

Intensivvård Kronoberg

Utvärdering av förändrade IVA-platser

2025-06-18

Diarienummer: [Kontakta diariet för nummer]

Pär Lindgren

Chefläkare

Par.lindgren@kronoberg.se

Innehåll

Förändrade IVA-platser från 2024-12-17	3
Bakgrund.....	3
Uppföljning och utvärdering	3
Avvikelser	4
Verksamhet i Ljungby	8
SIR utdataportal	8
Ankomstväg	9
Utskriven till.....	10
Intagningsorsak enligt SAPS 3.....	10
Månadsfördelning	11
DATA från PASIVA	11
Utskrivning till	12
Kliniktillhörighet.....	12
Ankomstväg	13
Vårdplatsutnyttjande	13
Verksamhet i Växjö.....	14
DATA från SIRs utdataportal	14

Grunddata.....	14
Ankomstväg.....	15
Utskrivning till	15
Vårdtid.....	16
Intagningsorsak	16
Huvuddiagnos	16
Månadsfördelning	17
Data från PASIVA.....	17
Utskriven till.....	18
Kliniktillhörighet.....	19
Ankomstväg.....	20
Utnyttjande av vårdplatser.....	21
Sammanfattning	22

Förändrade IVA-platser från 2024-12-17

Bakgrund

Efter tjänstemannabeslut så bedömdes att intensivvårdsplatserna i Ljungby inte på ett säkert sätt över tid kunde bemannas med full kompetens. IVA patienter skulle därför överföras för vård till annan IVA-avdelning och då i första hand Växjö. Denna förändring påbörjades 17 december.

Vid Regionfullmäktiges sammanträde den 24 april togs det fyra beslut om framtidens sjukhusvård i Region Kronoberg. Besluten handlar om nattooperationer, intensivvårdsplatser, intermediärvårdsplatser samt namnbyte på sjukhusen. De fyra besluten om riktningen för sjukhusvården innebär bl a att:

- Region Kronoberg ska ha åtta intensivvårdsplatser, som samlas på Centrallasarettet Växjö.

Uppföljning och utvärdering

Denna rapport innehåller en genomgång av avvikelser i Synergi där rapportör och/eller bearbetare bedömt att det kan finnas ett samband IVA i Ljungby och chefläkare gjort bedömning vad som vid en första genomgång kan ha samband med den förändrade verksamheten vilket efter en noggrannare genomgång identifierade de avvikelser som redovisas i denna rapport.

Uppföljningen innehåller också en beskrivning av de sk stabiliseringspatienterna och de patienter som registrerats i PASIVA/SIR som IVA-patient. Har valt i rapporten att behålla termerna IVA och IVA-patient även om det formellt inte finns intensivvårdsplatser i Ljungby och därmed inte heller några intensivvårdspatienter.

Slutligen en genomgång av IVA i Växjö utifrån patientvolym och patientkaraktär. I denna genomgång finns också en jämförelse mellan 17 dec 2023 – 14 juni 2024 och 17 dec 2024 – 14 juni 2025.

Avvikelser

Sökning gav 38 ärenden. Sökningen har utgått från plats för händelse och/eller ärendehandläggande enhet. Efter genomgång av alla dessa 38 har det identifierats 25 avvikelser som berör 17 separata händelser vilka potentiellt skulle kunna haft samband med förändringen i Ljungby. Dessa avvikelser har gått igenom i Synergi och de 25 enligt ovan beskrivs kortfattat nedan.

1	Handhavande medicinteknisk utrustning under transport mellan sjukhusen. Transporten beror på förändring av IVA resurser men avvikelsen har inget samband med IVA.
2	Anestesisjuksköterska saknas på sjukhus pga transport. Inget hände dock. Transporten kunde möjligen ha hanterats av ambulans men det går inte säkert att säga detta enbart utifrån avvikelsen.
3	Anestesisjuksköterska saknas pga transport. Ingen skada inträffade.
4	Överflyttning önskas men efter gemensam diskussion mellan sjukhusen kvarstannar patienten i slutändan i Ljungby på vårdavdelning Palliation.
5	IVA sjuksköterska kunde inte följa med till akuten pga patient på postop. Ingen uppenbar skada.

