

Til: Sundheds- og ældreministeriet

Høringsvar om ny epidemilov

1. Indledning

DH takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til lovforslag om epidemiloven.

Det er ikke nyt, at Danmark har en epidemilov med stærke beføjelser til at sætte ind over for livs- og samfundstruende smitsomme sygdomme.

Det nye er, at det har nødvendigt at bruge den. Og supplere med nye, vidtgående foranstaltninger, få havde tænkt, de skulle opleve i fremtid.

Det er positivt, at udkastet forholder sig til de hidtidige erfaringer med COVID-19. Og prøver at tage højde for fremtidige epidemier og sundhedskriser.

Men der er vigtige erfaringer, der ikke afspejlet i lovforslaget. Og på flere områder har vi betænkeligheder i forhold til retssikkerhed og beskyttelse af rettighederne for mennesker med handicap.

Vi forholder os ikke til alle elementer i lovforslaget. Vi har fokuseret på konkrete erfaringer fra COVID-19-epidemien og udvalgte tekstnære forslag af særlig betydning for mennesker med handicap.

I overskrifter foreslår DH:

- Social beredskabsplan
- National ensomhedsstrategi
- Epidemiklagenævn skal forbedre retssikkerheden
- Klarere rammer for magtanvendelse
- Vaccination med tvang skal fjernes fra lovforslaget
- Strategi for tilgængelig kommunikation til mennesker med handicap
- Klarere retningslinjer
- Krav om effektiviteter ift. mental og fysisk sundhed af epidemi-foranstaltninger
- Lige adgang til sundhed med i formålsparagraffen
- Styrk inddragelse af civilsamfundet, herunder handicaporganisationerne

- Tjek om epidemiloven overholder FN's Handicapkonvention
- Ret til besøg under forsvarlige rammer
- Solnedgangsklausuler

2. Overordnet vurdering

Overordnet set mener vi, at en ny epidemilov er nødvendig.

Epidemiloven er en vigtig lov for mennesker med handicap. Vi er ofte i risikogrupperne, når epidemier hænger. Vi har en klar interesse i en lov, der sikrer et effektivt værn mod farlige smitsomme sygdomme.

Aktuelt ser vi, at mennesker med handicap er hårdt ramt af COVID-19. En undersøgelse fra den britiske regering viser, at 59 % af de døde i England og Wales havde et handicap.¹ Det skal sammenholdes med, at mennesker med handicap udgør 16 % af befolkningen der.

Vi har ikke danske tal, men vi ved, at mennesker med handicap fylder meget i risikogrupperne.

Epidemiloven er vigtig for vores sundhed og overlevelse. Men den rummer mange dilemmaer for os. De tiltag der har til formål at bekæmpe epidemier og beskytte de sårbare, risikerer samtidig at forringe mental og fysisk sundhed, værdighed og livskvalitet.

Vi har set i praksis, at flere af de indgribende værktøjer anvendes særlig hyppigt over for mennesker med handicap. Det gælder fx besøgsrestriktioner og –forbud over for beboere på bosteder og ældre med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne på plejehjem.

Lovforslaget og det epidemi-beredskab, den lægger op til, bør derfor forbedres på flere punkter.

3. Generelle bemærkninger

En social beredskabsplan

Den første nedlukning af socialområdet og begrænsninger af sundhedsbehandlingen var voldsom med afledte negative konsekvenser for udsatte gruppers trivsel, fysiske form og tryghed. Vores medlemsorganisationer oplevede stor variation i, hvordan implementeringen foregik rundt om i landet og for langsom justering, efterhånden som den uensartede praksis blev tydelig. Der var desuden mange usikkerheder og problemer: Adgang til værnemidler for hjælpere, støttepersoner og andet personale, manglende individuel vurdering af beskæring af hjælpen til handicappede borgere mv.

Der er derfor brug for at forberede sig bedre på epidemier.

¹ <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbydisabilitystatusenglandandwales/2marchto14july2020>

Som anbefalet af partnerskabet på handicapområdet bør der laves social beredskabsplan.² Den skal sikre trivsel også under vanskelige forhold og forebygge, at mennesker med handicap ender i isolation og udvikler psykosociale problemer.

Den skal supplere de sundheds- og beredskabsplaner, der er også er behov for. Den skal fokus på krisehåndtering, samarbejde mellem social- og sundhedsområdet samt kommunikation til relevante grupper, herunder mennesker med handicap.

