

**PAYMENT FOR PERFORMANCE.** Julafton för ekonomiskt sinnade läkare? Ett effektivt sätt att höja kvaliteten i vården? Nu skall »payment for performance« (P4P), ett ersättningsystem som belönar vårdenheter efter resultat, testas i Sverige. I USA och Storbritannien har P4P fått stor spridning, men någon entydig dokumentation för att styrsystemet lyfter standarden finns inte.

TEXT: BJÖRN RAMEL



strin, säger Bodil Ericsson från Sveriges Kommuner och landsting, koordinatör för projekten.



**Någon enhetlig definition av P4P finns inte. Ibland**

»Alla kan bli vinnare«, tror Bodil Ericsson på SKL.

belönas de som når goda resultat, andra gånger finns även piskor inbyggda i form av avdrag för dem som lyckas sämst. I vissa fall är det ekonomiska lockbetet att kvaliteten skall förbättras, oavsett utgångsläge, i andra fall handlar det om att uppnå specifika mål.

I Storbritannien lanserades P4P, eller Quality and outcomes framework (QoF) som det kallas där, år 2004 för nästan alla familjeläkare. Systemet ger bonus för uppnådda resultat, som ett komplement till grundersättningen, baserad på kapitation. QoF står för mellan 25 och 30 procent av den samlade intäkten och har gett ett betydande ekonomiskt lyft – i genomsnitt med 23 procent. Omvänt har kostnaderna för staten ökat mer än förväntat och regeringen har övervägt att införa ett tak på den resultatbaserade delen.

– Innan QoF infördes var många familjeläkare hårt belastade och redo att sluta. Därför krävde British Medical Association, BMA, mer pengar och det gick regeringen

## Betalt för resultat

**E**n åldrande befolkning, ökade sjukvårdskostnader och ett växande gap mellan resurser och möjligheter. Politiker i många länder söker svar på samma fråga: Hur kan kvaliteten och effektiviteten i vården öka? Och vad kan göras för att minska regionala skillnader i behandlingsresultat?

»Payment for performance«, lyder ett allt vanligare svar.

Tanken är, enkelt uttryckt,

att med ekonomiska incitament få läkare och annan vårdpersonal att arbeta mer evidensbaserat, att belöna kvalitet snarare än kvantitet.

**Intuitivt tilltalande?** För patienten är det nog mindre intressant att vårdgivaren får betalt efter antal besök eller operationer än efter resultatet – att infektionen läkt ut eller att en ny höft faktiskt fungerar.

Först att introducera P4P

var USA, följt av Storbritannien. Nu ligger även Sverige i startgroparna med två pilotprojekt, ett i nordöstra Skåne, det andra förmodligen i Mälardalen. De vänder sig i huvudsak till primärvården och samfinansieras av staten och Läkemedelsindustriföreningen. Målet är att se om kvaliteten i diabetes- och hjärtsviktsvården kan höjas genom en ekonomisk bonus.

– Alla kan bli vinnare, patienterna, vården och indu-

**TABELL.** Exempel på kvalitetsindikatorer inom det brittiska systemet Quality and outcomes framework. Varje poäng ersätts med en viss summa pengar. Indikatorerna är uppdelade i tre domäner. Förutom den kliniska, som exemplen nedan hämtats från, finns en som rör organisation (för mediciner, utbildning, patientinformation, arkiv etc) och en för patientupplevelser.

