

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

## NOTAT

Til: Sundheds- og Ældreministeriet  
[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
[fre@sum.dk](mailto:fre@sum.dk)

**Telefon** 3866 5934  
**Direkte** 3866 5934

Journal-nr.: 20068458  
Ref.: AAHR0002

Dato: 3. november 2020

### **Udkast: Region Hovedstadens bidrag til høring over udkast til lov om epidemier m.v. (epidemiloven)**

Sundheds- og Ældreministeriet har den 9. oktober 2020 sendt et forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven) i høring.

Region Hovedstaden anser det overordnet for positivt, at Sundheds- og Ældreministeren vil fremsætte et forslag til ny epidemilov for Folketinget, idet der også vil være behov for en sådan efter den 1. marts 2021, hvor den nuværende epidemilov bortfalder.

Regionen ser overordnet gode takter i forslaget, som særligt rummer en række forbedringer i forhold til effektivitet. Dette høringssvar indeholder dog også en række yderligere forslag til effektiviseringer, som efter regionens opfattelse vil kunne styrke den praktiske håndtering af epidemier.

Omvendt indeholder forslaget også en række elementer vedrørende fordelingen af kompetencer mellem myndighederne og vedrørende retssikkerhed, som bør adresseres, inden det endelige forslag fremsættes for Folketinget.

Nedenfor behandles elementerne i rækkefølgen 1) fordeling af kompetencer, 2) effektiviseringer 3) retssikkerhed og 4) andet.

#### Fordeling af kompetencer

##### *Overførsel af kompetencer til Sundheds- og Ældreministeriets styrelser*

Region Hovedstaden bemærker, at forslaget indeholder en markant overførsel af kompetencer fra sundhedsministeren til Sundheds- og Ældreministeriets styrelser.

I den eksisterende epidemilov er indgreb bl.a. betinget af, at der er tale om sygdomme, som er omfattet af de i loven nævnte lister. Listerne kan ændres af sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

I forslaget til ny epidemilov lægges op til, at muligheden for at foretage indgreb i forhold til borgerne er betinget af, at der foreligger en almenfarlig sygdom, jf. forslagets § 2, stk. 3, jf. stk. 2. Det fremgår af bestemmelsens stk. 5, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om hvilke sygdomme, der er omfattet. Kompetencen flyttes således fra sundheds- og ældreministeren til Sundhedsstyrelsen.

Af de generelle bemærkninger til lovforslaget (afsnit 2.1.2) fremgår som begrundelse herfor, at kategoriseringen af smitsomme sygdomme og alment farlige sygdomme forudsætter en sundhedsfaglig vurdering af bl.a. sygdommens dødelighed, smitsomme karakter m.v., hvorfor kompetencen til at fastsætte regler om, hvilke sygdomme, der skal høre til disse kategorier bør placeres hos Sundhedsstyrelsen.

Af lovforslagets generelle bemærkninger (bl.a. afsnit 1.1) fremgår endvidere, at det er Sundheds og Ældreministeriets opfattelse, at beføjelserne til at iværksætte foranstaltninger ikke bør placeres hos sundheds- og ældreministeren alene, men at der efter ministeriets opfattelse med fordel kan ske en decentralisering af beføjelserne ved at en række af disse placeres hos Styrelsen for Patientsikkerhed, som derved får originær kompetence til at kunne iværksætte foranstaltninger i konkrete situationer.

En sådan originær kompetence ses bl.a. foreslået i forbindelse med § 9 (påbud om undersøgelse), § 10 (påbud om indlæggelse), § 11 (påbud om isolation), § 14 (påbud om behandling), § 16 (rensning), § 22 (afspærring), §§ 24, 26 og 28 (besøgs- og brugsrestriktioner), § 8, stk. 5 (gruppepåbud) og § 17 (tilladelse til magtanvendelse).

Region Hovedstaden har noteret sig, at der i de generelle bemærkninger for hver af de konkrete foranstaltninger er redegjort for, hvorledes disse er henlagt til underordnet myndighed (Styrelsen for Patientsikkerhed) ved bekendtgørelse udstedet efter de bemyndigelsesbestemmelser, der indeholdes i den eksisterende lov.

