

MESSAGE N° 264 16 mai 2006
du Conseil d'Etat au Grand Conseil
accompagnant le projet de loi sur
l'organisation des soins en santé mentale (LSM)

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de loi sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM).

Le présent message est structuré selon le plan suivant:

- 1 Introduction**
- 2 Les grandes lignes du projet**
- 3 Concept et principes de la prise en charge dans le domaine de la santé mentale**
 - a) *Offre de soins adaptée aux besoins des patients*
 - b) *Proximité des soins*
 - c) *Continuité des soins*
 - d) *Travail pluridisciplinaire, collaboration entre intervenants internes et externes au réseau*
 - e) *Collaboration avec les patients et leurs proches*
 - f) *Rapprochement avec la médecine somatique*
 - g) *Soins spécialisés*
 - h) *Collaboration avec les institutions spécialisées et autres institutions et associations de santé*
- 4 L'organisation des soins en santé mentale**
 - 4.1 *Le modèle fribourgeois: des secteurs et des chaînes de soins spécialisés*
 - 4.2 *Critères de répartition des patients entre les chaînes de soins spécialisées*
 - 4.3 *L'organisation du Réseau Fribourgeois de Soins en Santé Mentale (RFSM)*
 - 4.4 *Perspectives de développement*
 - a) *En général*
 - b) *Priorités de développement*
- 5 Incidences financières**
- 6 Répartition des compétences entre l'État et les communes**
- 7 Commentaire des dispositions**
 - 7.1 *CHAPITRE PREMIER: Dispositions générales*
 - 7.2 *CHAPITRE 2: Organes du RFSM*
 - 7.3 *CHAPITRE 3: Organisation des activités du RFSM*
 - 7.4 *CHAPITRE 4: Financement*
 - 7.5 *CHAPITRE 5: Gestion*
 - 7.6 *CHAPITRE 6: Responsabilité*
 - 7.7 *CHAPITRE 7: Surveillance*
 - 7.8 *CHAPITRE 8: Dispositions transitoires*
 - 7.9 *CHAPITRE 9: Dispositions finales*
- 8 Conclusion**

1. INTRODUCTION

Le 12 mars 1996, le Conseil d'Etat a institué un groupe d'experts chargé d'élaborer un avant-projet de loi sur les soins psychiatriques, le chapitre quatrième de Médiplan 89 devant lui servir de plan directeur. Compte tenu de ce mandat, le groupe d'experts a présenté, en décembre 1997, un premier avant-projet de loi qui concernait principalement l'organisation des institutions psychiatriques fribourgeoises. A la même période, l'avant-projet de loi sur la santé était en consultation, mettant l'accent sur les besoins importants concernant les droits des patients et la nécessité de ne pas stigmatiser les patients psychiatriques. Dans l'intervalle, le Grand Conseil avait également adopté la nouvelle loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance qui réserve expressément la question des droits des patients. Ces changements législatifs ont incité le Conseil d'Etat à relancer la réflexion dans le do-

maine psychiatrique en considérant davantage le point de vue des patients. Il a ainsi été institué un second groupe de travail, sous la présidence du Dr Hans Brändli, chargé de reprendre les propositions d'ordre organisationnel contenues dans le premier avant-projet, tout en le complétant sous l'angle de la promotion de la santé mentale et de la prévention, ainsi que celui des droits des patients. Le groupe de travail a poursuivi ces travaux jusqu'en juin 2000, date à laquelle il a déposé un avant-projet de loi sur l'organisation des soins en santé mentale (loi sur la santé mentale). Cet avant-projet a ensuite été repris à la lumière des règlements d'exécution de la loi sur la santé qui étaient alors en consultation. Le souci principal a été de garantir une coordination optimale entre les deux législations.

L'avant-projet de loi sur l'organisation des soins en santé mentale, résultat de cette réflexion, a été mis en consultation par la Direction de la santé et des affaires sociales de fin mai à mi septembre 2001. Il s'est dégagé de la procédure de consultation une adhésion à l'esprit qui anime le projet et à sa philosophie visant à centrer l'organisation des soins autour des patients et leurs besoins spécifiques dans le respect du principe de continuité des soins thérapeutiques. Relativement aux variantes de sectorisation proposées sur des bases linguistiques et géographiques, les avis ont été très partagés, même si une petite majorité s'est dessinée en faveur de la variante A (un secteur francophone et un secteur germanophone). En ce qui concerne les priorités dans la mise en œuvre de la sectorisation, elles ont surtout été placées par les organismes consultés sur le renforcement des consultations ambulatoires et la mise en place de centres de thérapie brève, le développement de la psychiatrie de liaison et du secteur de la psychogériatrie, ainsi que l'amélioration des structures infanto-juvéniles. Parmi les services spécialisés, ceux où les besoins ont été considérés comme les plus pressants sont les services psychosomatiques, ainsi que les services de prise en charge de toxicodépendance, de réhabilitation et de gériatrie. Les prises des positions ont en outre mis en exergue un manque de clarté sur l'organisation générale ainsi que la complexité de la nouvelle organisation. Toutefois, l'appréciation du projet a été globalement positive.

L'avant-projet de loi ayant été reconnu en 2003 comme projet pilote de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le canton de Fribourg a pu bénéficier d'une expertise de cette organisation. Dans son rapport final du 26 janvier 2004, le groupe de travail de l'OMS salue ainsi la conception du projet qui donne la priorité à la décentralisation des soins en développant des structures ambulatoires et intermédiaires et en visant une réduction de la taille des hôpitaux psychiatriques. Reconnaisant la problématique particulière du bilinguisme dans notre canton, les experts de l'OMS relèvent aussi que les structures de soins pour les patients germanophones sont insuffisantes.

Afin de finaliser le projet de loi en tenant compte des remarques émises dans le cadre de la consultation et de l'expertise de l'OMS, le Conseil d'Etat a constitué, à fin août 2004, une commission représentant les milieux concernés, sous la présidence de M^{me} Dr Graziella Giacometti Bickel et accompagnée par le Prof. Dominique Sprumont en qualité d'expert.

Il faut souligner en outre que le présent projet de loi s'inscrit dans le contexte de la stratégie nationale pour la santé psychique (www.santenationale.ch). Enfin, il répond à un postulat des députés Françoise Morel et Jacques Crausaz

(206.02) concernant la création d'une unité multidisciplinaire de santé des adolescents, ainsi qu'à un postulat du député Nicolas Bürgisser (246.04) demandant d'étudier la réalisation d'une unité de psychiatrie stationnaire et le développement d'une offre ambulatoire et semi-hospitalière dans la partie germanophone du canton.

2. LES GRANDES LIGNES DU PROJET

Au vu des résultats de la consultation et compte tenu de l'évolution et des nouvelles tendances dans le domaine de la psychiatrie, le concept de la sectorisation géographique et linguistique retenu dans l'avant-projet de loi de 2001 a été actualisé pour aboutir à une solution qui répond mieux aux nouvelles conceptions psychiatriques et aux conditions cadres existant dans le canton de Fribourg. Ainsi, le présent projet retient une sectorisation basée sur des critères scientifiques, tout en tenant compte des aspects géographique et linguistique.

Le présent projet de loi permet une évolution des structures par étapes. Il s'agit tout d'abord de réorganiser la psychiatrie publique en créant un établissement autonome de droit public réunissant les institutions publiques existantes, à savoir l'Hôpital psychiatrique cantonal, le Service psychosocial et le Service de pédopsychiatrie. L'idée même de créer cet établissement, appelé le «Réseau Fribourgeois de Soins en Santé Mentale (RFSM)», ainsi que sa structure s'inspirent tout naturellement de la réorganisation des hôpitaux somatiques dans le cadre du Réseau Hospitalier Fribourgeois dont le projet de loi a été transmis au Grand Conseil en mars 2006.

A partir de la réorganisation de la psychiatrie publique existante, le présent projet de loi pose ensuite le cadre de l'évolution de la prise en charge des patients par le RFSM et par les autres acteurs publics et privés dans le domaine de la santé mentale, compte tenu des priorités dans le domaine de la santé mentale et des moyens à disposition. Il faut ainsi bien distinguer les réalisations prévues dans un futur immédiat de celles prévues à plus long terme, suivant ainsi l'évolution des besoins et des ressources à disposition.

En ce qui concerne la coordination avec les autres acteurs publics et privés, le RFSM veillera particulièrement à ce que son développement se réalise dans un esprit d'ouverture et de collaboration avec tous les partenaires du domaine de la santé mentale.

3. CONCEPT ET PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

Durant les dernières décennies, la psychiatrie a connu une évolution considérable, sous l'influence d'une part des progrès accomplis dans les connaissances et les méthodes thérapeutiques et, d'autre part, des changements intervenus dans une société en constante mutation.

La psychiatrie, qui s'appuie sur des sciences très diverses, a pu bénéficier des avancées réalisées dans ces domaines; il s'agit bien sûr des sciences biologiques (neurophysiologie, biochimie, pharmacologie, génétique, etc.), regroupant parfois leurs efforts sous le terme de neurosciences), mais aussi des sciences humaines comme la psychologie, la sociologie, l'éthique, l'anthropologie ou le droit. Ces divers apports ont été intégrés dans le paradigme biopsychosocial, qui postule à l'origine de la maladie mentale

un ensemble de facteurs aussi bien somatiques que psychologiques et sociaux.

Dans le domaine thérapeutique, les progrès réalisés concernent les trois axes définis par ce paradigme. Sur le plan biologique, de nouveaux médicaments ont été mis sur le marché, plus efficaces et comportant moins d'effets secondaires. Dans le domaine psychologique, de nouvelles méthodes psychothérapeutiques ont été développées, mieux codifiées et adaptées à la spécificité des troubles. Quant à la dimension sociale, on observe un renforcement de la prise en compte du contexte social du patient et le développement d'approches mieux intégrées et structurées (thérapie systémique, intervention de réseau...).

Par ailleurs, des mutations considérables dans la société entraînent une augmentation de la demande en soins psychiatriques. Les exigences du monde du travail deviennent toujours plus pressantes. Les relations familiales se distendent et n'offrent plus le soutien affectif et social qu'elles garantissaient auparavant. Le système de valeurs proposé par la société a perdu de sa cohérence; les modèles d'identification, parfois contradictoires, se multiplient, entraînant le désarroi chez l'individu, en particulier chez les adolescents dont la personnalité est en cours de structuration. L'individualisme prend le pas sur les valeurs communautaires, d'où les phénomènes de solitude qui en résultent. Sous l'effet de ces changements sociaux, la prévalence des troubles psychiques dans nos sociétés ne cesse de s'accroître, comme le montrent les données épidémiologiques. Au cours de sa vie, une personne sur quatre souffrira au moins une fois d'un trouble psychique qui nécessiterait un traitement (WHO. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, Overview, page xiv). L'allongement de la durée moyenne de la vie a sa part de responsabilité dans cette évolution (problèmes d'ordre psychogériatrique), mais aussi la fréquence accrue d'affections telles que la dépression, les abus de substances (alcool, médicaments et autres drogues), les troubles réactionnels, les troubles psychosomatiques et les troubles graves de la personnalité. Les perturbations psychologiques tendent à apparaître à un âge de plus en plus précoce, déjà chez les enfants et les adolescents.

Cette évolution de la société est responsable en partie de l'accroissement important de la demande en soins psychiatriques. Un autre élément est la modification de l'image de la psychiatrie auprès du public, perçue comme plus performante et moins stigmatisante, d'où une plus grande disponibilité à accepter ce type de traitement. De plus, l'intérêt est croissant et les connaissances dans ce domaine de plus en plus étendues tant chez les professionnels concernés que dans la population en général, si bien que les troubles psychiques sont plus souvent reconnus et traités.

