



Nasjonalt strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter)



Innledning

WHO's visjon for hepatittområdet er: «En verden der det ikke skjer smitte av hepatitt og alle har tilgang til trygg og effektiv behandling».¹ Som ledd i det globale arbeidet vedtok Verdens helseforsamling (WHA) i 2014 en resolusjon som oppfordrer alle land om å utarbeide nasjonale strategier for bekjempelse av hepatitt. Norge følger nå opp denne resolusjonen gjennom en nasjonal strategi for arbeidet mot virale hepatitter.

Virale hepatitter er en samlebetegnelse på flere forskjellige sykdommer forårsaket av hepatittvirusene A, B, C, D og E.² Fellesnevneren er at alle virusene hovedsakelig angriper leveren. Symptomene har mange likhetspunkter, men virusene har ulike egenskaper. Smittemåte og klinisk forløp er forskjellig. Leverbetenelse som følge av hepatittinfeksjon er et globalt helseproblem.

I Norge er hepatittforekomsten i den generelle befolkningen lav og mulighetene for forebygging og behandling gode. Sterke kunnskapsmiljøer og godt utbygde meldesystemer sikrer at vi har god beredskap for å håndtere smitteutbrudd. Det finnes vaksiner som gir god beskyttelse mot flere av hepatittsykdommene. Det medisinske apparatet for å behandle hepatittsykdommer er av høy kvalitet og det finnes stadig bedre legemidler for å behandle dem som likevel blir alvorlig syke. Samtidig er det utfordringer i utsatte grupper. Spesielt gjelder dette for personer som injiserer narkotika, gruppen menn som har sex med menn (msm) og innvandrere som kommer fra land med særlig høy forekomst av hepatitter. Innenfor disse gruppene er det hepatitt B og hepatitt C som i dag er de mest utbredte virusene, og som forårsaker de mest alvorlige hepatittsykdommene i Norge.

Den generelle beredskapen mot hepatitter må opprettholdes og videreutvikles i takt med utfordringene som måtte oppstå. Smitte med hepatitt A og E gir ikke like alvorlige sykdommer som hepatitt B og C, og ut i fra dagens situasjon ansees det ikke nødvendig med økt beredskap rettet mot disse virusene. For hepatitt B og C er det nødvendig å iverksette særskilte tiltak

for å redusere smittespredningen i utsatte grupper. Arbeidet med hepatitt D må sees i sammenheng med hepatitt B.

Strategien er overordnet og bygger på et utkast til strategi som Folkehelseinstituttet i samarbeid med Helsedirektoratet, frivillige organisasjoner og andre relevante aktører overleverte Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2015.

Mål og overordnede prioriteringer

Målet med det nasjonale arbeidet mot virale hepatitter er at:

1. Smitten av hepatitt i Norge holdes på dagens lave nivå.
2. Smittespredningen i utsatte grupper reduseres.
3. Alle som blir alvorlig syke av kronisk hepatittinfeksjon får tilgang til trygg og effektiv behandling.

Helse- og omsorgsdepartementet vil prioritere oppfølging av følgende tiltaksområder:

- Kunnskap og overvåking av hepatitter i befolkningen og i utsatte grupper.
- Smittereduserende tiltak rettet mot hepatitt B og C hos personer som injiserer narkotika.
- Smittereduserende tiltak rettet mot hepatitt B hos asylsøkere.
- Smittereduserende tiltak rettet mot seksuell overføring av hepatitt B og C.
- Hindre overføring av hepatitt B smitte fra mor til barn under graviditet og fødsel.
- Innføre hepatitt B vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet.
- Sikre at pasienter med alvorlig hepatitt C sykdom får behandling.

Flere av tiltaksområdene vil bli fulgt opp som del av pågående prosesser og strategier som ikke direkte adresserer hepatitter, men der tiltak og oppfølging overlapper.

