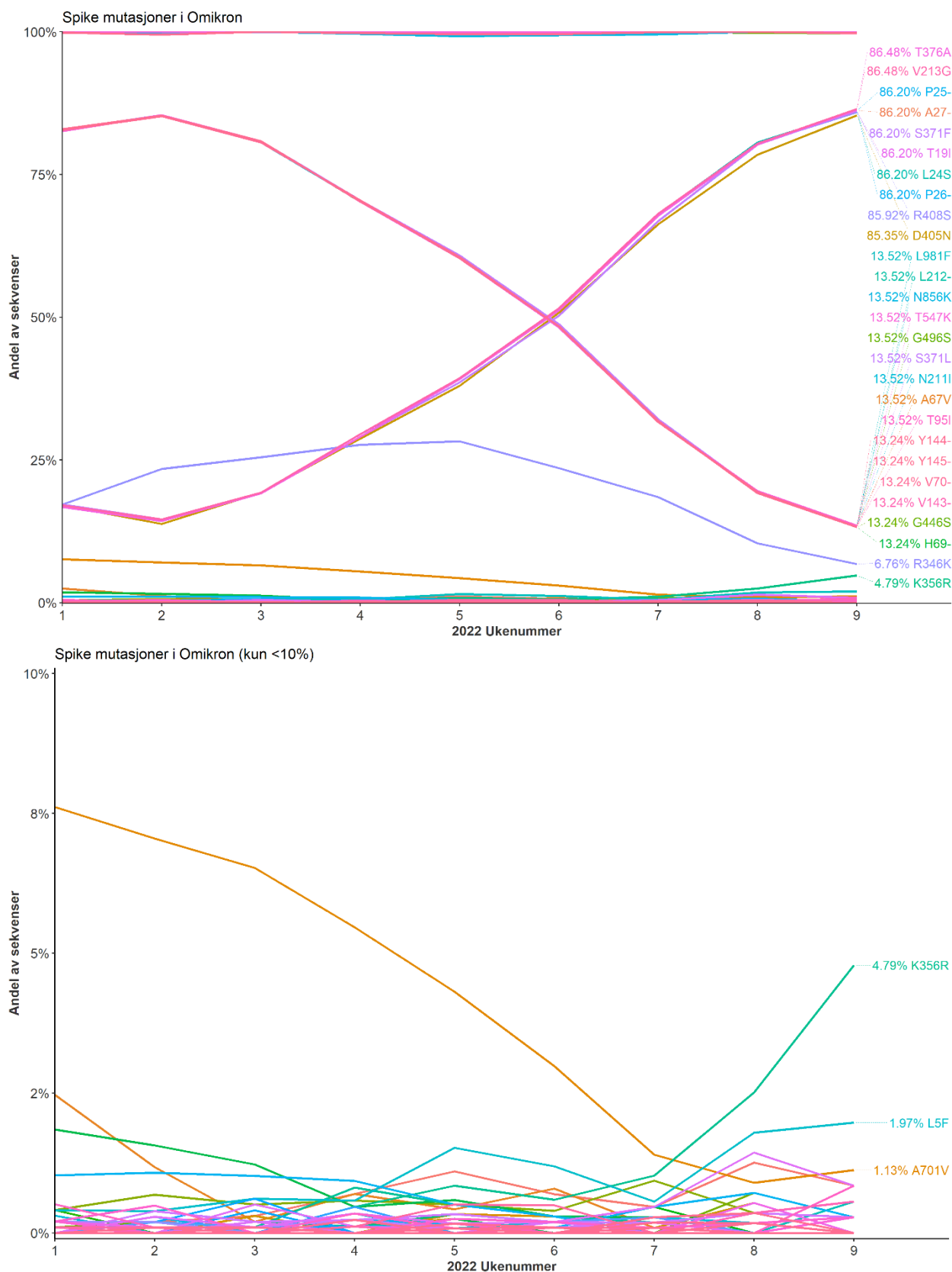
BA.3 er i Norge så langt kun påvist i forbindelse med én enkelt importhendelse tidlig i januar og to forekomster uten kjent tilknytning til utenlandsreise tidlig i februar. BA.3 er svært lite utbredt globalt.

Dybdeanalyser av sirkulerende SARS-CoV-2 virus

Det er viktig å overvåke forekomst av mutasjoner som kan ha innvirkning på virusets spredningsevne, smittsomhet, effekt av vaksinen, medikamentell behandling eller beskyttelse fra naturlig infeksjon.

Andelen av omikron BA.1.1 med spike substitusjonen R346K har ikke økt de siste ukene og utgjør 13 % av alle sekvenserte virus de siste 4 ukene (Figur 46). R346K substitusjonen er i et antistoffbindende sete. Endringer her har oppstått i ulike varianter gjennom pandemien og kan potensielt bidra til videre antigen drift av omikron. Mutasjonen er nå også påvist i omikron BA.2 i enkelte land, også i Norge med fire nylige tilfeller. Blant utvalgte og muligens økende spike-mutasjoner med frekvens under 10% av sekvenserte omikronvariantvirus (Figur 46) ser det ut som om prevalensen av BA.2 med mutasjonen K356R fortsatt øker noe. Denne mutasjonen befinner seg i reseptorbindende domene av spike-proteinet, tidligere også sett i B.1.1.7 virus (alfa) og er påvist i Viken, Innlandet, Oslo og Vestfold og Telemark de siste ukene. Mutasjonen ser ellers ut til å være lite utbredt andre steder i verden.

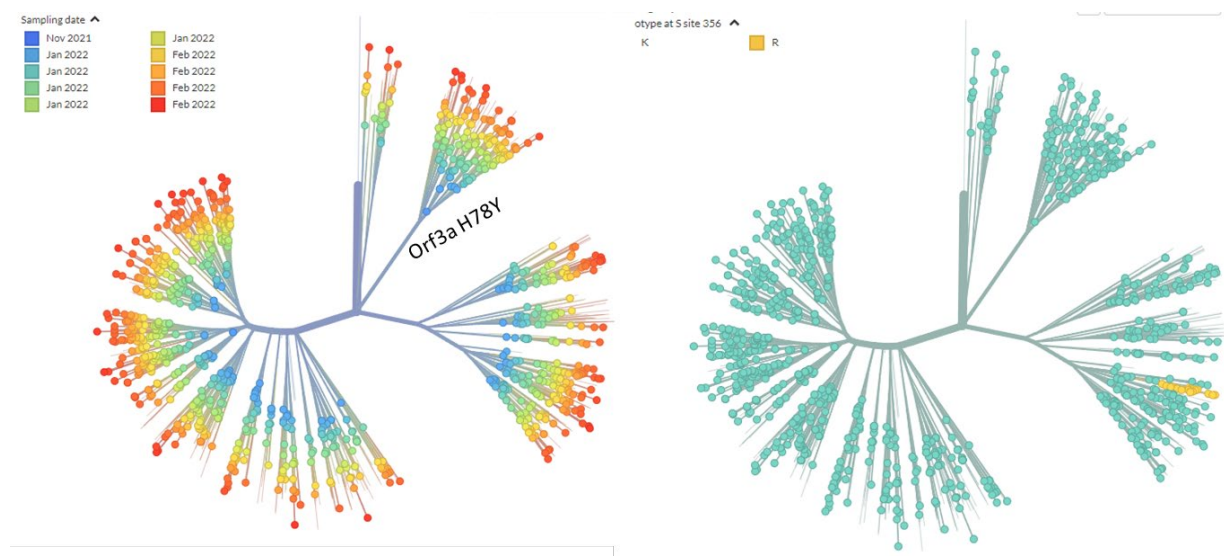
Overtagelsen med BA.2 er også forenlig med prevalens for de forskjellige mutasjonene. Mutasjoner som karakteriserer BA.1 virus er sterkt avtagende, mens mutasjoner forenlig med BA.2 er økende. I tillegg sees fremvekst av andre mutasjoner, nå hovedsakelig K356R.



Figur 46. Øverst: Ukentlige andeler av sekvenserte omikronvarianter som bærer tilleggsmutasjoner i spikeproteinet for 2022. Sekvenseringsutfordringer med omikron har ført til at i underkant av 30 % av sekvensene i perioder ikke har full sekvensdekning i spikegenet – disse sekvensene er fjernet fra analysen. Nederst: Tilsvarende forekomst av utvalgte spike-mutasjoner med frekvens under 10% av sekvenserte omikronvariantvirus. Siste to ukers data er ufullstendige og viser ikke nødvendigvis aktuell trend, og siste uke er av samme grunn ikke tatt med i figuren. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Fylogenetiske analyser av BA.2

Alle BA.2 virus har svært nært genetisk slektskap med hverandre, men likevel er det nå begynt å danne seg genetiske klynger basert på mutasjonsforskjeller (Figur 47). Ingen vesentlige endringer i BA.2 av betydning er så langt påvist. Det ser ikke ut til at det øker g med tilfeller i ORF3a H78Y klyngen, men de fleste andre klynger med Norske virus fortsetter å sirkulere.



Figur 47. Fylogenetisk slektskap mellom norske BA.2 helgenomsekvenser fra Norge (små sirkler) internasjonale stammer som linjer, fargekodet på tid for prøvetaking (venstre) og på mutasjon i spikeposisjon 356 (høyre). Distanse er tid. Analysen er basert på 1 260 norske SARS-CoV-2 BA.2 helgenomsekvenser. Kilde: Nextstrain NIPH build, Folkehelseinstituttet

Rekombinante SARS-CoV-2 virus

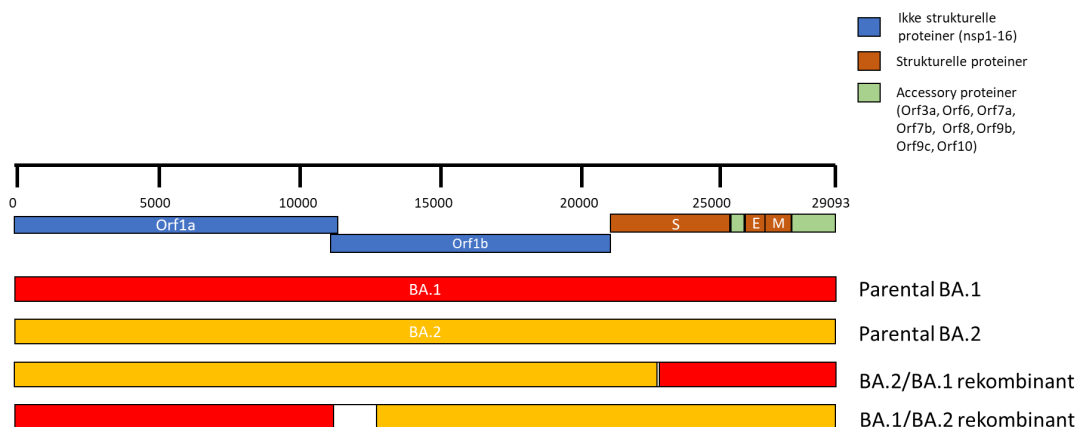
Når det er mye virus i omløp av for eksempel to forskjellige SARS-CoV-2 virusvarianter, er sjansen større for at en person kan være uheldig og smittes med to varianter på samme tid. Hvis to virus samtidig formere seg i samme celle, kan resultatet bli at virusene rekombinerer, dvs at vi får et blandingsvirus som inneholder noe av genmaterialet fra den ene varianten og noe fra den andre varianten. Dette er ikke uvanlig og er sett tidligere i pandemien, men er enda mer tydelig nå når det er høyt smittetrykk med forskjellige virus som delta og BA.1 og BA.2 variantene. Mer informasjon om rekombinante SARS-CoV-2 virus finnes på FHI sine nettsider: SARS-CoV 2-virusvarianter – [FHI](#)

Vi har ikke påvist noen tilfeller av rekombinante virus mellom delta og omikron (“deltakron”) enda.

Vi har så langt påvist tre tilfeller av rekombinante virus som er kombinasjon av BA.1 og BA.2 (Figur 48). I ett av tilfellene ser rekombinasjonen ut til å ha oppstått mellom nukleotidposisjon 22 792 (siste BA.2 mutasjon) og posisjon 22 813 (første BA.1 mutasjon). Denne rekombinasjonen er også sett i Danmark. Det betyr hovedsakelig at viruset har en BA.2 bakgrunn, men at spikeproteinet og etterfølgende proteiner i genomet kommer fra BA.1. Det ventes derfor at viruset er mer antigen likt de første omikronvirusene vi hadde i Norge, BA.1.

Vi har to tilfeller som er en rekombinant mellom BA.1 (BA.1.1.) og BA.2 der krysspunktet er et sted mellom nukleotidposisjon 11 297 og 12 880. Denne rekombinasjonen er det sett noe flere tilfeller av

andre steder, bla i Danmark og i England og Skottland (200 tilfeller globalt. Det ventes at denne rekombinasjonen er mer antigen likt BA.2 virus.



Figur 48: Grafisk illustrasjon over rekombinante virus påvist i Norge. Kilde: Folkehelseinstituttet

Reinfeksjoner

Gjennom pandemien har det blitt påvist smittetilfeller også blant personer som tidligere har vært smittet med SARS-CoV-2. Til nå har en ny smittetilfelle etter 6 måneder per definisjon vært en reinfeksjon. Ved å studere viruset som har gitt ny smittetilfelle, har det vært mulig å påvise reinfeksjoner etter kortere tid. Ny definisjon fra 24.01.2022 innebærer at en ny smittetilfelle meldt på nytt etter 60 dager regnes som en reinfeksjon. Dette gjelder foreløpig for nye reinfeksjoner. Ettersom færre tester seg med PCR med nye retningslinjer av 24.01.2022 kommer man ikke lenger til å påvise reinfeksjoner i like stor grad som tidligere og rutineovervåking av reinfeksjoner opphører.

Det er til nå registrert totalt 50 801 mulige reinfeksjoner \geq 60 dager, hvorav 46 922 er bekreftede reinfeksjoner. Det er også registrert 148 mulige tilfeller av tredjegangsinfeksjoner gjennom pandemien. Data så langt tyder på at det er omtrent lik risiko for reinfeksjon med BA.1 som med BA.2 dersom man tidligere har vært smittet av delta eller andre tidligere varianter.

Det har vært 115 reinfeksjoner med BA.1 20 - 60 dager etter første infeksjon med delta og 11 tilfeller av reinfeksjon med BA.2 20 - 60 dager etter første infeksjon med delta. Det er tre bekreftede og et mulig tilfelle av reinfeksjon med BA.2 < 60 dager etter forutgående infeksjon med BA.1. Det er også ett mulig tilfelle av en reinfeksjon med BA.2 < 60 dager etter forutgående infeksjon med BA.1.

Virusovervåking blant sykehusinnlagte

Referanselaboratoriet mottar prøver fra innlagte med covid-19 som del av den målrettede overvåkingen av covid-19 og influensa. I uker med oppdaterte data mottar laboratoriet rundt 68 % av prøver fra alle innlagte som tester positivt på covid-19 (Tabell 21), ikke nødvendigvis personer som er innlagt med årsak covid-19. Prosentandel BA.2 i prøvene fra innlagte følger utvikling i andel for øvrige prøver.