6	Planerad till MIMA men transporten försenad och till slut behövdes den inte men genomfördes ändå. Bedömdes att det fanns risk för ny försämring.
7	Fullt på IVA i Växjö. Flytt till Halmstad. Ingen skada. Utifrån avvikelsen inte säkert flytt var nödvändig men det går inte heller att säga att det var ett felaktigt beslut.
8	Olika riktlinjer för noradrenalin på MIMA och IVA Ljungby vilket leder till extra arbete när patienten kommer till MIMA.
9	Flytt till MIMA där man kan se bristande följsamhet till rutin dock ingen skada.
10	2 ärenden om samma händelse. Patient som opererades i Ljungby där riktlinjerna förordar transport till Växjö. Utifrån genomgång var det nog korrekt beslut att operera i Ljungby i kombination med beslut om att inte trappa upp vården vid negativa händelser postoperativt.
11	Operation av ASA 4 som enligt riktlinje skulle ha överförts till Växjö före operation. I avvikelsen står att Växjö inte tyckte patienten skulle opereras. Ingen skada.
12	Patient som skulle flyttas till HIA i Växjö. Transport försenad pga ambulansbrist. När flytten blir av så blir det flytt till IVA vilket förefaller saknas indikation för.

13	2 avvikelser på samma ärende. Patient stannar över natten på postop för övervakning preoperativt men blir inte op. Finns sannolikt ett palliativt inslag med beslut om begränsningar. Enligt avvikelserna hade Växjö tackat nej.
14	5 avvikelser om samma händelse. Fördelning av resurser. Kommentar i avvikelserna att detta hade varit jobbigt även med ordinarie bemanning. Kan dock inte identifiera någon skada men risk har sannolikt förelagat.
15	USK blir själv kvar på postop då sjuksköterska går för att hjälpa till med annan patient på annan enhet. Riktlinjer behöver förtydligas. Dock ingen skada eller risk för skada.
16	2 avvikelser om samma ärende. Patient som opereras i Ljungby. Behöver intensivvård postoperativt och överförs därför till IVA i Växjö. Ena avvikelserna avser avsaknad av rapport och förvarning. Patienten ”dyker” bara upp i V.
17	2 avvikelser om samma ärende. medicinbakjour i Växjö som skrivit. Patient till MIMA där vederbörande bakjour tyckte att patienten skulle till IVA. Det var fullt på IVA i Växjö. Till slut flytt till MIMA. Ingen skada. När väl transporten skedde var MIMA adekvat vårdnivå. Hade IVA haft plats kunde patienten ha förflyttats tidigare.

Det finns några mönster att se i avvikelserna.

Ett antal berör brist på resurser i Ljungby utifrån minskat antal medarbetare i tjänst men man behöver samtidigt komma ihåg att även tidigare fanns behov att av och till se över sina resurser och fördela dem på bästa möjliga sätt. Det går därför inte med absolut säkerhet säga att samtliga har samband med den

förändring som genomfördes 17 december. I två avvikelser saknas anestesisjuksköterska pga transport. Det står inte uttryckligen i båda att transporten berodde på förändringen men sannolikt var det så. Inga problem uppstod under den tid som sjuksköterskan inte var på plats. En händelse där IVA sjuksköterska inte kan lämna IVA. Utifrån avvikelsen kan man inte bedöma om en annan fördelning av resurser hade varit möjlig. Så i grunden en konsekvens i reducering av bemanning på IVA. Inget inträffade pga IVA sjuksköterskan inte kunde följa med till annan enhet.

En avvikelse där sjuksköterskan lämnar IVA och där USK själv kvar på postop. En patient där det hade varit rimligt att sjuksköterska ansvarade för patienten. Inget negativt inträffade dock.

