Sundheds- og Ældreministeriet

12. november 2020

DSAM's høringssvar vedrørende udkast til forslag til lov om epidemier m.v. (epidemiloven)

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) takker for invitation til høring over udkast til forslag til ny epidemilov.

Når der går en lang årrække uden alvorlig epidemi eller pandemi, kan det være vanskeligt at forestille sig, hvad der kræves af mulige indgreb for at forhindre unødvendig død og lidelse, når en alvorlig smittesygdom hærger i en immunnaiv befolkning. Det har vi set i forbindelse med nærværende COVID-19-pandemi, hvor Folketinget i marts i løbet af få dage derfor så sig nødsaget til at vedtage vidtgående hastelovgivning, som i realiteten satte den gældende epidemilov i bero.

Derfor er vigtigt, at der med en ny epidemilov fastsættes gennemsigtige og praktisk håndgribelige regler for håndtering af epidemiske sygdomme. Det er vigtigt med et klart lovgrundlag, for at epidemier i fremtiden kan håndteres effektivt, så tab af menneskeliv og samfundsværdier kan begrænses. En ny epidemilov har derfor stor berettigelse, og det er indlysende nødvendigt, at epidemiloven moderniseres på baggrund af høstede erfaringer i forbindelse med COVID-19-pandemien. En modernisering af epidemiloven er både betimelig og nødvendig.

DSAM's hovedkommentarer:

- **Nærværende udkast til ny epidemilov går for vidt ved i stort omfang at omgå nødvendig parlamentarisk kontrol over lovens vidtgående magtbeføjelser.**
- **Det bør alene være op til Folketinget at beslutte, hvornår en alment farlig sygdom bør opgraderes til samfundskritisk, og lovens mest vidtgående magtbeføjelser kan tages i brug.**
- **Lovens brede bemyndigelse til tvangsvaccination bør udgå.**

Baggrund

Den sorte død var en pest-epidemi, som fra 1347-52 hærgede Europa og med jævne mellemrum kom tilbage. Den ramte Danmark sidste gang i 1711. I mange områder af Europa var befolkningstabet i forbindelse med den sorte død op

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

imod 40-50 %. Det var først, da statsmagten i 1600-tallet blev styrket og derfor kunne lovgive om at adskille syge fra raske, at man begyndte at kunne håndtere pesten. At pesten kom under kontrol, kan i vid udstrækning tilskrives forbedrede karantæneforanstaltninger.[1]

Da Christian 4. i 1625 indførte en pestforordning, var det en af de første i verden. Den var banebrydende ved at fastlægge pesten som et offentligt ansvarsområde, og fordi forordningen var alment gyldig for hele befolkningen. Ved pestudbrud skulle de ramte adskilles fra de raske, og de syge skulle sikres mad. Begravelser skulle være hurtige og små i omfang, og så skulle den sociale orden opretholdes.[2]

Grundlæggende er det mange af de samme tiltag, som er i spil i epidemihåndteringen i dag, hvilket også ses af nærværende forslag til udkast til epidemilov. Derved bliver afvejningen mellem borgerens grundlæggende frihedsrettigheder og bekæmpelsen af epidemiske sygdomme vanskelig. Med den hastelovgivning, som blev vedtaget i marts i forbindelse med COVID-19, så vi, at et enigt Folketing bakker op om tiltag, som midlertidigt har indskrænket vores grundlæggende frihedsrettigheder. Tiltag, som en stor del af den danske befolkning bakker op om. Mange af disse videreføres i den nye epidemilov – nu bare uden solnedgangsklausul og til generelt brug ved endnu ukendte sundhedstrusler.

Magtbeføjelser i nærværende udkast til epidemilov bør vurderes ud fra, hvorvidt de har ramt den rette balance mellem på den ene side at kunne beskytte samfundets ro og orden samt folkesundheden og på den anden side ikke i for stort omfang begrænser den enkeltes frihed og retssikkerhed.

Vidtgående krisetiltag bør altid have så præcis en lovhjemmel som muligt, og meget brede bemyndigelsesbestemmelser, særligt dem uden parlamentarisk kontrol, bør derfor om muligt undgås. Det sker ikke med nærværende udkast til ny epidemilov.

