Betreft: inventarisatie ervaringen testen op MPX en bestrijdingsmaatregelen

Beste GGD collega,

Op dit moment hebben we te maken met de introductie van het monkeypox virus wat leidt tot een uitbraak van monkeypox, vooralsnog specifiek onder MSM.
Steeds meer GGD'en krijgen te maken met personen die aan de casus definitie voor verdenking monkeypox voldoen. Zij zijn al dan niet ziek, er wordt een diagnose MPX gesteld of verworpen, en er vindt bron-en contactopsporing plaats gevolgd door follow-up van indexen en contacten.
We verwachten dat deze uitbraak enige tijd zal duren. Het LCI en SOA Aids NL krijgen veel vragen van professionals en burgers.

Om in kaart te brengen waar knelpunten zitten en zodoende de zorgketen te verbeteren en de GGD te kunnen ondersteunen, vragen we iedere GGD onderstaande vragen te beantwoorden.
Wij verzoeken jullie dit te doen in samenspraak met team IZB en seksuele gezondheid.

Graag ontvangen wij de ingevulde vragenlijst **uiterlijk maandag 13 juni** terug.

Met behulp van jullie input willen we z.s.m. scenario's opstellen voor mogelijke werkwijzen nav best practices, alsmede actie ondernemen m.b.t. genoemde knelpunten. Landelijk wordt in samenwerking met vertegenwoordigers uit de eerste en tweede lijn gekeken hoe we de zorgketen voor monkeypox kunnen optimaliseren. De uitkomsten van deze inventarisatie, alsmede best-practices scenario's voor de uitvoering worden weer met jullie gedeeld.

Alvast dank voor jullie input.

5.1,2,e (LCI), 5.1,2,e & 5.1,2,e (RAC)
5.1,2,e (WASS), 5.1,2,e (SOA Aids NL)

Inventarisatie ervaringen

GGD Amsterdam ingevuld door team AIZ, Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) en Streeklab Amsterdam (SLA) (Contactpersoon 5.1,2,e of 5.1,2,e)

1. Hoe hebben jullie de triage/aanmelding/beoordeling van personen met klachten van monkeypox georganiseerd?

   - Triage verloopt 24/7 via de piketdienst van AIZ 24/7 zijn er artsen IZB die een triage telefoon beheren. Huisartsen en andere zorgprofessionals bellen bij een verdenking van mpx het nummer van AIZ en kunnen via een speciaal keuzemenu kiezen voor triage mpx. De arts beoordeelt samen met de betreffende zorgprofessional de verdenking en coördineert, indien blijkt dat de patiënt voldoet aan de casusdefinitie. Soms worden foto's opgestuurd. Soms is er overleg met een medisch specialist. In principe worden alleen patiënten voor diagnostiek aangenomen die klinisch beoordeeld zijn door een (huis)arts. Team Algemene infectieziekten (AIZ) is hiervoor opgeschaald.

   - Op het CSG wordt een andere triage toegepast. Aan alle reguliere bezoekers bij het CSG wordt bij de balie gevraagd of zij last hebben van

wondjes/blaasjes/bultjes. Indien het antwoord ja is en ze tot een risicogroep behoren volgens de casusdefinitie, worden zij in een speciale mpx kamer gezien. Soa + mpx diagnostiek wordt ingezet. Capaciteit is max 10 personen/dag. In principe is hier 1 kamer voor vrijgemaakt, maar als er meer personen een verdenking hebben, dan schalen we op naar twee kamers Team CSG heeft hiervoor ondersteuning van een extra hulp bij afnemen testen (er zijn twee personen nodig), en heeft het primaire proces gedeeltelijk af moeten schalen vanwege het beperkte aantal cliënten dat op deze kamer gezien kan worden.

- Huisartsen mogen ook zelf i.o.m de medisch-microbioloog van het Streeklab diagnostiek aanvragen en uitvoeren. In de praktijk gebeurt dit weinig.

a. Maak je verschil tussen MSM en heteroseksuelen, tussen personen die via een CSG gemeld worden en vanuit andere zorgverleners?