Region Hovedstaden er enig i, at sundhedsmyndighedernes rådgivning er af afgørende betydning i forhold til at definere, hvilke sygdomme, der kan karakteriseres som alment farlige. Regionen er også enig i, at påbud mv. over for borgerne bør bero på en sundhedsfaglig vurdering, og at det derfor kan være hensigtsmæssigt at henlægge kompetencen til f.eks. Styrelsen for Patientsikkerhed.

Region Hovedstaden anser det imidlertid særligt af hensyn til den parlamentariske kontrol for betænkeligt, at kompetencen henlægges som originær til disse styrelser.

Generelt antages i den juridiske teori, at afgørelser som udgangspunkt ikke uden udtrykkelig lovhjemmel kan overlades til en overordnet (eller sideordnet)

myndighed, når en forvaltningsmyndighed handler i henhold til en originær kompetence. Herudover er det behæftet med tvivl om og i givet fald i hvilket omfang en overordnet myndighed kan instruere den underordnede myndighed om anvendelsen af dens originære kompetencer. Det er endvidere usikkert i hvilket omfang en myndighed kan delegerer originære kompetencer til en anden myndighed.

I stedet for at udstyre Styrelsen for Patientsikkerhed med originære kompetencer, bør den nuværende systematik derfor opretholdes, hvorefter definitionen af hvilke sygdomme, der kan aktivere kompetencerne efter epidemiloven, kræver sundhedsministerens godkendelse, og hvor en udnyttelse af de konkrete beføjelser til indgreb over for borgerne mv. beror på bemyndigelsesretsakter (bekendtgørelser) fra Sundheds- og Ældreministeriet, som principielt vil kunne ændres eller helt tilbagekaldes.

Hensynet er ikke at sikre øget ministeriel kontrol med udførelsen, men først og fremmest at sikre Folketingets reelle indflydelse på hvilken strategi, der vælges i forbindelse med håndteringen af epidemier, bl.a. gennem muligheden for at udtrykke mistillid til ministeren og/eller hele regeringen, jf. grundlovens § 15. De foreslåede kompetencer vedrørende indgreb over for potentielt alle borgere, som formodes at kunne være smittet, bør ikke kunne anvendes i et demokratisk retssamfund, medmindre der foreligger en nødsituation, og bør altid være betinget af aktuel politisk opbakning.

En tillægelse af originære kompetencer til sundheds- og ældreministeriets styrelser kan endvidere medføre tvivl om, hvorvidt statsministeren kan udnytte prægativet efter grundlovens § 14 til at fordele forretningerne mellem sine ministre, hvilket må anses for uhensigtsmæssigt i forhold til muligheden for organisatorisk fleksibilitet i forbindelse med en epidemi/krise.

#### *Kompetencen til at vurdere hvilke sygdomme, der er samfundskritiske*

Region Hovedstaden bemærker, at kompetencen til at vurdere og beslutte hvilke sygdomme, som anses for samfundskritiske, er henlagt til sundheds- og ældreministeren, jf. den foreslåede § 2, stk. 5, jf. stk. 4. Hvis tanken med bestemmelserne er at etablere et delegationsforbud, bør dette indskrives direkte i loven.

Region Hovedstaden er dog af den opfattelse, at en beslutning om at anse en sygdom for samfundskritisk bør bero på både en sundhedsfaglig og en politisk vurdering. Regionen skal derfor anbefale, at der opretholdes et enstrengt system i forhold til kategorisering af sygdomme uanset om de anses for almenfarlige eller samfundskritiske, så kategoriseringen altid sker af sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

Region Hovedstaden har i øvrigt noteret sig, at COVID-19 i de generelle bemærkninger (afsnit 2.1.2) er anført som eksempel på en sygdom, som aktuelt

vil blive betragtet som en samfundskritisk sygdom, da den manglende flokkimmunitet og manglen på vaccine eller effektiv specifik behandling kan true opretholdelsen af centrale samfundsfunktioner som f.eks. sundhedsvæsen, transport og politi.

### *Epidemikommission*

Region Hovedstaden støtter, at der efter forslaget alene skal oprettes en central epidemikommission, men bemærker at der bør sikres regionalt og kommunalt medlemskab af denne. Regionerne og kommunerne udgør det væsentligste udførende led i forhold til de foranstaltninger, der kan vedtages med hjemmel i epidemiloven, og har derfor viden, som bør være repræsenteret i Kommissionen.