Tabell 21: Prøver fra innlagte med covid-19 helgenomsekvensert siste fire uker*

	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9
Mottatte prøver/sekvenser FHI	184	241	421	413
Helgenomsekvenserte prøver fra innlagte	138	159	171	60
Antall innlagte med covid-19	314	440	513	535
Andel av alle innlagte med covid-19 mottatt	59 %	55 %	82 %	77 %
Andel BA.2 i sekvenserte prøver fra innlagte	43 % (60)	67 % (107)	77 % (131)	80 % (48)

*Ikke alle prøver eller sekvenser FHI mottar er korrekt merket å komme fra innlagte så tallene oppgitt må regnes som absolutt minimumstall.

Som en del av overvåkingen av koronavirus-pandemien og dens utvikling er det opprettet en kartleggingsundersøkelse av sykehusinnlagte pasienter ved sykehus i Norge med innleggelsesdiagnose SARS-CoV-2 for å kunne intensivere denne delen av overvåkingen. For å ha best mulig grunnlag for videre rådgivning i koronavirus-pandemien er det sentralt å forstå både utviklingen av immunitet i befolkningen og potensielle endringer i virusgenomet etter vaksinasjon og infeksjon. Hos pasienter som utvikler så alvorlig sykdom at de legges inn på sykehus er det spesielt viktig å overvåke immunstatus og infiserende virusvarianter for å kunne forstå hvorfor man blir så syk. I den intensiverte overvåkingen skal derfor virusvarianter og pasientenes antistoff-respons analyseres i en kartleggingsovervåking.

Den intensiverte overvåkingen ble initiert for kort tid siden og data er i gang med å samles inn og analyseres.

Influensa og andre luftveisagens i sirkulasjon

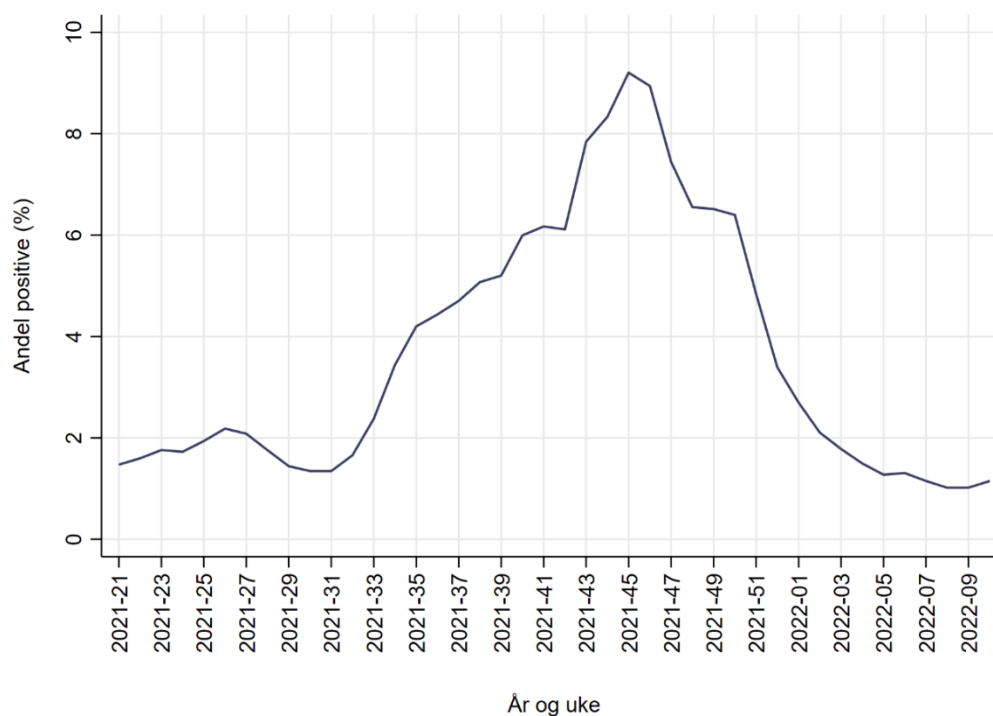
Det har siste uke vært en markant økning i influensatilfeller. Selv om prevalensen blant testede fortsatt er svært lav for årstiden, er det en økning fra 0,9 % til 2,2 % forrige uke. Selv om det sammenlignet med tidligere influensasesonger er svært lite influensa, er dette det høyeste nivået så langt denne sesongen.

Det er hovedsakelig influensa A(H3N2) som påvises i prøvene. Det er fortsatt lite trolig at en større influensa epidemi er forestående da sesongeffekten av våren ventes å begrense smitten.

Mange luftveisprøver undersøkes for andre luftveisagens, men overvåkingen gir ikke nødvendigvis et helt representativt bilde av faktisk sirkulasjon av luftveisagens i befolkningen, fordi den er påvirket av teststrategi og -aktivitet for covid-19, i tillegg til at testaktiviteten for andre luftveisagens sannsynligvis er høyest blant sykehusinnlagte og små barn.

Nivået av andre påviste luftveisagens enn SARS-CoV-2 har vært på et svært lavt nivå de siste ukene. Forekomsten av andre luftveisinfeksjoner som verken er influensa eller covid-19 og som FHI overvåker har vært i nedgang siden uke 45 i 2021, hvor 9 % av analysene for andre luftveisagens var positive. Også i uke 10 var 1 % av analysene positive, av totalt 19 321 analyser utført (Figur 49, Tabell 22). Det har vært en nedgang i antall utførte analyser fra 58 811 i uke 45.

Andelen positive analyser for metapneumovirus har vært på 3 % de siste 2 ukene. Andelen rhinoviruspositive var på 7 % i uke 10 etter å ha ligget på 8 % i uke 7-9 (Tabell 22). Forekomsten av RS-virus er svært lav med andel positive prøver på <1 % i uke 10.



Figur 49. Andel analyser positive for luftveisagens utenom SARS-CoV-2 og influensavirus (inkluderer adenovirus i luftveisprøver, *Bordetella pertussis*, *Chlamydomphila pneumoniae*, metapneumovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS)-virus og rhinovirus), Norge, 24. mai 2021 – 13. mars 2022.

Tabell 22. Analyser gjort og analyser positive for adenovirus (i luftveisprøver), *Bordetella pertussis*, *Chlamydomphila pneumoniae*, metapneumovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, parainfluensavirus, respiratorisk syncytial (RS)-virus og rhinovirus, samt antall personer testet og positive for influensavirus, Norge, 24. mai 2021 – 13. mars 2022.

Smittestoff	Uke 9			Uke 10			Ukentlig endring siste 2 uker (%)		Hele perioden*		
	Antall analyser	Antall positive	Andel positive (%)	Antall analyser	Antall positive	Andel positive (%)	Analysen	Positive	Antall analyser	Antall positive	Andel positive (%)
Adenovirus	518	4	1	462	0	0	-11	-100	26723	381	1
<i>B. pertussis</i>	1941	0	0	2033	0	0	5	.	111339	23	0
<i>C. pneumoniae</i>	2176	0	0	2283	1	0	5	.	121394	7	0
Influensa A**	17152	152	0,9	12755	284	2,2	-26	87	423181	1728	0,4
Influensa B**	17152	0	0	12755	0	0	0	0	423181	48	0
Metapneumovirus	2157	55	3	2278	73	3	6	33	141992	701	0
<i>M. pneumoniae</i>	2193	0	0	2305	2	0	5	.	122604	13	0
Parainfluensavirus	2034	15	1	2048	23	1	1	53	132203	7499	6
RS-virus	6976	15	0	6321	15	0	-9	0	246111	26766	11
Rhinovirus	1450	109	8	1591	108	7	10	-1	94721	13876	15

*For influensa er dataene f.o.m. uke 40-2021 (4. oktober 2021) inkludert.

**For influensa viser tallene antall personer testet, ikke antall analyser.

Mer detaljerte data om influensa og andre luftveisagens publiseres på torsdager i ukerapport for influensa og andre luftveisvirus. Disse ukerapportene gjøres tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettside om influensaovervåking : <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensaovervaking/>

Sentinel fyrtårnovervåkingen av luftveisvirus

Sentinel-overvåking av virale luftveisinfeksjoner i primærhelsetjenesten gjøres gjennom FHIs fyrtårnovervåkingssystem. Siden 1970-tallet har FHI overvåket influensa bla. ved at allmennpraktiserende leger, såkalte *fyrtårnleger*, som får pasienter med typiske luftveissymptomer til konsultasjon, sender en luftveisprøve til analyse til nasjonal virusovervåkings-formål.

Sentinelovervåkingen av luftveisvirus i primærhelsetjenesten er nå på ny aktivert og på vei til å styrkes for å få en bedre oversikt over den samlede smittesituasjonen i primærhelsetjenesten, særlig for covid-19 og influensa, men også andre luftveisvirus. Forrige uke er det påvist to influensa A påvisninger blant 10 undersøkte fyrtårnprøver. Tilsvarende er det påvist en SARS-CoV-2 positiv prøve ut av 12 undersøkte fyrtårnprøver. Det er ellers påvist 2 HMPV og en rhinopositiv prøve ut av 11 undersøkte fyrtårnprøver.

Det er mulig SARS-CoV-2 er underrepresentert i fyrtårnprøvene da det ofte brukes selvtester for covid-19 og lege først oppsøkes når selvtest er negativ for covid-19. Dersom fastleger krever negativ covid-19 test før konsultasjon så vil dette også påvirke tallene vesentlig.

Overvåking av vaksinasjon mot covid-19

Koronavaksinen Comirnaty (BioNTech og Pfizer) ble tilgjengelig i Norge under en betinget godkjenning 23. desember 2020. Vaksinen er nå godkjent til bruk fra 12 års alder. Grunnvaksinasjon med denne vaksinen består av to doser etter godkjent vaksinasjonsregime. Den andre dosen skal gis tidligst 21 dager etter at den første dosen ble satt. Vaksinen er også godkjent til bruk som tredje dose i grunnvaksinasjon av personer med alvorlig svekket immunforsvar. Denne dosen anses som en del av den primære vaksinasjonsserien og er anbefalt gitt med et intervall på minst 28 dager etter dose 2. Vaksinen er nå også godkjent til bruk som oppfriskningsdose der det har gått minst 6 måneder siden andre dose. I Norge anbefales oppfriskningsdoser 4,5 måneder (20 uker) etter andre dose til voksne 45 år og eldre, til ansatte i helse og omsorgstjenesten og til voksne personer 18 år og eldre med underliggende medisinske tilstander med risiko for alvorlig forløp av covid-19. Øvrige friske voksne 18-44 år kan få oppfriskningsdose hvis de selv ønsker.

Koronavaksinen Spikevax (Moderna) ble tilgjengelig i Norge under en betinget godkjenning 6. januar 2021. Vaksinen er nå godkjent til bruk fra 12 års alder. Grunnvaksinasjon med denne vaksinen består av to doser etter godkjent vaksinasjonsregime. Den andre dosen skal gis tidligst 28 dager etter at den første dosen ble satt. Personer under 30 år anbefales å velge Comirnaty ut fra et føre var prinsipp siden det er observert økt forekomst av myokarditt, særlig hos unge menn, etter vaksinerings med Spikevax. Vaksinen ble nylig godkjent til bruk som tredje dose i grunnvaksinasjon av personer med alvorlig svekket immunforsvar. Denne dosen anses som en del av den primære vaksinasjonsserien og er anbefalt gitt med et intervall på minst 28 dager etter dose 2. Vaksinen er nå også godkjent til bruk som oppfriskningsdose der det har gått minst 6 måneder siden andre dose. I Norge anbefales oppfriskningsdose 4,5 måneder (20 uker) etter andre dose til voksne 45 år og eldre, til ansatte i helse og omsorgstjenesten og til voksne personer 18 år og eldre med underliggende medisinske tilstander med høy risiko for alvorlig forløp av covid-19. Øvrige friske voksne 18-44 år kan få oppfriskningsdose hvis de selv ønske.

Folkehelseinstituttet anbefaler at doseringsintervallet mellom de to første dosene med mRNA-vaksine ikke overstiger 6 uker for de med høy alder og risikogrupperne (prioriteringsgruppe 1-7) og ikke er lengre enn 12 uker for alle som er 65 år og yngre uten underliggende sykdommer, inkludert helsepersonell (prioriteringsgruppe 8-11). Ved kombinasjon av ulike mRNA vaksiner er anbefalt minimumsintervall 4 uker. Ungdom 16-17 år anbefales et intervall på 8-12 uker mellom dosene, og intervallet bør fortrinnsvis strekkes til 12 uker. Ungdom 12-15 åringer tilbys dose 2 dersom foresatte ønsker dette. Barn 5-11 år kan tilbys vaksinen dersom foresatte ønsker dette, og dette er særlig aktuelt for barn med underliggende, kroniske sykdommer, og andre med særlig behov for beskyttelse. De barna med de mest alvorlige underliggende sykdommene har hatt mulighet for vaksinasjon siden desember 2021. For de under 18 år er det Comirnaty som skal tilbys.

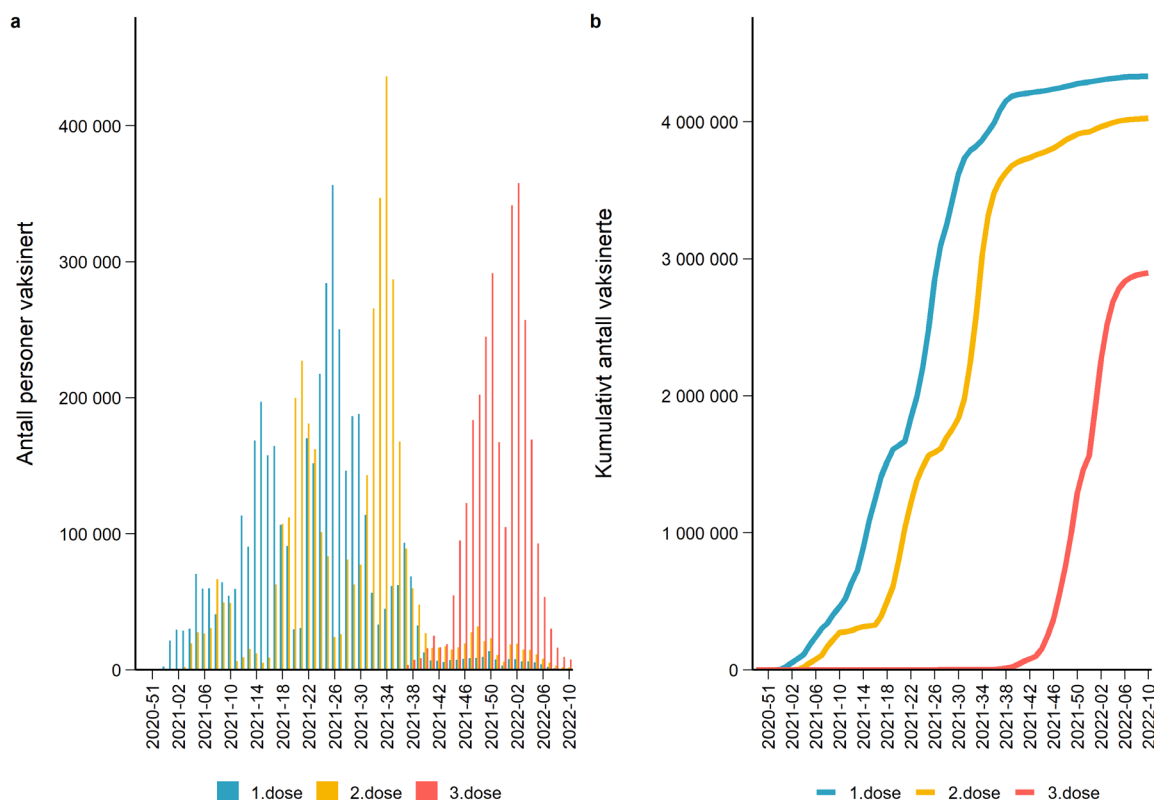
Koronavaksinen Vaxzevria (AstraZeneca) fikk betinget godkjenning 29. januar 2021. Vaksinen er godkjent til bruk fra alder 18 år. Vaksinen gis i to doser med anbefalt intervall på 9-12 uker. Etter meldinger om alvorlige, men sjeldne bivirkninger er det besluttet at vaksinen ikke lenger skal benyttes i Norge. Personer som fikk 1. dose med AstraZeneca vaksine er tilbudt mRNA-vaksine som 2. dose.