Parallèlement aux progrès scientifiques et thérapeutiques et à l'accroissement de la demande de soins, on constate un mouvement vers une meilleure intégration de la psychiatrie dans la communauté. Antérieurement, l'hôpital psychiatrique, qui fonctionnait à la fois comme lieu de traitement et lieu de vie, était au centre du dispositif de soins. Les patients y étaient placés à l'écart de la communauté. Depuis les années 70, le mouvement s'est fait vers le retour ou le maintien des patients dans leur milieu de vie. L'accent a été mis sur leurs ressources, qu'elles soient personnelles, familiales ou professionnelles. Un système d'encadrement de plus en plus diversifié s'est développé pour permettre leur intégration dans la société. L'hôpital est devenu un lieu de passage, limitant ses interventions aux phases aiguës.

Par ailleurs, la médecine somatique a pris de plus en plus conscience du rôle des facteurs psychologiques dans les maladies et a augmenté en conséquence ses capacités à identifier les troubles psychiques. Ceci a contribué à un rapprochement avec la psychiatrie.

Dans le canton de Fribourg, on retrouve les tendances générales qui caractérisent l'évolution de la psychiatrie au niveau mondial.

A l'Hôpital de Marsens, la durée moyenne de séjour a considérablement diminué, passant de 217 jours en 1970 à 44 en 2004; par contre, le nombre d'admissions s'est dans le même temps fortement accru (de 774 à 1560). Le nombre de lits a baissé de 528 à 190. A noter que ces chiffres concernent l'ensemble de l'hôpital, y compris les services de psychogériatrie qui se sont beaucoup développés ces dernières années.

Le Service psycho-social (anciennement Centre psycho-social) a connu un accroissement régulier des demandes de prise en charge depuis sa fondation en 1969, passant de 570 en 1970 à 2367 en 2004. Au fil du temps, les interventions urgentes ont pris une place toujours plus grande, représentant 36.5 % des nouveaux cas en 2004. L'accès aux soins a été facilité avec la création de l'unité de Bulle et des antennes d'Estavayer et de Meyriez. La consultation psychiatrique à l'Hôpital cantonal et d'autres hôpitaux et institutions spécialisés a connu un développement important, mais elle reste encore insuffisante pour répondre aux besoins.

Le Service de pédopsychiatrie, ouvert en 1992, a été rapidement dépassé par la demande qui a doublé en cinq ans (de 205 nouvelles inscriptions en 1993 à 396 en 1998) et qui a atteint le chiffre de 558 en 2004. L'augmentation de son personnel (de 4 postes de thérapeutes en 1993 à 12 en 2004) ne lui permet toujours pas d'éviter les listes d'attente, ce qui va à l'encontre de l'approche préventive qui caractérise la psychiatrie infanto-juvénile.

Par ailleurs, des foyers et des institutions intermédiaires ont été créés dans le canton sur des bases privées et semi-privées, reconnues et subventionnées par l'Etat.

Les cabinets de psychiatres installés en privé se sont aussi multipliés, leur nombre passant de 3 en 1980 à 36 à fin 2004; la plupart sont toutefois établis en ville de Fribourg, laissant la périphérie sous-dotée.

La psychiatrie fribourgeoise a donc subi d'importantes mutations, sans cependant que la législation qui soutient ses activités ait été modifiée. Une réorganisation en profondeur est devenue nécessaire. En 1989, Médiplan proposait déjà une telle réforme, mais ces projets n'ont pas encore été réalisés. S'inspirant de ce premier modèle, la nouvelle loi sur l'organisation des soins en santé mentale doit fournir un cadre légal plus approprié aux évolutions récentes, et suffisamment flexible pour s'adapter aux développements futurs, tant sur le plan de la thérapie que de la prévention.

Sur la base des expériences accumulées tant en Suisse qu'à l'étranger, il est possible de dégager quelques grands principes auxquels doit répondre une politique de la santé mentale adaptée au contexte social et aux connaissances actuels:

a) Offre de soins adaptée aux besoins des patients

L'intensité des soins que nécessite un patient psychiatrique est très variable. Un séjour hospitalier est souvent

une mesure trop lourde, alors que de simples consultations ambulatoires sont insuffisantes. Il s'agit alors d'offrir une gamme étendue de dispositifs de prise en charge correspondant aux différents besoins d'encadrement, tels que foyers, appartements et ateliers protégés, centres de jour, centres de crises, soins à domicile, soins ambulatoires pluridisciplinaires. Le principe consiste à respecter au mieux l'autonomie du patient et son mode de vie. La priorité va donc aux soins ambulatoires et aux structures intermédiaires plutôt qu'aux soins hospitaliers, ce qui simplifie une nouvelle allocation des moyens. Beaucoup de structures nécessaires existent déjà, avec un statut privé, semi-privé ou public; certaines seraient à développer et d'autres à créer. Leurs activités doivent être coordonnées.

La prise en charge des enfants et des adolescents requiert des approches particulières. C'est pourquoi la psychiatrie infanto-juvénile, spécialité à part entière, doit pouvoir fonctionner de manière autonome et disposer de ses propres institutions. Il en est de même pour la prise en charge des personnes âgées.

Enfin, la possibilité de s'exprimer dans sa langue maternelle est aussi un élément capital dans l'offre d'un traitement adapté.

b) Proximité des soins

Les lieux de soins ambulatoires doivent être proches de la population et facilement accessibles, de manière à pouvoir maintenir le plus possible le patient dans son milieu de vie. Cette proximité facilite également le contact avec la famille et les proches du patient qui constituent une importante ressource thérapeutique. Il convient donc de développer les offres de prestations dans les différents districts.

c) Continuité des soins

Afin d'éviter de néfastes ruptures de prises en charge, par exemple à la suite d'un séjour hospitalier, il est important que le traitement soit assuré par une équipe de soins cohérente, partageant la même vision thérapeutique. Une telle continuité est assurée au mieux par une organisation en secteurs de la psychiatrie dans laquelle les soins hospitaliers, ambulatoires et intermédiaires sont réunis sous une même direction.

d) Travail pluridisciplinaire, collaboration entre intervenants internes et externes au réseau

Vu le caractère biopsychosocial des troubles psychiques, les prises en charge nécessitent souvent des interventions relevant d'instances et de professions diverses (médecins, psychologues, assistants sociaux, infirmières, tuteurs, ...). Il s'agit de coordonner les efforts de ces intervenants dans un travail de réseau, en y incluant si possible les proches du patient. La collaboration entre la psychiatrie publique et privée doit aussi être renforcée. Il convient également de tenir compte des autres intervenants. La prise en charge d'une personne en situation de crise ne doit pas nécessairement être médicalisée. Les services de protection de la jeunesse et les services sociaux, par exemple, jouent ainsi un rôle essentiel de prévention qu'il faut prendre en considération. Une intensification de la collaboration avec de tels services qui émergent de la santé mentale est donc aussi particulièrement souhaitable.

e) Collaboration avec les patients et leurs proches

La thérapie met l'accent sur les ressources du patient avec lequel est établie une relation de collaboration active. Les proches sont également l'objet d'attention, car leur souffrance est souvent importante et ils ont besoin d'être soutenus et informés sur la maladie. Par ailleurs, s'ils bénéficient d'un appui suffisant, ils peuvent contribuer de manière décisive à l'amélioration de l'état de santé du patient et son intégration. Cet esprit de partenariat peut être développé par l'intermédiaire de groupes de patients et de proches, de groupes d'entraide et par le dialogue avec les associations de défense des patients.

f) Rapprochement avec la médecine somatique

Les médecins somaticiens sont souvent les premiers à déceler et à traiter les troubles psychiques. D'ailleurs, l'imbrication des facteurs somatiques et psychiques dans les maladies est de plus en plus reconnue. La psychiatrie doit donc être plus présente dans les hôpitaux généraux, mais aussi dans les homes. Ceci implique le développement de la psychiatrie de consultation et liaison, dont la tâche n'est pas seulement de donner des consultations, mais aussi de promouvoir la formation et la sensibilisation du personnel des institutions en matière de problèmes psychiques. La collaboration entre psychiatre et médecin de premier recours doit également être intensifiée, par exemple sous la forme de consilium.

g) Soins spécialisés

Outre les enfants et les adolescents qui relèvent de la psychiatrie infanto-juvénile, certaines catégories de troubles psychiques ou certains groupes de population nécessitent des soins spécifiques. La psychogériatrie, sous-spécialité déjà autonome dans certains cantons, en est l'exemple le plus manifeste. Mais des affections telles que les toxicodépendances, les troubles du comportement alimentaire ou les maladies psychosomatiques requièrent aussi des formes très particulières de prise en charge. Il s'agit de développer les offres correspondantes dans le canton, en tenant compte du nombre de patients potentiels qui doit être suffisant pour justifier l'existence d'un service spécialisé.

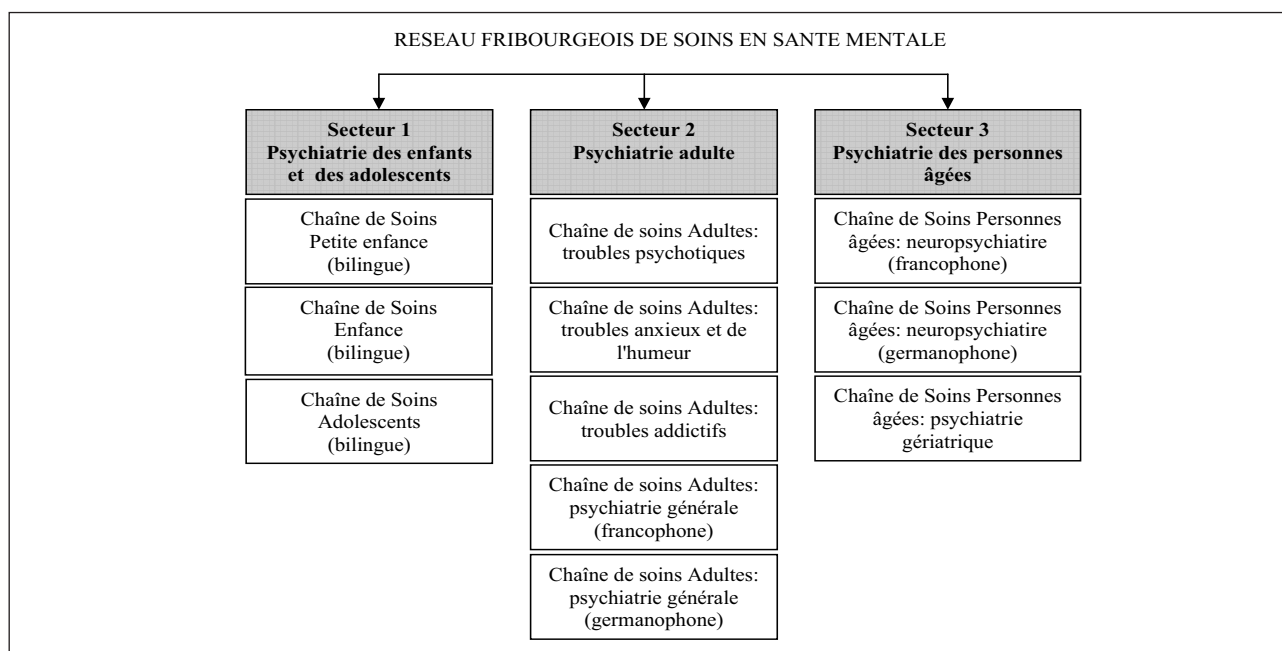
h) Collaboration avec les institutions spécialisées et autres institutions et associations de santé

Le canton compte déjà nombre d'institutions spécialisées dans différents types d'aide et de soins aux personnes fragilisées, ainsi que d'autres institutions de santé directement concernées par les questions de santé mentale. C'est le cas pour les soins aux enfants et adolescents (p. ex. Time Out, Le Bosquet, Foyer St-Etienne), pour les adultes présentant des difficultés psychiques (par ex. foyers, ateliers et appartements protégés), pour les personnes souffrant de dépendances (par ex. Le Tremplin, Le Torry, Le Radeau), et pour les personnes âgées (par ex. les EMS). Il convient aussi de mentionner les diverses institutions et associations actives dans la promotion de la santé et la prévention. Les collaborations, déjà existantes, entre ces institutions et les services publics de psychiatrie doivent être renforcées, dans certains cas par la conclusion de conventions ad hoc.