- Nee, via de AIZ (aanmelding huisartsen) zijn het voornamelijk msm die aangemeld worden. Echter er wordt bij triage met een brede blik gekeken. Indien een kind/vrouw/ heteroman met verdenking wordt aangemeld door HA wordt er er ism HA gekeken of diagnostiek noodzakelijk is.
- Bij het CSG worden bij alle bezoekers die voldoen aan de casusdefinitie diagnostiek ingezet, dus niet alleen msm maar ook bijv sekswerkers, heteroseksuelen met wisselende contacten.
- Voor bijzondere casus: kinderen, zwangeren, ernstig zieke personen wordt voor diagnostiek naar het academisch ziekenhuis verwezen.
- We zijn bezig met het uitwerken van de mogelijkheid om thuis te testen voor niet mobiele personen. Afgelopen weekend is er 1 persoon zonder vaste woon- en verblijfplaats getest in de opvang die drie plekken heeft gereserveerd voor deze speciale casuistiek

b. Wat werkt goed bij jullie?

Goede samenwerking met medisch specialisten voor moeilijke casus en triage. Goede samenwerking met SLA en CSG . 1 a 2 per week breed overleg

a. Zijn er de knelpunten? Zo ja welke? (logistiek / inhoudelijk/financieel)

- Logistiek:
  Vanwege opschaling bestaat de dreiging tot overbelasting. Het aantal artsen IZB is beperkt en zij doen naast de triage veel andere taken. Het is wenselijk dat de (klinische) beoordeling, testen en insturen diagnostiek zo snel mogelijk over gaat naar reguliere lijnen (via huisarts en de 2e lijn).
  Huisartsen zouden een grotere rol kunnen krijgen in het testen echter was transport monsters en juiste instructie voor diagnostiek lastig in te regelen. Het is het streven om de eerste lijn snel meer te gaan betrekken. Ondersteuning voor kosten en NHG (aansturing) is gewenst.

  Ook het CSG draagt bij tot triage van de diagnostiek bij reguliere bezoekers. Veel van de bezoekers bij CSG voldoen aan de casusdefinitie. Dit kost veel extra tijd, ruimte en inzet van personeel en verstoort de reguliere processen. Het testen kost veel extra tijd.

  No show van aangemelde patiënten. Tot nu toe is er weinig no-show

- Inhoudelijk:
  Mpx is een nieuw ziektebeeld en presenteert zich in vele vormen, maar voornamelijk als SOA. Huisartsen noch artsen IZB zijn goed op de hoogte van de presentatie van de symptomen. We zien nu ook vaker ook complicaties (hevige invaliderende pijn (morfine, bijkomende SOA, lymfadenopathie). Dit kan in de 'teststraat' niet beoordeeld worden. Een klinische beoordeling is nodig. Mpx is geen ziekte die je kunt filteren met een anamnese. Veel van de patiënten zijn personen met seksueel hoogrisico gedrag. Zij hebben vaak aanvullende klachten en diagnostiek en behandeling nodig.
  Nog vele onopgeloste zaken zoals Over uitslag doorbellen en vaststellen wie de behandelaar is en beoordeelt ziekteverloop en doet follow-up? GGD is geen behandelaar

- Financieel
  Alle extra kosten zijn nog niet berekend en verwerkt.

- Zorgen over testbereidheid als breed bekend wordt dat je lang in isolatie moet na een positieve test

2. Hoe hebben jullie op dit moment de diagnostiekafname georganiseerd? Wordt MPX afname geïntegreerd met een SOA consult en testafname voor soa?
   Bij GGD Amsterdam zijn er 2 routes waarop mensen getest kunnen worden voor een test op mpx
   - 'AIZ-route' Extra locatie binnen de GGD (Mpx-only) Sinds 7-6 is er voor patiënten die via de (huis)arts bij IZB aangemeld worden een speciale afname locatie binnen de GGD ingericht waarbij mpx diagnostiek wordt verricht.
     Capaciteit is 8 per dag, ook in het weekend. Komende week wordt een extra kamer ingericht waardoor via deze route 16 personen per dag getest kunnen worden.
     Men wordt wel geadviseerd bij klachten passend bij SOA tevens een afspraak te maken bij het CSG, mits de uitslag negatief is.
   - CSG Bij bezoekers van de Soa-poli is mpx geïntegreerd met een SOA consult. Zie boven.
     Capaciteit is 10 personen per werkdag, maar als nodig wordt er opgeschaald tot max 20 personen

   Wie neemt de testen af?
   Bij CSG wordt getest door personeel van CSG me ondersteuning van iemand van team corona (zier hieronder).