Indikator	Maximal poäng
<b>Sekundärprevention vid kranskärslsjukdom</b>	
<i>Registrering</i> Praktiken kan producera ett register över patienter med kranskärslsjukdom.	4
<i>Diagnostik och inledande behandling</i> Andelen patienter med nydiagnostiserad angina (diagnostiserad efter visst datum) som remitterats till arbetsprov och/eller bedömning hos specialist.	7
<i>Pågående (eller fortsatt) behandling</i> Andelen patienter med kranskärslsjukdom för vilka det finns en journalanteckning gällande blodtryck de senaste 15 månaderna.	7
Andelen patienter med kranskärslsjukdom för vilka det senast uppmätta blodtrycket (taget de senaste 15 månaderna) är 150/90 eller lägre.	19
Andelen patienter med kranskärslsjukdom för vilka det finns en journalanteckning gällande total kolesterol de senaste 15 månaderna.	7
Andelen patienter med kranskärslsjukdom för vilka det senast tagna total-kolesterolvärdet (taget de senaste 15 månaderna) är 5 mmol/l eller lägre.	17
Andelen patienter med kranskärslsjukdom för vilka det registrerats att de under de senaste 15 månaderna tagit ASA, en alternativ trombocytageragationshämmare, eller annan typ av antikoagulantia (såvida inte kontraindikation eller biverkning registrerats).	7
Andelen patienter med kranskärslsjukdom som för närvarande behandlas med betablockerare (såvida inte kontraindikation eller biverkning registrerats).	7
Andelen patienter med tidigare hjärtinfarkt (diagnostiserad efter visst datum) som för närvarande behandlas med ACE-hämmare eller angiotensin II-antagonist.	7
Andelen patienter med kranskärslsjukdom för vilka influensavaccinering registrerats under den föregående perioden 1 september–31 mars.	7
<b>Depression</b>	
<i>Diagnos och inledande behandling</i> Andelen patienter i registret för diabetes och/eller kranskärslsjukdom för vilka kontroll för depression gjorts vid ett tillfälle under de senaste 15 månaderna enligt två standardiserade screeningfrågor.	8
Andelen av de patienter med nydiagnostiserad depression, registrerad under den föregående perioden 1 april–31 mars, som vid starten av sin behandling fått svårighetsgraden skattad med ett utvärderingsverktyg validerat för primärvården.	25
<b>Rökning</b>	
<i>Pågående behandling</i> Andelen patienter med någon av eller någon kombination av följande tillstånd: kranskärslsjukdom, stroke eller TIA, högt blodtryck, diabetes, KOL eller astma, vilkas status vad gäller rökning noterats under de senaste 15 månaderna. Undantag för de som aldrig har rökt, för vilka rökningensstatus bara behöver registreras en gång efter diagnos.	33
Andelen patienter med någon av eller någon kombination av ovanstående tillstånd, som röker, för vilka det registrerats att de under de senaste 15 månaderna erbjudits råd om rökavvänjning eller, där det finns tillgängligt, remitterats till specialist för detta.	35

**Läkaren – eller kliniken om flera arbetar tillsammans – rapporterar resultaten och för varje indikator tilldelas en viss poäng allt efter hur väl målen uppnåtts.**

.....  
flera arbetar tillsammans – rapporterar resultaten och för varje indikator tilldelas en viss poäng allt efter hur väl målen uppnåtts. Det kan handla om huruvida kliniken för ett register över alla patienter med cancer eller inte (se Tabell för fler exempel). Maximalt utdelades 1 050 poäng år 2004 och varje poäng ersättes med 76 £ (för 2005 fick de 125 £).

En undersökning från 2004, nyligen publicerad i New England Journal of Medicine, visade att familjeläkarna i genomsnitt uppnådde 96,7 procent av de kliniska poängen – mot förväntade 75 procent. Enligt Millington har siffrorna härefter förbättrats ytterligare. Samtidigt har kraven höjts och nya indikatorer tillkommit.

**Men har vårdens kvalitet** också förbättrats? Det har den, misstänker Martin Roland, professor i allmänmedicin vid universitetet i Manchester och en av dem som forskat mest kring effekterna av QoF.

– Våra mätningar från 1998 och framåt visar att kvaliteten förbättrats successivt och snabbare efter QoF än förut. Det är ingen tvekan om att systemet påverkar läkarnas beteende – de arbetar för att få fler poäng. Effekterna av det prestationsbaserade ersättningssystemet är dock relativt begränsade och varierar. I områden med låg socioekonomisk status är effekterna mindre än i de mer välbärgade, säger han.

De geografiska skillnaderna var emellertid små. Och Martin Roland tror inte att systemet ökat skillnader i hälsoläget mellan olika områden.

– **Men egentligen** vet vi ganska lite om den samlade effekten. Systemet introducerades tyvärr rakt över hela landet på

med på under förutsättning att en prestationsbaserad ersättning infördes. Vi sa ja eftersom vi var säkra på att våra läkare levererar en god vård och arbetar evidensbaserat. Regeringen gjorde en annan bedömning och därför

ökar kostnaderna nu, säger Linda Millington, presschef på BMA.

**De brittiska familjeläkarna** driver egna företag och det står dem fritt att arbeta under QoF eller inte. Enligt Millington

har dock nästan samtliga sagt ja. QoF innehåller en lista med ett 140-tal kvalitetsindikatorer som täcker värden för 10 kroniska sjukdomar, men också vårdens organisation och patienternas upplevelser. Läkaren – eller kliniken om

**PAYMENT FOR PERFORMANCE**

en gång utan att det fanns en baslinje att jämföra med. Dessutom finns det kvalitetsaspekter på vården utanför de områden som nu registreras, säger han.