4. L'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE

4.1 Le modèle fribourgeois: des secteurs et des chaînes de soins spécialisés

Pour déterminer les secteurs de soins, des critères scientifiques basés sur la spécialisation ont été considérés comme prépondérants par rapport aux critères purement linguistiques et géographiques pour une prise en charge optimale des patients et patientes, selon les conceptions médicales les plus récentes. L'organisation des soins en secteurs, tels que retenus au sein du Réseau Fribourgeois de Soins en Santé Mentale (RFSM), apparaît comme la solution la plus apte à répondre aux principes énoncés sous point 3 ci-dessus. En mettant en commun l'hospitalier et l'ambulatoire, elle assure la continuité des soins, favorise la collaboration et le travail en réseau et permet une attribution souple des ressources en fonction des objectifs définis. Il est ainsi proposé de créer des chaînes de soins spécialisés qui répondent aux exigences médicales actuelles dans le respect des principes susmentionnés. A ce stade et à titre indicatif, il a été développé un modèle avec 11 chaînes de soins spécialisées (voir tableau ci-après).



Ces véritables «cliniques» que constituent les chaînes de soins spécialisées permettent de segmenter chaque secteur et de proposer aux patients la prise en charge la mieux adaptée à leurs pathologies. Il n'est toutefois pas envisageable, ni même souhaitable, de spécialiser toutes les prises en charge. Le maintien d'une chaîne de soins de psychiatrie générale par secteur est ainsi indispensable. De plus, la spécialisation ne justifie pas le cloisonnement strict des patients par type de pathologies, notamment en milieu hospitalier. Au contraire, il est parfois médicalement et humainement souhaitable que des patients souffrant de pathologies différentes puissent se côtoyer. Une certaine perméabilité des chaînes de soins est ainsi nécessaire. Cela répond d'ailleurs aussi à un souci d'économie.

En général, les centres ambulatoires – origines des chaînes de soins – garderont leur esprit généraliste et ne seront spécialisés que par secteur. Ils fonctionneront aussi comme «case managers» pour engager les patients dans les chaînes de soins adéquates. Pour les pathologies plus lourdes, les chaînes de soins proposeront des traitements dans des structures intermédiaires (accueils de jour ou de nuit, centres d'accueil ou de thérapies brèves) moins nombreuses que les antennes ambulatoires et plus centralisées. Enfin, les patients pourront aussi bénéficier en cas de nécessité d'un traitement hospitalier dans le cadre des chaînes de soins. Les chaînes de soins fonctionnent en fait selon le principe de la subsidiarité. Il est ainsi important de bien discerner les différentes offres de soins dans le cadre ambulatoire, de la psychiatrie de consultation-liaison, des structures intermédiaires et du milieu hospitalier.

- Il est prévu d'utiliser en priorité les **ressources ambulatoires**, car les différentes offres thérapeutiques ambulatoires représentent la forme d'intervention psychiatrique la plus douce. Elles comprennent principalement les tâches de clarifications diagnostiques, conseils, interventions préventives, traitements à court et à long terme de troubles psychiques. Cela implique bien sûr que la personne touchée puisse rester dans son entourage habituel. De plus, des interventions de crise ambulatoires peuvent être effectuées lorsque l'entourage est assez soutenant. La collaboration et les conseils aux proches, les visites à domicile et les offres de groupes font également partie de l'ensemble des offres de soins ambulatoires.
- La **psychiatrie de consultation-liaison** consiste principalement à dispenser des avis professionnels (diagnostiques et thérapeutiques) aux collègues médecins des hôpitaux somatiques ainsi qu'à conseiller les équipes de soins somatiques. Des études effectuées dans différents pays relatent qu'en moyenne 30 % des patients soignés dans des services somatiques souffrent principalement ou accessoirement de troubles psychiatriques correspondant aux critères reconnus. Les troubles psychiatriques prolongent la durée de l'hospitalisation et rendent le processus de guérison des maladies somatiques plus difficile. On signalera qu'il existe déjà dans le canton de Fribourg un projet-pilote de psychiatrie de consultation-liaison dans certaines EMS afin que les résidents de ces établissements puissent être soignés le plus longtemps possible dans leur environnement habituel en évitant ainsi une déstabilisation psychique liée au changement de lieu.
- Le **traitement dans des structures intermédiaires** est une forme de thérapie qui se situe entre les offres

de soins ambulatoires et les traitements stationnaires. Lorsqu'il existe une offre d'accueil de nuit (par exemple foyers ou appartements protégés), les patients sont capables d'avoir une activité de jour régulière, tout en pouvant bénéficier de soutien au niveau du logement, des loisirs et des relations sociales. L'accueil de jour représente aussi une véritable alternative à la prise en charge hospitalière lorsque les patients sont capables d'habiter seuls mais ne parviennent pas à structurer leur journée. En règle générale, ils ont besoin d'être guidés, d'être pris en charge et surveillés de manière constante. Les accueils de jour peuvent servir aux soins aigus, aux interventions de crise ou fonctionner comme structure de réhabilitation.

- La **prise en charge hospitalière** représente enfin la forme de traitement la plus intensive. Il ne doit y être recouru que lorsque les niveaux précédents ont été épuisés ou sont inadéquats. Ainsi, le danger pour soi-même ou pour autrui constitue une indication pour une prise en charge hospitalière. De même, les décompensations psychotiques, les troubles du comportement, les sevrages de drogues et d'alcool ainsi que les graves crises existentielles sont également des indications pour un traitement hospitalier. Des difficultés d'établissement d'un diagnostic, des changements médicamenteux et l'épuisement de l'entourage peuvent également aboutir à une hospitalisation. Il faut aussi mentionner les indications psychothérapeutiques, où les possibilités thérapeutiques ambulatoires et intermédiaires sont dépassées et où un traitement intensif individuel est nécessaire.

4.2 Critères de répartition des patients entre les chaînes de soins spécialisées

Le Réseau Fribourgeois de Soins en Santé Mentale (RFSM) s'organise selon cinq caractéristiques liées au patient: son âge, sa pathologie, sa langue, l'adéquation de l'environnement de son traitement et la localisation de la prestation offerte. Il paraît ainsi utile de préciser ces différents facteurs.

- a) **L'âge** implique des prises en charge médicales et psychothérapeutiques de plus en plus différenciées, notamment en réponse à l'évolution psychique de l'être humain au cours de sa vie et aux problèmes auxquels il doit faire face. Ce facteur justifie tout particulièrement le développement de trois secteurs, à savoir:
 - un secteur «psychiatrie et psychothérapie des enfants et des adolescents (jusqu'à l'âge de la majorité)» (secteur 1);
 - un secteur «psychiatrie et psychothérapie adulte» (secteur 2);
 - un secteur «psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (dès l'âge de 65 ans)» (secteur 3).
- b) La qualité du traitement d'un patient (possibilité de guérison ou de stabilisation, médication, durée du traitement, absence d'effets secondaires, probabilité de rechute, taux de réhospitalisation, etc.) dépend de compétences et de méthodes spécifiques de prise en charge qui diffèrent selon sa **pathologie** ou le type d'affections psychiatriques dont il souffre.
- c) La prise en charge dans la **langue** du patient, qui constitue un outil diagnostique et psychothérapeutique indispensable, est incontournable. Le modèle d'organisation du présent projet de loi répond à cette dimension par un système à géométrie variable. Il s'agit de

permettre à chacun d'accéder à des soins les plus spécialisés possibles dans sa langue, compte tenu des ressources disponibles.

Ainsi, dans les chaînes de soins (ou cliniques) s'occupant de troubles dont la prévalence au sein de la population est importante, le Réseau Fribourgeois de Soins en Santé Mentale développera dans le secteur concerné deux chaînes de soins jumelles (jumelage) dont l'une sera entièrement germanophone et l'autre francophone. Par exemple, dans le secteur des enfants et adolescents, le jumelage des chaînes est souhaitable pour la clinique des soins standards, dans le secteur adulte pour la psychiatrie générale (notamment crise et admissions) et dans le secteur des personnes âgées, la jumellisation sera certainement nécessaire pour la prise en charge des maladies neuropsychiatriques.

Les chaînes de soins dont le nombre de patients, notamment germanophones, est insuffisant afin de garantir leur viabilité tant sur le plan médical qu'économique, ne pourront pas être dédoublées. En application du principe de subsidiarité, ces chaînes de soins seront toutefois bilingues avec un effort de recrutement adéquat du personnel.

Le développement du bilinguisme dans certaines chaînes de soins permettra aussi au patient, notamment germanophone, de faire son propre choix entre un traitement dans une chaîne spécialisée bilingue ou dans une chaîne plus généraliste mais parfaitement germanophone. Pour une prise en charge spécialisée non disponible dans le canton mais nécessaire, un recours à des institutions hors canton reste réservé.

d) **L'adéquation entre structure thérapeutique et besoins du traitement** n'a pas seulement des répercussions pour le patient, mais implique aussi une charge financière différente pour la collectivité. Par **structure thérapeutique**, il faut entendre ici les différents cadres de prise en charge des patients, à savoir l'ambulatoire, la psychiatrie de consultation-liaison, les structures intermédiaires et l'hôpital. Chaque chaîne de soins du Réseau propose ces quatre types d'offres dont l'accès est régulé par les principes de subsidiarité et d'efficacité (voir remarques au point 4.1.). Cela signifie que le recours aux structures intermédiaires ou hospitalières ne pourra s'effectuer que lorsque les offres ambulatoires ou de consultation-liaison seront épuisées ou jugées inadéquates.

Concernant les répercussions sur le traitement du patient, l'hypothèse est que plus le traitement sera «léger», moins le patient devrait ressentir la stigmatisation due à l'institutionnalisation. Il est avéré en outre que le coût à la charge de l'Etat augmente drastiquement lorsque le patient requiert un traitement dans des structures intermédiaires et surtout hospitalières. Pour ces deux raisons, le Réseau Fribourgeois de Soins en Santé Mentale appliquera les principes susmentionnés de subsidiarité et d'efficacité dans le choix de la structure thérapeutique avec une priorité claire pour les traitements ambulatoires.

e) **La localisation de la prise en charge psychiatrique**, soit l'endroit où cette prestation est fournie aux patients, constitue également un critère important d'organisation des soins, notamment en termes de couverture du territoire, d'accessibilité aux soins, de proximité des soins et d'insertion et d'appui sur le réseau social du patient. Même si ces principes demeurent valables, l'évolution des modes de vie (mobilité croissante) et les contraintes économiques de concentration médicale ont atténué le

besoin et la possibilité de la décentralisation totale des soins psychiatriques. Le modèle d'organisation propose ainsi des offres de soins ambulatoires, des consultations de liaison, des structures intermédiaires décentralisées et des structures hospitalières centralisées.

