# 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)