Koronavaksinen COVID-19 Vaccine Janssen fikk betinget godkjenning i Norge i midten av mars 2021. Vaksinen er godkjent til bruk fra alder 18 år og vaksinen gis som en dose. På grunn av mulig risiko for alvorlig, men sjeldne bivirkninger har Regjeringen besluttet at Janssen-vaksinen ikke skal brukes i koronavirusvaksinasjonsprogrammet. Vaksinen er ikke lenger tilgjengelig i Norge. En dose Janssen-vaksine gir noe lavere beskyttelse mot infeksjon og koronasykdom enn de som har fått to doser med en mRNA-vaksine. Personer over 18 år vaksinert med en dose Janssen-vaksine anbefales derfor en tilleggsdose mRNA-vaksine minst 8-12 uker etter den første vaksinedosen. De som er vaksinert med en dose Janssen-vaksine og en dose mRNA-vaksine vil så følge vanlig anbefaling/tilbud om oppfriskningsdose som for personer vaksinert med to doser mRNA-vaksine.

Antall personer vaksinert mot covid-19

Data ble trukket ut fra Beredt C19: 06:00 15. mars 2022.

Per 13. mars 2022 er totalt 4 330 692 personer vaksinert med 1. dose og 4 024 121 personer er vaksinert med 2. dose i henhold til anbefalt vaksinasjonsregime. 2 898 200 personer har blitt vaksinert med 3. dose. I uke 10 fikk totalt 825 1. dose og totalt 1 710 personer fikk 2. dose med koronavaksinen. 7 553 personer fikk 3. dose (Figur 50).



Figur 50. Antall personer vaksinert med 1. dose, 2. dose og 3. dose etter anbefalt vaksinasjonsregime med koronavaksinen per uke, 2. desember 2020–13. mars 2022. Figur a viser antall personer vaksinert per uke og figur b viser kumulativt antall vaksinerte personer. Kilde: BeredtC19; Folkeregisteret og SYSVAK.

*Statistikken viser antall vaksinerte personer mot covid-19 registrert i Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. Det kan være noe forsinkelser i registrering av vaksinasjon til SYSVAK. Tallene kan endre seg over tid.

** Totalt antall 3. doser inneholder alle registrerte doser gitt minst 6 uker etter 2. dose og inkluderer både personer med alvorlig svekket immunforsvar som tilbys en 3. dose som en del av grunnvaksinasjonen og oppfriskningsdoser.

Vaksinasjonsdekning etter alder

Data ble trukket ut fra Beredt C19 06:00 15. mars 2022. Data i følgende avsnitt er fremskaffet gjennom å koble SYSVAK med informasjon fra Folkeregisteret, og inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (per 2. mars 2022). Alder er presentert per hele årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt som alder ved årets slutt, dvs. alder per 31. desember 2022. Dette medfører justeringer i forhold til hittil beregnede andel vaksinerte som har vært basert på alder ved vaksinasjonstidspunkt og antall innbyggere i henhold til SSB 1 jan 2021.

Totalt per 13. mars 2022 er 78 % av hele befolkningen, 91 % av alle 16 år og eldre, og 91 % av alle personer 18 år og eldre vaksinert med minst én dose. Tilsvarende tall for 2. dose er 73 % (alle), 88 % (16 år og eldre) og 89 % (18 år og eldre) og for 3. dose 53 % (alle), 64 % (16+) og 66 % (18+).

82 % av personer over 45 år er nå vaksinert med 3. dose, og nå kan alle som ønsker få dose 3. I aldersgruppen 18-24 år er 39 % vaksinert med 3. dose og i aldersgruppen 35-44 år er 52 % vaksinert med 3. dose. Antall vaksinerte under 18 år har frem til januar omfattet generell vaksinering av 16-17 åringer med 8-12 ukers intervall og vaksinasjon av barn 12-15 år med én dose. Fra januar av er det åpnet opp for andre dose til 12 til 15-åringene og barn 5 til 11 år kan også få vaksine hvis foresatte ønsker det. Per 13. mars 2022 var totalt 83 % av 16-17 åringer og 54 % av 12-15 åringer vaksinert med én dose, og 43 % av 16-17 åringer vaksinert med 2. dose (Tabell 23).

Tabell 23. Antall og andel personer vaksinert med koronavaksine i ulike aldersgrupper på landsbasis 2. desember 2020 – 13. mars 2022. Kilde: BeredtC19: Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder	Antall innbyggere	1. dose (%)	2. dose (%)	3. dose* (%)
5-11 ¹	430 298	5 396 (1,0 %)	191 (0,0 %)	- (- %)
12-15 ²	264 403	144 028 (54,0 %)	12 859 (5,0 %)	95 (0,0 %)
16-17	128 763	107 384 (83,0 %)	54 931 (43,0 %)	241 (0,2 %)
18-24	456 325	413 830 (91,0 %)	385 390 (84,0 %)	176 012 (38,6 %)
25-34	749 788	651 180 (87,0 %)	619 522 (83,0 %)	328 058 (43,8 %)
35-44	720 055	626 013 (87,0 %)	603 580 (84,0 %)	374 332 (52,0 %)
45-54	737 157	674 065 (91,0 %)	661 351 (90,0 %)	522 582 (70,9 %)
55-64	671 664	631 140 (94,0 %)	624 381 (93,0 %)	545 797 (81,3 %)
65-74	548 383	526 284 (96,0 %)	523 505 (95,0 %)	488 545 (89,1 %)
75-84	359 161	347 844 (97,0 %)	346 387 (96,0 %)	327 380 (91,2 %)
85+	134 520	128 217 (95,0 %)	127 287 (95,0 %)	117 292 (87,2 %)
Totalt, 16+	4 505 816	4 105 957 (91,0 %)	3 946 334 (88,0 %)	2 880 239 (63,9 %)
Totalt, 18+	4 377 053	3 998 573 (91,0 %)	3 891 403 (89,0 %)	2 879 998 (65,8 %)
Totalt, 45+	2 450 885	2 307 550 (94,0 %)	2 282 911 (93,0 %)	2 001 596 (81,7 %)
Totalt, 65+	1 042 064	1 002 345 (96,0 %)	997 179 (96,0 %)	933 217 (89,5 %)
Totalt, alle	5 432 284	4 255 388 (78,0 %)	3 959 385 (73,0 %)	2 880 335 (53,0 %)

¹ I gruppen 5-11 år har frem til 14. januar 2022 kun utvalgte medisinske risikogrupper fått tilbud om vaksine. Fra 14. januar 2022 har alle tilbud, og vaksinen vil bli tilgjengelig i slutten av januar. ² 12-15 åringer har frem til 14. januar 2022 ikke blitt anbefalt 2 doser med mindre de tilhører en medisinsk risikogruppe og anbefales bare i helt spesielle situasjoner 3 doser. Fra 14. januar 2022 er det åpnet for at disse kan få to doser som et tilbud, ikke en anbefaling.

*Totalt antall 3.doser inneholder alle registrerte doser gitt minst 6 uker etter 2.dose og inkluderer både personer med alvorlig svekket immunforsvar som tilbys en 3. dose som en del av grunnvaksinasjonen og oppfriskningsdoser til personer over 18 år.

**I tillegg er det registrert totalt 7 personer med 1. dose under 5 år. Dette kan være feilregistreringer. Ingen av koronavaksinene er godkjent for barn under 5 år.

Vaksinasjonsdekning etter fylke

Data ble trukket ut fra Beredt C19: 06:00 15. mars 2022. Data i følgende avsnitt er fremskaffet gjennom å koble SYSVAK med informasjon fra Folkeregisteret, og inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (per 2. mars 2022). Alder er presentert per årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt som alder ved årets slutt, dvs. alder per 31. desember 2022. Dette medfører justeringer i forhold til hittil beregnede andel vaksinerte som har vært basert på alder ved vaksinasjonstidspunkt og antall innbyggere i henhold til SSB 1 jan 2021.

Vaksinasjonen startet i Oslo i uke 52 (2020), i Viken og Innlandet i uke 53, og i resten av landets fylker i uke 1 (2021) (Tabell 24).

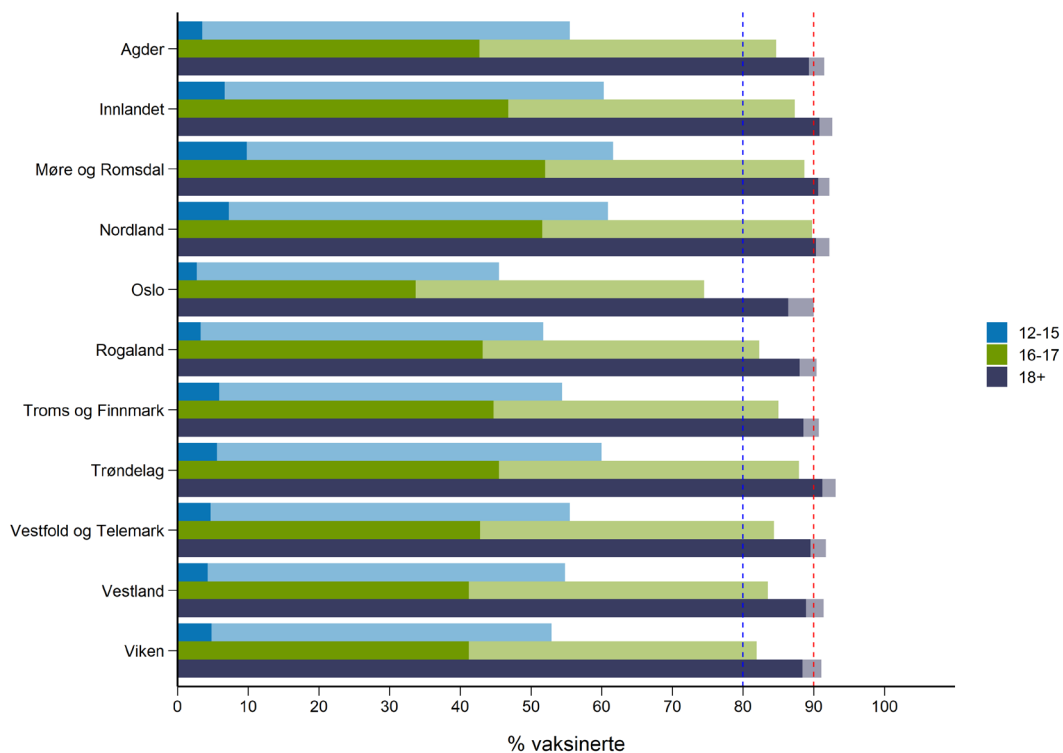
Tabell 24. Antall og andel personer over 16 år vaksinert med koronavaksine per fylke 2. desember 2020–13. mars 2022. Kilde: BeredtC19: Folkeregisteret og SYSVAK.

Fylke	Antall innbyggere (over 16 år)	Uke 09-10			Kumulativt fra 2. desember 2020 (% 16 år og eldre)		
		1.dose	2.dose	3.dose	1.dose	2.dose	3.dose*
Agder	255 703	30	168	695	233 332 (91 %)	224 599 (88 %)	164 026 (64 %)
Innlandet	315 518	46	156	831	291 804 (92 %)	282 763 (90 %)	214 961 (68 %)
Møre og Romsdal	220 733	51	174	1 329	203 264 (92 %)	197 389 (89 %)	151 237 (68 %)
Nordland	202 027	49	152	968	186 230 (92 %)	180 344 (89 %)	131 227 (65 %)
Oslo	588 251	233	714	2 820	527 125 (90 %)	500 971 (85 %)	340 912 (58 %)
Rogaland	392 414	110	267	1 349	353 601 (90 %)	339 745 (87 %)	245 282 (62 %)
Troms og Finnmark	203 589	42	112	857	184 430 (91 %)	177 644 (87 %)	123 621 (61 %)
Trøndelag	395 038	72	226	1 860	367 088 (93 %)	355 374 (90 %)	262 936 (67 %)
Vestfold og Telemark	356 105	70	219	1 110	325 722 (91 %)	313 940 (88 %)	233 817 (66 %)
Vestland	529 146	102	304	1 597	482 610 (91 %)	462 846 (87 %)	342 092 (65 %)
Viken	1 046 186	266	708	3 405	949 921 (91 %)	910 016 (87 %)	669 772 (64 %)
Ukjent fylke	1 106	-	3	2	830 (75 %)	703 (64 %)	356 (32 %)
Totalt, 16+	4 505 816	-	3 203	16 823	4 105 957 (91 %)	3 946 334 (88 %)	2 880 239 (64 %)

*Totalt antall 3.doser inneholder alle registrerte doser gitt minst 6 uker etter 2.dose og inkluderer både personer med alvorlig svekket immunforsvar som tilbys en 3. dose som en del av grunnvaksinasjonen og oppfriskningsdoser til personer over 18 år. Koronavaksinene er foreløpig ikke godkjent som oppfriskningsdoser til barn og ungdom under 18 år.