4.3 L'organisation du Réseau Fribourgeois de Soins en Santé Mentale (RFSM)

L'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire de 5000 patients par an, souvent en deux langues, dans une dizaine de sites différents, avec les compétences de près de 450 personnes actives dans une trentaine de métiers, est pour le moins complexe.

Plusieurs éléments permettent de construire une organisation plus performante. Il s'agit en particulier de développer une culture institutionnelle commune à laquelle peuvent s'identifier aussi bien l'ensemble des collaborateurs que les usagers du RFSM. Cela implique la mise sur pied de structures claires avec une vision précise de la répartition des tâches et des responsabilités entre les services, mais également à l'intérieur de ceux-ci. Du point de vue des collaborateurs, le RFSM devrait ainsi offrir un cadre de travail motivant et attractif. Du point de vue des patients, il devrait garantir une prise en charge de qualité, respectueuse de leurs besoins et de leur dignité.

L'organigramme ci-dessous propose la conjonction de six domaines spécifiques:

- **Le domaine des décisions stratégiques et du contrôle des opérations:** il s'agit du Conseil d'administration, auquel participeront avec voix consultative des représentants du Réseau, à savoir: le directeur ou la directrice général/e, les médecins directeurs des secteurs et un ou une représentant/e des soins infirmiers, des services sociaux, psychologiques, éducatifs et pédagogiques.
- **Le domaine de gestion et d'allocation des ressources budgétaires:** il s'agit du conseil de direction qui réunit, sous la présidence du directeur ou de la directrice général/e, les médecins directeurs des secteurs ainsi que 3 à 5 collaborateurs ou collaboratrices, dont la désignation est approuvée par le conseil d'administration.
- **Le domaine de la prise en charge des patients:** il est formé des trois secteurs sous la direction des médecins-directeurs. Ceux-ci sont ainsi responsables de l'organisation de toutes les prises en charge de leur secteur respectif et des concepts qui y sont appliqués. Il ne s'agit pas d'un lien hiérarchique complet sur les autres professionnels, mais d'une responsabilité sur les interventions des autres professionnels dans l'espace de prise en charge des patients. La prise en charge des patients repose donc sur une organisation matricielle, entre les médecins d'une part et les services de soins de l'autre. Les deux filières d'appartenance agissent de concert, mais la décision finale en matière de soins appartient aux médecins.
- **Le domaine des services de prise en charge:** il inclut notamment le personnel soignant, les thérapeutes, les psychologues, les assistants sociaux, les éducateurs, les animateurs et le personnel médico-technique. Compte tenu de leur formation et de leur fonction, ces professionnels jouissent d'une autonomie de métiers qu'il convient de reconnaître. Par exemple, une direction des soins sera mise en place avec un infirmier ou

une infirmière chef/fe du RFSM ou trois infirmiers ou infirmières chef/fe/s de secteur. Elle aura la responsabilité des soins infirmiers. Comme en médecine somatique, la direction des soins dépendra du directeur ou de la directrice général/e pour les questions de gestion (engagements, budgets, horaires de travail, conflits, etc.). Le médecin-directeur du secteur restera compétent pour la détermination des concepts et de leur application lors des prises en charge de patientes et patients.

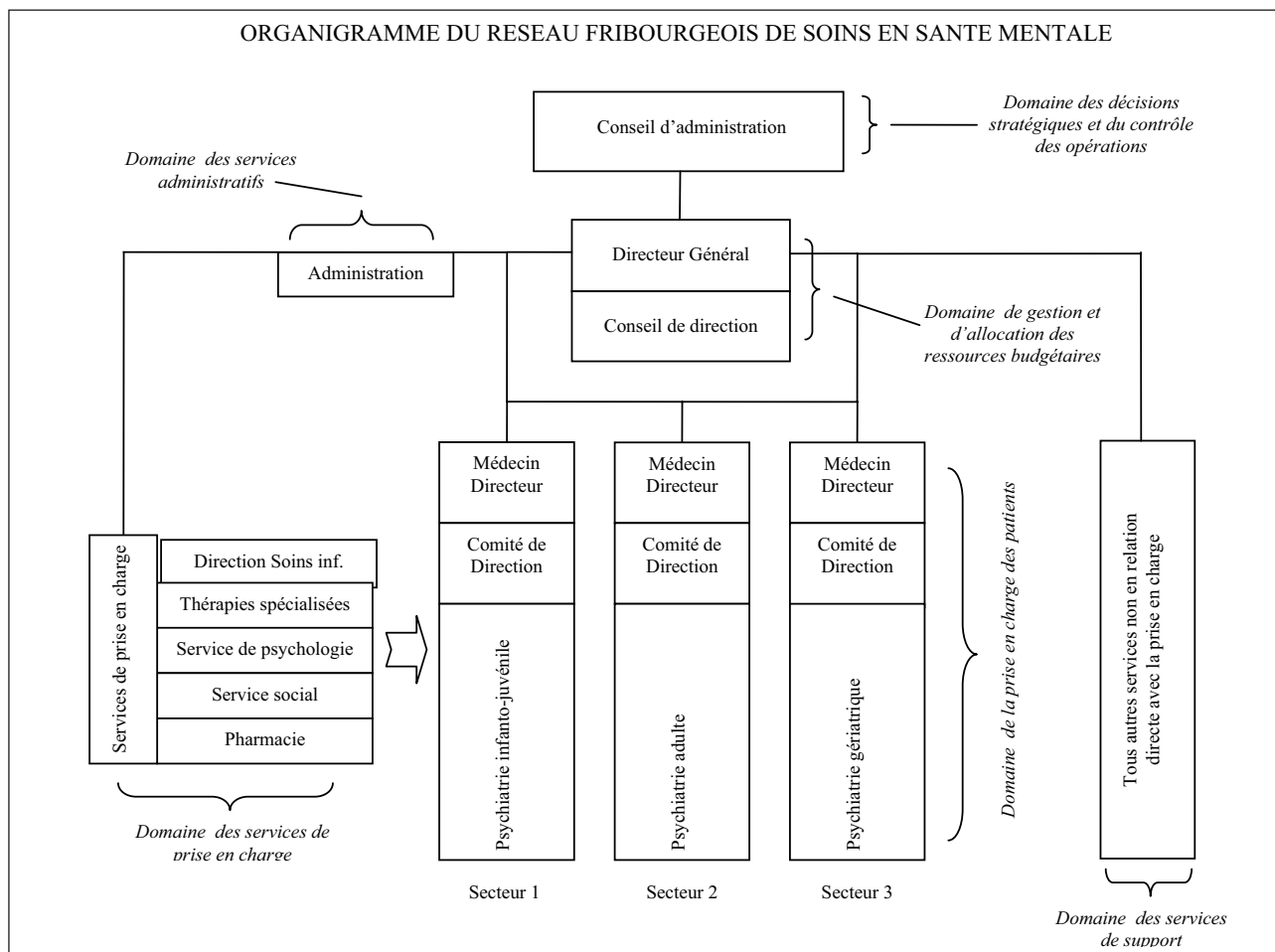
- **Le domaine des services de support:** il est destiné, par des prestations indirectes aux patients, à favoriser le cadre d'intervention des acteurs directs. Placés sous la responsabilité de la direction générale, ils offrent les prestations hôtelières (restauration, diététique, services des restaurants et cafétérias, «housekeeping», réception, intendance, lingerie, couture...), techniques (services techniques, artisans, service des entretiens extérieurs) et logistiques (transport, approvisionnement, livraison).
- **Le domaine des services administratifs:** celui-ci a pour tâche d'accompagner administrativement toutes les prestations directes et indirectes fournies dans le cadre du RFSM. Il offre ainsi des prestations variées comme la gestion des ressources humaines, la sécurité, la comptabilité, le secrétariat, les finances, le «controlling», le contentieux, la gestion des caisses, la formation des apprentis, la gestion immobilière, la gestion du foyer du personnel, la qualité, les publications, l'informatique, l'aumônerie, le centre culturel ...

4.4 Perspectives de développement

a) En général

Même s'il est possible de mettre en place le modèle d'organisation proposé avec les ressources actuelles et de faire fonctionner le RFSM, le passage d'une vision de psychiatrie publique à celle de santé mentale implique un renforcement de la collaboration avec l'ensemble des intervenants, les patients, leurs proches, la médecine somatique, les psychiatres privés, les associations... Ces valeurs de coopération et de concertation sont indispensables au bon fonctionnement du RFSM. Il s'agira, dès lors et parallèlement, d'imbriquer rapidement l'ensemble de ces forces dans un véritable réseau de santé mentale sur une base notamment conventionnelle, participative et incitative.

Les différentes chaînes de soins ne sont pas encore optimisées (cf. point 5 ci-dessous, Tableau des structures actuelles). La principale lacune à combler reste l'absence de structures intermédiaires. Indépendamment du projet de loi, des projets font d'ailleurs déjà l'objet d'étude de faisabilité afin de combler ce manque dans l'offre de soins à la population. Ainsi, par exemple, un centre d'accueil et de crise doit être mis sur pied au sein de l'Hôpital cantonal de Bertigny à Fribourg, au minimum avec un transfert partiel de postes de l'Hôpital Psychiatrique Cantonal. Ce projet répond aux critiques émises par les experts de l'OMS. Les patients passent souvent de l'offre de soins ambulatoires à l'hôpital, en raison du manque de structures intermédiaires. Les patients doivent aussi fré-



quemment rester à l'hôpital alors que leur état stabilisé leur permettrait d'être suivis dans une structure plus légère. Financièrement, l'économie résultant de l'existence de structures plus diversifiées et plus adéquates devrait permettre, du moins partiellement, le financement de la mise en place des nouvelles structures. La priorité doit également être accordée à garantir une prise en charge optimisée des patients germanophones. En effet, les problèmes structurels susmentionnés les concernent plus particulièrement et des solutions, qui nécessiteront certainement quelques ressources supplémentaires doivent ainsi être trouvées afin de corriger cette situation.

b) Priorités de développement

Dans le commentaire de l'avant-projet de loi mis en consultation en 2001, un total de 80,75 postes a été présenté comme étant nécessaire à l'évolution par étapes de l'offre des soins en santé mentale. Bien que ce chiffre reste d'actualité, il doit cependant être nuancé.

Entre 2001 et 2004, 34,5 postes ont été accordés dans les secteurs médicaux, infirmiers, thérapeutiques et sociaux de la psychiatrie publique dont 26 à l'Hôpital psychiatrique cantonal, 4 au Service psychosocial et 4,5 au Service de pédopsychiatrie. Cette augmentation conséquente a non seulement été indispensable pour faire face à la demande croissante, mais a aussi permis d'adapter quelque peu l'offre des prestations, en particulier à l'Hôpital Psychiatrique Cantonal, aux exigences de la psychiatrie moderne (création d'une unité de crise pour adolescents, développement des thérapies spécialisés). Sept des 8,5 EPT (Equivalent plein temps) accordés aux Services ambulatoires ont servi à renforcer leurs antennes régionales.

Sans vouloir entrer dans des considérations intercantionales, il faut relever que, malgré cette augmentation, la structure fribourgeoise de soins en santé mentale reste une des moins onéreuses de notre pays. A cela s'ajoute que le développement des structures intermédiaires et ambulatoires devrait permettre de réduire les journées hospitalières en général ainsi que les coûts des hospitalisations hors canton, en particulier des patients germanophones. Pour mémoire, en 2004, les journées d'hospitalisation psychiatrique hors canton s'élevaient à 2639 (dont 1976 ou 75 % dans des établissements germanophones) pour des coûts totaux de 867 886 fr. 80 (dont 665 166 fr. 80 soit le 76 % des coûts facturés par des établissements germanophones).