Ett annat problem som Roland och andra lyfter fram är riskerna för så kallad gaming, det vill säga att läkare uppnår högre poäng genom att exkludera patienter som irrelevanta utifrån vissa kriterier. Som regel är detta helt rimligt och enligt regelboken – till exempel en terminalt cancersjuk patient som inte fått sitt kolesterolvärde kontrollerat. I andra fall kan det dock handla om fusk för att dryga ut inkomsterna.

– Våra mätningar tyder på att sex procent exkluderas, och det tycker jag nog egentligen verkar ganska okej, säger Martin Roland.

För att motverka missbruk gör beställarna slumpmäs-

**»Alla tvingas arbeta systematiskt. Men för många är det små förändringar eftersom de redan arbetade så från början.«**

ga kontroller av klinikerna. Resultaten av dessa är emellertid, i motsats till klinikerens resultat för de olika indikatorerna, inte offentliga.

QoF har även inneburit ökade utgifter för läkarna i form av ny teknik och extra personal som skall sköta den administrativa bördan. Utöver kostnadsspiralen för staten, bristen på evidens och riskerna för fusk har en del läkare invänt mot tendensen att »byråkratisera medicinen«, att begränsa det kliniska rådrummet samt att yrkesetiken undermineras genom ökat fokus på populationen snarare än på den enskilda patienten. Men centralt inom det brittiska läkar-

förbundet är man nöjda.

– Nu får vi betalt för att göra sådant som verkligen minskar sjuklighet och dödlighet. Alla tvingas arbeta systematiskt. Men för många är det små förändringar eftersom de redan arbetade så från början, säger Laurence Buckman, familjeläkare och vice ordförande i General Practitioners Committee inom BMA.

**I USA har P4P** fått ett ganska stort genomslag. Både offentliga och ca hälften av alla privata sjukvårdsförsäkringsbolag använder systemet. Men drivkrafterna tycks något annorlunda än i Storbritannien. USAs sjukvård är i grunden marknadsbaserad och på senare år har kostnaderna rusat i höjden med årliga ökningar på runt 8 procent.

Problemet avspeglas i utformningen av P4P-syste-

men på flera håll: de som lyckas bäst belönas ekonomiskt, de som presterar sämst straffas med avdrag. Tyglarna har stramats åt.

**Men fungerar det?** I en ledarcommentar i New England Journal of Medicine i början av året skrev Arnold Epstein från Harvarduniversitetet att det finns en uppenbar rationalitet bakom P4P, men att det vetenskapliga stödet är magert. Bara en studie har undersökt kostnadseffektiviteten, data kring effekten varierar och vissa studier har observerat förbättringar i dokumentationen – utan klara förändringar i underliggande vårdkvalitet. Ändå sprids ersättningssystemet.

Om Payment for performance var en terapi, skulle dess snabba utbredning ha betraktats som prematur, sammanfattar Epstein. ■

## »Datorn viktigare än patienten«

**Londonkliniken har uppnått samtliga QoF-poäng. Vissa patienter har nog också blivit bättre behandlade. Men Lisbeth Gruner Hanson är inte nöjd med den målrelaterade ersättningen.**  
– Ibland upplever jag att datorn är en kassaapparat som vi ägnar mer tid än patienten, säger hon.

Danska Lisbeth Gruner Hanson har arbetat tio år som familjeläkare på en klinik i Islington – ett område i norra London med blandad befolkning. Fem läkare delar på runt 8 000 patienter och hon trivs i grunden med jobbet.

Men det har förändrats med QoF. Personalstyrkan har utökats. Ett datoriserat system har införts som automatiskt skickar kallelser, och påminner patienter som måste komma på QoF-relaterade kontroller. Dagen före besök får de ett SMS för att de inte skall glömma.

– Det tar egentligen bort en

del av patientens ansvar för sin sjukdom, säger hon.

**Men kommer de inte** kan kliniken förlora poäng och pengar. Samtidigt har Lisbeth Gruner Hanson intryck av att kliniken får in färre patienter med akuta bröstsmärtor.

– Det kan bero på att vi blivit bättre på att kontrollera, följa upp och behandla sådant som högt blodtryck och förhöjda blodfetter.

Som regel sker det med medicin och mindre med livsstilsförändringar. Det sistnämnda tar längre tid och kan ge poängavdrag.