Set fra det udøvende sundhedsvæsen, der i en moderne udgave hviler på samarbejde mellem patient og behandler, fælles beslutningstagning og brugerinddragelse, vil en lovfæstet åben mulighed for indgriben i autonomi og ret til individuelt samtykke til deltagelse i aktiviteter i sundhedsvæsenet ødelægge samarbejdet med alt for mange borgere. Det vil skabe unødig modstand på forhånd at indføre bred mulighed for tvang i forebyggelse, undersøgelse og behandling.

Specifikke kommentarer

Kapitel 1 - om anvendelsesområde
Lovens myndighedsbestemmeler omfatter smitsomme sygdomme, som enten er alment farlige sygdomme eller samfundskritiske sygdomme. Det er disse to sygdomskategorier som hoveddelen af magtbeføjelserne i udkast til epidemilov retter sig imod. Dog således at størstedelen af magtbeføjelser alene retter sig mod de samfundskritiske sygdomme og færre tillige mod de alment farlige.

Ved en *alment farlig sygdom* forstås en smitsom sygdom, der er særligt smitsom, forekommer hyppigt, har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader, og

[1] https://denstoredanske.lex.dk/den_sorte_død
[2] https://danmarkshistorien.dk/leksikon-og-kilder/vis/materiale/christian-4s-pestforordning-1625/

som kan enten 1) medføre behandling, sygefravær eller rehabiliteringsforløb af langvarig karakter, 2) få så stor udbredelse, at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller 3) give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling.

Det er en betydelig udvidelse af kriterier som tidligere blot lød: "Ved de alment farlige sygdomme forstås sygdomme med en stor smitterisiko, et sædvanligvis alvorligt forløb og ofte en stor dødelighed."

Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler for, hvilke smittesygdomme som er alment farlige. Belært at erfaringer med COVID-19 finder DSAM det relevant at udvide definition for alment farlige sygdomme, og det er godt, at det alene er op til sundhedsmyndighederne at definere, hvornår en sygdom lever op til kriterierne for at være alment farlig.

Ved en samfundskritisk sygdom forstås en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner. Samfundskritiske sygdomme er en ny kategori, der kan omfatte sygdomme, som vil falde ind under udvidelsen for alment farlige sygdomme, men som ud fra en mere bred politisk afvejning vurderes at være særligt kritiske for samfundsordenen. Belært af erfaringer med COVID-19 findes det relevant politisk at kunne opgradere en alment farlig sygdom til en samfundskritisk sygdom ud fra bredere politiske betragtninger og ved parlamentarisk afgørelse.

DSAM finder det rimeligt, at det først er, når en alment farlig sygdom politisk opgraderes til tillige at være en samfundskritisk sygdom, at lovens mest vidtgående magtbeføjelser kan finde anvendelse.

Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler for, hvilke alment farlige sygdomme der tillige kan opfattes som samfundskritiske. DSAM finder det ikke rimeligt, at det er sundheds- og ældreministeren alene, som har beføjelse til at udpege en sygdom som samfundskritisk, jævnfør lovudkastets § 2. Ministeren kan med lovudkastet pege på en alment farlig smitsom sygdom og derefter selvstændigt bestemme sig for, at den er samfundskritisk og dermed tildele sig selv en række vidtgående magtbeføjelser. Det betyder, at lovudkastet slet ikke indeholder den nødvendige magtbegrænsning, magtdeling og nødvendige parlamentariske kontrol. DSAM mener, at beslutninger af det omfang i et dansk demokrati udelukkende bør træffes af Folketinget og ikke af en minister alene.

1. **DSAM mener, at det alene bør være op til Folketinget politisk at beslutte, hvornår en alment farlig sygdom kan opgraderes til at være samfundskritisk.**

Kapitel 2 – om ansvar for forebyggende tiltag og foranstaltninger

I lovforslaget foreslås en national epidemikommission med medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen, SSI, Rigspolitiet og lignede. Denne kommission har i lovudkastet kun en rådgivende funktion over for sundheds- og ældreministeren. Det betyder igen, at for meget magt alene ligger hos ministeren, som derved kan tage meget vidtgående magtbeføjelser i brug uden mulighed for nødvendig moderation.