L'augmentation importante des effectifs dans la psychiatrie publique entre 2001 et 2004 rend ainsi possible la mise en place immédiate du RFSM, sans engagements supplémentaires causés par cette réorganisation, même si ce n'est pas de façon optimale. Il importe en effet de souligner que l'offre en soins ambulatoires et en structures intermédiaires reste très insuffisante. Les prévisions retenues dans le commentaire de l'avant-projet 2001 gardent donc toute leur valeur.

La mise en œuvre des nouvelles offres dépendra des budgets et de l'évolution des besoins des prochaines années. Indépendamment de la mise en œuvre de la présente loi, des améliorations structurelles devront dans tous les cas être consenties afin de permettre à la psychiatrie de répondre à un accroissement important de la demande de soins. Le rythme de la réalisation dépendra des possibilités budgétaires de l'Etat et de la volonté politique dans les années à venir.

En fonction des ressources complémentaires, le RFSM devrait se développer en respectant les priorités suivantes:

Priorité I: Développement de structures intermédiaires et ambulatoires (13,5 nouveaux postes)

| Libellé | Nouveaux postes |
|---|-----------------|
| Centre d'accueil et de crise à l'hôpital cantonal de Fribourg | 4* |
| Accueil de jour pour adultes, disposant d'une équipe mobile multidisciplinaire, dans la partie germanophone du canton | 8 |
| Consultations ambulatoires multidisciplinaires pour adolescents | 1.5** |

* à compléter par un transfert de 3 à 4 postes des structures existantes
 ** en collaboration avec les structures existantes

Priorité II: Développement et renforcement des structures ambulatoires, intermédiaires et de consultations de liaison (28 nouveaux postes)

| Libellé | Nouveaux postes |
|--|-----------------|
| Accueil de jour pour personnes âgées, disposant d'une équipe mobile multidisciplinaire | 8 |
| Développement de nouvelles antennes régionales ambulatoires (Romont, Châtel-St-Denis, partie germanophone) | 6 |
| Centre d'accueil de jour multidisciplinaire pour adolescents | 5* |
| Renforcement des consultations de liaison | 3 |
| Renforcement des structures ambulatoires | 6 |

* en collaboration avec les structures existantes

Les priorités du RFSM résident donc dans le développement:

- de structures intermédiaires afin d'éviter les ruptures des chaînes de soins en offrant aux patients un environnement de prises en charge en adéquation avec leurs besoins,
- de structures de prises en charge complémentaires pour les patients germanophones,
- de structures pour les soins ambulatoires, pour compléter certaines chaînes de soins (centres de compétence) et améliorer l'accessibilité aux soins (meilleure couverture du territoire).

La fixation de ces priorités, qui mettent l'accent sur la multidisciplinarité, la décentralisation et la collaboration (cf. chapitre 3), répond au postulat Morel/Crausaz men-

tionnés en introduction du présent message. Il faut d'emblée souligner que la création des antennes régionales du Service de pédopsychiatrie déjà effectuée à ce jour relève cette volonté de décentralisation, le regroupement de ces antennes avec d'autres services (p.ex. Service de planning familial et d'information sexuelle) dans les mêmes locaux ayant permis en plus de renforcer le travail multidisciplinaire. Les consultations ambulatoires et le Centre d'accueil de jour multidisciplinaire pour adolescents complèteront idéalement l'offre existante par l'intégration des professionnels de l'enseignement et de la formation aux activités médico-thérapeutiques classiques; le but est d'impliquer plus intensivement les parents et les familles des jeunes (groupes et ateliers pédago-thérapeutiques, groupes thérapeutiques avec familles). A terme, il s'agira d'étendre cette offre multidisciplinaire en envoyant sur place (dans les familles, foyers, écoles, etc.) une équipe mobile composée «sur mesure» pour répondre aux besoins spécifiques.

En outre, vu la nécessité de développer les soins en santé mentale dans le nord du canton, la fixation de priorités apporte la meilleure réponse possible au postulat Bürgisser. Force est de constater en effet que, faute de taille critique, la création d'une unité psychiatrique stationnaire n'est pas envisageable dans la partie germanophone du canton. La création d'une telle unité stationnaire irait également à l'encontre des principes scientifiques modernes qui consistent à développer une psychiatrie ambulatoire de proximité afin de tenir compte au maximum des ressources des patients et de leurs familles. Ainsi, dans

cette perspective, la création d'un accueil de jour pour adultes, disposant d'une équipe mobile multidisciplinaire, dans la partie germanophone du canton est définie en première priorité. Au surplus, le canton gardera toute la souplesse actuelle en matière de prise en charge hors canton, pour les traitements stationnaires spécifiques qui ne peuvent être offerts dans le canton en langue allemande.

A l'horizon 2010, en fonction des transferts internes de ressources du domaine de l'hospitalier vers les soins ambulatoires, la psychiatrie de consultation-liaison et les structures intermédiaires, ainsi qu'en fonction des ressources complémentaires allouées au RFSM, la répartition du budget global aura été modifiée conformément aux objectifs stratégiques de la révision de l'organisation fribourgeoise des soins en santé mentale.

5. INCIDENCES FINANCIÈRES

Dans l'immédiat, le modèle d'organisation retenu peut être mis en place sans moyens supplémentaires pour la nouvelle organisation, notamment en termes de personnel et d'infrastructures. En effet, la plupart des structures prévues existent déjà à l'Hôpital Psychiatrique Cantonal ou dans les services ambulatoires. Le changement consistera principalement, après la fusion, à les réorganiser entre elles dans le cadre du nouveau Réseau.

Le tableau ci-dessous présente les ressources actuelles réorganisées selon les lignes directrices du nouveau modèle retenu.

ÉTAT ACTUEL DES PRESTATIONS RÉORGANISÉES EN CHAÎNES DE SOINS

| Secteurs | Secteur 1 : psychiatrie enfants & adolescents | | | | Secteur 2 : psychiatrie adulte | | | | | Secteur 3 : psychiatrie personnes âgées | | |
|---------------------------------|---|---|----------------------------|---|--|--|--|--|----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Chaînes de soins | <i>Intensive</i> 1 | <i>Standard</i> 2 | <i>Standard</i> 3 | <i>Réhabilitation</i> 4 | <i>Troubles Psychotiques</i> 5 | <i>Troubles de l'humeur</i> 6 | <i>Troubles addictifs</i> 7 | <i>Psychiatrie Générale</i> 8 | <i>Psychiatrie Générale</i> 9 | <i>Neuro-Psychiatrie</i> 10 | <i>Neuro-Psychiatrie</i> 11 | <i>Psychiatrie Gériatrique</i> 12 |
| Langues | B | F | G | B | B | B | B | F | G | F | G | B |
| Offre ambulatoire | Fribourg Meyriez Estavayer Bulle HCF HPC | Fribourg Meyriez Estavayer Bulle HCF HPC | Fribourg Meyriez HCF | Fribourg Meyriez Estavayer Bulle HCF HPC | Fribourg Bulle HPC Estavayer Meyriez <i>(existants mais à développer)</i> | Fribourg Bulle HPC Estavayer Meyriez <i>(existants mais à développer)</i> | Fribourg (UTA) Bulle HPC Estavayer Meyriez | Fribourg Bulle HPC Estavayer Meyriez | Fribourg HPC Meyriez | Fribourg Bulle Estavayer Meyriez Méd. Marsens | Fribourg Meyriez | Fribourg Meyriez Méd. Marsens |
| Offre consultation-liaison | HCF H Estavayer H Meyriez | HCF H Estavayer H Meyriez | HCF H Meyriez | HCF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF H Meyriez | 2 EMS (Marly, Charmey) HCF H Estavayer HSF H Meyriez | HCF Meyriez | 2 EMS (Marly, Charmey) HCF H Meyriez |
| Offre structures intermédiaires | <i>CTJ</i> <i>Fribourg</i> | <i>CTJ</i> <i>Fribourg</i> | | <i>CTJ</i> <i>Fribourg</i> | | | | | | | | |
| Offre hospitalière | HPC (10 lits) | HPC (4 lits) | HPC (4 lits) | | HPC (16 lits) | HPC (18 lits) | HPC (21 lits) | HPC (46 lits dont 2 en <i>psy légale</i>) | HPC (11 lits) | HPC (9 lits) EMS Les Camélias (6 lits) | HPC (9 lits) | HPC (32 lits) |

Abréviations : EMS : Etablissement médico-social ; CTJ : Centre thérapeutique de jour ; HCF : Hôpital cantonal ; HPC : Hôpital psychiatrique cantonal ; UTA : Unité de traitement des addictions ; HSF : Hôpital du Sud fribourgeois

Si plusieurs offres de prestations, particulièrement les structures intermédiaires, font actuellement défaut, cela ne remet pas en cause l'organisation proposée. Au contraire, de par sa flexibilité et sa cohérence dans la prise en charge des patients selon leurs besoins, le RFSM permettra de mieux faire appel aux ressources disponibles. Les médecins, notamment en milieu ambulatoire, seront en effet amenés à évaluer en permanence les cas afin d'orienter le patient vers la chaîne de soins la plus adéquate. La cohérence des prestations sera renforcée grâce à plusieurs mécanismes propres aux chaînes de soins, dont la mobilité des coordinateurs de chaînes (médecins mobiles, infirmiers mobiles), un encadrement médico-thérapeutique unique de la chaîne (concept de prise en charge, philosophie de soins, médication et thérapies cohérentes,...), une vision globale de certains services (par exemple services sociaux) et un usage coordonné des ressources.

A toutes fins utiles, il convient aussi de signaler que le tableau ne tient pas compte de certaines situations particulières. Par exemple, pour la psychiatrie infanto-juvénile, une distinction doit être établie entre la petite enfance (de 0 à 5 ans), l'âge scolaire (jusqu'à 13 ans) et l'adolescence (dès 14 ans). Non seulement, il existe déjà plusieurs initiatives pour chacune de ces tranches d'âges, mais il faut aussi mentionner l'offre socio-éducative qui joue un rôle important de prévention et de protection de la santé mentale. Dans les secteurs de la psychiatrie adulte ou pour les personnes âgées, il existe également des structures complémentaires comme, par exemple, l'Association Fribourgeoise Action et Accompagnement Psychiatrique (AFAAP), sans oublier les efforts consentis dans certains EMS. La mise sur pied du RFSM devrait faciliter et renforcer la collaboration avec ces différents acteurs directement ou indirectement concernés par la santé mentale, surtout avec les institutions spécialisées.

L'élargissement du champ d'activité des associations comme l'AFAAP à l'ensemble du RFSM pour leurs tâches de conseillers-accompagnants (cf. Commentaires ci-dessous ad art. 45), engendrera une augmentation de travail correspondant dans un premier temps à un demi-poste de travail, puis ultérieurement à un poste entier. Pratiquement, il s'agira de répreciser le mandat de prestations donné par le Service de la santé publique aux associations concernées, en évaluant l'étendue de leurs tâches. Il convient toutefois de ne pas perdre de vue le fait que les conseillers-accompagnants sont amenés à faciliter les rapports entre les patients, le RFSM et les personnes extérieures. Ce faisant, ils assumeront une tâche qui est présentement celles des collaborateurs des services cantonaux, aussi bien du personnel soignant que des services sociaux. Ces tâches sont donc de toute manière à la charge des services de l'Etat. Le renforcement des conseillers-accompagnants ne devrait ainsi pas se traduire par une augmentation des charges, les coûts devant être pris en charge par le RFSM dans le cadre de son budget d'exploitation, puisque ses tâches seront diminuées dans une mesure correspondante.