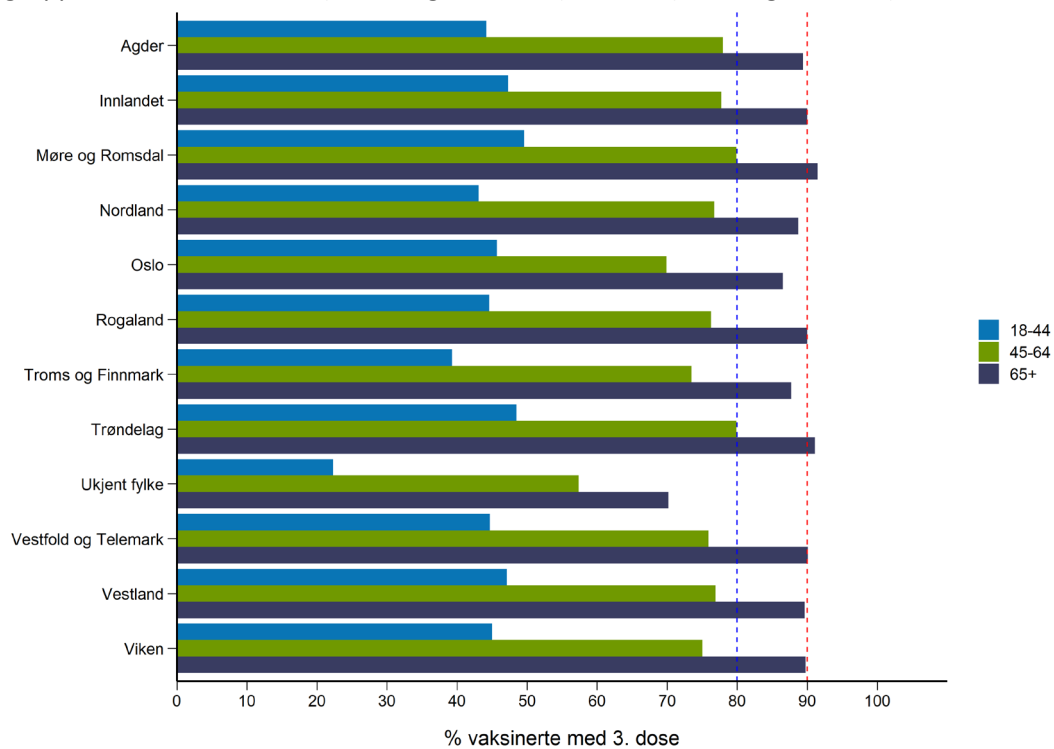
**Det kan være noe forsinkelser i registrering av vaksinasjon til SYSVAK. Tallene kan endre seg over tid. Data om fylker og kommuner baserer seg på folkeregistrert adresse til den vaksinerte og sammenfaller ikke alltid med fylke eller kommune personen bor/oppholder seg i eller får vaksinen i (vaksinasjonssted).

Figur 51 viser andel personer vaksinert med 1. dose og 2. dose fordelt på ulike aldersgrupper og fylker. 1. og 2. dose vises på samme søyle, men med hhv. lys (1. dose) og mørk (2. dose) farge. Andel vaksinerte for aldersgruppene 18 år og eldre er høy for både 1. dose (90-93 %) og 2. dose (86-91 %) i hele landet med små variasjoner mellom fylker. Andel vaksinerte blant 16-17 åringer for 1. dose varierer fra 74 % (Oslo) til 90 % (Nordland). I aldersgruppen 12-15 år varierer andel vaksinerte for 1. dose fra 46 % (Oslo) til 62 % (Møre og Romsdal). Andel vaksinerte for 16-17 åringer for 2. dose varierer fra 34 % (Oslo) til 52 % (Møre og Romsdal).



Figur 51. Andel personer over 12 år vaksinert med en dose (lys farge) eller to doser (mørk farge) av koronavirusvaksine per fylke 2. desember 2020–13. mars 2022. Kilde: BeredtC19; Folkeregisteret og SYSVAK.

Figur 52 viser andel vaksinerte med 3. dose fordelt på ulike aldersgrupper og fylker. Andel vaksinerte i aldersgruppene 65 år og eldre varierer nå fra 86 % (Oslo) til 92 % (Møre og Romsdal). For aldersgruppen 45-64 år varierer andel vaksinert fra 70 % (Oslo) til 80 % (Trøndelag) og i aldersgruppen 18-44 år fra 39 % (Troms og Finnmark) til 50 % (Møre og Romsdal).



Figur 52. Andel personer over 18 år vaksinert med en 3. dose med koronavirusvaksine per fylke 2. desember 2020–13. mars 2022. Kilde: BeredtC19; Folkeregisteret og SYSVAK.

Vaksinasjonsdekning blant personer med moderat og høy risiko for alvorlig forløp av covid-19

Data ble trukket ut fra Beredt C19: 06:00 15. mars 2022. Data i følgende avsnitt er fremskaffet gjennom å koble SYSVAK data om vaksinestatus, informasjon fra Folkeregisteret og inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (per 2. mars 2022). Alder er presentert per årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt som alder ved årets slutt, dvs. alder per 31. desember 2022. Dette medfører justeringer i forhold til hittil beregnede andel vaksinerte som har vært basert på alder ved vaksinasjonstidspunkt og antall innbyggere i henhold til SSB 1 jan 2021. Informasjon om underliggende medisinske risikogrupper er hentet fra Beredt C-19 ved å koble diagnosekoder fra spesialisthelsetjenesten (Norsk pasientregister) og primærhelsetjenesten (KUHR/KPR).

Noen personer har grunnsykdommer eller alvorlige helsetilstander som gjør at de har en [moderat eller høy risiko for alvorlig sykdom](#) uavhengig av alder.

De underliggende tilstandene som medfører økt risiko er delt opp i to grupper hvor **risikogruppe 1** omfatter personer med sykdommer/tilstander som medfører en **høy** risiko for alvorlig forløp av Covid-19, også i ung alder. Dette omfatter organtransplantasjon, immunsvikt, hematologisk kreftsykdom siste fem år, annen aktiv kreftsykdom, pågående eller nylig avsluttet behandling mot kreft (spesielt immundempende behandling, strålebehandling mot lungene eller cellegift), nevrologiske sykdommer eller muskelsykdommer som medfører nedsatt hostekraft eller lungefunksjon (for eks. ALS og cerebral parese). Downs syndrom og kronisk nyresykdom eller betydelig nedsatt nyrefunksjon.

Risikogruppe 2 omfatter personer med sykdommer/tilstander som medfører en **moderat** risiko for alvorlig forløp av Covid-19. Dette omfatter kronisk leversykdom eller betydelig nedsatt leverfunksjon, immundempende behandling som ved autoimmune sykdommer, diabetes, kronisk lungesykdom inkludert cystisk fibrose og alvorlig astma som har medført bruk av høydose-inhalasjonssteroider eller steroidtabletter siste året, fedme med kroppsmasseindeks (KMI) på 35 kg/m² eller høyere, demens, kroniske hjerte- og karsykdommer (med unntak av høyt blodtrykk) og hjerneslag.

For barn og unge er risiko for alvorlig forløp av covid-19 lav selv ved kronisk underliggende sykdom. Ungdom 16-17 år tilbys nå 2 doser med 8-12 ukers intervall. Barn og ungdom 5 til 11 år kan få en eventuelt to doser hvis de eller deres foresatte ønsker, og det er særlig aktuelt for de med kroniske sykdommer, de som bor med sårbare personer og de som av andre grunner har behov for beskyttelse. Barn og ungdom 5 til 15 år som har alvorlige og komplekse nevrologiske sykdommer eller medfødte syndromer, men også andre sykdommer og tilstander med særlig høy risiko bør vaksineres jf. [Norsk barnelegeforenings liste](#).

For personer med **høy risiko for alvorlig forløp** i aldersgruppene mellom 18 og 64 år har totalt 95 % blitt vaksinert med første 1. dose og 94 % er vaksinert med 2. dose. Av personer med **moderat risiko for alvorlig forløp** i samme aldersgruppe har totalt 95 % fått 1. dose og 93 % har fått 2. dose.

Mange personer i risikogrupperne har alvorlig svekket immunforsvar. Disse har siden september fått tilbud om en 3. dose som en del av primærgrunnvaksinasjonen minst 28 dager etter 2. dose. Samtidig har denne gruppen og resterende personer med høy risiko for alvorlig forløp, personer over 45 år og helsepersonell blitt tilbudt en oppfriskningsdose. Det er ikke i denne tabellen mulig å skille ut hvor mange som har fått 3. dose som ledd i primærdel av sin grunnvaksinerings. Blant personer med **høy risiko for alvorlig forløp** er andelen som har fått 3 doser 81 % i aldersgruppen 18-64 år.

Tabell 25. Antall og andel vaksinerte personer i definerte risikogrupper (personer med sykdommer/tilstander med moderat og høy risiko for alvorlig forløp) 2. desember 2020 – 13. mars 2022. Kun personer med fødselsnummer som var bosatt i Norge i desember 2020 inngår. Kilde: BeredtC19: NPR, KUKR/KPR, Folkeregisteret og SYSVAK.

Alder (år)	Risiko for alvorlig forløp	Antall personer med risiko	Personer i definerte risikogrupper		
			1. dose (%)	2. dose (%)	3. dose* (%)
05-11	Høy	2 049	374 (18 %)	37 (2 %)	- (- %)
05-11	Moderat	36 495	877 (2 %)	36 (0 %)	- (- %)
12-15	Høy	1 419	945 (67 %)	305 (21 %)	50 (4 %)
12-15	Moderat	18 512	11 036 (60 %)	1 397 (8 %)	11 (0 %)
16-17	Høy	747	653 (87 %)	454 (61 %)	79 (11 %)
16-17	Moderat	9 808	8 591 (88 %)	4 681 (48 %)	45 (0 %)
18-44	Høy	11 456	10 733 (94 %)	10 478 (91 %)	7 985 (70 %)
18-44	Moderat	143 097	133 388 (93 %)	128 777 (90 %)	83 778 (59 %)
45-54	Høy	10 183	9 712 (95 %)	9 585 (94 %)	8 368 (82 %)
45-54	Moderat	99 217	93 931 (95 %)	92 505 (93 %)	76 915 (78 %)
55-64	Høy	17 862	17 255 (97 %)	17 138 (96 %)	15 610 (87 %)
55-64	Moderat	145 584	139 522 (96 %)	138 162 (95 %)	122 574 (84 %)
65-74	Høy	29 191	28 480 (98 %)	28 350 (97 %)	26 726 (92 %)
65-74	Moderat	178 886	173 245 (97 %)	172 342 (96 %)	160 728 (90 %)
75-84	Høy	29 935	29 351 (98 %)	29 267 (98 %)	27 823 (93 %)
75-84	Moderat	156 550	152 481 (97 %)	151 832 (97 %)	143 294 (92 %)
85+	Høy	9 610	9 361 (97 %)	9 298 (97 %)	8 642 (90 %)
85+	Moderat	68 733	66 020 (96 %)	65 553 (95 %)	60 506 (88 %)
Totalt for aldersgruppen 18-64	Høy	39 501	37 700 (95 %)	37 201 (94 %)	31 963 (81 %)
	Moderat	387 898	366 841 (95 %)	359 444 (93 %)	283 267 (73 %)

*Totalt antall 3. doser inneholder alle registrerte doser gitt minst 6 uker etter 2. dose og inkluderer både personer med alvorlig svekket immunforsvar som tilbys en 3. dose som en del av primærvaksinasjonen og oppfriskningsdoser til personer over 18 år.

** I gruppen 5-11 år har frem til 14. januar 2022 kun utvalgte medisinske risikogrupper fått tilbud om vaksine. Fra 14. januar 2022 har alle tilbud, og vaksinen vil bli tilgjengelig i slutten av januar. ² 12-15 åringer har frem til 14. januar 2022 ikke blitt anbefalt 2 doser med mindre de tilhører en medisinsk risikogruppe og anbefales bare i helt spesielle situasjoner 3 doser. Fra 14. januar 2022 er det åpnet for at disse kan få to doser som et tilbud, ikke en anbefaling.

Vaksinasjonsdekning etter fødeland

Data ble trukket ut fra Beredt C19: 06:00 15. mars 2022. Data i følgende avsnitt er fremskaffet gjennom å koble SYSVAK med informasjon fra Folkeregisteret og inkluderer personer med fødselsnummer og status som bosatt i henhold til siste tilgjengelige versjon av Folkeregisteret (per 2. mars 2022). Alder er presentert per årskull, dvs. alder på vaksinerte er angitt som alder ved årets slutt, dvs. alder per 31 desember 2022. Dette medfører justeringer i forhold til hittil beregnede andel vaksinerte som har vært basert på alder ved vaksinasjonstidspunkt og antall innbyggere i henhold til SSB 1 jan 2021.

For å unngå små tall både med tanke på personvern og relevans av data presenterer vi data for norskfødte og fødelandsgruppene med flere 10 000 innbyggere 18 år og eldre i Norge. Øvrige fødelandsgrupper presenteres samlet. Det er ikke kjent hvor mange som faktisk har fått et tilbud om vaksinasjon i de ulike gruppene og hva som er årsaker til ulikhet i vaksinasjonsdekningen mellom de ulike gruppene. Personer vaksinert i utlandet blir ikke systematisk etter-registrert i SYSVAK. Vaksinasjonsdekningen i de ulike gruppene kan derfor være noe underestimert.

Blant personer 45 år og eldre er andel vaksinert med 2. dose høyest blant innbyggere født i Norge (95), Thailand (94 %), Sverige (93 %), Danmark (93), Vietnam (93 %), Filippinene (92 %) og Storbritannia (92 %), og lavest blant personer født i Litauen (52 %), Romania (51 %), Polen (50 %) og Latvia (50 %).

Blant personer 18-44 år er andel vaksinert med 2. dose høyest blant innbyggere født i Vietnam (91 %), Norge (89), Thailand (89 %), Filippinene (88 %), India (85 %), Kina (84 %), Iran (83 %) og Sverige (82 %), og lavest blant personer født i Litauen (44 %), Latvia (44 %), Romania (42 %) og Polen (40 %). For de over 45 år var andel vaksinerte med 3. dose høyest blant personer født i Norge (85 %) og lavest blant personer født i Litauen (23 %). Demografiske ulikheter i de ulike befolkningsgruppene kan være med på å bidra til store forskjeller, spesielt i dekning for 3. dose. Se Tabell 26 for andel vaksinert etter fødeland.

Tabell 26. Antall og andel personer vaksinert med 1. og 2. dose og som er beskyttet (etter vaksinasjon og/eller infeksjon) blant personer 18 år og eldre fordelt på fødeland. 2. desember 2020 – 13. mars 2022.

Kilde: BeredtC19: Folkeregisteret og SYSVAK.