Det finns fyra avvikelser där det finns ett palliativt inslag och behandlingsbegränsningar under vårdtiden. I några av dessa blev patienten kvar i Ljungby. Ser inget tydligt fel i hanteringen men visar på hur viktigt det är med samtal med inblandade kliniker, sjukhus, personalgrupper men även patient och närstående.

En avvikelse handlar om flytt till annan IVA än CLV. Hanterat enligt rutin.

Två avvikelser där ambulansbrist påverkar tidpunkten för transport men inget negativt inträffar i övrigt.

Ett ärende som består av multipla avvikelserapporten för en patient som överflyttas till Växjö efter en operation och behov av intensivvård efter operationen. Delvis brister i följsamhet till riktlinje men ingen risk som drabbar patienten förutom själva transporten.

Sex av händelserna berör genomförda överflyttningar till Växjö. Två av dessa var till IVA och fyra till MIMA.

Utifrån beskrivningarna i avvikelserna så kan ingen vårdskada identifieras.

Verksamhet i Ljungby

SIR utdataportal

Data från SIR under perioden 17/12 2024 till 14/6 2025. Data uthämtade från SIRs [utdataportal](#)

Antal vårdtillfällen 60 antal varav 1 patient har vårdats vid två tillfällen.

Vid 25 % av vårdtillfällen har patienten fått begränsningar dokumenterade under sin vårdtid i Ljungby antingen före IVA eller under tiden som tillbringades på IVA.

Tretton patienter har vårdats med invasiv ventilation dvs respiratorbehandling vilket är en indikation för flytt till annan IVA om inte man bedömer att extubation kan ske i närtid antingen exempelvis en fördröjd extubation efter en operation eller en DT undersökning på röntgen. Eller att beslut om behandlingsbegränsning gör vilket inkluderar att respiratorbehandling ska avslutas.

En patient har vårdats mer än ett dygn. Denna patient var akutopererad och vårdades på IVA preoperativt och sedan postoperativt sammanlagt 30 timmar varav okänd tid var operation. Övriga patienter har en vårdtid som är < 1 dygn vilket är i enlighet med rutin för stabilisering och förflyttning.

Avlidna på IVA 4 patienter och inom 30 dagar 7 patienter (måste gå 30 dagar efter inskrivningsdatum för att denna siffra ska bli komplett). För de fyra som avlider på IVA i Ljungby har det gjorts en översiktlig journalgenomgång. Alla fyra har tillstånd där man inte kan förvänta sig ett annat resultat än att patienten ska avlida. Detta oberoende av tillgång på intensivvårdsplatser eller inte. Ingen av dessa har varit aktuella för överflyttning till annan IVA. För att kunna bedöma om IVA vård skulle ha givits överhuvudtaget krävs en fördjupad analys där man behöver prata med inblandade. Ser dock inget

uppenbart vid den journalgenomgång som gjorts. Ingen analys är gjord på de patienter som avlidit efter IVA men inom 30 dagar efter inskrivningsdatum.

Huvuddiagnos

Diagnos	Antal
KOL	4
Andningssvikt	4
ARDS	3
Influensa	3
Hjärtinfarkt	2
Pneumoni	2
Trauma	2
Koma	2
Astma	2
Hjärtstopp	2

Majoriteten av patienter som vårdats för stabilisering har fått en huvudsaklig IVA-diagnos som tillhör andningsorganens respektive cirkulationsorganens sjukdomar eller symtom. Men pga det lilla antalet patienter så går det inte att göra någon mer utförlig analys.

Ankomstväg

Ankomstväg	
Vårdavdelning	20
Akuten	36
Operation	4

Det största antalet patienter har överförts från akutmottagningen. Här skulle man kunna göra en mer komplett analys utifrån journalgranskning för att se om rutiner och riktlinjer för vilka patienter som ska omhändertas på akuten

kan förbättras. Några av de patienter som kommit från operation har identifierats i avvikelserna och bedöms vara korrekta.