En annan förändring är att patienter måste erbjudas läkartid inom 48 timmar. Men den viktigaste omställningen ligger på det mentala planet.

– För mig är det inte längre tillräckligt att behandla det patienten söker för, jag har också en egen agenda. Datorn påminner hela tiden om sådant som inte blivit gjort. Det kan handla om att informera



Lisbeth Gruner Hanson.

om rökavvänjning, erbjuda influensavaccin eller, om patienten är kroniskt sjuk, ta vissa prov.

**– Vi har många med** psykiska sjukdomar och en del kriminella. Mitt mål är att hjälpa dem att hålla sig på rätt kurs, att undvika katastrofer. Inte att de har ett välreglerat blodtryck. Men det sistnämnda får vi poäng för, det är utan tvekan en konflikt. Vi måste ju få in pengar, t ex för att ha en kurator anställd. Det ger inga poäng, men vi tycker det är en viktig hjälp att erbjuda.

Det mätbara blir det viktiga,

inte helheten. Kontakten till patienten förändras.

– När jag undervisar medicinstudenter talar jag mycket om patientfokus. Men regeringen tillåter mig inte riktigt att leva som jag lär.

Enligt BMA har QoF inneburit ett ekonomiskt lyft för de flesta läkare. Men inte för Lisbeth Gruner Hanson, trots klinikens fulla poäng. För att stoppa utgiftsspiralen får patienterna med jämna mellanrum ett brev från myndigheterna där de skall bekräfta att de är listade vid en klinik. De som inte svarar stryks – plus för staten, minus för kliniken.

– Många av våra patienter talar dålig engelska och slänger breven. På det sättet har vi förlorat cirka 1 000 patienter.

Lisbeth Gruner Hanson menar att hon inte är ensam med sitt missnöje.

– Jag känner bara till en kollega som är riktigt nöjd. Resten är kritiska.

**Björn Ramel**



# Regeringen och Lif finansierar svenska P4P-försök

**Inte oproblematiskt – men värt att prova. Så tycks bedömare som Läkartidningen talat med se på »payment for performance«-försöken i Sverige. Regeringen och Läkemedelsindustriföreningen, Lif, skjuter vardera till 7,5 miljoner kronor.**

Nog klagas det över svensk sjukvård. Men generellt håller den hög kvalitet. I ett internationellt perspektiv är den också kostnadseffektiv. Det har i princip uppnåtts utan att läkare eller annan vårdpersonal haft ekonomiska incitament för att göra sitt bästa. »If it ain't broke, don't fix it«?

– Det huvudsakliga problemet idag är fokuseringen på produktion snarare än på resultat. Därför är det viktigt att prova nya modeller, säger Bo Lindblom, chef för Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning. (Se Socialstyrelsens lägesrapport i Faktarutan på nästa sida för ett konkret exempel på avvisidorna.)



**Bo Lindblom, Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning.**

delar Lindbloms inställning. Politiskt verkar det inte heller vara kontroversiellt att testa nya ersättningsmodeller. Tanken stöds av den nya regeringen och av socialdemokraterna.

**Landstingen kan idag själva utforma hur ersättningen skall se ut.** Formerna varierar över och innanför länsgränserna. I primärvården förekommer ofta en fast del baserad på antalet listade patienter (kapitering) och en rörlig del per besök. På senare år har nya modeller med inslag av mål och prestationer provats. Halland har infört en vårdpeng – ju färre patientbesök utanför närsjukvården, desto lönsammare för vårdgivaren där patienten är listad. I Stockholm har vissa specifika aktiviteter ersatts, som medverkan i diabetesregistret, eller uppnådda mål, som tillgänglighet.

Men enligt Bo Lindblom har försöken ofta skett ad hoc och utan en systematisk analys. Därför måste försöken som rör P4P utvärderas ordentligt, menar han. Det blir en av Socialstyrelsens uppgifter.

Att en bransch som i övrigt vinnlägger sig om att vara evidensbaserad vet så relativt lite om effekterna av ekonomiska styrmedel kan tyckas lite märkligt.

**»Tanken är att belöna förbättringar, inte uppnådda mål. ... I princip kommer det att handla om att registrera patienter och att aktivt använda data.«**

– Vetenskapligt är det ett svårångat område. Dessutom har intresset inte varit så stort, kommenterar Lindblom.

**I den skånska delen** av P4P-projektet skall runt 20 vårdenheter, både privata och offentliga, delta. Den ekonomiska bonusen gäller behandling av hjärtsvikt och användning av Riksvikt, ett fyra år gammalt nationellt register. Registrets senaste årsrapport visar att anslutningen ännu är relativt låg och att många patienter inte får rätt behandling, trots tydliga nationella riktlinjer.