   Voor de 'AIZ route' wordt BIG geregistreerd personeel (van Team corona; teststraat, vaccinatiestraat) ingezet. Zij hebben een dag meegelopen bij CSG en gekeken hoe diagnostiek mpx uitgevoerd moet worden. Iedere dag zijn er een host (ontvangen van personen), een afnemer (arts of vpk) en ondersteuner (vpk of DA) aanwezig om max 8-16 personen te testen op mpx.

   Hoe hebben jullie dit geregeld voor spoed/tijdens het weekend?
   Wij testen wel binnen 24 uur na aanmelding, zodat HR contacten zsm vaccinatie kunnen krijgen.

   De afgelopen drie weekenden is er gebruik gemaakt van de academische ziekenhuizen. Indien aanleiding was voor diagnostiek konden we patiënten

doorverwijzen naar de SEH waar getest werd op mpx. Vanaf 7-6 is er mogelijkheid om 7 dagen per week op de GGD Amsterdam te testen op mpx

a. Ma-vrij via CSG (voor bezoekers van CSG) en van 15:30-19:30 op speciale mpx diagnostiek kamers (AIZ route). Hier kunnen per dag 8 personen gezien worden.
b. Zat-zon via AIZ route van 12:00-17:00 uur

Wat werkt goed bij jullie?
In korte tijd is een capaciteit van 8 tot 18 testafname per dag ingeregeld.

c. Zijn er knelpunten? Zo ja welke? (logistiek / inhoudelijk/financieel)

Logistiek:
De maximale testcapaciteit is op werkdagen 18-22, evt plus overloop in het UAMC.
We bereiden verdere uitbreiding voor: >25-50 en >50, echter het grote knelpunt is bemensing van gekwalificeerd (enigszins getraind personeel).
Routing van afname materiaal, nog lange doorlooptijd 48 uur
Lastig dat het een bsl-2 plus verwekker is met veel hygiene/handling maatregelen

Inhoudelijk
Reguliere IZB en CSG processen worden afgeschaald. Het CSG en team AIZ zijn opgeschaald en er is minder tijd en ruimte voor reguliere taken en projecten. Daarnaast vraagt het inregelen van bijvoorbeeld een extra diagnostiek route veel tijd. Denk hierbij aan bemensing, training van afnemers en borging supervisie.
Hoe wenselijk is een GGD 'teststraat'? Stigma en kwaliteit, Bij de huidige AIZ route wordt op dit moment enkel mpx diagnostiek ingezet. Een klinische blik zoals op de Soa poli ontbreekt. In bijna alle gevallen zijn het wel msm. De kans bestaat dat andere diagnoses gemist worden. We proberen dit te ondervangen door hen middels een brief die zij meekrijgen na het testen te informeren over de mogelijkheid om een afspraak te maken bij de soapoli. Verder hebben we regelmatig mannen met pijnklachten die pijnmedicatie (anders dan paracetamol) nodig hebben. Hiervoor verwijzen we naar de huisarts.

Financieel
Extra kosten zijn nog niet berekend. Extra testlocatie is duur.

3. Hoe hebben jullie op dit moment het BCO (index gesprekken, contactinventarisering en monitoring, evt. clusteranalyse en follow-up) georganiseerd?
   - Team AIZ: In een hele korte tijd zijn er veel (nieuwe) processen voor mpx bestrijding ingericht :triage, diagnostiek afname en uitvoering, bron-en contactonderzoek, monitoring, administratie, data management&uitwisseling, communicatie, training aanvullend personeel en implementatie nieuw beleid.
   - Samenwerking Team corona: Vanaf dag 1 is team AIZ opgeschaald, en heeft personen uit Team corona betrokken bij het inrichten en uitvoeren van het mpx-BCO. Er is veel extra (over)werk verricht in drie weken tijd. Ook het mpx afname bestaat voornamelijk uit collega's van Team corona. De supervisie ligt bij AIZ. De opschaling en flexibele inzetbaarheid van medewerkers uit Team corona is prettig.