Utskriven till

Utskriven till	
Annan IVA	31
Vårdavdelning	14
Annat sjukhus (ej IVA)	10
Hemmet	2
Avliden	4

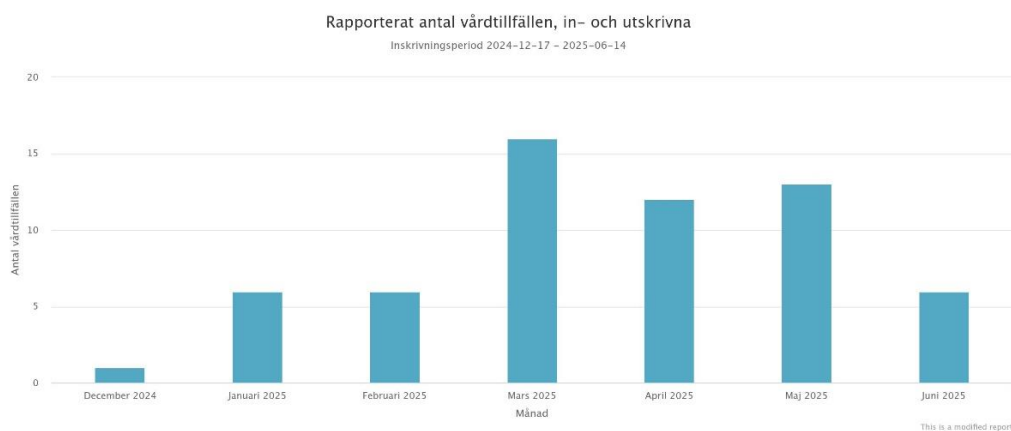
Tanken med stabiliseringsplatser är primärt att förbereda patienter för överföring till andra sjukhus. Två tredjedelar av patienterna har också lämnat IVA Ljungby för att skickas till annat sjukhus. Efter att också gått igenom registreringen i PASIVA så kan man se att en av de patienter som rapporterats till IVA i verkligheten flyttades till MIMA. Fjorton patienter förefaller dock efter kort tid på IVA kunnat skrivas ut till vårdavdelning. Några av dessa sannolikt utifrån begränsningar i behandling och palliativvård men flera har säkert också förbättrats och därför kunnat fortsätta sin vård på vanlig vårdavdelning. Notabelt är också att två patienter skrevs ut till hemmet. De avlidna har kommenterats tidigare i dokumentet. En fördjupad analys av de patienter som överflyttats kan göras av verksamheten för att närmare se om befintliga riktlinjer är adekvata och har följts.

Intagningsorsak enligt SAPS 3

Intagningsorsak enligt SAPS3 (en patient kan ha flera orsaker)	
Respiratorisk	37
Cirkulatorisk	34
Neurologisk	17

SAPS 3 är ett riskjusteringsverktyg för intensivvård. En komponent i riskbedömningen är att bedöma vilka organsystem som sviktar och som är orsak till inskrivningen på IVA. I redovisningen ovan har de tre vanligaste organsystemen valts ut.

Månadsfördelning



Ljungby dec 2024 – juni 2025

Det finns som synes i diagrammet en variation med som mest patienter i mars. Det lilla antalet patienter gör dock att denna variation sannolikt är helt slumpmässig men bör följas över tid.

DATA från PASIVA

(skillnad från data från SIR är att det inkluderar ett pågående vårdtillfälle)

Antal vårdtillfällen är 61 stycken. Enligt denna genomgång är siffran avlidna den samma som via SIR. Begränsningar redovisas här i antalet dvs 15 och är samma siffra som via SIR liksom siffran för respiratorbehandling som är 13 vårdtillfällen.

Utskrivning till

Utskrivning till		korrigerat
Till IVA CLV	29	28
Annan IVA	2	2
Annat sjukhus	10	11
Avliden	4	4
Hem	2	2
Moderklinik (vårdavdelning)	14	14

Genom analys från PASIVA kan man dela upp de som skickats till IVA i Växjö och IVA på annat sjukhus. Som förväntat har de flesta överflyttningarna skett till Växjö. I siffran för annat sjukhus ingår förflyttningarna till MIMA i Växjö men också till vårdavdelning på annat sjukhus än Ljungby. Att siffror är i överensstämmelse är som förväntat eftersom det är via export av data från PASIVA till SIR. Vid kontroll av data från CLV visar det sig att en patient hamnade på MIMA i Växjö och inte till IVA som det registrerats i Ljungby.