Krisehåndteringen skal bl.a. sikre tilstrækkelig adgang til værnemidler, til test af personer i risikogrupper og socialt personale og til hjemmetest af personer med handicap, der ikke kan transportere sig til testcentre.

Et tæt samarbejde mellem social- og sundhedsområdet skal bl.a. sikre let adgang til sundhedsfaglig rådgivning til kommuner, sociale tilbud mv. og klar vejledning om implementering af retningslinjer – herunder ikke mindst rammer og grænser for indgreb.

Der skal også været et tæt samarbejde om at sikre klare, forståelige og koordinerede retningslinjer til borgere, personale, kommunale myndigheder mv.

DH foreslår:

Der skal udarbejdes en social beredskabsplan som en del af det nødvendige epidemi-beredskab.

Kommunikationsstrategi med fokus på handicap

Myndighedernes kommunikation skal være tilgængelig for alle. Det er helt afgørende under en katastrofe eller epidemi. Vi har set gode tiltag – fx tegnsprogstolkning fra en række regerings- og myndighedspressesmøder – som blevet bygget på undervejs.

Vi har dog savnet en samlet plan for tilgængelig kommunikation fra starten for at nå ud til sårbare grupper – og pårørende og netværk og alle der leverer hjælp og service. Der er stadig områder, hvor det halter. Fx findes ingen kommunikation på hjemmesider o.l., hvor man henvender sig, hvis man ikke er i stand til at transportere sig hen til et testcenter på grund af sit handicap. Læse-let udgaver målrettet personer med kognitive handicap eller læsevanskeligheder savnes også.³

DH foreslår:

Et epidemi-beredskab skal indeholde en samlet strategi for tilgængelig kommunikation med fokus at nå mennesker med handicap. Den skal bl.a. indeholde målrettet kommunikation til døve og hørehæmmede, mennesker med kognitive handicap og pårørende, blinde og svagsynede samt mennesker med psykiske udviklingsforstyrrelser og pårørende.

² Se partnerskabets anbefaling til en social beredskabsplan her: <https://www.ft.dk/samling/20191/almdele/SOU/bilag/393/2252098/index.htm>

³ Se WHO's praktiske anbefalinger inspiration. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1> Se også partnerskabs-anbefalinger om en social beredskabsplan: <https://www.ft.dk/samling/20191/almdele/SOU/bilag/393/2252098/index.htm>

Dialog og inddragelse

Der er et stort potentiale i et tættere samarbejde mellem civilsamfund og myndigheder. Handicaporganisationer kan nå langt ud til mennesker, som er særligt sårbare, og myndighederne kan trække på deres viden til løbende at præcisere og forbedre retningslinjer og kommunikation, hvis der opstår usikkerhed. En tæt dialog bidrager til hurtigt at få spørgsmål og problemer frem i lyset. Koordinering på tværs af sektorer – fx mellem og social og sundhed – kan med fordel ske i et inddragende samarbejde.

DH foreslår:

Etablering af en taskforce med repræsentanter fra relevante ministerier, styrelser samt centrale aktører på socialområdet (fx KL, Danske Regioner, brugerorganisationer og faglige organisationer) på sundheds- og socialområdet.

Etablering af tilsvarende lokale samarbejder til at håndtere lokale nedlukninger og genåbninger.

Der bygges videre på de positive erfaringer fra partnerskaber inden for bl.a. social- og handicapområdet.

Fokus på lige adgang til sundhed og på de sundhedsmæssige effekter af restriktioner, reduceret hjælp mv.

Epidemiloven skal sikre de bedst mulige rammer for lige adgang til sundhed for sårbare grupper, herunder mennesker med handicap. Vi har oplevet problemer med tilgængelighed til test-centre, tilgængelig sundhedsinformation, problemer med at blive befordret og ledsaget til undersøgelser mv.⁴

Vi vurderer, at de negative sundhedsmæssige effekter af COVID-19 og indsatsen mod sygdommen er ulige fordelt. Sårbare grupper er stillet dårligere i forhold til at pleje netværk, opsøge behandling mv.

Vi anerkender og er glade for, at man fra politisk hold har haft fokus på de negative sundhedsmæssige virkninger af nedlukninger og restriktioner på den mentale og fysiske sundhed. Bl.a. er der afsat midler til at forebygge og afhjælpe ensomhed. Lovforslaget bør i tråd hermed styrke fokus på de samlede sundhedsmæssige og sociale effekter over for sårbare grupper.