2. **DSAM foreslår, at den foreslåede nationale epidemikommission skal have mere end blot en rådgivende funktion og måske skal have mulighed for at indstille ministerens tiltag til behandling i Folketinget.**

Kapitel 3 – om foranstaltninger over for enkeltpersoner og grupper af enkeltpersoner
DSAM noterer sig, at der i lovudkastets kapitel 3 gives vidtgående mulighed for at gribe ind overfor enkeltpersoner og *grupper af enkeltpersoner* for at beskytte andre mod alment farlige sygdomme og samfundskritiske sygdomme. Således gives Styrelsen for Patientsikkerhed mulighed for at påbyde borgere undersøgelse, indlæggelse, isolation, behandling og rensning. Tillige kan Sundheds- og ældreministeren fastsætte regler om tvangsvaccination. Det skal bemærkes, at politiet kan anvende den fornødne magt for at sikre gennemførsel af de påbudte foranstaltninger.

Med formuleringen "*grupper af enkeltpersoner*" betyder det, at grupper så som buschauffører, praktiserende læger eller bestemte etniske grupper på Vestegnen kan blive udsat for meget vidtgående magtforanstaltninger.

3. **DSAM mener, at tvang skal begrænses til ekstreme nødssituationer og udelukkende skal kunne rettes mod enkeltpersoner og ikke mod grupper af enkeltpersoner.**

DSAM noterer sig, at foranstaltningerne skal være nødvendige, så kortvarige som muligt, og stå i rimeligt forhold til formålet med foranstaltningen. Den mindst indgribende og mest skånsomme foranstaltning skal anvendes, hvis denne er tilstrækkelig til at opnå formålet. Foranstaltninger skal ophæves, når det ikke længere er nødvendigt at opretholde foranstaltningen. Det bifalder DSAM naturligvis.

DSAM ønsker i særlig grad at rette kritisk fokus på bestemmelsen om tvangsvaccination, idet vaccination er en væsentlig del af den praktiserende læges arbejdsbeskrivelse.

Tvangsvaccination
Danmark havde i perioden 1931-1976[3] tvungen vaccination mod kopper. Kopper var almindelig i Danmark indtil 1880'erne og havde en dødelighed mellem 1 og 50 % alt afhængig af virustype. Fra 1871 blev vaccination med kokopper lovpligtigt og bevirkede, at koppeepidemierne gik tilbage, samtidig med at dødeligheden faldt. Det sidste tilfælde af kopper i Danmark var i 1970. Kopper blev i 1980 erklæret udryddet på verdensplan af WHO, og det regnes for en af lægevidenskabens store successer.[4]

Efter fremkomsten af særdeles farlige og meget smitsomme sygdomme som ebola, Marburg- og Lassafeber blev der med epidemiloven fra 1978[5] indført mulighed for tvangsvaccination. Det er en hjemmel, som siden blev videreført i epidemiloven, således at sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen kunne iværksætte tvangsvaccination inden for et nærmere afgrænset område eller af en nærmere afgrænset personkreds for at hindre udbredelse af en alment farlig

[3] Lov om ændring af lov om vaccination mod kopper. Fremsat den 18. marts 1976. https://www.folketingstidende.dk/samling/19751/lovforslag/L233/19751_L233_som_fremsat.pdf?fbclid=IwAR0ZkP4xcELZ-sLTfhBZRtlgpb08clAJkQxUsQy2irNDRxgZkG3ANjsZfFw
[4] https://www.ssi.dk/vaccinationer/boernevaccination/sygdomsforekomst-foer-og-efter-vaccination
[5] L118 Lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme. Fremsat den 15. december 1978. https://www.folketingstidende.dk/samling/19781/lovforslag/L118/19781_L118_som_fremsat.pdf

sygdom.[6] Ved udbrud af COVID-19 fik sundheds- og ældreministeren med hastelov[7] i marts 2020 bemyndigelse til på egen hånd at iværksætte tvangsvaccination mod den langt mindre farlige og ikke så smitsomme sygdom COVID-19. Samtidig har sundheds- og ældreministeren understreget, at tvangsvaccination også kan komme på tale ved andre COVID-19-lignende vira.[8]

Tvangsvaccination er et meget vidtgående indgreb, og ingen vaccine er uden risiko for uønskede virkninger/bivirkninger. Tvang kan derfor udelukkende legitimeres, hvis mindre vidtgående indgreb ikke kan forhindre samfundets sammenbrud. Der findes ved epidemiske sygdomme en række mindre indgribende foranstaltninger. Disse inkluderer social afstand, test, opsporing, isolation, beskyttelse af udsatte, prioriteringer i sundhedsvæsenets organisering og frivillig vaccination, som alle kan tages i brug længe før tvangsvaccination.