– Tanken är att belöna förbättringar, inte uppnådda mål, säger Bodil Ericsson från SKL. Vilka indikatorer som skall mätas avgör registerhållarna och lokala representanter. I princip kommer det att handla om att registrera patienter och att aktivt använda data. Dessutom är patientens uppfattning viktig.

Regeringen och Läkemedelsindustriföreningen, Lif, skjuter vardera till 7,5 miljo-

ner kronor. SKL står för extra personal som det administrativa merarbetet kräver.

Idén till projektet väcktes av Lif under de trepartssamtal (industrin, hälso- och sjukvården samt olika myndigheter) som den tidigare regeringen initierade för att stärka den svenska konkurrenskraften. En konklusion från samtalen var att ökat kvalitetsarbete i den svenska hälso- och sjukvården är en förutsättning för en framgångsrik läkemedelsindustri.

– För oss är det intressant att de läkemedel som ger bäst behandlingsresultat får en större användning, säger Anders Blanck, vice VD för Lif. När det gäller hjärtsvikt kan sannolikt en stor del av patienterna nå behandlingsmålen med generiska preparat, men för vissa patienter krävs nya läkemedel. Då kan det behövas en ekonomisk premie för att jobba lite extra med dem. Payment for performance-modellen kan tydligare visa på värdet av dessa nya läkemedel för vården och för patienten.



**Anders Blanck, Läkemedelsindustriföreningen.**



**PAYMENT FOR PERFORMANCE**

**FAKTA Payment for performance – två projekt i Sverige**

- Projekten är riktade mot behandlingen av diabetes typ 2 och hjärtsvikt, främst i primärvården. Tanken är att med ekonomiska incitament stimulera till bättre behandlingsresultat, bland annat genom att öka användningen av Riksvikt och Nationella Diabetesregistret. Ett syfte är också att skapa ett underlag för en diskussion kring vårdens ersättningsystem.
- Deltagande vårdenheter kan, utöver ordinarie ersättning, få maximalt 50 000 kr/år i bonus beroende på uppnådda behandlingsmål i förhållande till kvalitetsindikatorer – exempelvis besöksfrekvens och målvården – men också för registrering och deltagande i kvalitetsregister. Indikatorerna skall tas fram av en lokal projektgrupp tillsammans med en expertgrupp.
- Projekten är tänkta att löpa över tre år. Det ena är lokaliserat till nordöstra Skåne, det andra kommer förmodligen att placeras i Stockholmsregionen. Totalt beräknas 60 vårdenheter – privata och offentliga – delta: två sjukhuskliniker och resten vårdcentraler.
- Payment for performance förekommer i Storbritannien och USA. Idén att testa modellen i Sverige lanserades av Lif under de branschsamtal som den tidigare regeringen initierade. Samtalen var ett led i målet att göra Sveriges ekonomi till Europas mest konkurrenskraftiga, dynamiska och kunskapsbaserade.

Källor: Lif, projektplaner samt Bodil Ericsson, SKL.

**Handlar det inte bara om att ni vill att vården skall förskrivna fler läkemedel?**

– Nej, projekten handlar om att förbättra alla delar av vården. Men om vården mäts på kvalitet i form av behandlingsresultat finns även en morot för industrin att ta fram bättre mediciner. Dessutom kan samarbetet mellan vården, industrin och akademien i förlängningen stimuleras.

**Få lär ha invändningar mot att kvaliteten i vården ökar. Men går det att mäta kvalitet på ett adekvat och rättvist sätt?**

– Det är förstås den svaga punkten. Här finns en risk för »gaming« som man sett i England, men också för att områden som inte mäts nedprioriteras, säger Bo Lindblom.

– Nyckelfrågan är hur god vård definieras. Det kan handla om sådant som patientsäkerhet, jämlikhet och effektivitet. Jag tror att kvalitet måste mätas mångdimensionellt. Men något enkelt koncept finns inte och all fokus på kvalitet just nu framstår som något slags religion.

**Dessutom betvivlar Lindblom**

att satsningar på kvalitet och effektivitet räcker för att överbrygga gapet mellan vad som kan göras inom vården och vad samhället har råd med. Men den andra lösningen, att prioritera och begränsa vården, är politiskt svårare att gå fram med, anser han.

**Tillkomsten av nationella register är ett led i denna strävan efter kvalitet och effektivitet. Men vilka belägg finns för att registren förbättrar behandlingen?**

**Ur Socialstyrelsens lägesrapport för hälso- och sjukvården 2006**

»Här i Borås vill man införa en regel att ingen patient får ha längre läkartid än 30 minuter. Orsaken till detta är i första hand ekonomisk, det gäller att få in pengar till vårdcentralen, och då får det medicinska innehållet i vården tyvärr stryka på foten. En 70-årig deprimerad kvinna som gör en timmes förstagångsbesök i primärvården genererar i Västra Götaland en inkomst till vårdcentralen på 350 kronor. En enkel provtagning att göra i denna ålder för vanliga somatiska sjukdomar såsom hypotyreos, hyperparatyreoidism, vitamin B<sub>12</sub>-brist, diabetes och malign tumörsjukdom kostar 350 kronor. Inkomst för vårdcentralen noll kronor! Hade doktorn i stället tagit emot fyra personer med lite hosta och feber sedan något dygn tillbaka så hade detta genererat en inkomst på 1 400 kronor. Med andra ord – det ekonomiska ersättningsystem som används i primärvården i delar av landet bidrar till en snabbt sjunkande vårdkvalitet när det gäller de stora folksjukdomarna!«

– Det är svårt att säga. Vi kan ju inte göra några randomiserade studier, säger Lars Wallentin, kardiologiprofessor i Uppsala och ansvarig för Riks-HIA. Men arbets sättet ute på klinikerna har förändrats, särskilt sedan registret blev öppet. Och under RiksHIAs tio år har dödligheten på sjukhusen efter en hjärtinfarkt halverats. De sjukhus som arbetar aktivt med registren har lägre dödlighet.



Lars Wallentin, kardiologiprofessor.

Hur bonusen i P4P-projekten – maximalt 50 000 kronor per år – fördelas får varje vårdenhet själv avgöra, enligt Bodil Ericsson.

**Är det rimligt att läkare får extra betalt för att göra sitt jobb?**

– Det finns ackordlösningar på hela arbetsmarknaden. Skillnaden för oss i vården är att det riskerar att gå ut över patienterna. Därför är det avgörande att effekterna av nya modeller utvärderas, säger Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund.

**Björn Ramel**

**Möjligt för sjukhus ta över läkemedelsdistributionen**

Sjukhusen behöver inte längre köpa läkemedel via Apoteket AB. Det är det troliga beskedet från delbetänkandet om sjukhusapoteken, som presenterades av apoteksmarknadsutredningen den 27 augusti, efter denna tidnings pressläggning. Från den 1 juli 2008 blir det möjligt för sjukhusen att vända sig till vilken leverantör man vill för att sköta distributionen av läkemedel till slutenvården, enligt uppgifter i medierna. I dag ligger dessa inköp på cirka fem miljarder kronor årligen.

Anders Dahlqvist, ordförande i Läkarförbundets läkemedelsråd, välkomnar konkurrensbeskedet för att det ger förutsättningar för andra att komma in på marknaden. Ändå tror han inte att beslutet får så stora konsekvenser.

– Man måste släppa marknaden fri. Nu blir det möjligt för landstingen själva att driva sjukhusapotek. Med den regionalisering som sker kan det också bli aktuellt med samverkan mellan t ex större sjukhus, säger Dahlqvist. ■

**Apoteket AB ökade resultatet**

Första halvåret 2007 ökade Apotekets rörelseresultat till 330 miljoner kronor, en ökning med 170 miljoner kronor jämfört med samma period förra året. Försäljningen av egenvårdsprodukter ökade med 12,7 procent och den avtalsbaserade försäljningen till landsting och kommuner med 12,1 procent. ■

**Hjärnforskningsinstitut invigs**

Den här veckan invigs Stockholm Brain Institute (SBI). Institutet ska bedriva forskning inom kognitiv neurovetenskap och biologisk beräkningslära via modern hjärnabildningsteknik och avancerad matematisk modellering. Dessutom har man tillgång till databanker, t ex Tvillingregistret. Framför allt fokuseras på lärande och minne, agerande och känsel samt emotioner. Detta ska studeras utifrån utveckling och åldrande, könsskillnader samt sjukdomar i hjärnan. Målet är att utveckla biomarkörer för diagnostik samt nya behandlingsprinciper. Tio svenska forskargrupper är knutna till SBI, som är ett samarbete mellan Karolinska institutet, Tekniska Högskolan och Stockholms universitet. ■