En ce qui concerne le développement du RFSM selon les perspectives décrites ci-dessus (cf. point 4.4), il s'agira d'un côté d'examiner l'allocation des ressources sur les structures existantes, voire la possibilité de transfert de postes, et, de l'autre côté, de décider de la création de nouveaux postes selon l'évolution des besoins et dans le cadre des moyens budgétaires à disposition.

6. RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES

Etant donné que le développement et le financement de l'ensemble des structures concernées par la réorganisation des soins en santé mentale ont toujours été assurés par l'Etat, la présente loi ne modifie pas la répartition des compétences entre l'Etat et les communes.

7. COMMENTAIRE DES DISPOSITIONS

7.1 CHAPITRE PREMIER: Dispositions générales

En réunissant les structures publiques existantes dans le domaine de la santé mentale, à savoir l'Hôpital psychiatrique cantonal, le Service psychosocial et le Service de pédopsychiatrie, l'article 1 crée la base légale de l'existence du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (RFSM). La loi règle également son organisation, son fonctionnement et son financement, ainsi que leurs relations avec les partenaires publics et privés.

L'article 2 place clairement les besoins des patients au centre des préoccupations de la loi. Il s'agit de garantir un suivi optimal des patients. Le système est conçu de manière à satisfaire leurs besoins, plutôt que d'imposer aux patients de s'adapter au système. Point essentiel, un des objectifs de la loi est le maintien des patients, autant que faire se peut, dans leur cadre de vie habituel. Cet objectif correspond à une vision moderne de la psychiatrie.

L'article 3 renvoie à la planification sanitaire cantonale dans laquelle il conviendra d'intégrer un volet «santé mentale». Le plan cantonal de soins en santé mentale devrait ainsi permettre une articulation optimale avec l'organisation de l'ensemble des soins dans le canton.

L'article 4 précise la nature juridique du RFSM, ainsi doté de l'autonomie nécessaire au vu des tâches qui lui sont confiées.

Pour ce qui est de cette autonomie, il y a lieu d'insister sur le fait que le RFSM est rattaché principalement par cinq liens à l'Etat, ces liens représentant également des restrictions à son autonomie. Il s'agit des instruments de planification (plan sanitaire et plan de soins en santé mentale) qui restent de la compétence du Conseil d'Etat, du mandat de prestations, du budget global, de la surveillance institutionnelle (législatif et exécutif) et du statut du personnel. On retrouvera ces cinq liens dans les dispositions qui suivent.

Les principes de l'organisation des soins en santé mentale sont traités aux articles 5 à 9 du projet de loi. La définition (art. 5) et la description des missions (art. 6) des différents secteurs sont explicités au chapitre 4 du présent message.

En ce qui concerne les activités du RFSM, l'article 7 prévoit qu'elles dépendent d'un mandat de prestation fixé par le Conseil d'Etat compte tenu de la planification sanitaire cantonale. Cette formule permet une mise en œuvre par étape de l'ensemble des activités qui devront être assumées. A préciser que la psychiatrie légale couvre le domaine de la psychiatrie forensique.

L'article 8 permet de mettre en relation tous les acteurs du domaine de la santé mentale, mais aussi du domaine somatique, en définissant les conditions-cadre de leur collaboration par des conventions. Pour ce qui concerne la collaboration avec les institutions de santé du domaine somatique, elle portera notamment sur la psychiatrie de

liaison dans les hôpitaux et les EMS, les missions spécifiques en lien avec la psychiatrie confiées à des hôpitaux somatiques (par ex.: alcoologie, psychogériatrie) et l'unité de crise projetée à l'Hôpital de Bertigny à Fribourg. Le deuxième alinéa réserve au Conseil d'Etat la possibilité de limiter l'autonomie de l'établissement quant à la compétence de passer des conventions de collaboration. Il peut également sur cette base amener le RFSM à conclure une éventuelle convention afin de remplir pleinement sa mission en collaboration avec l'ensemble des partenaires publics ou privés. Il ne s'agit toutefois pas de soumettre à l'approbation du Gouvernement cantonal toutes les conventions que passe le RFSM; sont ici visées les conventions ayant des incidences sur la planification sanitaire et celles impliquant un crédit complémentaires de l'Etat.

L'article 9 concernant les relations avec les usagers renvoie aux normes très détaillées de la loi sur la santé, qui règlent les droits et les devoirs des patients (art. 39ss LSan).

7.2 CHAPITRE 2: Organes du RFSM

Les organes du RFSM ne portent pas à commentaires particuliers, si ce n'est de relever que les membres du Conseil d'administration doivent avoir de grandes compétences dans le domaine de la gestion ou dans le domaine de la santé mentale (art. 11). A cela s'ajoute le caractère interdisciplinaire du Conseil d'administration qui ne se limitera pas aux professions médicales, mais s'étendra également à celles des domaines infirmier, psychologique, social, éducatif ou pédagogique. Il faut noter enfin que des représentants des cadres et du personnel du RFSM participent à titre consultatif aux séances du Conseil d'administration (art. 15).

L'article 13 définit les attributions du Conseil d'administration. Il faut relever surtout que ce Conseil doit veiller particulièrement à ce que le RFSM soit développé dans un esprit d'ouverture et de collaboration avec tous les partenaires publics et privées dans le domaine de la santé mentale.

Au sein du Conseil de direction, qui réunit sous la présidence du directeur ou de la directrice général/e les médecins-directeurs des secteurs, seront également représentés les responsables des soins et du personnel thérapeutique (art. 21).

7.3 CHAPITRE 3: Organisation des activités du RFSM

L'article 25 fixe les compétences des différents organes du RFSM en matière d'organisation interne des secteurs. Les besoins spécifiques de la population germanophone ont tout particulièrement été pris en considération à l'article 25 al. 4, qui exige que le caractère bilingue du canton soit pris en compte dans l'organisation du RFSM. Ainsi, les éventuelles structures qui seraient créées dans les régions germanophones ou bilingues devront elles-mêmes être germanophones, respectivement bilingues.

7.4 CHAPITRE 4: Financement

L'article 26 définit, dans les grandes lignes, le financement du RFSM. Il institue une hiérarchie des ressources dans ce sens que l'établissement doit d'abord utiliser ses propres ressources avant de recourir au financement de l'Etat. Les ressources de l'établissement sont les prestations financières des patients et de leurs assureurs, le ren-

dement de sa fortune, les dons et legs en faveur de l'établissement ainsi que les subventions de l'Etat.

L'article 27 s'inspire des articles 23 et 24 de la loi du 23 février 1984 sur les hôpitaux (LH). Le premier alinéa indique les différents types de frais qui font partie des frais d'investissement; il y assimile notamment les équipements initiaux d'une nouvelle construction ou d'un agrandissement (cf. art. 23 al. 1 LH). L'alinéa 2 reprend la disposition de l'article 24 al. 2 LH, l'alinéa 3 correspond à l'article 24 al. 3 LH.

L'article 28 vise à éviter que des investissements de remplacement soient soumis à la procédure plus lourde du financement des frais d'investissement (art. 27), en précisant qu'ils sont financés au moyen d'une partie du budget global annuel (cf. art. 29 de la présente loi). Il appartiendra au Conseil d'Etat de définir la notion d'investissement de remplacement.

L'article 29 reprend le contenu de l'article 29a LH en l'adaptant à la structure du RFSM. L'alinéa 2 précise que le budget global fixe définitivement la participation de l'Etat aux frais de fonctionnement. Les alinéas 3 et 4 traitent de la problématique de l'écart entre le montant du budget global et le résultat annuel réalisé par l'établissement. Deux cas de figure peuvent se présenter:

- le budget global ne suffit pas pour couvrir les dépenses annuelles de l'établissement: dans ce cas, l'établissement et l'Etat absorbent chacun la moitié du déficit (al. 3);
- le budget global n'a pas été utilisé totalement: dans ce cas, l'établissement et l'Etat acquièrent chacun la moitié de l'excédent non utilisé (al. 4).

L'alinéa 5 précise que, sur proposition de la Direction compétente en matière de santé, le Conseil d'Etat arrête le dépassement et les excédents de budget pris en considération.

L'article 30 reprend les éléments des critères actuels de calcul du budget global fixés à l'article 29b LH, en structurant différemment la matière.

7.5 CHAPITRE 5: Gestion

L'article 31 fait obligation à la direction du RFSM et aux responsables des secteurs d'assurer une gestion économe et une exploitation rationnelle des ressources. L'article 32 définit les paramètres principaux qui déterminent l'établissement du budget et des comptes. L'article 33 indique les principaux outils de gestion qui seront utilisés par les organes du RFSM.

S'agissant du statut du personnel, l'article 34 renvoie aux dispositions de la loi sur le personnel de l'Etat (LPers). Toutefois, le RFSM gère lui-même les engagements de son personnel, dont il est l'employeur.

Les règles de la LPers sont applicables aux médecins-directeurs, aux médecins ainsi qu'au directeur ou à la directrice général/e, sauf pour les questions spécifiques traitées par des règlements adoptés par le Conseil d'administration et approuvés par le Conseil d'Etat (art. 35 de la présente loi).

7.6 CHAPITRE 6: Responsabilité

L'article 36 renvoie tout simplement aux dispositions de la loi du 16 septembre 1986 sur la responsabilité civile des collectivités publiques et de leurs agents (RSF 16.1;

art. 2 al. 2 de cette loi). Selon l'**article 37**, il incombe au Conseil d'administration de conclure une assurance responsabilité civile pour certaines activités présentant des risques particuliers pour les patients.

7.7 CHAPITRE 7: Surveillance

La compétence du Grand Conseil retenue à l'**article 38** découle de son pouvoir inaliénable d'assumer la haute surveillance sur le gouvernement et les tribunaux (cf. art. 104 Cst FR). La haute surveillance sur le gouvernement s'étend non seulement à l'administration centrale, mais également à l'administration décentralisée dont le RFSM fait partie. Cette compétence est en outre le corollaire du pouvoir budgétaire, donc du pouvoir d'allouer le budget global annuel au RFSM.

L'**article 39** rappelle le pouvoir de surveillance du Conseil d'Etat et de la Direction compétente en matière de santé (voir art. 6 et 7 LSan).

7.8 CHAPITRE 8: Dispositions transitoires

L'**article 40** apporte un complément par rapport à l'article 34 concernant le statut du personnel. Il garantit que les personnes qui travaillent actuellement dans un des organismes concernés par la réforme du système de soins en santé mentale seront réengagées par le RFSM.

L'**article 42** traite de la reprise des activités des services publics existants. Pour mémoire, il s'agit de l'Hôpital psychiatrique cantonal, du Service psychosocial et du Service de pédopsychiatrie. Les trois services étant cantonaux, la reprise de leurs biens par le RFSM ne devrait donc pas poser de problèmes majeurs.

Les **articles 43 et 44** n'appellent pas de commentaires; ils sont suffisamment explicites.

7.9 CHAPITRE 9: Dispositions finales

Les modifications de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan) prévues par l'**article 45** portent sur la planification de soins en santé mentale ainsi que sur l'application des droits et devoirs des patients et des patientes.

L'**article 20 al. 2 LSan** est complété par la notion de plan cantonal de soins en santé mentale dont l'élaboration sera confiée à la Commission de planification sanitaire.