Lovgivning om tvangsvaccination øger allerede nu danskernes vaccineskepsis, hvilket blandt andet har vist sig i forbindelse med flittigt delte opslag på Facebook,[9] og flere praktiserende læger vægrer sig ved udsigten til at skulle deltage i tvangsvaccination. Det er skadeligt for pandemihåndteringen og vil kun øge vaccineskepsis og føre til generelt tab af tiltro til sundhedsmyndigheder. Som praktiserende læge kan det faktum, at mulighed for tvangsvaccination findes, gøre det vanskeligt at opretholde et godt samarbejde mellem læge og patient og en god læge-patient-relation. Det kan gælde for patienter, som har problemer med relationer, hvor man kan have brugt meget tid og energi på at opbygge en tillidsrelation. Endelig kan man stå i den situation, at politiet skal udkommanderes for at udøve magt overfor borgere, som modsætter sig.

4. **DSAM mener, at sundhedspersoner, herunder praktiserende læger, som minimum skal have mulighed at kunne afstå fra deltagelse i tvangsvaccination, dér hvor man undtagelsesvist kunne forestille sig denne anvendt, på samme måde som man kan afstå fra at deltage ved provokeret abort.**

Særlige problemer knytter sig til nyopståede sygdomme som COVID-19. En godkendt vaccine mod COVID-19 er endnu ikke tilgængelig i Danmark, og når vaccinen snarligt kommer, vil den være hurtigt udviklet med kort og suboptimal opfølgning angående effekt og bivirkninger. Usikkerhed, hvad angår bivirkninger og effekt, skal kommunikeres klart til alle. Erfaringer med uventede alvorlige bivirkninger (som f.eks. narkolepsi[10] og Guillan Barrés Syndrom[11] efter vaccination mod influenza) understreger vigtigheden af vaccination på et frivilligt informeret grundlag. Er en pandemi truende og samfundsroen truet, er det dog en risiko, mange vil løbe. Spørgsmålet bliver derfor ikke, hvem der skal tvinges til COVID-19-vaccination, men derimod hvem der først skal tilbydes de få vacciner, som er tilgængelige.

---

[6] Epidemilovens § 8, stk. 1. https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1026
[7] §15 side 4, L133 Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. Som fremsat 9. oktober 2020.
[8] Ministersvar til SUU L 133 - Svar på spørgsmål 24. https://www.ft.dk/samling/20191/lovforslag/L133/spm/24/svar/1642098/2162395.pdf
[9] https://www.berlingske.dk/politik/regeringen-aendrer-haardt-kritiseret-bestemmelse-om-tvangsvaccination-i
[10] Nyhonek N et al: AS03 Adjuvanted AH1N1 Vaccine Associated with an Abrupt Increase in the Incidence of Childhood Narcolepsy in Finland. PLoS One Epub 2012 Mar 28.
[11] Vellozzi C et al: Guillain-Barre syndrome, influenza, and influenza vaccination: the epidemiologic evidence. Clin Infect Dis. Epub 2014 Jan 9.

5. **DSAM anbefaler, at Folketinget træffer beslutning om, at der ikke kan tvangsvaccineres mod COVID-19.**

Derudover har DSAM svært ved at udtænke fiktive scenarier for andre sygdomme, som kan forsvare lovens magtbeføjelse til tvangsvaccination, uden at kende til en konkret sygdom og en tilhørende konkret vaccine.

I bemærkninger på side 42 til udkast om ny epidemilov nævnes et tænkt scenarie, hvor det kan være nødvendigt at fastsætte regler for tvangsvaccination i en situation, hvor der forekommer udbrud af polio eller lignende sygdom i Danmark på et tidspunkt, hvor resten af verdenssamfundet er tæt på at udrydde sygdommen, og hvor sygdommen med succes er udryddet stort set alle andre steder, og hvor det ud fra et globalt perspektiv derfor kan være nødvendigt at fastsætte regler om tvangsvaccination af nærmere bestemte persongrupper.

DSAM har svært ved at se en situation, hvor dansk tvangsvaccination mod polio kan vise sig afgørende for sygdommens globale udryddelse. Mere nærliggende er det poliovaccination i tredjeverdenslande og forbedring af politiske, sociale og sanitære forhold i samme lande, som skal til for at komme i mål med polioeradikation, som har været et mål for WHO i mange år.