¹ For mer informasjon om WHO's arbeid med hepatitter se: <http://who.int/topics/hepatitis/en/>

² For en nærmere beskrivelse av de ulike hepatittvirusene se vedlegg

Tiltaksområder

1 Kunnskap og overvåkning av hepatitter i befolkningen og i utsatte grupper

Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og primær- og spesialisthelsetjenesten har alle et ansvar for å øke kunnskapen om hepatitt B og C i befolkningen og blant de utsatte gruppene; rusmisbrukere, msm, asylsøkere og innvandrere fra land med høy forekomst av hepatitter. De tre store helseprogrammene i Norges forskningsråd kan bidra til å finansiere forskning som kan bidra til denne kunnskapsutviklingen.

Folkehelseinstituttet har det overordnende ansvaret for overvåkning og kunnskap om hepatitter i den generelle befolkningen og i utsatte grupper. Overvåkning av hepatitt A, B og C skjer gjennom meldesystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) som er et av de lovbestemte nasjonale helseregistrene. MSIS gir et godt utgangspunkt for å kunne følge utvikling i forekomst over tid, men forutsetter at meldedekningen blant klinikerne er god. Folkehelseinstituttet må identifisere og iverksette tiltak som kan bidra til at meldedekningen blir bedre. Folkehelseinstituttet må også vurdere de økonomiske og praktiske konsekvensene av å endre meldingskriteriene til MSIS for hepatitt C slik at kun tilfeller med pågående infeksjon blir meldepliktig. Videre utvikling av MSIS inngår i det nasjonale helseregisterprosjektet og arbeidet med å utvikle et felles infeksjonsregister.

Prevalensundersøkelser gir et anslag om hvor mange som på et gitt tidspunkt er smittet av en bestemt sykdom. Undersøkelsene kan være rettet mot befolkningen eller mot bestemte grupper og kan være nasjonale eller geografisk begrenset. Det er gjennomført flere prevalensundersøkelser innenfor hepatittfeltet. Folkehelseinstituttet må vurdere behovet for nye prevalensundersøkelser opp mot andre områder og tilgjengelige midler.

Sykdomsbyrdeberegninger gir økt kunnskap om hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av helsetap og dødelighet. Sykdomsbyrde kan beskrives i form av tapte leveår, helsetap og summen av disse, kalt DALY (disability-adjusted life years).³ En sykdomsbyrdeanalyse for

hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter i Norge er under arbeid. Folkehelseinstituttet må vurdere behovet for nye sykdomsbyrdeanalyser opp mot behovet på andre områder og tilgjengelige midler.

Hepatitt A og E kan spres via vann og matvarer. Mattilsynet må derfor opprettholde tilsynet med mat og drikkevann for å hindre spredning av hepatitt A og som en del av sitt ordinære arbeid bidra til å øke kunnskapen om matvarer som kan spre hepatitt A og E smitte. Arbeidet bør innrettes mot å øke bevisstheten i befolkningen og hos importørene av produkter som kan være risikoutsatt.

2 Smittereduserende tiltak rettet mot personer som injiserer narkotika

I Norge antas det at omtrent 80 prosent av hepatitt C-smitte skjer som følge av deling av brukerutstyr for å injisere narkotiske stoffer.

Prop. 15 S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* ble lagt frem av regjeringen i november 2015 og behandlet av Stortinget i april 2016, jf. Innst. 240 S (2015-2016). I opptrappingsplanen fremgår det at man vil bidra til at kommunene utvikler et bredt spekter av tjenester til personer med rusproblemer, herunder utvikling av lavterskeltiltak og skadereduserende tiltak. Det umiddelbare målet er bedre helse og et mer verdig liv, herunder også hindre overdoser eller spredning av smitte, som hepatitt C. Smittereduserende tiltak blant personer som injiserer narkotika vil også kunne ha smittereduserende effekt på hepatittsmitte. Planen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle (tidlig innsats), eller allerede har etablert, et rusproblem. For å lykkes med å gi personer med rusproblemer et bedre tilbud, er det nødvendig med gode tjenester i brukernes nærmiljø. Det er behov for å se nærmere på innsatsen etter behandling og skape muligheter for mestring, som meningsfulle aktiviteter og fritid eller sørge for en stabil og god bolig.