Det bør overvejes at indføre en bemyndigelsesbestemmelse i lovforslaget til at sundheds- og ældreministeren efter behov kan oprette regionale epidemikommissioner. Sådanne vil kunne gives adgang til at træffe beslutninger på lokalt niveau om fx påbud og dermed bidrage til effektivitet i både beslutningsprocessen og den faktiske udførelse.

### *Tvangsvaccination*

Det fremgår af forslaget § 15 og bemærkningerne hertil, at Sundheds- og Ældreministeriet efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om pligtmæssig vaccination. Hvis bestemmelsen også skal kunne anvendes til at udstede påbud og/eller regler med mulighed for at udstede påbud og anvendelse af tvang over for borgerne, bør dette fremgå direkte af bestemmelsen.

Region Hovedstaden noterer sig, at der er tale om en begrænsning af kompetencen i forhold til den eksisterende epidemilov, men skal dog bemærke, at både pligtmæssig og decideret tvangsvaccination stadig må betragtes som særdeles kraftige indgreb i den enkeltes selvbestemmelse og autonomi.

Bestemmelsen bør derfor efter regionens opfattelse skærpes yderligere og kun kunne anvendes i situationer, hvor det er umuligt at forelægge et lovforslag om tvangsvaccination for Folketinget og/eller tvangsvaccination er tvungne nødvendig, fx af hensyn til at undgå umiddelbar risiko for massedød eller lignende.

I øvrigt bør beslutninger om tvangsvaccination af hele eller dele af befolkningen være henlagt til Folketinget.

### *Orienteringsforpligtelsen*

Efter den foreslåede § 6 påhviler det enhver myndighed og juridisk person at holde sig orienteret om relevante anbefalinger og vejledninger om håndtering af smitsomme sygdomme.

En sådan orienteringspligt for modtagerne af informationen bør modsvares af en informationspligt for afsenderne af informationen.

Bestemmelsen bør derfor præciseres således, at det fremgår, at der er tale om relevante anbefalinger og vejledninger fra statslige myndigheder. Dette fremgår allerede af bemærkningerne, men bør gøres til en del af selve lovteksten.

Herudover bør bestemmelsen afgrænses til kun at gælde vejledninger og anbefalinger, som pligtssubjekterne har modtaget fra myndighederne og/eller som er gjort alment tilgængelig af de afsendende statslige myndigheder.

Region Hovedstaden noterer sig og støtter, at orienteringsforpligtelsen ikke er omfattet af straffebestemmelsen i forslaget § 56.

### Effektiviseringer

Region Hovedstaden anser det for positivt, at der med lovforslaget sikres øgede muligheder for smitteopsporing.

#### *Bemyndigelsesbestemmelse vedrørende personoplysninger (forslagets § 47)*

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at §47 kan anvendes til at fastsætte regler om, at Statens Serum Institut kan videregive personoplysninger til regionerne med henblik på, at regionerne og de lokale infektionshygiejniske enheder, har mulighed for at overvåge hospitalserhvervede infektioner samt med henblik på, at regionerne kan forebygge og inddæmme sygdoms-spredning på et sygehus.

Region Hovedstaden støtter bestemmelsen, som styrker arbejdet med forebyggelse af hospitalsinfektioner og patientsikkerhed i Danmark, idet hospitalsinfektioner er en af de hyppigst forekommende og mest underreporterede utilsigtede hændelser både i Danmark og på verdensplan.

Hospitalsinfektioner er multifaktorielle og forebyggelse af hospitalsinfektioner er en kompleks opgave, der skal tilpasses den lokale kontekst. En opgave, der vokser i takt med at nye behandlingsmuligheder udvikles og tilbydes og parallelt med en voksende ældrebefolkning med en høj forekomst af komorbiditetsproblematikker. Behovet for målrettet forebyggelse af infektioner på tværs i sundhedsvæsenet, vil derfor være stigende fremover.

Regionerne har siden 2015 haft adgang til tidstro aggregerede data for udvalgte typer hospitalsinfektioner i den nationale database HAIBA (Healthcare-Associated Infections Database). Data anvendes i Region Hovedstaden til overvågning af mønstre i forekomsten på regionalt plan og på hospitalerne.