Fødeland	Alder	Populasjon	Dose 1	Dose 2	Dose 3
			Antall og andel	Antall og andel	Antall og andel
Norge	18-44	1 445 702	1 342 304 (93 %)	1 291 806 (89 %)	742 450 (51 %)
	45+	1 818 600	1 745 981 (96 %)	1 733 109 (95 %)	1 548 799 (85 %)
Polen	18-44	61 429	27 703 (45 %)	24 453 (40 %)	8 290 (14 %)
	45+	38 456	20 602 (54 %)	19 219 (50 %)	11 107 (29 %)
Sverige	18-44	22 219	19 038 (86 %)	18 229 (82 %)	10 255 (46 %)
	45+	23 256	21 746 (94 %)	21 514 (93 %)	18 777 (81 %)
Litauen	18-44	27 577	13 637 (49 %)	12 142 (44 %)	3 264 (12 %)
	45+	11 591	6 409 (55 %)	5 972 (52 %)	2 646 (23 %)
Tyskland	18-44	12 557	9 302 (74 %)	8 837 (70 %)	5 363 (43 %)
	45+	15 142	13 019 (86 %)	12 838 (85 %)	11 051 (73 %)
Syria	18-44	20 020	15 857 (79 %)	13 465 (67 %)	3 341 (17 %)
	45+	5 486	4 840 (88 %)	4 442 (81 %)	1 972 (36 %)
Somalia	18-44	17 535	12 571 (72 %)	9 705 (55 %)	1 822 (10 %)
	45+	7 614	6 146 (81 %)	5 370 (71 %)	2 020 (26 %)
Filippinene	18-44	14 993	13 816 (92 %)	13 259 (88 %)	7 533 (50 %)
	45+	7 928	7 421 (94 %)	7 329 (92 %)	5 961 (75 %)
Danmark	18-44	7 579	6 031 (80 %)	5 752 (76 %)	3 299 (44 %)
	45+	15 051	14 112 (94 %)	13 955 (93 %)	12 410 (82 %)
Irak	18-44	12 206	9 896 (81 %)	8 507 (70 %)	2 837 (23 %)
	45+	9 652	8 421 (87 %)	7 794 (81 %)	4 190 (43 %)
Thailand	18-44	11 896	11 000 (92 %)	10 616 (89 %)	6 141 (52 %)
	45+	9 498	8 991 (95 %)	8 892 (94 %)	7 191 (76 %)
Pakistan	18-44	10 021	8 745 (87 %)	7 773 (78 %)	2 702 (27 %)
	45+	11 192	10 425 (93 %)	9 855 (88 %)	5 718 (51 %)
Eritrea	18-44	15 743	11 627 (74 %)	9 507 (60 %)	1 876 (12 %)
	45+	4 445	4 032 (91 %)	3 701 (83 %)	1 679 (38 %)
Storbritannia	18-44	7 780	6 350 (82 %)	6 148 (79 %)	3 391 (44 %)
	45+	11 814	10 911 (92 %)	10 817 (92 %)	9 394 (80 %)
Iran	18-44	9 403	8 416 (90 %)	7 838 (83 %)	3 905 (42 %)
	45+	9 180	8 422 (92 %)	8 220 (90 %)	6 180 (67 %)
USA	18-44	7 555	6 207 (82 %)	5 903 (78 %)	3 228 (43 %)
	45+	10 308	9 382 (91 %)	9 279 (90 %)	8 028 (78 %)
Russland	18-44	9 681	6 319 (65 %)	5 657 (58 %)	2 220 (23 %)
	45+	7 982	5 629 (71 %)	5 229 (66 %)	3 101 (39 %)
Afghanistan	18-44	13 185	11 364 (86 %)	9 758 (74 %)	2 970 (22 %)
	45+	3 520	3 321 (94 %)	3 153 (90 %)	1 810 (51 %)
Romania	18-44	10 545	4 972 (47 %)	4 469 (42 %)	1 667 (16 %)
	45+	4 819	2 691 (56 %)	2 481 (51 %)	1 412 (29 %)
India	18-44	10 101	8 974 (89 %)	8 615 (85 %)	4 392 (44 %)
	45+	4 842	4 539 (94 %)	4 420 (91 %)	3 292 (68 %)
Vietnam	18-44	4 946	4 647 (94 %)	4 507 (91 %)	2 617 (53 %)
	45+	9 254	8 721 (94 %)	8 621 (93 %)	7 215 (78 %)
Tyrkia	18-44	6 391	5 374 (84 %)	4 828 (76 %)	1 856 (29 %)
	45+	6 367	5 510 (87 %)	5 215 (82 %)	3 327 (52 %)
Bosnia-Hercegovina	18-44	5 144	4 215 (82 %)	3 944 (77 %)	1 721 (34 %)
	45+	6 650	5 812 (87 %)	5 681 (85 %)	4 184 (63 %)
Kina	18-44	7 404	6 445 (87 %)	6 193 (84 %)	3 680 (50 %)
	45+	3 947	3 429 (87 %)	3 353 (85 %)	2 616 (66 %)
Latvia	18-44	7 495	3 587 (48 %)	3 264 (44 %)	1 047 (14 %)
	45+	3 398	1 830 (54 %)	1 713 (50 %)	858 (25 %)
Øvrige land	18-44	142 641	108 678 (76 %)	99 504 (70 %)	44 107 (31 %)
	45+	103 515	87 692 (85 %)	84 653 (82 %)	60 072 (58 %)
Totalt,18+		4 377 053	3 998 573 (91 %)	3 891 403 (89 %)	2 879 998 (66 %)
Alle utenlandsfødte,18+		820 953	628 824 (77 %)	586 589 (71 %)	329 735 (40 %)

*Opplysninger om fødeland var ikke tilgjengelig for 291798 personer.

Antall personer vaksinert og vaksinasjonsdekning blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten

Data ble trukket ut fra Beredt C19: 09:00 15. mars 2022. Data om vaksinasjonsdekning blant helsepersonell er fremskaffet gjennom å koble SYSVAK og Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) i Beredt C19.

Helsepersonell som over tid har kontakt med pasienter med særlig høy risiko for å bli alvorlig syke får også tilbud om en oppfriskningsdose for å bedre helsepersonellens beskyttelse mot å bli smittet med koronaviruset og dermed også redusere risikoen for smitte til deres sårbare pasienter. Prioriterte helsepersonell tilbys en oppfriskningsdose med Comirnaty eller Moderna dersom det har gått 6 måneder siden 2. dose koronavirusvaksine så lenge de ikke har gjennomgått sykdommen tre uker etter andre dosen.

Totalt har 94 % av de som arbeider pasientnært i den norske helse- og omsorgstjenesten fått to vaksinedoser. Andelen som er vaksinert med to doser er 93 % i primærhelsetjenesten og 96 % i spesialisthelsetjenesten (Tabell 27 og Tabell 28). Vaksinasjonsdekningen varierer noe mellom yrkesgrupper og type helsetjenester. Den laveste dekningen for fullført vaksinerings med to doser finner vi blant pleiemedarbeidere (91 %) og renholdere (89 %) i primærhelsetjenesten. Totalt har 179 963 (70 %) og 97 433 (81 %) blitt vaksinert med tre doser i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten.

En begrensning med datakilden er at selvstendig næringsdrivende ikke er registrert og vi fanger dermed ikke opp en del fastleger, privatpraktiserende legespesialister, tannleger og psykologer med flere med mindre de har andre stillinger med arbeidsgiver. Helsepersonell som har blitt vaksinerte i utland er heller ikke inkluderte om de ikke er registrert i etterkant i Norge. Dette kan være et betydelig antall i enkelte deler av landet.

Tabell 27. Antall og andel ansatte i primærhelsetjenesten med pasientnært arbeid som er vaksinert med koronavirusvaksinen per 13. mars 2022 fordelt på yrkesgrupper. Kilde: Beredt C19: AA-registeret og SYSVAK

Yrke	Antall	2.dose (%)	3.dose (%)
Lege	5 333	5 182 (97 %)	4 470 (84 %)
Spesialsykepleier	9 080	8 837 (97 %)	7 827 (86 %)
Jordmødre	611	589 (96 %)	520 (85 %)
Sykepleiere	30 696	28 695 (93 %)	22 997 (75 %)
Vernepleiere	12 103	11 379 (94 %)	8 988 (74 %)
Tannleger	2 809	2 699 (96 %)	2 244 (80 %)
Fysioterapeuter	3 133	3 041 (97 %)	2 619 (84 %)
Ergoterapeuter	1 689	1 647 (98 %)	1 404 (83 %)
Psykologer	324	315 (97 %)	259 (80 %)
Bioingeniører	295	279 (95 %)	200 (68 %)
Helsesekretærer	4 574	4 359 (95 %)	3 686 (81 %)
Helsefagarbeidere	79 990	73 981 (92 %)	58 067 (73 %)
Pleiemedarbeidere	96 982	88 067 (91 %)	60 887 (63 %)
Renholdere	3 502	3 118 (89 %)	2 120 (61 %)
Ledere	3 166	3 090 (98 %)	2 749 (87 %)
Andre helsearbeidere	1 136	1 062 (93 %)	827 (73 %)
Total	255 543	236 457 (93 %)	179 963 (70 %)

Tabell 28. Antall og andel ansatte i spesialisthelsetjenesten med pasientnært arbeid som er vaksinert med koronavirusvaksinen per 13. mars 2022 fordelt på yrkesgrupper. Kilde: Beredt C19: AA-registeret og SYSVAK.

Yrke	Antall	2.dose (%)	3.dose (%)
Lege	16 962	16 600 (98 %)	14 600 (86 %)
Spesialsykepleier	17 690	17 264 (98 %)	15 554 (88 %)
Jordmødre	1 970	1 890 (96 %)	1 612 (82 %)
Sykepleiere	26 760	25 744 (96 %)	21 252 (79 %)
Vernepleiere	2 324	2 222 (96 %)	1 839 (79 %)
Fysioterapeuter	2 091	2 053 (98 %)	1 785 (85 %)
Ergoterapeuter	730	720 (99 %)	630 (86 %)
Psykologer	4 504	4 408 (98 %)	3 666 (81 %)
Radiografer mv	2 886	2 820 (98 %)	2 437 (84 %)
Bioingeniører	5 038	4 845 (96 %)	4 089 (81 %)
Helsesekretærer	4 263	4 037 (95 %)	3 283 (77 %)
Ambulansepersonell	4 977	4 844 (97 %)	4 151 (83 %)
Helsefagarbeidere	8 519	8 016 (94 %)	6 485 (76 %)
Pleiemedarbeidere	10 051	9 469 (94 %)	6 934 (69 %)
Renholdere	4 562	4 194 (92 %)	3 198 (70 %)
Ledere	5 506	5 464 (99 %)	5 025 (91 %)
Andre helsearbeidere	982	952 (97 %)	835 (85 %)
Total	119 882	115 608 (96 %)	97 433 (81 %)

Tabellen viser antall helsearbeidere som har fått oppfriskningsdose minst 6 uker etter vaksinasjon med 2. dose.

Definisjoner av vaksinasjonsstatus- delvis vaksinerte og grunnvaksinerte individer

De som blir regnet som **delvis vaksinert** er:

- De som har fått første vaksinedose. Status som delvis vaksinert gjelder fra 3 uker etter vaksinedosen.
- De som har fått andre vaksinedose og det enda ikke har gått 1 uke etter andre vaksinedose regnes som delvis vaksinert i denne perioden.

De som blir regnet som **grunnvaksinert** er:

- De som har fått andre vaksinedose. Status som grunnvaksinert gjelder fra 1 uke etter andre gyldige vaksinedose.
- De som har fått vaksine med én-dose-vaksine med virkning fra 3 uker etter vaksinasjonen.
- Personer som har dokumentert en immunologisk hendelse tilsvarende en vaksinedose i kombinasjon med 1 vaksine dose. De som har fått en dose vaksine før eller etter gjennomgått sykdom nærmere bestemt:
 - De som har fått første dose vaksine og deretter minst 3 uker senere fått påvist covid-19-infeksjon. Status som grunnvaksinert er her satt til 10 dager etter påvist infeksjon.
 - De som har gjennomgått sykdom og minst 3 uker senere har fått en dose vaksine. Status som grunnvaksinert gjelder fra 1 uke etter vaksinedosen.
 - De som ved godkjent laboratoriemetode har fått påvist antistoffer mot SARS-CoV-2 (med antistoffserologi ved mikrobiologisk laboratorium) og deretter har fått en dose vaksine tidligst samme dag som prøvedato. Status som grunnvaksinert gjelder fra 1 uke etter vaksinedosen.

Se også nettsiden [Råd og regler for deg som er vaksinert eller har gjennomgått covid-19](#).

Matematisk modellering av covid-19 i Norge

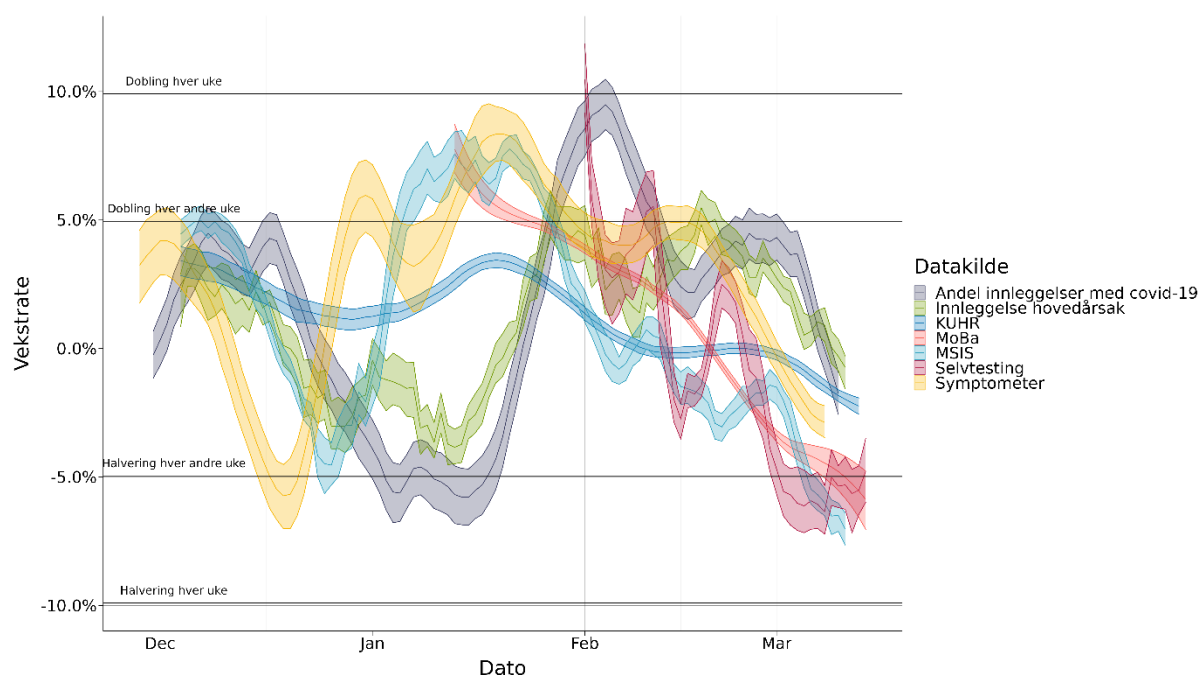
Trendanalyse fra flere datakilder

På grunn av store endringer i testanbefalinger og dermed hvem og hvor mange som meldes til MSIS presenter vi her trend-beregninger fra en rekke kilder til overvåknings data. Sett i sammenheng kan dette gi en pekepinn på trenden av nye smittede. Disse kildene inkluderer:

- **MSIS** – En trend beregnet fra antall bekreftet positive tilfeller. Her forventer vi at endringene i testkriterier de siste ukene vil føre til at vi ser en lavere trend enn for antall smittede
- **NoPaR: Innleggelser med covid-19 som hovedårsak** - Vi berregner en trend fra daglig antall innleggelser med covid-19 som hovedårsak. Det tar normalt lengre tid fra smitte til innleggelse enn til testing slik at endringer i trend vil ta lengre tid å fange opp med denne indikatoren. Den store forskjellen i alvorlighet mellom delta og omikron gjør også denne indikatoren mer vanskelig å tolke i overgangsfasen mellom de to variantene
- **Symptometer** – Fra symptometerundersøkelsen beregner vi andelen av dem som svarer som har symptomer og tester positivt på covid-19. Dette gir et mål på prevalensen av smitte i samfunnet. Etter en omregning til insidens kan dette også gi et estimat av en trend for nye smittede
- **sKUHR** – Vi bruker utviklingen av antall konsultasjoner med bekreftet covid-19 (R992) hos fastlege og legevakt og korrigerer for lavere antall konsultasjoner rapportert i de siste 14 dagene. Dette omregnes for å gi et mål på insidensen av smitte som vi kan bruke til å beregne en trend
- **MoBa** – Deltagerene i MoBa får tilsendt mobilskjema hver annen uke, med bl.a. spørsmål om de har vært "syk med luftveissymptomer/feber siste 14dg", hvor mange dager siden symptomene startet, om de har testet seg og i såfall om de har testet positivt (PCR eller hjemmetest). Det sendes en purring i løpet av 14-dagersperioden. Dette gjør det mulig å beregne en omtrentlig insidens for positiv test fra dag til dag, som så brukes til å estimere en trend i smitte. Typisk antall respondenter er ca. 60-75.000 hver runde, hvor mange deltakere svarer i de aller fleste rundene. Tekniske problemer med utsendelse har gitt en åpning i data rundt årsskiftet 2021-22.
- **NPR og NoPaR: Andel innleggelser med covid-19** – Vi bruker andelen av alle akutte innleggelser som har covid-19, men ikke som hovedårsak som et mål på prevalens av smitte i samfunnet siden mange som blir innlagt screenes. Dette regnes så om til en insidens og brukes for å beregne en trend.
- **Selvtester** – Vi beregner trenden i antall positive selvtester som har blitt rapportert til kommunene og sammenstilt av Helsedirektoratet. Trenden for selvtestene vil bli påvirket av endringer i hvor mange som rapporterer positive tester.