³ http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

Videre vil tiltak innenfor *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 (IS-0418)* kunne ha smittereduserende effekt, herunder tilgang på rent brukerstyr og SWITCH-kampanjen, som skal få brukere til å gå over til inhalering i stedet for injisering av heroin. Regjeringen vil vurdere behovet for å styrke tiltak innen den nasjonale overdosestrategien i løpet av opptrappingsplanperioden.

Tiltak som retter seg mot sprøytebrukere vil ha stor betydning i det smitteforebyggende arbeidet. Lavterskeltilbud om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som substitusjonsbehandling gir redusert risiko for smitte og bidrar generelt til bedre ivaretagelse av egen helse. Gjennom opptrappingsplanen vil regjeringen gjennom særskilte midler stimulere til at det blir opprettet flere lavterskeltiltak i de største byene, både lavterskelsubstitusjonsbehandling etter modell av LASSO i Oslo og andre tilbud etter modell av Gatehospitalet.

Personer som injiserer narkotiske stoffer får per i dag dekket utgifter til vaksine mot hepatitt A og B gjennom blåreseptordningen. Tidligere utbrudd av hepatitt A og B blant sprøytebrukere har blitt stanset av aktive vaksinasjonskampanjer. Det er imidlertid usikkert hvor god vaksinasjonsdekningen er i gruppen. Det må derfor informeres om og oppfordres til vaksinasjon.

3 Smittereduserende tiltak rettet mot asylsøkere (hepatitt B)

90 prosent av dem som diagnostiseres med kronisk hepatitt B er innvandrere som er smittet før ankomst til Norge. Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente fra land med høy forekomst av hepatitt B skal i dag tilbys undersøkelse ved ankomst til Norge. Dette er nærmere omtalt i Helsedirektoratets veileder «Helse-tjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente», oppdatert i 2015. Det er imidlertid behov for bedre rutiner for overføring av prøveresultatene til personenes neste adresse og endelige bosted. Det er behov for bedre informasjon om hvor mange nyankomne som testes, og om testaktiviteten er den samme blant asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Etter forslag fra regjeringen bevilget Stortinget for 2016 1,6 mill. kroner til oppgradering av meldesystemene for vaksinasjon (SYSVAK) og smittsomme sykdommer (MSIS) blant annet for å følge med på vaksinedekningen av hepatitt B blant asylsøkere.

4 Smittereduserende tiltak rettet mot seksuell overføring

Seksuell smitteoverføring er en av flere måter hepatitter kan overføres på. Det meldes årlig om ca. 20-30 tilfeller av akutt hepatitt B forårsaket av seksuell smitte, hvorav to tredeler er menn. Seksuelt overført smitte generelt, inkludert hepatitt C, ser ut til å øke særlig i gruppen msm. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) melder om at smitte mellom msm nå utgjør 14 prosent av alle meldte hepatitt C smittetilfeller i Europa i 2013.⁴ Tilsvarende utvikling er registrert i Norge.⁵

Det forebyggende arbeidet mot seksuelt overførbare sykdommer står sterkt i Norge og bidrar til at smitten av hepatitter er lav. Tidligere innsats for smitteforebyggende tiltak har vært forankret i nasjonal hiv strategi og handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av 2016 legge frem en samlet strategi for seksuell helse, der forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner vil være sentralt.

5 Redusere risiko for overføring av smitte fra mor til barn under fødsel

Risikoen for hepatitt B smitte fra mor til barn under og etter svangerskapet avhenger av mors hepatitt B status. Fra mødre som er kroniske bærere av hepatitt B er sannsynligheten for smitte til barnet så høy som 85-90 prosent. Det finnes imidlertid effektive metoder for å hindre slik smitte. Tiltakene inkluderer testing og eventuell behandling av mor og bruk av vaksine og immunglobulin til den nyfødte. Dette forutsetter at mors smittestatus er kjent. Det er derfor viktig å identifisere hvilke mødre som er kroniske bærere.