DH foreslår:

Lige adgang: Det bør præciseres i kapitel 1, at et af lovens formål er at sikre lige adgang til sundhed for sårbare grupper, herunder mennesker med handicap, under epidemier.

Effektvurderinger: Der bør udarbejdes vurderinger af iværksatte foranstaltningers effekter på mental og fysisk sundhed for sårbare grupper, herunder borgere med handicap. Det skal fremgå af bemærkningerne.

National ensomhedsstrategi: Der bør – som anbefalet af partnerskaberne på social- og handicapområdet – laves en national strategi for at forebygge og bekæmpe ensomhed.

⁴ Inspiration til at sikre lige adgang kan fx findes i WHO's praktiske anbefalinger om COVID-19 og handicap.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>

Forholdet til FN's Handicapkonvention

Kapitel 7 i de almindelige bemærkninger indeholder en vurdering af, om lovforslagets bestemmelser holder sig inden for rammerne af grundloven og Den Europæiske Menneskerettighedskonvention.

Folkesundheden styrkes ved at forbedre sårbare gruppers rettigheder, ikke ved at indskrænke dem. Hele WHO's arbejde hviler på dette grundlag. Denne rettighedsbaserede tilgang til sundhed står ikke skarpt i det nuværende lovforslag.

Danmark har ratificeret FN's Handicapkonvention og dermed påtaget sig at respektere, beskytte og fremme rettighederne i konventionen.

Som nævnt er mennesker med handicap en sårbar gruppe og i målgruppen for flere af lovforslagets foranstaltninger. Foranstaltninger der griber ind i rettigheder omfattet af Handicapkonventionen (selvbestemmelse, privatliv, retlig handleevne mv). Det fremgår fx flere steder af lovforslagets bemærkninger under kapitel 3, at man bl.a. har mennesker med psykiske og kognitive funktionsnedsættelser som en af målgrupperne for anvendelse af magt over for enkeltpersoner.

Lovforslaget bør derfor indeholde en gennemgang af, om bestemmelserne holder sig inden for rammerne af FN's Handicapkonvention.

DH foreslår:

Kapitel 7 i lovforslaget skal indeholde en vurdering af forholdet til FN's Handicapkonvention.

4. Konkrete bemærkninger til udkastet til epidemilov

Solnedgangsklausuler

Det fremgår af § 8, at "Foranstaltninger skal ophæves, når det ikke længere er nødvendigt at opretholde dem."

Lovforslaget lægger også op til, at regler og afgørelser – fx om adgang til og brug af skoler og dagtilbud – skal gælde for "en bestemt periode". Der er således stillet krav om varighedsbegrænsninger, altså en solnedgangsklausuler, i lovforslaget.

Det synes DH er positivt. Vi er tilhængere af, at indgribende foranstaltninger – hvad enten det er i form af konkrete afgørelser eller generelle regler – skal forsynes med en udløbsdatoer.

Det er et eksempel på en konkret varighedsbegrænsninger i lovforslaget. I § 10, stk. 2, står der, at et påbud til en person om at lade sig indlægge på et sygehus e.l. maksimalt kan gælde i 4 uger (med mulighed for forlængelse i op til 4 uger ad gangen.).

Vi vil anbefale, man gennemgår lovforslaget for at se, om man ikke også kan indføre konkrete varighedsbegrænsninger andre steder. Vi mener i hvert fald, det kan give god mening at indføre et max. på 4 uger (med mulighed for forlængelse) for besøgsrestriktioner og -forbud.

DH foreslår:

Lovforslaget bør indeholde et max. på 4 ugers varighed af besøgsrestriktioner og –forbud.

Lovforslaget gennemgås med henblik på muligheden af at indføre flere konkrete varighedsbegrænsninger.

Vaccination

§ 15 lyder: "Sundheds- og ældreministeren kan efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om vaccination af nærmere bestemte persongrupper for at udrydde eller inddæmme udbredelse af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, når der er tale om særligt skærpende omstændigheder med overhængende fare eller trussel mod folkesundheden."

Selv om det ikke fremgår klart af selve lovteksten, tænkes bestemmelsen anvendt som hjemmel til at vaccinere bestemte persongrupper med tvang.