- Momenteel nog veel overgenomen van de structuren van Corona BCO. We hebben 8 BCO'ers (die de bellijn bezetten + de uitslag doorbellen naar de indexen + de uitslagen doorgeven aan de huisartsen + het bron- en contact onderzoek + monitoring uitvoeren). Daarbij hebben we een admin + hpzone keyuser, die ons helpen bij alle registratie van casus/queries in hpzone. We hebben ook een contextcoordinator die kan helpen bij clusters analyseren + werkinstructies aanvullen waar nodig. Daarbij hebben we ook 2 floormanagers, die de BCO'ers/admins/CC'ers begeleiden + zorgen dat nieuwe beleid wordt aangepast (in overleg met de artsen). We hebben AIOS die de medische supervisie doen van de BCO'ers en we hebben medisch coördinatoren die de processen beheren/begeleiden (bv. hoe komt monster van de poli bij het streeklab terecht of hoe komt een positieve uitslag via de AIOS bij de admin terecht).
- Samenvatting van de route:
  1. huisarts belt voor overleggen verdenking casus mpx. AIOS neemt telefoon op en doet triage.
  2. Indien hoge verdenking, belt de AIOS de betreffende persoon om een afspraak in te plannen (AIZ route).
  3. De case wordt in een excel registratie gezet + in hpzone als 'probable case'. BCO wordt dan nog niet opgestart.
  4. Als de uitslagen binnenkomt via tel of mailbox, dan stuurt AIOS deze door naar de administratie zodat deze de casus in hpzone om kan zetten naar een case. Zo weet de BCO'er dat deze case moet opgepakt worden.
  5. Start BCO. Als er belangrijke signalen zijn of medisch inhoudelijke vragen, dan nemen de BCO'ers contact op met de AIOS voor overleg. De AIOS is verantwoordelijk voor het bijhouden van de zorgelijke signalen en om hier eventuele acties aan te verbinden (in overleg met supervisor).

     Vanuit het BCO, worden acties in hpzone gezet voor monitoring index, eerste gesprek risico contacten en monitoring van risico contacten. Deze acties worden dan verdeeld door een 'werkverdeler' en zo weet iedereen welke actie zij moeten oppakken.

     Voor het stukje communicatie t.a.v. BCO proberen we zo veel mogelijk te leren en integreren van reeds bestaande structuren/gesprekken van de SOA poli.

a. Zijn er knelpunten? Zo ja welke? (logistiek/inhoudelijk/financieel)
   Logistiek:
   Opschaling vanwege toename aantallen is nodig.
   BCO is zeer arbeids- en tijdsintensief!!!
   Supervisie op een externe locatie van BCO is nog niet ingeregeld. Nu nog intern, maar ruimte gebrek.
   Scenario's voor opschaling BCO team hangen naast verloop uitbraak samen met intensiteit en uitvoering maatregelen voor indexen en contacten.
   Artsen en vpk van team IZB kunnen niet uitgebreid worden. Zij werken op overuren. Kans op overbelasting is groot en er komt vakantie aan met minder bezetting. Taakverlichting voor team IZB is op zeer korte termijn nodig. Omvormen processen kost tijd, en mogelijk ten koste van kwaliteit.

Surveillance en monitoring is knelpunt bij gebrek ook adequate ICT. Daardoor opvangen van signalen en administratie foutgevoelig (geldt voor zowel excel als hpzone).
Veel administratie, door BCO en team AIZ. Veel handwerk: Casusregister, geen automatisch Osiriskoppeling. Geen lab koppeling uitslagen.
Invoer in HP zone; clusteranalyse? Kost veel tijd en supervisie
Interregionale samenwerking nog niet ingeregeld. Wie meldt bevestigde gevallen, vaccineert en monitort contacten in andere regio?

Inhoudelijk
Structurele en reguliere IZB taken staan onder druk.
Wij bellen wel met de index om te vragen hoe het gaat.., de mannen hebben veel ondersteuning nodig
Moeizaam BCO: Dit zijn bekende problemen in de SOA bestrijding bij deze doelgroep.
- Vaak weerstand en veel uitval bij monitoren HR contacten.
- Onduidelijk of indexen zich echt aan isolatie houden.
- Moeilijke disclosure van bron en/of contacten etc.