Tilbud om hepatitt B-undersøkelse av gravide gis i de fleste land i Europa, herunder alle våre naboland og vest-europeiske land som det er naturlig å sammenlikne oss med. I Norge gir Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen faglige råd om hvilke tester som skal/bør gjøres på gravide kvinner.⁶ Om hepatitt B-virus fremgår det at:

⁴ <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hepatitis-c-surveillance-in-europe-2013.pdf>

⁵ Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner: Årsrapport 2014. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2015.

⁶ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>

«Jordmødre og leger bør tilby gravide serologisk testing for hepatitt B-virus dersom kvinnen selv, hennes tidligere eller nåværende seksualpartner er: født eller oppvokst i mellom- eller høyendemisk område, er tidligere eller nåværende sprøytemisbruker, har fått blodoverføring i utlandet, har hatt seksuell kontakt med sprøytemisbruker eller biseksuell mann, har vært utsatt for yrkesmessig eksponering eller har hatt hepatitt B. Det er spesielt viktig å huske på å tilby test til gravide kvinner som kom til Norge for mange år siden som adoptivbarn eller innvandrere fra land med høy hepatitt B-forekomst.»

Undersøkelser viser at bare 50-70 prosent av dem som er kroniske bærere fanges opp på den måten.⁷ I Danmark er det vist at 60 prosent av dem som fikk påvist hepatitt B bærertilstand gjennom undersøkelse i svangerskapet ikke var klar over at de var bærere av viruset.⁸

Helsedirektoratet arbeider med å revidere retningslinjen for svangerskapsomsorgen. Departementet vil i denne forbindelse be om at Helsedirektoratet vurderer om alle gravide bør tilbys testing for hepatitt B-virus. Undersøkelsen kan teknisk sett gjøres i samme blodprøve som brukes til undersøkelse på røde hunder (rubella).

6 Innføring av hepatitt B vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet

WHO har fra 1991 anbefalt at alle medlemsland bør innføre hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. I Norge har myndighetene til nå ikke fulgt denne anbefalingen men har i stedet anbefalt å vaksinere barn i familiedaghjem eller barnehage med smittebærere under tre år. I tillegg anbefales vaksinasjon til nyfødte barn av smittebærere og barn av foreldre fra land med høy forekomst av hepatitt B.

Antallet nye tilfeller med kronisk hepatitt B har siden 2008 ligget stabilt på mellom 650-800 tilfeller årlig.⁹ Hovedårsaken til nysmitte skyldes antageligvis økt globalisering på grunn av innvandring og reiseaktivitet som gir økt risiko for smitte både i og utenfor Norge. I tillegg blir grensene mellom risikogrupperne og den øvrige befolkningen utvisket i takt med økende

forekomst av hepatitt B og økende kontakt på tvers av befolkningsgrupper.

Vaksinasjonsdekning i de definerte risikogrupperne lar seg ikke måle, da det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK ikke har opplysninger om indikasjon for vaksinasjon. Vaksinasjonsdekningen kan derfor kun oppgis som andel av et helt årskull. De siste årene har ca. 30 prosent av hver fødselskohort påbegynt vaksinerings mot hepatitt B i første leveår. Det eksisterende selektive vaksinasjonstilbudet til risikogrupper har vist seg å gi lavere vaksinasjonsdekning enn ønskelig blant disse grupperne. Erfaringer fra andre land viser at vaksinasjonsgraden i risikogrupper øker når alle barn tilbys samme vaksinasjonsopplegg. Dagens ordning krever betydelige ressurser for å identifisere og informere personer i risikogrupperne slik at de kan bli vaksinert. I tillegg har erfaringer vist at dagens ordning med hepatitt B-vaksinasjon kan oppfattes som stigmatiserende siden ikke alle norske barn og ungdom får det samme tilbudet. Vaksinasjon i barnehageavdeling med hepatitt B-smittebærere under 3 år kan føre til brudd på personvernet og stigmatisering av det barnet som er smittebærer. Hvis de fleste norske barn etter hvert blir immune mot hepatitt B vil dette også bety at hepatitt B utfordringen i de utsatte grupperne blir redusert.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker på dette grunnlag å inkludere hepatitt B vaksine i det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet. Hepatitt B vaksinen legges til i den fem-komponentvaksinen som allerede er en del av programmet (DPT-polio-HiB) slik at endringen ikke fører til flere helsestasjonsbesøk eller flere stikk.