Kliniktilhörighet

Klinik	
Barn	1
Kir	14
Medicin	44
Ort	2

Majoriteten av patienter har som förväntat medicinkliniken som hemmaklinik. Det vore intressant att närmare analysera vid senare tillfälle.

Ankomstväg

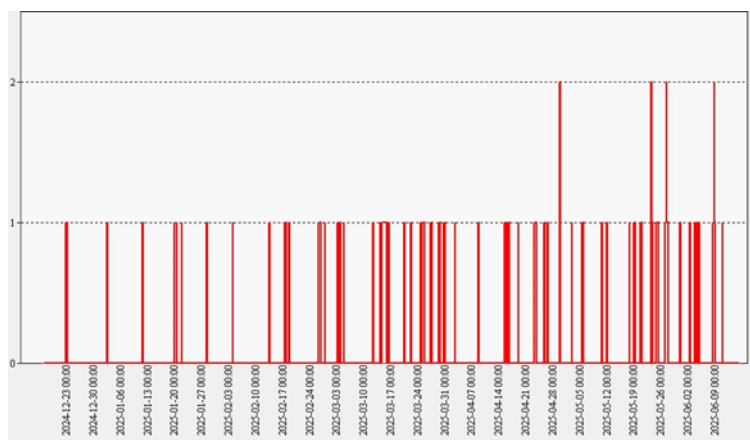
Ankomstväg	
OP	4
Akuten	37
Vårdavdelning	20

Denna visar samma siffror som resultaten från SIR.

Vårdplatsutnyttjande

Vårdplatsutnyttjande	
0 patienter	91 %
1 patient	9 %
2 patient	0,21 %

Orsaken till förändringen var att en osäker tillgång på IVA platser i Ljungby över tid och konsekvensen var då förstås att enbart ett fåtal sk stabiliseringspatienter skulle vårdas innan överflyttning till annat sjukhus. Vi ser nu att 91 % av tiden så vårdas inga patienter på tidigare IVA. Nio procent av tiden en patient och under 0,21 % av tiden 2 samtidiga patienter. Att två patienter vårdas samtidigt har skett vid 4 olika tillfällen. Se även bild nedan.



Verksamhet i Växjö

DATA från SIRs utdataportal

Data har analyserats för att jämföra aktuellt år jämfört med samma period föregående år dvs 17/12 2023 till 14/6 2024 respektive 17/12 2024 till 14/6 2025.

Grunddata

	2024	2025
Antal vårdtillfällen	202	221
Antal patienter	188	204
Avlidna på IVA	11 %	12 %
Avlidna på IVA antal	22	27
Avlidna 30 dagar	20 %	30 %
Avlidna 30 dagar antal	38	55
Invasiv ventilation andel	30	32
Invasiv ventilation antal	60	72

De två tidsperioderna är jämförbara och man kan förutom antalet avlidna inte se någon säkerställd statistisk skillnad. Där ser man ffa skillnad i 30 dagars

mortalitet. Man kan göra en fördjupad analys av detta men bör komma ihåg att antalet är relativt litet vilket gör att slumpen kan spela roll och skillnaden inte behöver vara signifikant. Antalet ökade IVA patienter kan också vara inom slumpmässig variation men behöver följas över tid.

Ankomstväg

Ankomstväg	2024	2025
Från avd	72	75
Från akut	81	81
Från op	12	12
Från annan IVA	25	29

Vi ser i stort samma mönster under de två perioderna. Den ökning som man kunde förväntat sig att se beträffande överflyttning från annan IVA beroende på förändringen i Ljungby märks inte påtagligt i statistiken. Men vid genomgång av PASIVA och jämförelse mellan Ljungby och Växjö så har patienter felregistrerats beträffande ankomstväg. Se nedan i avsnitt om PASIVA för detaljer.