I Figur 53 viser vi trendberegninger for alle disse datakildene samlet. Her vises et 14-dagers gjennomsnitt av vekstraten. Det er viktig at dette tolkes med varsomhet siden alle datakildene har svakheter og styrker. Vekstraten forteller oss hvor mye antall nye smittede øker per dag i gjennomsnitt. Figuren indikerer også hvilken doblingstid eller halveringstid dette korresponderer til. Når vekstraten er positive vokser epidemien og når den er negativ synker epidemien. Toppen på smittekurven vil derfor være når vekstraten er 0. De ulike kildene har også ulik forsinkelse fra smitte til når de blir inkludert i de ulike datakildene. Analysene er preliminære og vil bli oppdatert.

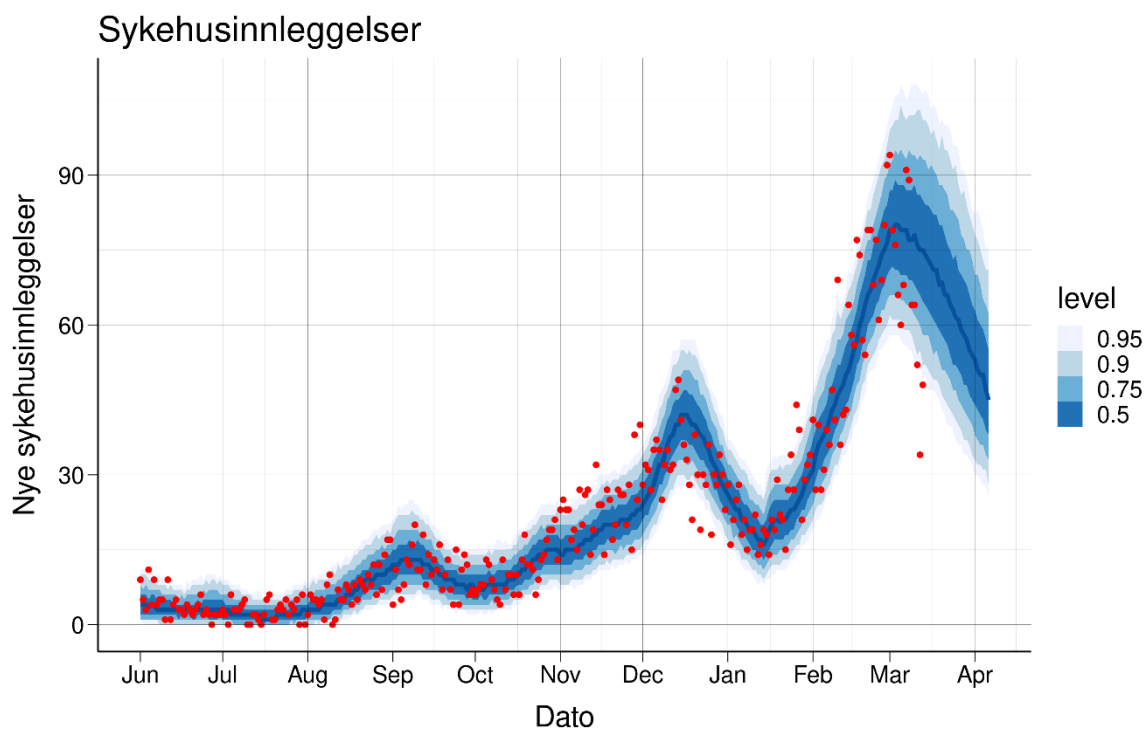
Trendanalysen indikerer samlet at det nå er en synkende smitte-trend for Covid-19. Det er fortsatt usikkerhet i flere av datakildene og derfor også usikkerhet i den totale trenden. Alle data-kildene gir nå en synkende trend. MoBa data sammen med data fra MSIS og selvtesting, viser en rask nedgang i smitte. Data fra symptomer og for innleggelses viser også en nedgang, men en mindre bratt kurve. Alle datakildene har usikkerhet og det er ulikheter i hvor lang tid det går fra smitte til man ville blitt oppdaget i disse overvåkningsystemene. Dette gjør det mer vanskelig å sammenligne datakildene direkte. Estimaten er nasjonale, og det kan være ulike trender i ulike geografiske regioner.



Figur 53. Estimert vekstrate for nye smittede fra ulike datakilder. En positiv vekstrate indikerer en voksende epidemi og en negativ vekstrate en synkende epidemi. Alle datakildene har styrker og svakheter og må tolkes med varsomhet 20. november 2021– 15. mars 2022. Kilde: BeredtC19; NoPaR og NPR, MSIS, sKHUR, Symptometer, MoBa, Folkehelseinstituttet og selvtester fra kommunene via Helsedirektoratet.

Folkehelseinstituttet bruker matematiske modeller og statistiske analyser av covid-19 data for å beskrive og forstå utbruddet i Norge. Modellene kan også brukes for framskrivinger av hvordan epidemien vil utvikle seg fram over i tid. Modellene baserer seg på mange antagelser og har flere kilder til usikkerhet. Modellene kalibreres til nye sykehusinnleggelses og nye positive tilfeller og gjør framskrivinger basert på en antagelse om at det estimerte reproduksjonstallet ikke endrer seg. Detaljer og rapporter kan sees på <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/koronavirus-modellering/>

Det er for øyeblikket vanskelig å estimere nøyaktig hvordan epidemien utvikler seg siden vi må basere oss kun på antall innleggelses i modellene. Endringspunktmodellen estimerer at $R=1,04$ (95% CI 1,0 - 1,1) i gjennomsnitt fra 1. februar. Siden veldig mange nå blir smittet og dermed immune for en periode etterpå, vil dette i seg selv bremse epidemien. Det effektive R-tallet har derfor i denne perioden sunket fra ca 1.2 i begynnelsen av februar til ca 0.9 nå. Et reproduksjonstall under 1 indikerer at vi har nådd en smittetopp og at trenden nå sannsynligvis er synkende. Vi presenterer framskrivinger basert på endringspunktmodellen for nye innleggelses i Figur 54. Denne modellen kan gi et innblikk i trenden framover, men mye er fortsatt usikkert. Trenden er synekden og om 3 uker forventer modellen mellom **30 og 70** innleggelses per dag.



Tabell 29. Gjennomsnittlige effektivt reproduksjonstall fra den regionale SMC- modellen fra 23. februar til 26. februar. Trenden i antall tilfeller er økende hvis sannsynligheten for at R er større enn 1 er minst 95 % sannsynlig økende hvis denne sannsynligheten er mellom 80 % og 95 % usikker hvis sannsynligheten er mellom 20 % og 80 % sannsynlig synkende hvis sannsynligheten er mellom 5 % og 20 % og synkende hvis under 5 %. Kilde: Folkehelseinstituttet

Fylke	Reproduksjonstall (95% CI)	Trend i antall tilfeller
Oslo	0,7 (0,4 – 1,2)	Sannsynlig synkende
Rogaland	0,7 (0,4 – 1,2)	Sannsynlig synkende
Møre og Romsdal	1,1 (0,7 – 1,9)	Usikker
Nordland	1,2 (0,8 – 2,0)	Usikker
Viken	0,7 (0,4 – 1,2)	Sannsynlig synkende
Innlandet	0,7 (0,4 – 1,2)	Sannsynlig synkende
Vestfold og Telemark	1,1 (0,7 – 1,8)	Usikker
Agder	0,9 (0,5 – 1,5)	Usikker
Vestland	1,1 (0,6 – 1,8)	Usikker
Trøndelag	0,9 (0,6 – 1,5)	Usikker
Troms og Finnmark	1,0 (0,6 – 1,6)	Usikker

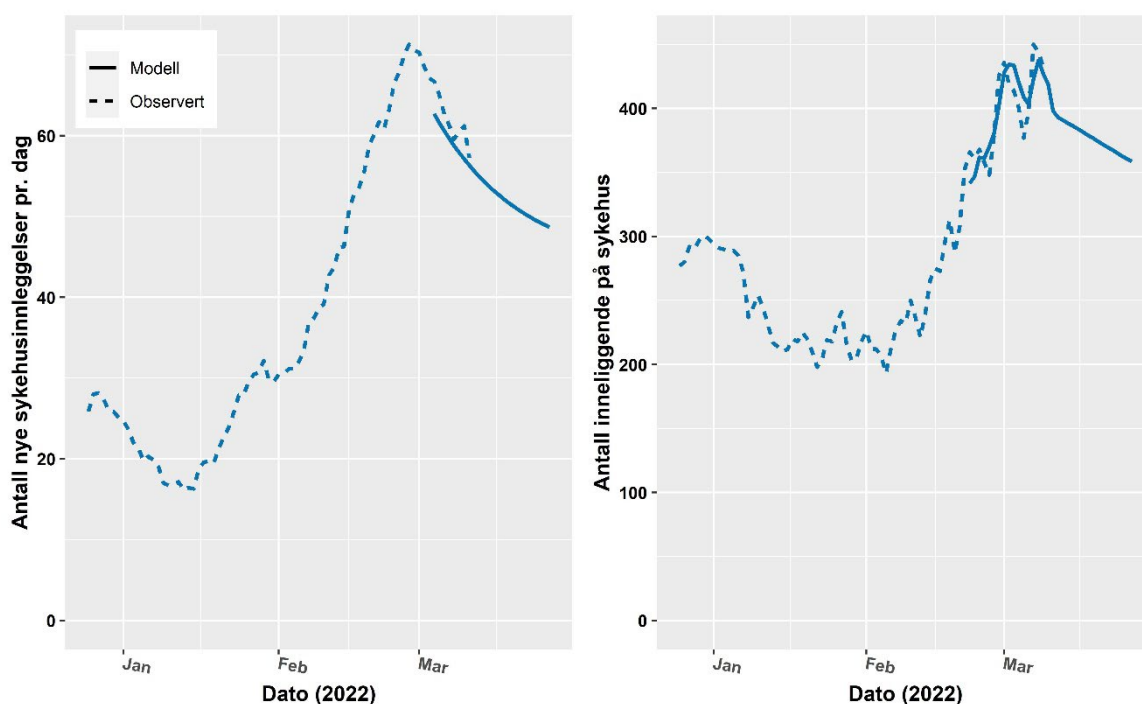
Vi presenterer regionale reproduksjonstall i Tabell 1 fra den regionale SMC-modellen. Det er stor usikkerhet i estimatene for alle fylkene, men vi finner at trenden sannsynlig synkende i Oslo, Rogaland, Viken og Innlandet. I resten av fylkene er flat eller usikker

GAM-baserte modellframskrivninger av sykehusinnleggelser med covid-19 som hovedårsak

I tillegg til ovenstående modellkjøringer er det også gjort analyser med en modell basert på flere nivåer av *Generalized Additive Models* kombinert med *Event History Analyses*. Denne modellen tilpasses direkte til data fra BeredtC19. Tidligere har modellen tatt utgangspunkt i trend i antall meldte tilfeller av covid-19 siste tre ukene, under forutsetning av at denne trenden holder seg relativt stabil, og brukt dette til å framskrive innleggelser. I øyeblikket gjør de mange endringene i teststrategi at denne framgangsmåten er vanskelig å benytte. Det brukes derfor nå en enklere modell basert direkte på trend i antall sykehusinnleggelser med covid-19 som hovedårsak de siste tre ukene. Modellen legger mest vekt på nyeste data, men vil ha begrenset mulighet til å forutse betydelige endringer i smittetrend. Sannsynlighet for innleggelse avhenger i modellen av kjønn, alder, vaksinestatus og risikogruppe for alvorlig forløp av covid-19. Modellen tar ikke hensyn til planlagt vaksinerings i ukene som kommer. Data er ekstrahert fra Beredt C19 15. mars 2022, og benytter data t.o.m. 11. mars 2022.

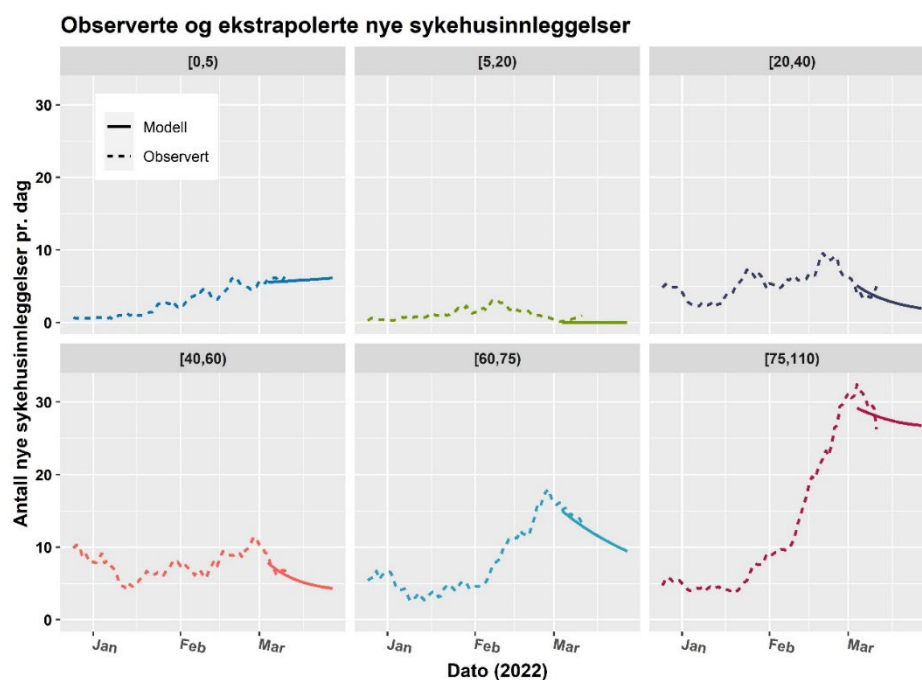
Siste 1-2 uker har det vært en markert avflating og begynnende fall i innleggelser. Dette har nå også begynt å skje i den eldste aldersgruppen, som for en uke siden viste fortsatt vekst. Antall daglige nye innleggelser nådde en topp på ca. 70 rundt 1. mars, og har nå falt til under 60. Antall inneliggende pasienter har stabilisert seg mellom 400 og 450, og forventes å falle langsomt i kommende uker.