En målrettet proaktiv forebyggelse af hospitalsinfektioner forudsætter dog adgang til data, der kan kobles direkte til den kliniske praksis og skabe læring af hvert enkelt tilfælde til forebyggelse.

Adgang til tidstro (dagligt opgjort og leverede) data med detaljerede oplysninger om hver case (CPR-nummer, tid og sted for infektionen, patientforløb, procedurer og mikroorganisme), vil give de infektionshygiejniske enheder bedre muligheder for at reagere på aktuelle problemstillinger i afdelingerne, identificere konkrete risikofaktorer og lave målrettede effektive interventioner og infektionshygiejniske forebyggelsestiltag på afdelingsniveau.

#### *Tilladelse til magtanvendelse*

Region Hovedstaden ser meget positivt på, at der i § 8, stk. 4, henholdsvis § 19, stk. 3, er indeholdt et meget klart proportionalitetsprincip, herunder at det fremgår, at den mindst indgribende og mest skånsomme foranstaltning skal anvendes, hvis den er tilstrækkeligt til at opnå formålet - samt at foranstaltninger skal ophæves, når det ikke længere er nødvendigt at opretholde foranstaltningen. Region Hovedstaden noterer sig, at muligheden for anvendelse af magtmidler også er indrammet af dette princip.

Efter den nuværende lov er det alene politiet, som kan gennemføre afgørelser om påbud, hvilket ikke er hensigtsmæssigt henset til risikoen for at overbyrde politiet eller ikke at kunne få den fornødne hjælp til gennemførelse af afgørelser. Region Hovedstaden støtter derfor, at hospitaler og andre offentlige institutioner, hvor en patient, overfor hvem der er truffet afgørelse om påbud, opholder sig, selv kan sikre, at afgørelsen gennemføres jf. lovforslagets § 8, stk. 3, om anmodning om at den offentlige institution selv gennemfører afgørelsen, samt § 17 om tilladelse til magtanvendelse.

Lovforslaget lægger op til, at der i forskellige former kan anvendes magt til at sikre, at et påbud udstedt af Styrelsen for Patientsikkerhed over for en enkeltperson kan effektueres. Det fremgår bl.a., at anvendelse af magtmidlerne vil kunne foretages af hospitalspersonale (generelle bemærkninger, afsnit 2.3.9).

I den forbindelse bør sikres hurtig adgang for hospitalspersonalet til at kontakte Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at styrelsen kan træffe hurtig afgørelse om anvendelse af magtmidler, hvis en patient af forskellige årsager ikke kan/vil efterleve et påbud om en foranstaltning. For eksempel er det vigtigt, at der kan træffes hurtig afgørelse om tilbageførsel/tilbageholdelse i forhold til en sengeflygtig patient, som ikke formår at forblive isoleret. Det bør overvejes, om allerede foretagne magtanvendelse i gråzonen for nødret vil kunne lovliggøres gennem afgørelser med tilbagevirkende kraft.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i sommeren 2020 bekræftet, at hospitaler kan frihedsberøve patienter på nødretligt grundlag. Der er dog en række problemer ved denne fremgangsmåde.

- For det første er patientens retstilling meget usikker, når der tilbageholdes på nødretligt grundlag.
- For det andet vil der ofte være tale om situationer, hvor der er behov for stillingtagen nu og her. Det er ikke en holdbar løsning at de enkelte hospitaler og andre offentlige institutioner eller myndigheder selv skal vurdere, om der er grundlag for at frihedsberøve på nødretligt grundlag i længere end ganske kort tid, mens anmodning om udstedelse af påbud behandles. Det udhuler den hjemmel, der gives i epidemiloven og efterlader det enkelte hospital eller anden institution med ansvaret alene i stedet.
- For det tredje er stillingtagen til påbud nødvendige som fortolkningsbidrag for hvornår hospitalerne og psykiatrien kan foretage frihedsberøvelse. Hurtige afgørelser eller om nødvendigt efterfølgende afgørelser er således med til at sikre retssikkerhed for borgerne.

Region Hovedstadens skal derfor opfordre til, at der sikres smidige arbejds-gange omkring udstedelse af påbud, og eventuelt udarbejdes nærmere fortolkningsbidrag til belysning af muligheden for anvendelse af lovlig nødret til tilbageholdelse i tiden indtil afgørelse kan træffes.