Utskrivning till

Utskriven till (urval)	2024	2025
Till annan IVA	8	12
Vårdavdelning	180	169
Avliden	22	27

Något ökat antal utskrivningar till annan IVA som kan analyseras ytterligare. För att se på indikation till utskrivning medicinska skäl eller resursbrist. Kan också vara en slumpmässig variation. För de avlidna gäller tidigare kommentar.

Vårdtid

Vårdtid	2024	2025
< 1 d	60	84
1 - 3 d	96	87
4 -10	33	37
11 -30	7	12
> 30		1

Ser inte att det har hänt så mycket. Viss ökning av patienter med lång vårdtid och fler patienter med kort vårdtid. Total antalet patienter var också något högre det senare året.

Intagningsorsak

Intagning enligt SAPS 3	2024	2025
Respiratorisk	79	75
Cirkulatorisk	87	90
Neurologisk	50	50

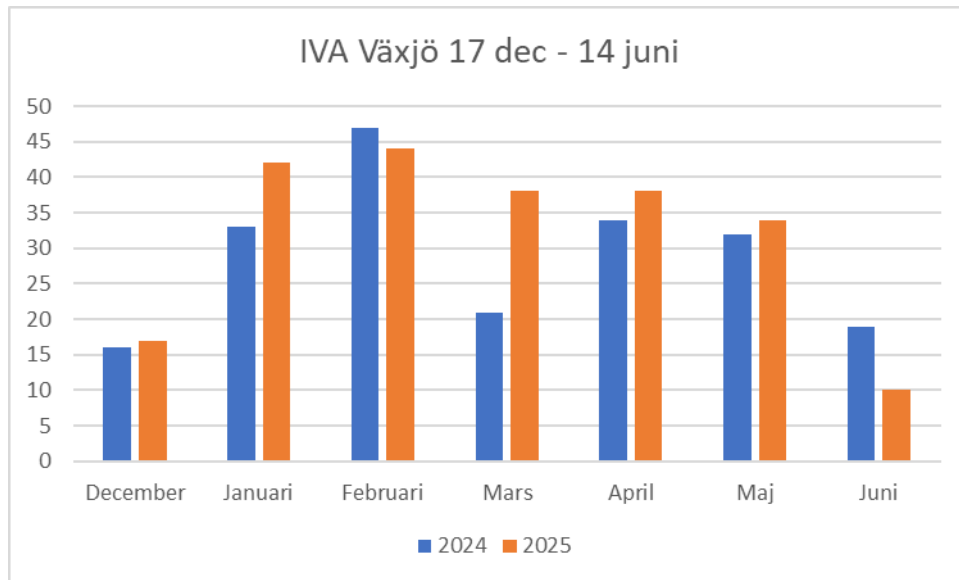
Ingen förändring mellan de två tidsperioderna.

Huvuddiagnos

Huvuddiagnos > 10 vårdtillfällen		
Diagnos	Antal 2024	Antal 2025
Infektion UNS	13	10
Hjärtstopp	12	14
Diabetes	12	9
Pneumoni	11	17
Andningssvikt	10	11

Det är samma diagnosgrupper som ses i de två perioderna.

Månadsfördelning



Växjö jämförelse 2023 – 2024 och 2024 - 2025

Begränsat antal patienter så säkra slutsatser är svåra att dra. Men siffrorna stämmer med de subjektiva beskrivningar som gjorts under våren.

Data från PASIVA

Som tidigare beskrivits så sker rapportering vis PASIVA som sedan automatiskt överförs till SIR. Det finns en skillnad mellan redovisning mellan PASIVA och SIR som beror på att PASIVA innehåller patienter som fortsatt är inskrivna eller snarare administrativt inte komplett utskrivna och därför är kvar i PASIVA men som inte exporterats till SIR. Här redovisas enbart perioden 2024-12-17 till 2025-06-14.

Vårdtillfällen 235 st. Avlidna på IVA var 29. Sextionio patienter hade dokumenterade behandlingsbegränsningar och 77 patienter som fick respiratorvård under vårdtillfället.