Huidige maatregelen zijn moeilijk op te volgen en te implementeren door doelgroep. Contacten zijn niet blij met dagelijkse monitoring, maakt hun angstiger. Ook zijn er indexen die liever niet hun contacten willen doorgeven. Wij leveren nu ook maatwerk en kijken iom de soapoli of we gebruik kunnen maken van de tool: anonieme partnerwaarschuwing
Moeilijke casuïstiek: passanten, daklozen. Noodopvang al diverse malen ingezet.
Vraag over proportionaliteit gedwongen isolatie en evt reisverbod staat nog uit.
Dagelijks komen nog vele vragen naar boven: Wanneer is het einde van de besmettelijke periode? Wie bepaalt dat?

4. Hoe hebben jullie de post-expositie vaccinatie georganiseerd?
   a. Zijn er knelpunten? Zo ja welke? (logistiek/inhoudelijk/financieel)

   Er wordt bij het eerst hoogrisico contact gesprek gevraagd of iemand gevaccineerd wil worden. Hier worden geen knelpunten ervaren.

   Inhoudelijk
   Er zijn contacten die achteraf toch klachten hadden ten tijde van de vaccinatie. Zowel client als verpleegkundige dragen MNM.
   Indien er medisch inhoudelijke vragen zijn wordt er met de arts (AIOS) overlegd.

   Financieel
   Extra kosten zijn nog niet berekend

5. Hoe hebben jullie de afstemming met de 1e en 2e lijn ingeregeld?
   - Samenwerking met het academische ziekenhuis is goed. Het UMCA en OLVG zijn beiden aangesloten bij afstemmingsoverleggen die tweewekelijks plaatsvinden. Het beeld wordt daar besproken en in de eerste twee weken is afgestemd hoe diagnostiek in het weekend uitgevoerd kan worden In de eerste weken kon men tijdens de weekenden en feestdagen voor diagnostiek op de SEH van het UAMC terecht. Vanaf 11 juni wordt ook buiten kantooruren en in de weekenden bij de GGD diagnostiek uitgevoerd en wordt in principe geen gebruik meer gemaakt van de capaciteit mpx diagnostiek in de

ziekenhuizen. Aanlopers of bijzondere casus wordt nog wel in het UAMC uitgevoerd.
Intercollegiale consulten met internist-infectioloog, dermatoloog en medisch-microbiologen (zowel CSG als ziekenhuis als labs) is mogelijk indien daar behoefte aan is. Men weet elkaar goed te vinden.
- De 1e lijn wordt schriftelijk geïnformeerd mbt monkeypox (A-ziekte, meldingsroute etc) en nieuwe informatie nav bijvoorbeeld labinfacts, daarnaast is er een webinar georganiseerd en zijn we laagdrempelig bereikbaar voor overleg.

6. Hebben jullie al plannen hoe eventueel op te schalen als aantallen te testen personen en positieve gevallen toenemen?

   Op dit moment wordt er nagedacht over verschillende scenario's. Bijvoorbeeld een externe teststraat (gebruik makende van een coronateststraat) en verdere opschaling mpx-BCO team.

   Maar Mpx is geen corona!!! Naast het uitwerken van scenario's denken we na over het zsm betrekken van 1e lijn mbt het zelf indiceren en uitvoeren van diagnostiek

   Zie je knelpunten? Zo ja welke? (logistiek/inhoudelijk/financieel)

   Logistiek:
   Bemensing:
   Plafond bij team AIZ mbt triage en supervisie is al bereikt. Team AIZ moet nu al op inzet zsm afschalen. Uitvoering huidig inregeling mpx uitbraak voor GGD Amsterdam niet sustainable. Dit is geen kortdurende uitbraak.
   Test indicatie en testen SOA+mpx bij de behandelend (huis)arts. BCO bij de GGD van positives only.
   Isolatie van zieken, passieve monitoring van alle contacten en HR/MR risico contacten vaccinatie via de GGD
   Team mpx-BCO moest al fors opschalen bij deze grote aantallen patiënten 13 juni >60.. Op dit moment wordt er gebruik gemaakt van inzet vanuit team corona. Echter team corona schaalt per 1 juli af, en er wordt meer werkdruk voor corona epidemie verwacht in de zomer/ vroege najaar.

   Zomerperiode
   Met pride maand en verschillende feesten in Nederland en Europa verwachten wij een toename van aantal positieve gevallen.