7 Tiltak rettet mot behandling av pasienter med hepatitt B og C

Pasienter med kronisk hepatitt B og C må følges opp slik at korrekt behandling kan settes inn på riktig tidspunkt. Forsvarlig behandling krever tett samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Behandlingstilbudet skal være like godt i hele landet, og innvandrere, rusbrukere og andre personer i risikogrupperne skal nås i samme grad som resten av befolkningen.

Behandling av hepatitt B og C er kostbart. Bedre forebyggende behandling i de risikoutsatte grupperne har derfor høy prioritet. Dette er til det beste for den enkelte og vil redusere behovet for behandling. Økt testaktivitet for hepatitt B og C av personer i risiko-

⁷ Summers P et al. The pregnant Hepatitis B Carrier: Evidence favoring comprehensive antepartum screening. *Obstetrics & Gynecology* 1987; 69 (5): 969-704

⁸ Statens seruminstitut: EPI-nyt 2015; 35: Screening af gravide for hepatitt B, hiv og syfilis, 2014.

⁹ Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

grupper eller med risikoatferd vil være viktig for god oppfølging og behandling, og for at de selv skal kunne ta forholdsregler for å beskytte seg selv og andre mot smitte.

Det ble i 2015 utarbeidet en faglig veileder for oppfølging og behandling av hepatitt C utgitt av Norsk forening for infeksjonsmedisin og Norsk gastroenterologisk forening i Den norske legeforening.¹⁰ Veilederen anbefaler hvilke legemidler som bør gis til pasien-

ter med kronisk hepatitt C ut i fra fastsatte kriterier for påvist leverfibrose.

Fra 1. januar 2016 er det de regionale helseforetakene som skal dekke kostnadene av nye legemidler for behandling av hepatitt C. Kostnadene ble tidligere dekket av folketrygden på blå resept. Det er derfor de regionale helseforetakenes ansvar å vurdere ressursinnsats og behandlingsresultat for denne pasientgruppen opp mot andre behov i henhold til gjeldende prioriteringskriterier og økonomiske ramme.

¹⁰ <http://legeforeningen.no/PageFiles/45368/HCV%20-veileder.%20Revisjon%20mars%202015-2.pdf>

Vedlegg - utfordringsbildet

Hepatitt A – smitter vanligvis gjennom vann eller mat, men også gjennom sprøytedeling og blodsmitte. De fleste som smittes blir etter en kort sykdomsperiode helt friske. Det finnes i dag en effektiv vaksine, men ingen særskilt behandling. I dag er hepatitt A en sjelden sykdom i Norge der kun 33 nye tilfeller ble registrert i 2015. Norske turister som reiser til land med høy smitteforekomst, kan være utsatt og det anbefales at man vaksineres dersom man reiser til slike land.¹¹ Det samme er barn av innvandrere fra land med høy forekomst av hepatitt A som reiser uvaksinerte til foreldrenes hjemland, og kommer tilbake som bærer av virus som kan smitte videre. Utbrudd i Norge forårsakes oftest av forurensete importerte matvarer (ofte frossen frukt). Smittebærere finnes også i enkelte risikoutsatte grupper. Det har vært en økningen i påviste tilfeller av hepatitt A i importert mat i de senere år uten at dette har ført til økt smitte i befolkningen.