Utskriven till

Utskriven till	
IVA Karlskrona	4
IVA Lund	5
Annan IVA	4
Annat sjukhus	7
Avliden	28
Hem	6
Intermediärvård	2
Moderklinik (vårdavdelning)	176

Via PASIVA kan man få en mer detaljerad bild av t.ex. vilken annan IVA avdelning som patienten överflyttades till genom att Karlskrona och Lund har valts ut. Siffran med annat sjukhus kan inkludera patienter som överförs för IVA vård och sedan åkt tillbaka till vårdavdelning i Ljungby. Med tanke vad som visas senare i rapporten att det varit fler tillfällen med högre beläggning så vore det förstås vara intressant att jämföra med tidigare tidsperioder.

Kliniktilhörighet

Klinik	
Akutgeriatrik	3
Barn	13
Infektion	18
Kir	62
KK	1
Medicin	124
Onkologen	1
Ort	9
Psykiatri	1
ÖNH	3

Intensivvård är ffa en plats som handlägger patienter med internmedicinska tillstånd. Eftersom medicin har hand om infektionspatienter på jourtid och denna redovisning utgår från klinik vid inskrivning så kan några patienter som är bokförda på medicin egentligen är infektionspatienter. Detta skulle kunna beräknas genom att jämföra klinik vid inskrivning jämfört vid utskrivning. Intressant observation som kan analyseras ytterligare är att det bara är en patient som är inskriven på onkologen.

Ankomstväg

Ankomstväg		Korrigerat
IVA Karlskrona	4	
IVA Lund	4	
IVA Ljungby	17	28
Annan IVA	7	4
Annat sjukhus	12	6
Intermediärvård	3	
OP	13	
Postoperativ vård	15	
Akuten	87	86
Vårdavdelning	71	

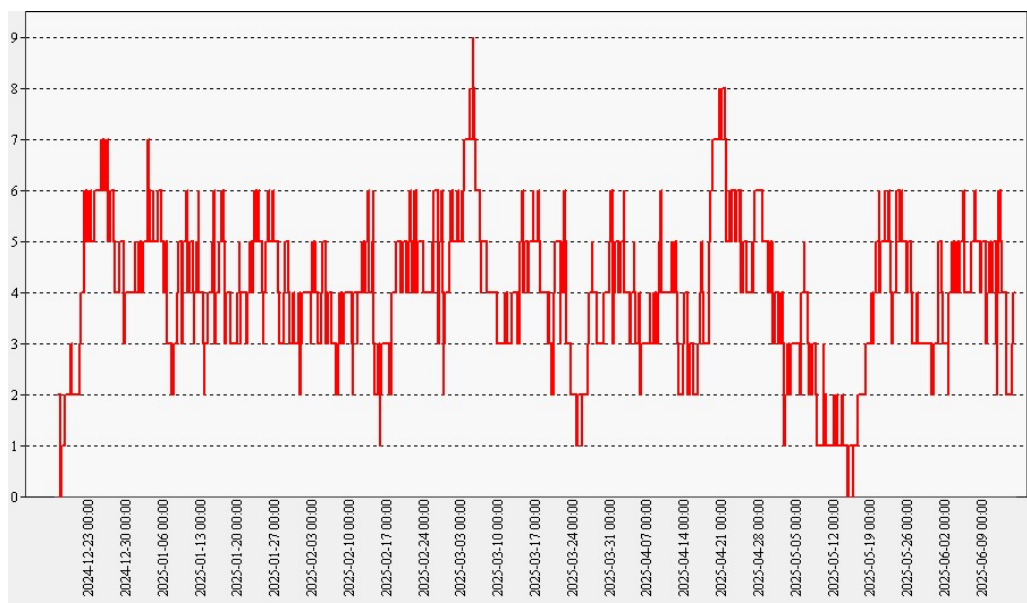
Det som kanske är mest intressant och samtidigt förvånande är att 29 patienter har angivits som utskrivna från IVA Ljungby till IVA Växjö men bara 17 patienter som registrerats som kommande från Ljungby på IVA i Växjö. Bör leda till en mer noggrann genomgång av inmatade registreringar. Efter att denna genomgång är gjord så är det en patient som skrevs ut från Ljungby IVA med destination IVA Växjö som efter bedömning i Växjö lades på MIMA. Växjö har registrerat en patient som kommande från IVA Ljungby men som direkttransporterades från akuten i Ljungby. Det var tänkt att denna skulle till MIMA men pga platsbrist blev det IVA istället. IVA Växjö har registrerat tre patienter som kommande från annan IVA utan att specificera Ljungby, sex som kommande från annat sjukhus, och tre kommande från akutmottagningen som i Ljungby är registrerade som flytt från IVA till IVA i Växjö. Man behöver på båda sjukhusen se över riktlinjer för hur man registrerar.