   Inhoudelijk: Twijfel of de traditionele IZB interventie testen, isolatie, en quarantaine wel effectief is als draagvlak afneemt of ontbreekt bij deze risicogroep.
   Beter advies op maat? Te beginnen met anamnese met motiverende gespreksvoering bij 1e contactmoment bij inspectie en afname diagnostiek. Dan ook direct breder kijken naar SOA. Dit is een effectieve interventie in de SOA bestrijding. Bij positieve MSM dan ook andere effectieve interventie uit de SOA bestrijding inzetten (Onthouding seks, anonieme partner waarschuwing etc). Dit is allemaal expertise van CSG.
   Is 3 weken thuis quarantaine wenselijk als respiratoire transmissie (bijna) niet gezien wordt bij deze uitbraak? 3 weken onthouding seks is beter te accepteren en uitvoerbaar.

Financieel: Verdere opschaling voor diagnostiek en BCO zal geld kosten.

7. Wat zijn voor jullie de grootste uitdagingen voor de zomerperiode?
   - Dit is geen kortdurende uitbraak. Omvallen AIZ en CSG.

   Veel evenementen en feesten (landelijke en Europees) waar makkelijk verspreiding plaats kan vinden. Uitdaging zal het indammen zijn van eventuele (grote) uitbraken.
   - Beleid en richtlijnen moeten aan blijven sluiten bij relatief mild beloop van de ziekte (bijv frequentie en duur monitoring).
   - Alert blijven op de juiste toon van communicatie (stigmatisering, taboe en onrust vermijden). Dit wordt gedaan in samenwerking met onze ketenpartners.

- Welke lessons learned of top uit jullie regio/GGD wil je meegeven?

  - Wees voorbereid. Zeer arbeidsintensieve bestrijding, met specifieke logistieke problemen bij >5 patiënten.
  - Goede samenwerking met 1e en 2e lijn en andere ketenpartners essentieel
  - In gesprek gaan en blijven met de community waarin dit nu voornamelijk voorkomt. Samen met SOA-AIDS Nederland wordt er sinds twee weken nauw samengewerkt om na te denken over het bereiken en informeren van msm. Het creëren van awareness is belangrijk maar wel zonder te stigmatiseren of onrust teweeg te brengen.

8. Heb je nog aanvullende opmerkingen?

   In het algemeen is de samenwerking binnen de afdeling Infectieziekten van de GGD Amsterdam en externen goed. Snelle opschaling in de acute eerste fase is mogelijk gebleken.

   Er is veel werk verricht in drie weken tijd. Opschaling via team corona was een uitkomst. Zonder deze extra buffer van mensen had adequate respons in deze acute eerste fase niet plaats kunnen vinden.

   Inzet op middel en lange termijn van personeel van team corona is onzeker, zeker als corona meer inspanning van de GGD capaciteit eist (testen, vaccineren, afgeschaald BCO capaciteit per 1 juli)

   Naast de artsen en verpleegkundigen die betrokken zijn bij triage en diagnostiek zijn er drie medisch coördinatoren en twee beleidsmedewerkers die op dit moment full time bezig zijn om alle processen rondom mpx te stroomlijnen. Denk hierbij aan logistieke vraagstukken (hoe komen monsters van de ene plek naar de andere plek, hoe gaan we om met dak/thuislozen/huislozen die in Q moeten maar geen verblijfplek hebben, surveillance, etc). Bron- en contactopsporing en Soa diagnostiek zijn reguliere taken maar opschaling bij een nieuwe introductie op deze schaal vraagt veel extra aandacht. Het feit dat er veel mensen betrokken zijn die de processen stroomlijnen is essentieel maar ook heel prettig.
   Een eerste dashboard is in de maak waardoor we hopelijk snel zicht krijgen op verloop binnen onze regio.

   Echter het structureel inzetten van deze capaciteit moet bestuurlijk afgewogen worden. Mpx is geen corona, maar een ziekte waarbij – zoals voortkomt uit het huidige beeld- specialistische SOA kennis nodig is. Waar hoort de bestrijding van deze mpx epidemie thuis? Aiz kan wel

de regie nemen en processen inregelen voor een A ziekte, maar geen inzet voor deze klinische ziekte? 1e lijn? CSG capaciteit? Openingstijden? Aanvullende SOA diagnostiek (met evt proctoscopie) en behandeling via CSG, 1e en/of 2e lijn inregelen?

-

. o