Ainsi qu'il ressort de l'article 2, le but de la présente loi est de créer les conditions pour un système de soins «favorisant l'autonomie relationnelle, familiale, sociale et économique» des patientes et des patients. Outre les aspects organisationnels permettant de réaliser cet objectif, il convient de mentionner le respect des droits des patients et patientes. En effet, il ne suffit pas de garantir à chacun l'accès à des soins en santé mentale adéquats et de qualité, encore faut-il que ces soins soient prodigués dans le respect de la dignité et des droits des patients. Cette question est d'une importance toute particulière dans le domaine des soins en santé mentale dans la mesure où les personnes concernées sont généralement plus fragilisées et vulnérables que les patients somatiques. Il faut toutefois se garder de tout paternalisme à rebours qui pourrait avoir pour conséquence fâcheuse de stigmatiser les patients psychiatriques.

D'une manière générale, la présente loi renvoie dans ce domaine sur la loi sur la santé (cf. art. 9). Elle la complète pourtant en ajoutant un élément qui concerne l'applica-

tion concrète de ces droits et la manière dont les institutions doivent en garantir le respect.

L'article 41 LSan garantit à chacun le droit à une assistance et à des conseils durant toute la durée d'un séjour en institution dans le RFSM. Cet accompagnement pourra être garanti notamment par des organismes à but non lucratif reconnus par le Conseil d'Etat. Dans le domaine psychiatrique, il est essentiel de pouvoir compter sur des personnes spécialement formées et ayant une bonne connaissance et expérience du milieu. Cela est indispensable afin de favoriser un dialogue harmonieux entre patients, professionnels et institutions de santé. En désignant expressément les personnes qui pourront ainsi opérer dans les établissements, le nouvel **article 42a LSan** consacrant le principe des conseillers-accompagnants répond à un souci de qualité dans le respect des droits des patients et des obligations des institutions. Il s'agit de permettre un regard extérieur sans pour autant encourager les interférences inutiles.

Le nouvel article 42a renforce ainsi l'article 41 actuel, en précisant le rôle et le statut du conseiller-accompagnant. A souligner que le conseiller-accompagnant ne peut exercer une forme quelconque de représentation; sa tâche consiste à aider les patients dans leurs démarches auprès du RFSM et de l'extérieur. Un conseiller-accompagnant peut ainsi suivre un patient lorsqu'il dépose une demande auprès d'une administration ou tout simplement pour faciliter le dialogue avec le personnel soignant. Des associations comme l'AFAAP remplissent déjà un rôle important dans ce domaine, dans le cadre de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens. L'article 42a permet de compléter la base légale de leurs interventions. En soi, cette disposition ne modifie pas foncièrement la situation, mais aboutit à un élargissement du champ d'activité des associations déjà en fonction à l'ensemble du RFSM.

Au surplus, le nouvel **article 43a LSan** impose au RFSM d'établir formellement une procédure de gestion des plaintes. Une telle procédure doit permettre de garantir le respect effectif des droits des patients et patientes. Elle doit également se comprendre comme un outil important dans le contrôle d'assurance de qualité. En dehors de la procédure fixée par la loi sur la santé, le système de gestion interne des plaintes des patients et autres usagers des institutions de soins en santé mentale devrait encourager une meilleure prise en compte de la place des patients et patientes dans la vie du RFSM et une amélioration de leur prise en charge.

Deux lois seront abrogées suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'organisation des soins en santé mentale: la loi organique de l'Hôpital psychiatrique de Marsens (RSF 822.2.1) et la loi relative à la création du Centre psycho-social (RSF 821.44.2). On soulignera néanmoins que la réforme proposée va au delà d'une simple modification de l'organisation et des structures de ces institutions. Elle implique des changements en profondeur dans l'ensemble de l'organisation des soins en santé mentale dans notre canton.

8. CONCLUSION

Le Conseil d'Etat invite dès lors le Grand Conseil à adopter le présent projet de loi sur l'organisation des soins en santé mentale.

BOTSCHAFT Nr. 264 16. Mai 2006
des Staatsrats an den Grossen Rat
zum Entwurf des Gesetzes über die Organisation
der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (PGG)

Hiermit unterbreiten wir Ihnen einen Entwurf für das Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (PGG).

Diese Botschaft gliedert sich wie folgt:

- 1 Einführung**
- 2 Der Entwurf in seinen grossen Linien**
- 3 Konzept und Grundsätze der Pflege im Bereich psychische Gesundheit**
 - a) *Pflegeangebot nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten*
 - b) *Bürgernahe Pflege*
 - c) *Kontinuität der Pflege*
 - d) *Pluridisziplinarität, Zusammenarbeit zwischen netzinternen und -externen Akteuren*
 - e) *Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen*
 - f) *Annäherung an die somatische Medizin*
 - g) *Spezialisierte Pflege*
 - h) *Zusammenarbeit mit spezialisierten Institutionen und anderen Institutionen und Vereinigungen des Gesundheitswesens*
- 4 Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit**
 - 4.1 *Das Freiburger Modell: Sektoren und spezialisierte Behandlungsketten*
 - 4.2 *Kriterien für die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die spezialisierten Behandlungsketten*
 - 4.3 *Organisation des Freiburger Netzes für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FPN)*
 - 4.4 *Entwicklungsperspektiven*
 - a) *Allgemeines*
 - b) *Vorrangige Entwicklungsziele*
- 5 Finanzielle Auswirkungen**
- 6 Kompetenzenverteilung zwischen Staat und Gemeinden**
- 7 Erläuterung der Bestimmungen**
 - 7.1 *1. KAPITEL: Allgemeine Bestimmungen*
 - 7.2 *2. KAPITEL: Organe des FPN*
 - 7.3 *3. KAPITEL: Organisation der Tätigkeiten des FNP*
 - 7.4 *4. KAPITEL: Finanzierung*
 - 7.5 *5. KAPITEL: Geschäftsführung*
 - 7.6 *6. KAPITEL: Haftung*
 - 7.7 *7. KAPITEL: Aufsicht*
 - 7.8 *8. KAPITEL: Übergangsbestimmungen*
 - 7.9 *9. KAPITEL: Schlussbestimmungen*
- 8 Antrag**

1. EINFÜHRUNG

Am 12. März 1996 beauftragte der Staatsrat eine Expertengruppe mit der Erarbeitung eines Gesetzesentwurfs über die psychiatrische Pflege. Das vierte Kapitel von Mediplan 89 sollte ihr als Richtplan dienen. Gemäss diesem Auftrag unterbreitete die Expertengruppe im Dezember 1987 einen ersten Gesetzesentwurf, der hauptsächlich die Organisation der Freiburger psychiatrischen Institutionen betraf. Zur gleichen Zeit befand sich

der Vorentwurf des Gesundheitsgesetzes in der Vernehmlassung. Dieser setzte den Akzent auf die wichtigen Bedürfnisse bei den Patientenrechten und unterstrich die Notwendigkeit, psychiatrische Patientinnen und Patienten nicht zu stigmatisieren. Inzwischen hatte der Grosse Rat auch das neue Gesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung, das ausdrücklich die Frage der Patientenrechte vorbehält, verabschiedet. Diese Änderungen in der Gesetzgebung bewogen den Staatsrat, die Diskussion auf dem psychiatrischen Gebiet erneut voran zu treiben und dabei vermehrt dem Blickwinkel der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Unter dem Vorsitz von Dr. Hans Brändli wurde eine zweite Arbeitsgruppe eingesetzt, mit dem Auftrag, die organisatorischen Vorschläge des ersten Vorentwurfs aufzugreifen, letzteren jedoch so zu ergänzen, dass den Aspekten Förderung der psychischen Gesundheit, Prävention und Patientenrechte Rechnung getragen werde. Im Juni 2000 reichte die Arbeitsgruppe einen Vorentwurf des Gesetzes über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit ein (Gesetz über die psychische Gesundheit). Dieser Vorentwurf wurde unter Berücksichtigung der Ausführungselemente zum Gesundheitsgesetz, die sich zu der Zeit in Vernehmlassung befanden, nochmals überarbeitet. Das Hauptanliegen bestand darin, eine optimale Koordination zwischen den beiden Gesetzgebungen zu gewährleisten.

Das Ergebnis dieser Arbeit, der Vorentwurf des Gesetzes über die Pflege im Bereich psychische Gesundheit, wurde von der Direktion für Gesundheit und Soziales in die Vernehmlassung geschickt, die von Ende Mai bis Mitte September 2001 dauerte. Die befragten Kreise pflichteten dem Geist, der den Entwurf beseelte, bei, und der Philosophie, wonach die Organisation der Pflege auf die Patientinnen und Patienten und ihre spezifischen Bedürfnisse sowie auf die grundsätzliche Kontinuität der therapeutischen Versorgung auszurichten sei. In Bezug auf die vorgeschlagenen Varianten der sprachlichen und geographischen Sektorisierung waren die Meinungen sehr geteilt, auch wenn sich eine kleine Mehrheit zugunsten der Variante A abzeichnete (ein französisch- und ein deutschsprachiger Sektor). Als vorrangig in der künftigen Sektorisierung nannten die befragten Organismen vor allem eine Verstärkung der ambulanten Konsultationen und die Errichtung von Kurztherapie-Zentren, die Entwicklung der Liaison-Psychiatrie und des Sektors Alterspsychiatrie sowie eine Verbesserung der Strukturen für Kinder und Jugendliche. Was die spezialisierten Dienste angeht, so wurden die Dienste für psychosomatische Belange, diejenigen für die Behandlung der Drogenabhängigkeit sowie diejenigen für Rehabilitation und für Geriatrie als besonders dringlich erachtet. Ansonsten bemängelten die Stellungnahmen einen Mangel an Klarheit über die allgemeine Organisation und wiesen auf die Komplexität der Neuorganisation hin. Insgesamt jedoch fiel die Beurteilung des Entwurfs positiv aus.

Nachdem der Gesetzesentwurf im Jahr 2003 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Pilotprojekt anerkannt worden war, kam der Kanton Freiburg in den Genuss eines Gutachtens dieser Organisation. In ihrem Schlussbericht vom 26. Januar 2004 begrüsst die WHO-Arbeitsgruppe die Konzeption des Entwurfs, der einer Dezentralisierung des Versorgungsangebots den Vorrang gibt, indem er ambulante und Zwischenstrukturen entwickelt und auf eine Verkleinerung der psychiatrischen Spitäler hinzielt. In Berücksichtigung des besonderen Problems der Zweisprachigkeit in unserem Kanton heben die Sachverständigen der WHO auch hervor, dass die

Versorgungsstrukturen für die deutschsprachigen Patientinnen und Patienten unzureichend seien.

Für die endgültige Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs in Berücksichtigung der Bemerkungen aus der Vernehmlassung und des WHO-Gutachtens setzte der Staatsrat Ende August 2004 eine Kommission ein, welche die betroffenen Kreise vertrat, unter dem Vorsitz von Frau Dr. Graziella Giacometti Bickel tagte und Prof. Dominique Sprumont als Experte begleitet wurde.

Zu unterstreichen ist noch, dass sich dieser Gesetzesentwurf in den Kontext der nationalen Strategie für die psychische Gesundheit einfügt (www.santenationale.ch). Schliesslich antwortet er auch auf ein Postulat von Grossrätin Françoise Morel und Grossrat Jacques Crausaz (206.02), das die Errichtung einer multidisziplinären Einheit für die Gesundheit Jugendlicher betraf, sowie auf ein Postulat von Grossrat Nicolas Bürgisser (246.04), wonach die Errichtung einer stationären Psychiatrie-Einheit und die Entwicklung eines ambulanten und teilambulanten Angebots im deutschsprachigen Kantonsteil geprüft werden sollten.