#### *Særligt om magtanvendelse i forhold til psykiatriske patienter*

Region Hovedstadens Psykiatris erfaring fra både den igangværende pandemi og fra det tidligere MERS-udbrud er at få, men meget syge, psykotiske patienter kan have meget svært ved at imødekomme krav om isolation ved smittefare, selv ved intensive forsøg på motivation og forklaring om vigtighed af at opretholde isolation.

Efter psykiatriloven er der ikke mulighed for at frihedsberøve patienter, uden at der er et psykiatrisk behandlingsbehov og patienten befinder sig i en psykotisk tilstand. Hvis der er tale om somatisk sygdom, kræves det både, at patienten er psykotisk, at patienten på baggrund af denne tilstand nægter at modtage behandling, samt at den somatiske tilstand eller lidelse er livstruende eller alvorligt helbredstruende for patienten selv.

Et eksempel er en situation fra foråret 2020, hvor en patient blev frihedsberøvet på nødretligt grundlag, mens psykiatrien afventede en afgørelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Patienten nåede at blive udskrevet, før styrelsen traf afgørelse. Konkret gik der et til to døgn fra der blev rettet henvendelse til styrelsen, til patienten blev udskrevet, og yderligere to til tre døgn, før der kom svar på henvendelsen. Styrelsen fik undervejs besked om, at patienten var udskrevet, idet styrelsen skriftligt bad om uddybende oplysninger. Da patienten var udskrevet, blev der aldrig truffet afgørelse, og Region Hovedstadens Psykiatri fik således på grund af den lange sagsbehandlingstid ikke belyst, om situationen rent faktisk kunne have udløst et påbud.

Det kan overvejes om fx psykiatriske behandlings- og opholdssteder bør kunne gives tilladelse til magtanvendelse, jf. § 17, inden der er truffet afgørelse om påbud efter § 9-11, 14 eller 16, jf. § 8, stk. 2 og 3, og uden at garantiene i forvaltningsloven om fx partshøring og begrundelse skal iagttages i forbindelse med udstedelse af tilladelsen. Der bør dog i givet fald sikres efterfølgende prøvelse af lovligheden af en sådan udstedt tilladelse til magtanvendelse. Det afgørende bør være, at patienten sikres den bedst mulig retssikkerhed i krydsfeltet mellem det faktiske behov for hurtig handling og hensynet til at gennemføre korrekt oplyst sagsbehandling og gennemsigtighed.

#### *Personlige alarm- og pejlesystemer*

Som lovgivningen er udformet nu, er det kun muligt at anvende personlige alarm- og pejlesystemer af hensyn til patienten selv, men ikke af samfundsmæssige hensyn med henblik på at begrænse risikoen for smittespredning. Det kunne med fordel overvejes at lette adgangen til anvendelse, herunder ved at gøre det muligt at anvende personlige alarm- eller pejlesystemer til at alarmere hospitalspersonalet ved sengeflygtighed, eller når en patient forlader patientstuen. Muligheden efterspørges af klinikere i Region Hovedstaden.

#### *Videregivelse af oplysninger fra hospitaler til plejehjem, bosted eller lignende*

Det bør i lovforslaget afklares, om et hospital lovligt må videregive oplysninger om almindelig farlige eller samfundskritiske sygdomme til en institution mhp. orientering og eventuel iværksættelse af foranstaltninger der.

Et eksempel kunne være, at en patient bliver indlagt på hospitalet, hvor der konstateres positiv covid-19 test. Er der herefter mulighed for eller eventuelt en forpligtelse for hospitalet til at informere et plejehjem, bosted eller lign. om, at en af deres beboere er testet positiv med henblik på, at de herefter kan iværksætte hurtig smitteopsporing?

Efter Region Hovedstadens opfattelse, bør der med henblik på smitteopsporing og inddæmning etableres pligt for hospitalet til at informere om en patients smitte, til det plejehjem, bosted eller lignende, hvor patienten har bopæl.

#### *Sundhedspersoners pligt til videregivelse til Styrelsen for Patientsikkerhed*

Efter den foreslåede bestemmelse i § 43, stk. 2, 1. pkt. er sundhedspersoner forpligtet til at videregive relevante personoplysninger, herunder helbredsoplysninger om adfærd til Styrelsen for Patientsikkerhed, hvis sundhedspersonen får kendskab til, at en patient har en særlig risikoadfærd, der konkret vurderes at kunne være relevant for styrelsens beslutning om at træffe foranstaltninger i medfør af lovens kapitel 3.