Hepatitt B – smitter først og fremst gjennom blod. Det kan skje gjennom sprøytedeling, stikkuehell, forurensete blodprodukter, smitte fra mor til barn før, under og etter fødsel og ved seksuell kontakt. Mindre enn fem prosent av smittede blir kroniske bærere, men jo tidligere du smittes jo høyere er risikoen for å bli kronisk bærer. En kronisk bærer har få eller ingen symptomer før alvorlig leversykdom er utviklet. Folkehelseinstituttet har beregnet at det finnes 20 000-30 000 kroniske bærere i Norge, men dette er usikre tall. Diagnosetall fra meldingssystemet for infeksjonssykdommer (MSIS) viser at det blir registrert 500-800 nye tilfeller av kronisk hepatitt B hvert år. I 2015 ble det registrert 793 nye tilfeller som er et av de høyest registrerte tallene. Kroniske bærere finnes særlig blant personer som kommer fra land der hepatitt B er mer vanlig enn i Norge, men også blant sprøytemisbrukere. Det er mangel på kunnskap om smittestatus hos personer i de risikoutsatte gruppene. Det finnes en god vaksine som alle i de risikoutsatte gruppene, samt arbeidstakere som har nær kontakt med disse personene, skal få tilbud om og der kostnadene er dekket av det offentlige. Smitte til barn er særlig alvorlig og må unngås, men det er en utfordring å identifisere hvilke barn som er i risikogruppen. Det er utviklet effektive legemidler mot hepatitt B som hindrer virusproduksjon, men det finnes ikke behandling som eliminerer viruset. Langvarig behandling er derfor

nødvendig. Å sikre personer riktig behandling på riktig tidspunkt er en utfordring siden kronisk hepatitt B oftest har få eller ingen symptomer før alvorlig leversykdom er utviklet.

Hepatitt C – smitter gjennom blod, for eksempel ved sprøytedeling, stikkuehell eller ved seksuell kontakt. I tillegg er det en liten smittefare fra mor til barn under svangerskap og fødsel. Gode rutiner sikrer at det er svært lav smitteoverføring gjennom blodprodukter og sprøytebehandling i sykehus i Norge. Dessverre er smitte gjennom blodprodukter og behandling langt vanligere i andre land, og ca. 20 prosent av nye hepatitt C tilfeller i Norge er smittet ved behandling i utlandet. Hiv-positive har økt sjans for også å bli smittet av hepatitt C. Årlig blir det registrert 1200-1500 nye tilfeller av hepatitt C i Norge. Totalt er det antatt at det finnes 20 000-30 000 smittede i Norge og ca. 80 prosent av disse er rusmisbrukere. Det er mangelfull kunnskap om smittestatus i risikogruppene. 50-80 prosent av dem som smittes utvikler kronisk infeksjon som etter tid gir stor sannsynlighet for å utvikle lever-skade. Det finnes ingen vaksine mot hepatitt C men det finnes effektiv behandling. Det er en utfordring for helsetjenesten å gi riktig behandling på riktig tidspunkt siden kronisk hepatitt C oftest har få eller ingen symptomer før alvorlig leversykdom er utviklet.

Hepatitt D – har mange likheter med hepatitt B og finnes bare hos personer som også er smittet med hepatitt B. Infeksjon med hepatitt D hos pasienter som allerede har kronisk hepatitt B fører til kronisk hepatitt D-infeksjon i 70-80 prosent av tilfellene, med økt risiko for kronisk leversykdom sammenlignet med kronisk hepatitt B-infeksjon alene (15-30 prosent). Det er derfor viktig å identifisere disse pasientene med tanke på oppfølging og behandling. Det er lite kunnskap om forekomsten av hepatitt D virus blant kroniske bærere i Norge.

Hepatitt E – smitter først og fremst gjennom forurenset vann og matvarer og er lite vanlig i Norge. I høyinntektsland kan smitte skje via dyr. Smitte gir en mild sykdom hos de aller fleste. Alvorlig sykdom utvikles oftest bare hos personer med nedsatt immunforsvar eller pasienter som har leverskade av annen årsak.

¹¹ Se nærmere informasjon på Folkehelseinstituttets reisesider: <http://www.fhi.no/tema/reiseraad/reisevaksinasjon>

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet
05/2016

Publikasjonskode: I-1174 B
Design og layout: DSS

