



## DEKLARATION för bedömning av jäv, intressekonflikter och andra bindningar för personer med uppdrag inom Svensk förening för Hematologi

-Deklarationen uppdateras årligen

Namn:

Leif Stenke

Arbetsplats:

M Hematologi Karolinska universitetssjukhuset Solna, Karolinska Institutet

### Uppdrag inom Svensk förening för Hematologi

Ordförande Svenska KML-gruppen



**1. Har du, eller har du under de senaste fem åren haft, någon fastare anknytning till företag eller intressent?**

- |                                                                                |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Styrelseuppdrag i ett företag                         | <input type="checkbox"/> Medverkan i innovativt företag                           |
| <input type="checkbox"/> Konsult åt ett företag                                | <input checked="" type="checkbox"/> Eget företag med verksamhet som rör uppdraget |
| <input type="checkbox"/> Anställd (hel- eller deltid) i ett företag            | <input type="checkbox"/> Innehar patent som rör uppdraget                         |
| <input type="checkbox"/> Deltagande i branschorganisation                      | <input type="checkbox"/> Annan fastare anknytning                                 |
| <input type="checkbox"/> Engagemang eller förtroendepost i ideell organisation | <input type="checkbox"/> Nej                                                      |

**Pågående engagemang**, ange företag eller intressent, arbetsbeskrivning, tidsperiod för ersättning, ersättnings storlek samt mottagare (t.ex. du själv, företag eller institution/klinik)

Ägar- och styrelseroll sedan flertal år i Stemedicus AB, bolag med begränsad verksamhet inom medicinsk konsultation och forskning.

Har i övrigt medverkat, och medverkar, i kliniska forsknings- och utvecklingsprojekt (inkl PI-ansvar) inom min roll som läkare och professor vid Karolinska, aktiviteter som inkluderar kontakter med bl a olika företag och institutioner. Dessa aktiviteter utförs med godkännande från mina ansvariga chefer och ekonomisk ersättning för aktiviteterna betalas regelmässigt ut till min arbetsgivare, ej till mig personligen.

**Avslutade engagemang**, ange företag eller intressent, arbetsbeskrivning, tidsperiod för ersättning, ersättnings storlek samt mottagare (t.ex. du själv, företag eller institution/klinik)

Vg se ovan.

## 2. Har du, eller har du under de senaste fem åren haft, något uppdrag för företag eller intressent?

- |                                                                                                                                   |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medverkan i marknadsföring eller produktutveckling                                                       | <input type="checkbox"/> Av företag arvoderad föreläsning avseende din forskning och ditt kunnande       |
| <input type="checkbox"/> Sakkunnig/expert/vetenskapligt råd åt företag                                                            | <input type="checkbox"/> Ensam medverkan i företags forskningsråd för bedömning av forskningsansökningar |
| <input type="checkbox"/> Ledamot av Advisory Board/"referensgrupp" eller dylikt                                                   | <input type="checkbox"/> Expertråd till företag om bidrag till forskare/forskning                        |
| <input type="checkbox"/> Medverkan i företags forskningsråd för bedömning av forskningsansökningar tillsammans med andra experter | <input type="checkbox"/> Annan typ av uppdrag för företag eller intressent                               |
| <input type="checkbox"/> Uppdrag för ideell organisation                                                                          | <input type="checkbox"/> Nej                                                                             |

**Pågående engagemang**, ange företag eller intressent, arbetsbeskrivning, tidsperiod för ersättning, ersättningens storlek samt mottagare (t.ex. du själv, företag eller institution/klinik)

Vg se ovan.

**Avslutade engagemang**, ange företag eller intressent, arbetsbeskrivning, tidsperiod för ersättning, ersättningens storlek samt mottagare (t.ex. du själv, företag eller institution/klinik)

Vg se ovan.





**3. Har du, eller har du under de senaste fem åren haft, några tjänster, befattningar, forskningsanslag eller bidrag i vilka företag eller intressent är involverade?**

- |                                                                                 |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personlig professur/motsvarande betald av företag      | <input type="checkbox"/> Forskningsanslag till grundforskning från företag            |
| <input type="checkbox"/> Huvudprövare (Principal Investigator)                  | <input type="checkbox"/> Forskningsanslag till specialinriktad forskning från företag |
| <input type="checkbox"/> Annan befattning med klinisk prövning                  | <input type="checkbox"/> Annan typ av bidrag från företag eller intressent            |
| <input type="checkbox"/> Forskningsanslag eller bidrag från ideell organisation | <input type="checkbox"/> Nej                                                          |

**Pågående engagemang**, ange företag eller intressent, arbetsbeskrivning, typ av bidrag/anslag, tidsperiod för ersättning, ersättnings storlek samt mottagare (t.ex. du själv, företag eller institution/klinik)

Vg se ovan.

**Avslutade engagemang**, ange företag eller intressent, arbetsbeskrivning, typ av bidrag/anslag, tidsperiod för ersättning, ersättnings storlek samt mottagare (t.ex. du själv, företag eller institution/klinik)



**4. Andra former av bindningar till företag som ligger nära det egna expertområdet?**

- ☐ Släktskap eller nära relationer till person i företag ☐ Lån i företag  
☐ Aktier i företag ☐ Annan typ av bindning till företag eller intressent  
☒ Nej

Om du kryssat i någon av rutorna ovan, ange företag eller intressent och vilken typ av bindning det gäller:

**5. Finns det något annat med anknytning till det aktuella uppdraget som du bedömer eventuellt kan medföra att din opartiskhet ifrågasätts av utomstående?**

☐ Ja, följande:

☒ Nej

Namnunderskrift:

Datum och ort:

Stockholm 19 oktober 2020