DH mener, at det er fremskridt i forhold til de gældende epidemilov, at tvangsvaccination kun tænkes anvendt under særligt skærpende omstændigheder.

Men vi vurderer, at det hverken er hensigtsmæssigt eller strengt nødvendigt at have en bestemmelse om tvangsvaccination i lovforslaget. Vi frygter, at bestemmelsen kan fremme en generel vaccine-skepsis, og det er der bestemt ikke behov for i den nuværende situation.

DH mener, at hovedvejen til vaccination af den danske befolkning – og dermed til beskyttelse af folkesundheden – skal bygge på principper om oplysning, saglighed, åbenhed og frivillighed.

DH foreslår:

Bestemmelsen om vaccination udgår af lovforslaget.

Besøgsrestriktioner og –forbud: Placering af myndighedskompetencen

Der har været visse forskelle mellem reglerne for besøgsrestriktioner og –forbud, alt efter om Sundheds- og Ældreministeriet eller Social- og Indenrigsministeriet har været afsender. Og om de har rettet sig mod plejehjem mv. eller botilbud mv.

I de nugældende regler rettet mod plejehjem mv. er det Styrelsen for Patientsikkerhed, der kan påbyde kommunalbestyrelsen at indføre besøgsrestriktioner og –forbud. I de senest gældende regler for botilbud mv. har indførelse af besøgsrestriktioner været lagt i hænderne på lokale institutionsledelser.

DH mener, at der er behov for at sikre en konsistent og ensartet tilgang ift. de sundhedsfaglige vurderinger. Det taler mest for, at bemyndigelsen bør ligge hos Styrelsen for Patientsikkerhed uanset boform og ressorttilhør. Det er ikke helt klart, om lovforslaget lægger op til en ensartet tilgang på tværs af ministerielle ressorttområder.

Men der er samtidig vigtigt, at Styrelsen er forpligtet til at indlede en dialog med lokale ledelser af botilbud, plejehjem mv., inden man skrider til påbud. Bl.a. skal der tages hensyn til beboersammensætningen. Der er fx botilbud, der ingen eller få beboere er i risikogrupperne.

Desuden skal der være objektive kriterier for, hvornår besøgsrestriktioner og –regler kan tages i anvendelse (smittetryk mv.).

Endelig er det vigtigt med klar og entydig kommunikation over for kommuner og bosteder, plejehjem mv. for at undgå over-implementering af forbud og restriktioner for besøg.

DH forslår:

Det bør være Styrelsen for Patientsikkerhed, der giver påbud om besøgsrestriktioner og –forbud.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal forpligtes til en lokal dialog og tage hensyn til beboersammensætningen. Der skal desuden fastsættes objektive kriterier for, hvornår besøgsrestriktioner og –forbud kan komme på tale.

Besøgsrestriktioner og –forbud: Undtagelser

§§ 24-25 giver hjemmel til at indføre besøgsrestriktioner og –forbud på behandlings-, pleje- og omsorgsinstitutioner mv. (sygehuse, plejehjem, botilbud mv.).

Det fremgår af bemærkningerne, at der forudsættes fastsat undtagelser i påbud og regler om besøgsrestriktioner og –forbud. Der nævnes som eksempler på undtagelser nære pårørende til børn, der opholder sig på et bosted, og nære pårørende ved uopsættelige besøg hos en kritisk syg person.

Voksne med kognitiv funktionsnedsættelse har været undtaget i de hidtidige regler, jf. citatet nedenfor. Det giver rigtig god mening, ikke mindst på bosteder, plejehjem mv, og DH mener, at denne undtagelse skal fremgå klart af bemærkningerne.

”Ved kritiske situationer forstås et uopsætteligt besøg fra en nær pårørende til en kritisk syg eller døende person eller forældres eller andre nære pårørendes besøg hos et barn under 18 år. Ved kritiske situationer forstås endvidere forældres eller andre nære pårørendes besøg hos en voksen med en sådan kognitiv funktionsnedsættelse, at personen mangler evnen til at forstå og acceptere formålet med besøgsrestriktionerne og dermed har et helt særligt behov for besøg.”⁵

DH mener desuden, at det bør fremgå af bemærkningerne, at reglerne skal indeholde mulighed for at udpege et antal faste besøgs personer blandt de nære pårørende.

DH foreslår:

Det skal fremgå, at voksne med kognitive funktionsnedsættelser er undtaget fra besøgsrestriktioner og –forbud.

Det skal fremgå, at der kan udpeges et antal faste besøgs personer blandt de nære pårørende.

⁵ <https://www.retsinformation.dk/eli/accn/B20200138605> Jf, § 2 i BEK nr 1386 af 23/09/2020 (ophævet 1. oktober 2020)

Anmodning til bosteder, plejehjem mv. i § 8 og ny hjemmel til magtanvendelse i § 17

Den nuværende epidemilov – og det foreliggende lovforslag – gør det muligt for Styrelsen for Patientsikkerhed at påbyde enkeltpersoner fx at lade sig isolere, undersøge, indlægge og behandle. Efterkommes påbuddet ikke, kan det iværksættes med politiets bistand og den fornødne magtanvendelse.⁶

Som noget nyt i lovforslaget skal Styrelsen for Patientsikkerhed ifølge § 8, stk. 3, opfordre en person til frivillig medvirken, inden den skrider til påbud. Bor den pågældende person på et plejehjem, bosted, behandlingssted e.l. anmoder Styrelsen for Patientsikkerheds institutionen til at gennemføre frivillig medvirken.

Lykkes det ikke, kan Styrelsen for Patientsikkerhed skride til påbud. Den kan endvidere bede institutionen om at sikre, at påbuddet føres ud i livet (§ 8, stk. 3).

Der indføres også en ny hjemmel til magtanvendelse i § 17. Den tager sigte på situationer, hvor det ikke lykkes institutionen at sikre frivillig efterlevelse af påbuddet. En institutionen eller myndighed kan anmode Styrelsen for Patientsikkerhed om tilladelse til at anvende magt for at sikre efterlevelse af påbuddet.

De tilladte magtmidler opregnes i § 17, stk. 2: Fysisk fastholdelse, tilbageholdelse, tilbageførsel og aflåsning af lokaler.

Man skal dertil lægge, at politiet efter § 18 kan tilkaldes for effektivt påbuddet, og hvis nødvendigt anvende den fornødne magt.

DH's vurderinger af de nye beføjelser:

Der er bekymrende, at der indføres en ny hjemmel til at anvende magt. Vi mener, hovedvejen skal være motivation og frivillighed.

Der er positivt, at lovforslaget forpligter Styrelsen for Patientsikkerhed og for plejehjem, bosteder mv. til at forsøge at sikre frivillig medvirken fra borgerens side. Men der bør gøres mere ud at sikre, at personalet har de nødvendige redskaber og kompetencer til at motivere borgere med handicap og støtte dem til at træffe egne beslutninger om at lade sig undersøge, behandle mv.

Der er trods alt positivt, at der ikke forslås indført en generel hjemmel til magtanvendelse for bosteder, plejehjem mv., men at tilladelse skal gives efter anmodning fra bostedet, plejehjemmet mv. i konkrete tilfælde.

⁶ Bekendtgørelse nr. 368 af 4. april 2020 om undersøgelse, indlæggelse eller isolation og tvangsmæssig behandling i medfør af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewi16Y33t_PsAhVmxYUKHcbpCgYQFjACegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.elov.dk%2Fbekendtgorelse-om-undersogelse-indlaeggelse-eller-isolation-og-tvangsmaessig-behandling-i-medfor-af-lov-om-foranstaltninger-mod-smitsomme-og-andre-overforbare-sygdomme-i-forbindelse-med-handtering-af-coronavirussygdom-2019-covid-19%2F&usg=AOvWaw0ki7mT1C98yYqanFhUnbzN

Samspelet mellem § 17 og § 18 er uklart. I hvilke situationer tænkes politiet anvendt? Hvem beslutter, at politiet skal tilkaldes - myndigheden/det sociale tilbud eller Styrelsen for Patientsikkerhed? Vi efterlyser en nærmere redegørelse for nødvendigheden af § 18 og hvordan den tænkes anvendt.

I bemærkningerne til § 17 står der (side 117), at "... magtanvendelse eksempelvis kan være aflåsning af lokaler, fysisk fastholdelse, tilbageholdelse eller tilbageførsel af den pågældende person...". DH forstår opregning af magtmidler i § 17 som udtømmende, og bemærkningerne giver derfor anledning til bekymrende usikkerhed. Det bør fastslås, at opregningen skal forstås udtømmende.

DH foreslår:

Der skal lægges større vægt på frivillighed og motivation. Personalet skal sikre de rette redskaber og kompetencer til at støtte mennesker med kognitive og psykiske handicap i at træffe egne beslutninger.

Der skal redegøres for nødvendigheden af § 18 om politiets inddragelse, hvordan den tænkes anvendt i praksis samt om samspelet med § 17.

Klageadgang

§§ 54-55 indeholder bestemmelser om klageadgang og indbringelse for domstolene. Klageadgangen er tiltænkt borgere, der mod deres vilje er blevet indlagt, undersøgt mv.

DH's vurderinger af klageadgangen:

Overordnet er DH ikke tilfreds med den model, lovforslaget lægger op til.

1. DH er glad for, at man med § 55 af retssikkerhedsmæssige årsager tydeliggør Sundheds- og Ældreministeriets pligt til efter anmodning at indbringe foranstaltninger til prøvelse ved domstolene.
2. Med § 17 indføres muligheden af at anvende magt over for beboere på plejehjem, botilbud, sygehuse mv., der ikke frivilligt medvirker til at lade sig isolere, undersøge og indlægge.

Det står klart, jf. ovenfor, at der vil være adgang til at klage over frihedsberøvelse til domstolene.

Men det er mindre klart, hvem man kan klage til over magtanvendelse, som ikke har karakter af frihedsberøvelse.

Der vil ifølge bemærkningerne blive tale om at kunne klage til en styrelse under Sundheds- og ældreministeriet. Nærmere regler om klageadgang vil blive udstedt af Sundheds- og ældreministeren, fremgår det.

DH mener ikke, det er en retssikkerhedsmæssig tilstrækkelig løsning. Klageadgangen bør være fastlagt i selve loven i form af et særligt klagenævn.

Det normale er, at klager over magtanvendelse på sundhedsområdet – og det er noget, der i altovervejende grad har mennesker med handicap som målgruppe – sker til et særligt nævn fastsat ved lov. Inden for psy-

kiatrien klages til Det psykiatriske Patientklagenævn. Klager over behandling med magt i somatisk behandling af varigt inhabile patienter sker til Tvangsbehandlingsnævnet.

DH mener også, at bemærkningerne mere udtømmende må beskrive de retssikkerhedsmæssige krav, der normalt skal være opfyldt – fx krav om dokumentation, journalføring mv. Og fx tydeliggøre hvad der kan klages over, tidsfrister for behandling af klager mv.

DH foreslår:

Der skal oprettes et lovfastsat Epidemi-klagenævn, som borgere udsat for magtanvendelse kan klage til.

Bemærkningerne skal beskrive klart, hvad der kan klages over samt retssikkerhedsmæssige krav og betingelser som dokumentationskrav, tidsfrister mv.

5. Tekniske bemærkninger:

I § 8, stk. 4, 3. punktum, "foranstaltninger" bør skrives i ental.

I § 48, stk. 1, 1. punktum er der et meningsforstyrrende "s" for meget i "offentlige".

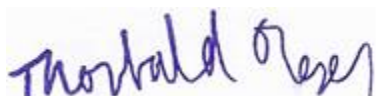
I § 24 og bemærkningerne hertil omtales kun kommunale botilbud mv. og private alternativer hertil. Men beliggende i kommunen kan også være botilbud mv., som drives af regionen, jf. servicelovens §§ Det bør § 24 for fuldstændighedens skyld også adressere.

I bemærkningerne til § 11 er der rod i paragraf-henvisningerne (s. 166). I stedet for "§ 46" skal der stå "§ 52". Og i stedet for "§ 16, stk. 1", skal der stå "§ 18, stk. 1".

§ 8, stk. 2, 2. punktum: der skal stå "midlertidigt" i stedet for "imidlertid"

Terminologi: Lovforslaget omtaler en række sociale tilbud, hvor folk bor permanent eller midlertidigt (plejeboliger, bosteder m.fl.) som "institutioner". I Danmark er man officielt gået væk fra institutioner, og institutionsbegrebet er uheldigt, fordi der er tale om folks eget hjem. Vi ser gerne, at lovforslaget anvender andre begreber. Om afskaffelse af institutionsbegrebet se fx her: <https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/om-udviklingshaemning/et-historisk-blik>

Med venlig hilsen



Thorkild Olesen, formand