Figur 55 viser modellekstrapolasjoner fram til 27. mars 2022 totalt.



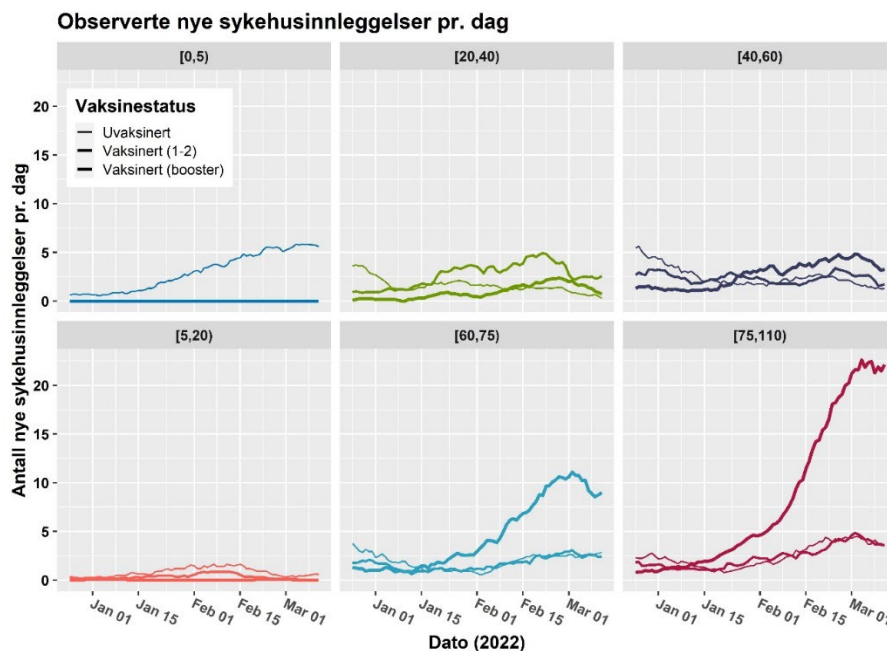
Figur 55. Venstre panel viser observert og modellestimert totalt antall nye innleggelser med covid-19 som hovedårsak pr. dag, ekstrapolert fram t.o.m. 27. mars 2022. Høyre panel viser tilsvarende for antall inneliggende pasienter. Merk at observerte registerdata fra de siste dagene vil ofte endres ved nye oppdateringer. Observerte data er 7 dagers glidende gjennomsnitt. Kilde: BeredtC19/Folkehelseinstituttet.

Figur 56 viser tilsvarende modellekstrapolerte nye sykehusinnleggelser pr. dag i aldersgrupper, sammen med faktiske registrerte verdier.



Figur 56. Modellestimert (heltrukne linjer) og observert (stiplede linjer) antall innleggelser i aldersgrupper, med ekstrapolasjon frem t.o.m. 27. mars 2022. Merk at observerte registerdata fra de siste dagene vil ofte endres ved nye oppdateringer. Observerte data er 7 dagers glidende gjennomsnitt. Kilde: BeredtC19/Folkehelseinstituttet.

Figur 57 viser observert (registrert) antall nye sykehusinnleggelser pr. dag, inndelt etter alder og vaksinasjonsstatus.



Figur 57. Observert antall innleggelser, inndelt etter alder og vaksinasjonsstatus. Observerte verdier er 7 dagers glidende gjennomsnitt. "Vaksinert" er her delt etter 1-2 doser, eller 2 doser plus boosterdose. Merk at figuren er det faktiske antallet innleggelser. Det tas altså ikke hensyn til at de tre gruppene har veldig ulik størrelse. Kilde: BeredtC19/Folkehelseinstituttet.

I likhet med øvrige modeller er det alltid betydelig usikkerhet knyttet til framskrivningene.

Covid-19-situasjonen globalt

Data om den internasjonale situasjonen er hentet fra WHO 15 mars 2022, kl. 11:30). Det er noe forsinkelse i utrapporteringen av data fra WHO, slik at tallene for uke 10 kan bli oppjustert.

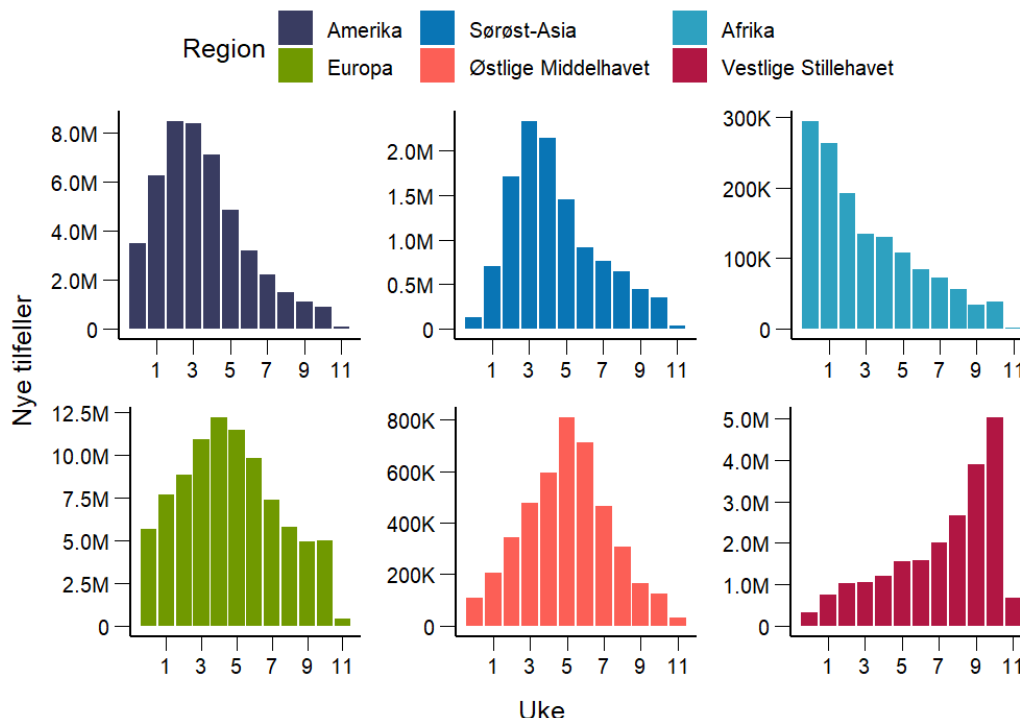
Så langt er det rapportert litt over 457 millioner tilfeller og ca. 6 millioner dødsfall globalt. I uke 10 har antall meldte tilfeller økt med 8 %, mens meldte dødsfall hatt nedgang på 17 % sammenlignet med uke 9 (ca. 11 millioner tilfeller og 43 097 dødsfall i uke 10, Tabell 30).

På regionsnivå er det meldt om økning i antall meldte tilfeller fra Vestlige Stillehavet (22 %) og Afrika (11 %), og nedgang fra Østlige Stillehavet (24 %), Sørøst-Asia (21 %), og Amerika (20 %). De fleste regioner melder om nedgang i antall meldte dødsfall, med unntak av Vestlige Stillehavet som melder om økning på 11 % (Figur 58-Figur 59).

Tabell 30. Antall påviste covid-19 tilfeller og dødsfall fordelt på WHO regioner 31. desember 2019 – 13. mars 2022. Kilde: WHO.

Verdensdel	Totalt		Uke 10	
	Tilfeller	Dødsfall	Tilfeller	Dødsfall
Afrika	8 488 173	170 610	38 053	289
Amerika	148 990 519	2 664 653	887 162	16 093
Europa	188 233 608	1 905 276	4 985 405	14 985
Sørøst-Asia	56 505 772	769 393	348 330	3 397
Vestlige Stillehavet	33 128 505	194 711	5 022 507	6 639
Østlige Middelhavet	21 449 876	338 438	126 257	1 694

745 tilfeller og 13 dødsfall var rapportert fra internasjonal transport.



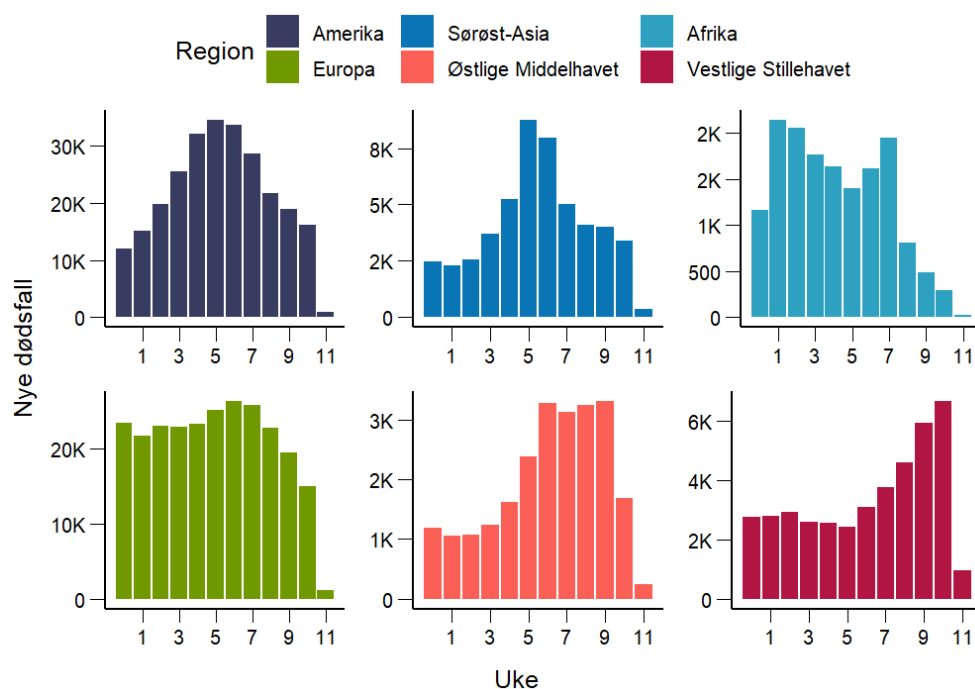
Figur 58. Antall påviste covid-19-tilfeller i verden per uke fordelt på verdensdel 20. desember 2021–13. mars 2022. Kilde: WHO

Tabell 31. Antall påviste covid-19-tilfeller og dødsfall i inntil fem land per WHO region (høyest forekomst basert på en kombinasjon av 7 dagers insidens og høyest andel smittetilfeller i uke 10), 31. desember 2019–13. mars 2022. Kilde: WHO.

Regioner	Land	Totalt					Uke 10		
		Tilfeller	Dødsfall	Tilfeller per 100 000	Dødsfall per million	Letalitet (%)	Tilfeller	Dødsfall	Tilfeller per 100 000 (14-dager) ¹
Afrika	Mauritius	181 362	934	14 282,3	735,5	0,5	11 566	30	1 236,3
	Réunion	310 181	680	34 647,9	759,6	0,2	8 019	14	2 016,8
	Zimbabwe	242 515	5 414	1 631,8	364,3	2,2	3 338	17	44,1
	Sør-Afrika	3 694 504	99 725	6 229,3	1 681,5	2,7	10 360	169	36,3
	Seychellene	39 653	163	40 324,1	1 657,6	0,4	208	0	390,5
Amerika	Chile	3 301 747	43 879	17 271,9	2 295,4	1,3	118 141	830	1 416,8
	Martinique	131 370	904	35 012,1	2 409,3	0,7	13 686	9	4 504,6
	Uruguay	863 365	7 090	24 854,2	2 041,0	0,8	10 912	52	771,7
	Brasil	29 350 134	654 945	13 807,8	3 081,2	2,2	331 315	3 301	341,8
	USA	78 777 620	960 144	23 800,0	2 900,7	1,2	247 936	9 078	178,6
Europa	Nederland	7 168 183	21 707	41 179,8	1 247,0	0,3	475 290	98	4 656,6
	Østerrike	3 183 997	14 568	35 772,6	1 636,7	0,5	281 788	165	5 532,1
	Tyskland	17 233 729	125 590	20 721,3	1 510,1	0,7	1 350 362	1 469	2 956,1
	Danmark	2 950 605	5 175	50 675,5	888,8	0,2	90 711	298	3 643,4
	Sveits	3 058 825	12 766	35 343,8	1 475,1	0,4	128 739	23	3 176,6
Sørøst-Asia	Thailand	3 206 955	23 778	4 581,4	339,7	0,7	158 130	474	450,3
	Indonesia	5 900 124	152 437	2 157,2	557,3	2,6	141 770	1 994	128,4
	Bhutan	18 652	7	2 424,8	9,1	0,0	2 822	0	705,4
	Maldivene	174 658	297	32 299,4	549,2	0,2	2 082	0	929,5
	Myanmar	605 347	19 409	1 112,1	356,6	3,2	6 901	20	35,2
Vestlige Stillehavet	Sør-Korea	6 866 222	10 595	13 406,7	206,9	0,2	2 100 171	1 438	6 954,3
	Vietnam	6 112 648	41 385	6 985,9	473,0	0,7	1 670 627	564	3 067,4
	New Zealand	376 676	102	7 823,3	21,2	0,0	139 110	36	5 720,2
	Brunei	112 093	115	25 781,4	264,5	0,1	24 694	21	12 432,2
	Singapore	939 436	1 145	15 970,4	194,6	0,1	110 072	66	3 962,4
Østlige Middelhavet	Jordan	1 680 179	13 959	16 468,2	1 368,2	0,8	16 449	33	367,5
	Tunisia	1 029 596	28 062	8 712,0	2 374,5	2,7	24 061	124	283,6
	Bahrain	537 395	1 463	31 585,0	859,9	0,3	11 070	4	1 578,1
	Libanon	1 084 600	10 206	15 891,0	1 495,3	0,9	6 872	58	275,6
	Iran	7 123 093	138 949	8 480,3	1 654,2	2,0	35 457	1 084	105,7

* Letalitet (case fatality ratio) = dødsfall/ bekreftede tilfeller.

¹ 14-dagers insidens er basert på uke 9 og 10 samlet.



Figur 59. Antall covid-19-dødsfall i verden per uke fordelt på verdensdel, 20. desember 2021–13. mars 2022. Kilde: WHO.

Globalt er det per 13. mars 2022 administrert ca. 10,7 milliarder vaksiner. Tabell 32 viser en oversikt over landene med lavest vaksinedekning basert på antall kumulativt administrerte vaksinedoser per WHO region, og andel personer som har mottatt minst én vaksinedose rapportert inn til WHO.