Bliver det springende punkt for den globale polioeradikation imidlertid manglende dansk tilslutning til den frivillige børnevaccination mod polio, så har Folketinget rigelig tid til at vedtage lovgivning, som konkret vedrører poliovaccination, uden behov for en bred myndighedsbeføjelse, som der lægges op til i nærværende lovudkast.

Det samme gør sig gældende, hvis der helt exceptionelt skulle findes behov for tvangsvaccination ved andre sygdomme. Og beslutning om at iværksætte tvangsvaccination mod en konkret sygdom bør aldrig overlades til ministeren alene. Med nærværende forslag til epidemilov udstedes i for høj grad en blankocheck til ministeriel beslutning om tvangsvaccination.

6. **DSAM mener, at tvangsvaccination udelukkende bør kunne bemyndiges af Folketinget, og kun mod en konkret sygdom og kun, når tilhørende konkrete vaccines virkninger og bivirkninger er grundigt belyst.**

7. **DSAM mener derfor, at § 15 i lovudkast til ny epidemilov, som vedrører en bred bemyndigelse til tvangsvaccination, bør udgå.**

Kapitel 4 – om samfundsmæssige foranstaltning
Udkast til ny epidemilov giver bemyndigelse til, at der ved samfundskritiske sygdomme kan iværksættes samfundsmæssigt begrænsende foranstaltninger i form forsamlingsforbud, forbud mod ophold på bestemte steder, regulering af brug af offentlige transportmidler, regulering af brug af lokaler og lokaliteter, hvor offentligheden har adgang – herunder maksimalbelægningen – og anvendelsen af personlige smitteforebyggende midler. Når det gælder den bredere gruppe af alment farlige sygdomme, kan der tillige ske begrænsninger i form af afspærring af områder, besøg på behandlings-, pleje- og omsorgsinstitutioner, anvendelse af masker på indendørs eller udendørs offentlige institutioner og faciliteter samt i adgangen til offentlige og private dagtilbud, skoler og andre uddannelsesinstitutioner. Foranstaltningerne kan

for de flestes vedkommende iværksættes af Styrelsen for Patientsikkerhed eller af sundheds- og ældreministeren.

Erfaringer fra Danmark og andre lande i forbindelse med COVID-19-pandemi har vist, at tiltag som disse kan være nødvendigt nødværge for at afbøde forestående samfundssammenbrud, og at det er vigtigt løbende og smidigt at kunne dosere anvendelse af disse.

8. **DSAM finder det rimeligt, at tiltag kan reguleres af minister og myndigheder, dog med mulighed for moderation af epidemikommission som nævnt i DSAM kommentar 2.**

Som nævnt tidlige mener DSAM dog, at det alene bør være op til Folketinget overordnet at beslutte, ved hvilke samfundskritiske sygdomme de mest vidtgående magtbeføjelser kan tages i brug.

9. **DSAM mener tillige, at Folketinget bør kunne vedtage at trække beslutning om, hvorvidt en sygdom er samfundskritisk tilbage eller gøre beslutningen herom tidsbegrænset.**

Kapitel 5 – om foranstaltninger mod indførelse af alment farlige og samfundskritiske sygdomme i landet

DSAM finder det relevant at kunne styre risiko for indførelse af alment farlige og samfundskritiske sygdomme i Danmark, men at det i mange tilfælde kan vise sig vanskeligt i et land som Danmark, hvor vi i store dele af vores erhvervsliv er afhængige af udenlandske arbejdere. Tillige vil DSAM påpege, at det i mange tilfælde ikke har stor betydning at lukke grænser til lande, som har sammenligneligt smittetryk med Danmark.

Kapitel 6 – om foranstaltninger med henblik på smittehåndtering, obduktion m.v.

DSAM finder bestemmelserne i kapitel 6 relevante.

Kapitel 7 – om behandling af personoplysninger i forbindelse med smitteopsporing og overvågning

Med bestemmelser i kapitel 7 forpligtes borgere, sundhedspersoner og myndigheder til at videregive relevante personoplysninger vedrørende smittede og deres kontakter i det omfang, det er nødvendigt for Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde med smitteopsporing og overvågning samt for styrelsens eventuelle beslutning om at træffe foranstaltninger i medfør af lovens kapitel 3. Alle, der laver laboratorieanalyser, forpligtes til at videregive personoplysninger, og der kan fastsætte regler om videregivelse af prøvemateriale, analyseresultatet af en helgenomsekventering af virus eller lignende prøvemateriale. Desuden skabes der hjemmel for, at Styrelsen for Patientsikkerhed og SSI kan dele oplysninger i forbindelse med smitteopsporing og overvågning af smitsomme sygdommen omfattet af lovudkastets §2.