Efter § 43, stk. 2, 2. pkt. er myndigheder, institutioner og sundhedspersoner endvidere forpligtet til efter anmodning fra Styrelsen for Patientsikkerhed at vi-



deregive oplysninger fra patientjournaler m.v. og omsorgsjournaler, i det omfang det er nødvendigt for styrelsens beslutning om at træffe foranstaltninger i medfør af lovens kapitel 3.

Generelt i forhold til udveksling af oplysninger skal regionen bemærke, at det vil være hensigtsmæssigt at præcisere – fx. i vejledninger og konkrete anmodninger - hvilke oplysninger det er relevant at videregive i de konkrete tilfælde. Begreberne *relevant* og *nødvendigt* er ikke tilstrækkeligt handlingsanvisende for de klinikere, der vil skulle bidrage med informationen.

## Retssikkerhed

### *Tvangsindgreb*

Region Hovedstaden bemærker, at begrebet 'tvang' ikke er anvendt i forslaget kapitel 3 om de foranstaltninger, som Styrelsen for Patientsikkerhed skal kunne påbyde enkeltpersoner. Eftersom der kan bruges magtanvendelse og politiet kan yde bistand til at sikre, at et påbud gennemføres og opretholdes, må det imidlertid lægges til grund, at der reelt er tale om brug af tvang.

Muligheden for at anvende tvang som led i indsatsen mod epidemier synes at være nedtonet ved ordvalget, men den manglende brug af ordet 'tvang' afspejler derved ikke hvilket indgreb det egentlig drejer sig om. I øvrige love på sundhedsområdet (psykiatriloven og tvangsbehandlingsloven vedr. varigt inhabile), som giver adgang til at behandle personer med brug af tvang, anvendes ordet 'tvang'. At indføre et nyt begreb for samme handling kan medvirke til at sundhedslovgivningen opfattes som uklar og inkonsekvent. Det fremmer ikke forståelsen for lovgivningen.

Både offentlige og private aktører kan blive anmodet om – og få tilladelse til - at sikre af afgørelserne om påbud gennemføres. Efter § 17 kan der gives tilladelse til magtanvendelse. Det bør uddybes hvordan Styrelsen for Patientsikkerhed vil/skal sikre sig, at proportionalitetsprincippet og mindstemiddelprincippet overholdes både af offentlige og private aktører. Regionen noterer sig i den forbindelse, at der ikke i forslaget er stillet krav om tvangsprotokoller eller – hvis man skal følge ordlyden i lovforslaget – protokoller om hvordan påbud skal efterkommes og gennemføres.

I psykiatriloven og tvangsbehandlingsloven er der krav om tvangsprotokoller, blandt andet for at sikre sig borgernes retssikkerhed og som led i tilsyn med brug af tvang. De tanker om brug af tvang og brug af tvangsprotokoller, blandt andet at dette er med til at mindske brug af tvang og indgår i tilsyn og kontrol, der fremgår af bemærkninger til tvangsbehandlingsloven, mangler i dette lovforslag. Borgernes retssikkerhed bør generelt indtænkes som et mere væsentligt element i lovforslaget, hvilket lige nu mangler.

### *Klageadgang*

Da forslaget indeholder mulighed for særdeles indgribende foranstaltninger over for både borgere og virksomheder, er det særdeles vigtigt, at disse gives kendskab til deres klagemuligheder.

Forslagets § 54 indeholder imidlertid kun en bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte regler om/etablere klageadgang. Klageadgang bør af hensyn til borgernes retssikkerhed fremgå af selve lovteksten, herunder så det ved lovforslagets fremsættelse står klart for både borgere og Folketinget, hvilke klagemuligheder, der vil være, og således at det ikke vil være muligt rent administrativt at fjerne en etableret klageadgang.

#### Andet

Forslaget §12 indeholder pligt for regionerne til at oprette isolationsfaciliteter, hvis isolation i eget hjem ikke muligt, herunder den tilhørende visitationsopgave. Da der er tale om en ny opgave, der ikke tidligere har påhvilet regionerne, bør regionerne kompenseres ud fra Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT).

[Underskrift regionsrådsformand]