Utnyttjande av vårdplatser

Vårdplatsutnyttjande		
	2024	2025
0	0,8	0,19
1	11,15	4,5
2	22,8	9,3
3	27	19,7
4	21	30
5	12,6	23,8
6	3,5	9,5
7	0,5	2,4
8	0	0,54
9	0	0,3

Tidigare har en oro lyfts beträffande den låga beläggningen av IVA platserna i Växjö. Enligt dessa siffror har detta förbättrats samtidigt som det är relativt liten tid där alla platser behövs användas samtidigt. Även om antalet platser anges till 8 så är tanken att det ska innefatta förmåga att ta emot nästa patient så optimalt är att inte belägga mer än 6 – 7 platser. Den förändrade målsättningen med 8 vårdplatser är inte heller till fullo genomförd.

Se även bild nedan.



Sammanfattning

Genomgång av avvikelserna visar att det finns händelser som det finns skäl att rapportera som avvikelser. Det finns fortfarande riktlinjer som behöver ses över och kanske förtydligas eller revideras. Ett antal avvikelser berör hur man fördelar de resurser som finns tillgängliga så att det används på bästa möjliga sätt. Finns sannolikt också utrymme för att förbättra transporterna till Växjö med avseende tidpunkt, tillgång till ambulans och medföljande personal. I de händelser där man varit i kontakt med andra sjukhus än Växjö så finns också en risk för fördröjd transport. I avvikelserna så finns också skrivningar som indikerar även om det inte är specifikt det avvikelserna handlar om att ytterligare förbättra process och samtal kring behandlingsstrategi. Vid genomgång av avvikelserna kan ingen patient som drabbats av vårdskada identifieras. Dock är inte alla synergisärenden färdigbearbetade men sannolikt kommer inte det att förändra denna bedömning.

Beträffande verksamheten på stabiliseringsplatserna så har man enligt registreringarna ingen patient i över 90 % av tiden och 2 patienter bara vid fyra tillfällen som utgör 0,21 % av tiden. Antalet patienter som behövt stabilisering

under sex månaders perioden är 60 dvs i genomsnitt 10 i månaden. Vid uppdelning per månad ser man en variation mellan olika månader.

Eftersom vi har 17 händelser där det skrivits avvikelser och alla avvikelser inte har anknytning till någon specifik patient som vårdats för stabilisering så kan vi nog ändå dra slutsatsen att majoriteten av stabiliseringspatienterna hanterats utan avvikelse från planerade rutiner.

Beträffande IVA i Växjö ser man en viss ökning av vårdplatsutnyttjande vilket var både förväntat och önskvärt. I övrigt är siffrorna från de två jämförda tidsperioderna ganska likvärdiga. Vi ser en viss felregistrering av ankomstväg i Växjö för patienter som flyttats från Ljungby.

Denna första utvärdering har visat på att verksamheten i stort har fungerat enligt förväntan. Det finns fördjupade analyser som kan göras av denna tidsperiod men också behov av fortsatt uppföljning där man också kan behöva göra internkontroll av inmatade data. Avvikelsehanteringen förefaller fungera tillfredsställande men även här bör man fortsätta att göra sammanställningar.