DSAM's vurdering er, at smitteopsporing og overvågning i forbindelse med alvorlige epidemiske sygdomme både kan være et sagligt og et anerkendelsesværdigt formål – også i forhold til deling af fortrolige patientoplysninger.

Dog er DSAM stærkt bekymret for, at disse data i vid udstrækning, særligt hvis store dele af befolkningen smittes, kan blive et offentligt register over danskernes færden

og kontakter, som i realiteten kan muliggøre overvågning af bestemte personer og grupper.

Derfor bør der rettes yderligere fokus på at sikre de registreredes ret til beskyttelse af personoplysninger blandt andet i forhold til databeskyttelsesforordningens (GDPR) grundlæggende principper om lovlighed, rimelighed, gennemsigtighed, formålsbegrænsning, dataminimering og tidsbegrænsning.

10. **DSAM foreslår, at der umiddelbart sættes ressourcer af til at udfærdige en grundig persondataretlig konsekvensanalyse af dataindsamling i relation til smitteopsporing og smitteovervågning i lovens medfør.**

11. **DSAM mener, at der bør indføres tidsbegrænsning for databehandling af personhenførbare oplysninger til brug for smitteopsporing og smitteovervågning.**

Derudover er faren ved en epidemilov, at den i lange årrækker slet ikke vil være i brug, og at lovens bestemmelser derfor forældes. Det er væsentligt, fordi *privacy by design*, er et *state of the art*-krav i GDPR, jævnfør artikel 25, artikel 32 og betragtning 78.

12. **DSAM mener, at loven bør indeholde en passus om, at når mulighed for smidig og anonym smitteopsporing via *privacy by design* opstår, så bør loven genbesøges og løbende tilpasses.**

Kapitel 8 - om fravigelse af regler i anden lovgivning
Belært af erfaringer fra COVID-19-pandemien fra ind- og udland er det klart, at udbrud af smitsomme sygdomme kan true samfundsstrukturer, herunder i særlig grad udfordre sundhedsvæsenets kapacitet. Der vil ved håndtering af samfundskritiske sygdomme altså kunne opstå behov for at sikre tilstrækkelig kapacitet i sundhedsvæsenet og at undgå at øge smitterisiko ved trængsel.

Kapitel 8 giver mulighed for at foretage begrænsninger af rettigheder på sundhedsområdet ved at fravige fra behandlingsgarantier, patientrettigheder og administrative byrder mm. Det kan finde sted at sikre kapacitet til behandling af akut og kritisk syge patienter, herunder dem, som er smittet med den epidemiske sygdom. Det kan ske i situationer, hvor garantier og rettigheder må anses for at være af mere underordnet betydning. DSAM finder dette såre relevant og har ingen kommentarer.

Loven mangler dog at tage stilling til, at der ikke kan forventes samme kvalitet i behandlingen som normalt, når der skal prioriteres i måden, vi pålægges at udøve sundhedsvæsen på som sundhedsprofessionelle.

13. **DSAM foreslår: Der bør ved prioritering af for eksempel telefon- og videokonsultation som erstatning for fremmøde og lægeundersøgelse pga. manglende værnemidler eller pga. mange smittede og høj smitterisiko for patienterne i loven tages stilling til, at det kan ændre på forudsætningerne for sundhedspersonalets mulighed for at leve op til normen for almindelig anerkendt faglig standard.**

Kapitel 9 – om ekspropriation
Sundheds- og ældreministeren kan til brug for gennemførelse af foranstaltninger i epidemiloven iværksætte ekspropriation af privat ejendom, hvorefter der ydes fuldstændig erstatning til den eller de berørte ejere. DSAM har ingen kommentarer til dette.

Kapitel 10 – om klage og indbringelse for domstole
Sundheds- og Ældreministeriet får med bestemmelsen i § 55 pligt til at indbringe sager om tvang og isolation for domstolene, når den, indgrebet retter sig imod, ønsker dette prøvet. DSAM har ingen kommentarer til dette.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM