# DEKLARATION för bedömning av jäv, intressekonflikter och andra bindningar för patient- och närståendemedverkan inom Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

Eftersom förekomsten av jäv kan skada tilltron till resultatet av ditt uppdrag har styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) beslutat att nedanstående jävsförhållanden ska deklareras för alla som deltar i:

* styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS)
* beredningsgrupp
* nationellt programområde (NPO)
* nationell samverkansgrupp (NSG)
* nationell arbetsgrupp (NAG)

Din deklaration kommer att ligga till grund för bedömning av risken för jäv enligt kommunallagen och förvaltningslagen.

### Personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn: |  |
| Efternamn: |  |

### Uppdrag

#### Deklarationen gäller mitt uppdrag som:

|  |
| --- |
|  |

### 1. Ingår du i en patientförening?

Ja

Nej

### 2. Om svaret på föregående fråga är Ja:

1. **Vilken?**
2. **Har den eller de föreningar du representerar ekonomiska relationer till läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för gruppens verksamhetsområde alternativt har sådana relationer funnits de senaste fem åren?**

Ja

Nej

**c)) Med vilka läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för gruppens[[1]](#footnote-1) verksamhetsområde har den eller de organisationer du representerar ett ekonomiskt samarbete?**

**d) Vilken typ av samarbete rör det sig om (till exempel bidrag till aktiviteter/projekt etc.)?**

**e) Ungefär hur stor omfattning har det ekonomiska samarbetet i kronor?**

**f) Hur mycket omsätter den centrala organisationens** verksamhet **totalt i den eller de patientföreningar du representerar?**

Redovisningen lämnas på bifogad blankett (bilaga 1)

**Uppgifter om representanten:**

Har du personligen några privata, professionella eller kommersiella relationer till läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för gruppens verksamhetsområde alternativt har sådana relationer funnits de senaste fem åren?

Ja, jag har sådana relationer (redovisas nedan).

Nej, jag har inga sådana relationer.

**Släktskap eller nära relationer till person i företag**

**Anställning/arvoderade uppdrag**

**Andra personliga finansiella intressen (aktier i företag, lån i företag eller annan typ av ekonomisk bindning till företag eller intressent~~er~~ ekonomisk bindning till företag eller intressenter)**

**Andra personliga relationer, bindningar eller intressekonflikter med avseende på uppdraget**

**Jag förbinder mig att snarast underrätta min uppdragsgivare om förhållanden som efterfrågas på denna blankett och dess bilaga till någon del ändras.**

#### Datum och ort:

|  |
| --- |
|  |

#### 

#### Namnunderskrift

Lämna in deklarationen för bedömning enligt regional rutin.

## Nedanstående bedömning fylls i av regionalt utsedd bedömare:

## Bedömning av risk för jäv

**Beslut**

Risk för jäv bedöms inte föreligga.

Risk för jäv i sådan utsträckning att deltagande inte kan godkännas.

Risk för jäv. Deltagande kan godkännas men med nedanstående restriktioner.

#### Motivering/restriktioner/anteckning

|  |
| --- |
|  |

#### Datum och ort:

|  |
| --- |
|  |

#### Namnunderskrift

#### Namnförtydligande

DEKLARATION för patient- och närståendeföreträdare, BILAGA 1 (svar på fråga 3)

**Namn**:

**Jag representerar följande föreningar:**

**a) Med vilka läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för gruppens verksamhetsområde har den eller de föreningar du representerar ett ekonomiskt samarbete?**

**b) Vilken typ av samarbete rör det sig om (t.ex. bidrag till aktivitet/projekt etc.)**

**c) Ungefär hur stor omfattning har det ekonomiska samarbetet i kronor?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Central organisation/förening** | **Läkemedelsföretag/annan intressent** | **Typ av samarbete** | **Ungefärlig omfattning i kr** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**d) Hur mycket omsätter den centrala organisationens verksamhet totalt i den eller de patientföreningar du representerar?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisation** | **Omsättning kr/år** |
|  |  |
|  |  |

1. Avser den grupp som deklarationen gäller uppdrag inom. [↑](#footnote-ref-1)