Tabell 32. Totalt administrerte vaksinedoser og personer vaksinert med minst 1 vaksinedose i inntil fem land per WHO region (lavest forekomst basert på en kombinasjon av kumulativt antall og andel vaksinerte med minst en vaksinedose), per 13. mars 2022. Kilde:

Regioner	Land	Totale vaksiner administrert		Personer vaksinert med minst 1. dose	
		Kumulativt antall	Kumulativt antall per 100 000	Kumulativt antall ¹	Andel vaksinert (%)
Afrika	Burundi	11 860	98,8	10 071	0,1
	DR Kongo	850 731	945,3	754 459	0,8
	Tsjad	412 309	2 512,9	276 118	1,7
	Sør-Sudan	524 292	4 691,0	475 558	4,3
	Gambia	362 079	14 985,5	330 027	13,7
Amerika	Saint Lucia	116 213	63 286,3	57 622	31,4
	Saint Vincent og Grenadines	67 378	60 707,6	35 207	31,7
	Montserrat	4 089	81 780,0	1 869	37,4
	Grenada	85 891	76 443,0	42 971	38,2
	Sint Eustatius	3 110	99 076,8	1 588	50,6
Europa	Kirgisistan	2 492 189	38 202,0	1 320 378	20,2
	Moldova	2 059 291	51 047,6	1 074 332	26,6
	Bosnia-Hercegovina	1 924 950	58 673,1	943 394	28,8
	Nord-Makedonia	1 823 012	87 504,6	851 356	40,9
	Montenegro	526 852	83 886,0	275 260	43,8
Sørøst-Asia	Myanmar	45 202 278	83 044,7	23 586 822	43,3
	Timor-Leste	1 265 017	96 984,6	679 946	52,1
	Nepal	37 129 004	127 394,2	18 491 302	63,4
	Maldivene	902 028	166 811,7	398 214	73,6
	Bhutan	1 592 652	207 044,8	596 568	77,6
Vestlige Stillehavet	Papua Ny-Guinea	412 501	4 610,3	310 659	3,5
	Solomon Islands	315 423	45 894,1	214 939	31,3
	Vanuatu	197 335	64 462,8	114 284	37,3
	Marshalløyene	51 939	87 776,9	27 833	47,0
	Wallis og Futuna	15 633	139 008,6	6 450	57,4
Østlige Middelhavet	Jemen	784 792	2 629,3	624 837	2,1
	Somalia	1 838 348	11 579,7	1 479 158	9,3
	Afghanistan	5 597 130	14 372,2	4 952 744	12,7
	Syria	3 264 756	18 655,7	2 239 981	12,8
	Djibouti	160 742	16 269,0	140 287	14,2

¹ Kumulativt antall vaksinerte med 1 vaksinedose eller mer

Situasjonen i Norden

Så langt har ca. 6,4 millioner tilfeller og 27 956 dødsfall blitt rapportert fra Norden, hvorav 200 481 tilfeller og 491 dødsfall er rapportert sist uke (Tabell 33).

Tabell 33. Antall påviste covid-19 tilfeller og dødsfall i de nordiske landene. 31. desember 2019–13. mars 2022. Data: innhentet fra WHO, med unntak av Norge (Folkehelseinstituttet og MSIS). Mer informasjon i kapittel [om overvåkningssystemene og datakildene](#).

Land	Totalt					Uke 10		Tilfeller per 100 000 (14-dager) ¹
	Tilfeller	Dødsfall	Tilfeller per 100 000	Dødsfall per million	Letalitet (%) [*]	Tilfeller	Dødsfall ²	
Sverige	2 466 577	17 798	23 882,7	1 723,3	0,7	8 803	55	216,2
Danmark	2 950 605	5 175	50 675,5	888,8	0,2	90 711	298	3 643,4
Norge	1 354 439	2 137	25 012,0	394,6	0,2	41 853	125	1 975,6
Finland	761 110	2 717	13 772,5	491,6	0,4	41 903	1	1 459,7
Island	162 938	81	44 723,7	222,3	0,0	17 142	12	9 122,4
Færøyene	34 658	28	71 048,9	574,0	0,1	0	0	1 066,0
Grønland	11 879	20	20 922,4	352,3	0,2	69	0	271,2

^{*} Letalitet (case fatality ratio) = dødsfall/ bekreftede tilfeller.

¹ 14-dagers incidens er basert på uke 9 og 10 samlet.

Om overvåkningssystemene og datakildene

Meldingssystem for smittsomme sykdommer

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. Koronavirus med utbruddspotensial ble definert som ny meldingspliktig sykdom til MSIS fra 31. januar 2020. MSIS har en registerdatabase og en laboratedatabase. MSIS-registeret mottar mikrobiologisk informasjon fra laboratoriene- og epidemiologisk informasjon fra legene. MSIS-labdatabasen mottar i dag alle covid-19 relaterte prøvesvar, uavhengig av analyseresultat, fra alle landets laboratorier og teststasjoner. MSIS-registeret er kilden om alle påviste tilfeller i Norge, mens MSIS-laboratedatabasen inneholder informasjon om antall tester og testede. Alle meldinger fra laboratorier til MSIS-registeret og MSIS-labdatabasen meldes elektronisk over helsenettet, mens utfyllende epidemiologisk informasjon fra lege til MSIS-registeret sendes per papirpost, elektronisk via web-løsning eller elektronisk direkte fra smittesporingsløsningen. Både leger og laboratorier som påviser sykdommen skal melde tilfellet til MSIS samme dag, jmf. MSIS-forskriften §52-1 til 2-3 Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for MSIS (MSIS-forskriften § 1-5). Les mer om MSIS, formål og meldingsplikt her: <https://www.Folkehelseinstituttet.no/hn/helseregistre-og-registre/msis/>.

BEREDT C19 - FHIs beredskapsregister for covid-19

I forbindelse med covid-19 pandemien har Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR), opprettet beredskapsregisteret BEREDT C19 (jf. Helseberedskapsloven §2-4 mv.). Beredt C19 er opprettet for å ha en løpende oversikt og kunnskap om utbredelse, årsakssammenhenger og konsekvenser av covid-19-epidemien i Norge. For beskrivelse av kildene som inngår i Beredt C19, finnes det mer informasjon [her](#). Det hentes data fra de fleste sentrale helseregistre i Norge (MSIS, MSIS-laboratedatabasen, SYSVAK, BIVAK, MFR, DÅR, NPR, KPR (KUHR/IPLOS), Reseptregisteret/Legemiddelregisteret), det medisinske kvalitetsregisteret NIPaR (se egen beskrivelse lenger ned), innreiseregisteret hos DSB (IRRS), SSB, NAV (Aa-registeret og Institusjonsregisteret), kommunale smittesporingsdata (foreløpig kun KS Fiks' løsning) og Folkeregisteret. Mange av datakildene kommer inn daglig, men ikke alle, og flere av kildene har historiske data tilbake i tid.

Norsk intensiv- og pandemiregister

[Norsk pandemiregister](#) er benevnelsen på den delen av NIPaR som omhandler pandemipasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten med smittsom sykdom under epidemier som omfatter Norge eller pandemier.

[Norsk intensivregister](#) (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 respiratortider og lav dødelighet sammenlignet med dem som får invasiv ventilasjon. Noen korona-pasienter er også registrert uten respiratorstøtte. Dette er pasienter som har ligget til observasjon på et intensivavsnitt over ett døgn.

Data om risikofaktorer som hentes inn gjennom NIPaR betyr ikke nødvendigvis at risikofaktorene var medvirkende årsak til innleggelsen eller at det er en dokumentert sammenheng mellom de ulike faktorene og covid-19. I dataene fra NIPaR kan man ikke skille mellom velregulert/behandlet og ikke velregulert/behandlet risikofaktorer som kreft og astma.

Overvåkning av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon

Overvåkningssystemet for sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner baserer seg på data fra [Norsk pasientregister](#) (NPR) som Folkehelseinstituttet får gjennom BEREDT C19. NPR er et sentralt helseregister som forvaltes av Helsedirektoratet, med helseopplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialhelsetjenesten enten på sykehus, i poliklinikk eller hos avtalespesialister. Data om informasjon om diagnosekoder for luftveisinfeksjoner som registreres i registeret blir ofte satt ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. ICD-10 kodene som er inkludert i overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon er J00-J06 (akutte infeksjoner i øvre luftveier), J09-J22 (influenza, pneumoni og andre akutte infeksjoner i nedre luftveier), J80 (respiratorisk distressyndrom hos voksne), U07 (covid-19), A37 (kikhoste) og H65-H67 (akutt mellomørebetennelse).

Overvåkning av mulige utbrudd (smitteklynger) av covid-19 på grunnskoler

Overvåkningssystemet av mulige utbrudd (smitteklynger) av covid-19 på grunnskoler er satt opp igjennom bruk av datakilder fra BEREDT C19: MSIS, Folkeregisteret og utdanningsdata fra SSB. Noe av data som er brukt til å identifisere smitteklynger er levende, og det kan derfor forekomme mindre endringer i antall smitteklynger fra uke til uke. Mer detaljert informasjon om overvåkningssystemet finnes i ukerapporten for uke 101.

Utbrudd av covid-19 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

Medisinske mikrobiologiske laboratorier sender inn ukentlig et geografisk representativt og et mer målrettet utvalg av SARS-CoV-2 prøver til referanselaboratoriet ved FHI for nasjonal virusovervåking.

- <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing/informasjon-til-mikrobiologiske-laboratorier/?term=&h=1>
- <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing/pavisning-og-overvakning-av-sars-cov-2-virusvarianter/?term=&h=1>

Referanselaboratoriet gjør helgenomsekvensering og virus dyrkning og virus nøytralisasjon på prøvene for å kunne forstå pandemiens forløp og egenskaper til nye virusvarianter. Virus gen sekvensene sees i sammenheng med metadata som kan bidra til utbruddsopklaring og pandemiforståelse.

Overvåking av dødsfall

Covid-19 assosierte dødsfall er definert som dødsfall hvor covid-19 (ICD10-kode U071, U072, U099, U109) er angitt som underliggende eller medvirkende årsak i [Dødsårsaksregisteret](#).

NorMOMO

Folkehelseinstituttet overvåker generell dødelighet i den norske befolkning. Overvåkingen er en del av det europeiske EuroMOMO-prosjektet som overvåker dødeligheten i Europa. Mer informasjon om [NorMOMO](#) finnes på Folkehelseinstituttet sine nettsider. [Her](#) finnes også ukerapport om overvåkingen av totaldødelighet. Mer informasjon om EuroMOMO og dødeligheten i Europa finnes [her](#).

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt – Sykdomspulsen

Sykdomspulsen er et overvåkningssystem som mottar data fra alle legekantor og legevakt i hele Norge via KUHR systemet (legenes refusjonskrav). Det ble opprettet en egen R991: Covid-19 (mistenkt eller bekreftet) diagnosekode (ICPC-2 kode) 13. mars 2020 som legene kan bruke ved konsultasjoner der koronavirus er mistenkt eller bekreftet. En annen diagnosekode som vi følger med på i denne overvåkingen er R27: Engstelig for sykdom i luftveiene IKA. Denne diagnosekoden ble anbefalt brukt av referansegruppen for primærmedisinsk kodeverk i Direktoratet for e-helse og Legeforeningen 13. mars. Denne koden skal brukes ved sykmelding/konsultasjon/-kontakt vedrørende covid-19, med unntak av bekreftet/sannsynlig/mistenkt koronavirus-sykdom (<https://fastlegen.no/artikkel/diagnosekoder-ved-Covid-19>). Dette er ikke en ny diagnosekode og legene kan sette denne diagnosekoden også for andre henvendelser enn covid-19 konsultasjoner. Mer informasjon om Sykdomspulsen finnes her:

<https://www.Folkehelseinstituttet.no/hn/statistikk/sykdomspulsen/>

Symptometer

Symptometer er et verktøy som Folkehelseinstituttet skal bruke til å følge med på hvor stor andel av innbyggerne som til enhver tid har symptomer som kan skyldes covid-19. Et representativt utvalg på 112 600 personer 16 år og eldre er trukket fra Folkeregisteret. Invitasjoner til personene i uttrekket ble utsendt i uke 106 og 48.

Mer informasjon om Symptometer finnes her: <https://www.fhi.no/hn/statistikk/symptometer/>

Prevalensundersøkelser

Det gjennomføres ukentlige undersøkelser av tilfeldige utvalg i befolkningen for å måle andelen som har gjennomgått koronavirus infeksjon. I tillegg overvåkes prevalens av luftveissymptomer gjennom elektroniske spørreskjemaundersøkelser hver 14. dag blant mer enn 100 000 deltakere i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), og Den norske influensastudien (NorFlu). Undersøkelsene startet i mars 2020. Deltakerandelen i hver runde er svært høy, om lag 75 %.

Det planlegges ytterligere studier i aldersgruppen 65+ med oppstart høsten 2020. Til sammen vil studiene kunne gi en oversikt over forekomst av koronavirus i den generelle befolkningen i Norge. Les mer om de ulike prevalensundersøkelsene her:

<https://www.fhi.no/studier/prevalensundersokelser-korona/>

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 4. desember 2020. Covid-19 vaksinasjoner skal registreres umiddelbart etter vaksinasjon (jfr. SYSVAK-registerforskriften § 2-1). Les mer om SYSVAK her: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/sysvak/>

Arbeidsgiver og arbeidstakerregisteret

Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) inneholder informasjon om alle arbeidsforhold i Norge. I registeret er alle arbeidsforhold registrert med en del informasjon om virksomheten og den ansatte. Folkehelseinstituttet bruker dette for å i følge med på smitte, alvorlig sykdom og vaksinasjon i ulike yrkesgrupper, og med et særlig fokus på ansatte i helsetjenesten. En

vesentlig begrensning ved å bruke registeret til dette formålet er at det ikke inneholder informasjon om selvstendig næringsdrivende, som for eksempel fastleger eller tannleger. Folkehelseinstituttets utgave av Aa-registeret er fra sommer 2021. Som ansatte med pasientnær kontakt regner vi alle leger, sykepleiere, vernepleiere, tannleger, farmasøyter, helse- og miljørådgivere, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, audiografer/logopedier, ergoterapeuter, kiropraktorer mv, radiografer mv, bioingeniører, tannpleiere, optikere, helsesekretærer, ambulanspersonell, helsefagarbeidere, renholdere, ledere, hjemmehjelper, sykehusprester, barnepleiere og andre pleiemedarbeidere. Registeret forvaltes av NAV, og mer informasjon om dette finnes

her: <https://www.nav.no/no/bedrift/tjenester-og-skjemaer/aa-registeret-og-a-meldingen>

Covid-19-situasjonen globalt

Datakilder er hovedsakelig hentet fra [WHO](#). Den totale rapporteringen for Europa og globalt er kun basert på rapporteringer fra WHO. Data for vaksinasjon er hentet fra [WHO](#).

For å gi mest mulig oppdaterte tall for Norden, er dataene hentet fra nasjonale helsemyndighetenes nettsider; [Sverige](#), [Danmark](#), [Island](#) og [Finland](#). Data fra Grønland, Færøyene og dødsfall for Island er hentet fra [WHO](#).