2. DER ENTWURF IN SEINEN GROSSEN LINIEN

In Anbetracht der Vernehmlassungsergebnisse und in Berücksichtigung der Entwicklung und der neuen Tendenzen auf dem Gebiet der Psychiatrie ist das im Gesetzesvorentwurf von 2001 gewählte Konzept der geographischen und sprachlichen Sektorisierung aktualisiert worden, um eine Lösung zu erzielen, die den neuen psychiatrischen Konzepten und den im Kanton Freiburg vorhandenen Rahmenbedingungen besser entspricht. So beinhaltet dieser Entwurf eine Sektorisierung, die auf wissenschaftlichen Kriterien gründet und gleichwohl geographischen und sprachlichen Aspekten Rechnung trägt.

Der vorliegende Gesetzesentwurf erlaubt eine Entwicklung der Strukturen in Etappen. Es handelt sich zuerst um eine Neuorganisation der öffentlichen Psychiatrie durch die Errichtung einer selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts, welche die bestehenden öffentlichen Institutionen – das Kantonale Psychiatrische Spital, den Psychosozialen Dienst und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst – in sich vereinigt. Die Idee der Errichtung dieser Anstalt unter der Bezeichnung «Freiburger Netz für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FPN)» sowie ihre Struktur lehnen sich ganz natürlich an die Neuorganisation der Spitäler für somatische Krankenpflege im Rahmen des Freiburger Spitalnetzes an, für das im März 2006 der Gesetzesentwurf an den Grossen Rat ging.

Von der Neuorganisation der bestehenden öffentlichen Psychiatrie ausgehend setzt der vorliegende Gesetzesentwurf sodann den Rahmen für die künftige Entwicklung der Versorgung von Patientinnen und Patienten durch das FPN und die weiteren öffentlichen und privaten Akteure auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, dies in Berücksichtigung der Prioritäten auf diesem Gebiet und der verfügbaren Mittel. Zu unterscheiden ist somit zwischen Realisationen, die in unmittelbarer Zukunft, und solchen, die längerfristig vorgesehen sind, je nachdem, wie sich der Bedarf und die verfügbaren Ressourcen entwickeln.

Was die Koordination mit den übrigen öffentlichen und privaten Akteuren angeht, so wird das FPN insbesondere darauf bedacht sein, dass seine Entwicklung unter dem Zei-

chen der Offenheit und der Zusammenarbeit mit allen Partnern auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit steht.

3. KONZEPT UND GRUNDSÄTZE DER PFLEGE IM BEREICH PSYCHISCHE GESUNDHEIT

In den vergangenen Jahrzehnten erfuhr die Psychiatrie eine beträchtliche Entwicklung; beeinflusst wurde diese sowohl durch den Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Therapiemethoden als auch durch die Veränderungen in einer sich ständig wandelnden Gesellschaft.

Die Psychiatrie konnte aus den Fortschritten der so unterschiedlichen Wissenschaften, auf die sie sich stützt, Nutzen ziehen. Dabei handelt es sich um biologische Wissenschaften (Neurophysiologie, Biochemie, Pharmakologie, Genetik usw., wobei sich diese Disziplinen zuweilen unter der Bezeichnung Neurowissenschaften zusammenschließen), aber auch um Sozial- und Geisteswissenschaften wie Psychologie, Soziologie, Ethik, Anthropologie oder Rechtswissenschaft. Die Beiträge dieser verschiedenen Ausrichtungen wurden in das biologisch-psychologisch-soziale Paradigma integriert, wonach der Ursprung psychischer Erkrankungen in einem Bündel sowohl somatischer als auch psychologischer und sozialer Faktoren zu suchen ist.

Auf therapeutischem Gebiet betreffen die erzielten Fortschritte die drei Dimensionen nach diesem Paradigma. Auf biologischer Ebene kamen neue Medikamente auf den Markt, die wirksamer sind und weniger Nebenwirkungen haben. Auf der Ebene der Psychologie wurden neue psychotherapeutische Methoden entwickelt, die besser kodifiziert und den spezifischen Merkmalen der Störungen besser angepasst sind. Was die soziale Dimension angeht, so sind eine vermehrte Berücksichtigung des sozialen Umfelds der Patientinnen und Patienten und die Entwicklung von besser integrierten und strukturierten Ansätzen zu beobachten (systemische Therapie, Netzintervention usw.).

Im Übrigen bewirkt der erhebliche gesellschaftliche Wandel eine vermehrte Nachfrage nach psychiatrischer Betreuung. Die heutige Arbeitswelt mit ihren hohen Anforderungen übt auf die Menschen, die sich in ihr behaupten müssen, einen immer stärkeren Druck aus. Die Familienbeziehungen lockern sich und bieten nicht mehr die affektive und soziale Unterstützung, die sie früher gewährleisteten. Das von der Gesellschaft angebotene Wertesystem hat seine Kohärenz verloren, die zuweilen widersprüchlichen Identifikationsmodelle vervielfachen sich und sind verwirrend für die Einzelperson, insbesondere für Heranwachsende, deren Persönlichkeit noch im Aufbau begriffen ist. An die Stelle gemeinschaftlich getragener Werte ist ein ausgeprägter Individualismus getreten, und dieser zeitigt Phänomene der Einsamkeit. Unter dem Einfluss dieser gesellschaftlichen Veränderungen nimmt die Prävalenz psychischer Störungen in unserer Gesellschaft unaufhörlich zu, wie die epidemiologischen Daten zeigen. Im Laufe ihres Lebens leidet jede vierte Person mindestens einmal an einer psychischen Störung, die einer Behandlung bedürftig ist (WHO. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, Overview, page xiv). Die Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer ist an dieser Entwicklung beteiligt (Probleme alterspsychiatrischer Art), aber auch das gehäufte Auftreten von Depressionen, des Missbrauchs verschiedener Substanzen (Alkohol,

Medikamente und andere Drogen), von Reaktionsstörungen, psychosomatischen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Psychische Störungen treten bei tendenziell immer jüngeren Personen auf, vielfach schon bei Kindern und Jugendlichen

Diese Entwicklung der Gesellschaft ist zum Teil dafür verantwortlich, dass die Nachfrage nach psychiatrischer Betreuung erheblich gestiegen ist. Ein weiterer Faktor ist, dass sich das Bild der Psychiatrie in den Augen der Öffentlichkeit gewandelt hat. Die Psychiatrie wird von der Öffentlichkeit als wirksamer und nicht mehr so stigmatisierend wahrgenommen, und daher stösst sie auf eine vermehrte Akzeptanz. Ausserdem sind das Interesse und die Kenntnisse auf diesem Gebiet sowohl bei den betroffenen Berufspersonen als auch in der Bevölkerung allgemein immer verbreiteter, so dass psychische Störungen meistens erkannt und behandelt werden.

Parallel zu den wissenschaftlichen und therapeutischen Fortschritten und zur steigenden Nachfrage ist die Tendenz zu einer vermehrten Integration der Psychiatrie in die Gemeinschaft festzustellen. Früher stand das psychiatrische Spital, das gleichzeitig als Behandlungs- und als Lebensstätte fungierte, im Zentrum des Versorgungssystems. Die Patientinnen und Patienten wurden dort abseits der Gemeinschaft untergebracht. Seit den Siebzigerjahren besteht die Bewegung, die Patientinnen und Patienten in ihr Lebensumfeld zurückzuholen oder darin zu belassen. Der Akzent wurde auf ihre persönlichen, familiären und beruflichen Ressourcen gelegt. Es entwickelte sich ein zunehmend diversifiziertes Betreuungssystem, um die Integration der Patientinnen und Patienten in die Gesellschaft zu ermöglichen. Das Spital ist ein vorübergehender Aufenthaltsort geworden, indem es seine Interventionen auf die akuten Phasen der Erkrankung beschränkt.

Im Übrigen ist sich die somatische Medizin der Rolle, die psychische Faktoren bei Erkrankungen spielen, immer bewusster geworden und heute vermehrt imstande, psychische Störungen zu erkennen. Dies trug dazu bei, dass sich die somatische Medizin und die Psychiatrie heute näher stehen.

Im Kanton Freiburg sind dieselben allgemeinen Tendenzen anzutreffen, die die Entwicklung der Psychiatrie weltweit kennzeichnen.

Im Spital Marsens ist die mittlere Aufenthaltsdauer beträchtlich kürzer geworden, ging sie doch von 217 Tagen im Jahr 1970 auf 44 Tage im Jahr 2004 zurück. In der gleichen Zeit hingegen stieg die Zahl der Eintritte erheblich an (von 774 auf 1560). Die Bettenzahl ging von 528 auf 190 zurück. Diese Zahlen betreffen das gesamte Spital, die alterspsychiatrischen Dienste, die sich in den letzten Jahren sehr entwickelt haben, inbegriffen.

Der Psychosoziale Dienst (vormals Psychosoziales Zentrum) verzeichnet seit seiner Gründung im Jahre 1969 eine stetig steigende Betreuungsnachfrage, von 570 Anfragen im Jahr 1970 auf 2367 im Jahr 2004. Im Lauf der Zeit nahmen die Notfall-Interventionen einen immer grösseren Platz ein, so dass sie im Jahr 2004 36,5 % der neuen Fälle ausmachten. Mit der Schaffung des Psychosozialen Dienstes in Bulle und den Zweigstellen von Estavayer-le-Lac und Meyriez wurde ein leichter Zugang zur Versorgung erzielt. Die Konsiliar-Psychiatrie am Kantonsspital und in weiteren Spitälern und Sondereinrichtungen erfuhr eine beträchtliche Entwicklung, die

aber nach wie vor nicht ausreicht, um dem Bedarf zu entsprechen.

Der im Jahr 1992 eröffnete Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst sah sich rasch mit einer Nachfrage konfrontiert, die sich innert fünf Jahren verdoppelte (von 205 Neuanmeldungen im Jahr 1993 auf 396 im Jahr 1998) und im Jahr 2004 die Zahl von 558 erreichte. Trotz der Erhöhung des Personalbestands (von 4 Therapeutenstellen im Jahr 1993 auf 12 im Jahr 2004) sind Wartelisten unumgänglich, was der präventiven Ausrichtung, welche die Kinder- und Jugendpsychiatrie kennzeichnet, zuwider läuft.

Im Übrigen wurden im Kanton Heime und Zwischeneinrichtungen auf privater und halb privater Basis geschaffen, die vom Staat anerkannt und subventioniert werden.

Auch die Praxen der privat niedergelassenen Spezialärztinnen und -ärzte für Psychiatrie haben sich vervielfacht (von 3 im Jahre 1980 auf 36 Ende 2004). Doch haben sich die meisten dieser Spezialistinnen und Spezialisten in der Stadt Freiburg niedergelassen, so dass die Randregionen unterversorgt sind.

Die freiburgische Psychiatrie hat somit einen erheblichen Wandel erfahren, ohne dass damit eine Änderung der ihrer Tätigkeit zugrunde liegenden Gesetzgebung einherging. Deshalb ist eine tief greifende Neuorganisation notwendig geworden. Im Jahr 1989 schlug der Mediplan schon eine solche Reform vor, doch sind diese Pläne noch nicht verwirklicht worden. In Anlehnung an dieses erste Modell soll das neue Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit einen gesetzlichen Rahmen liefern, der den jüngsten Entwicklungen gerechter wird und flexibel genug ist, um sich künftigen Entwicklungen sowohl auf Behandlungs- als auch auf Präventionsebene anpassen zu können.

Aufgrund der Erfahrungen sowohl in der Schweiz als auch im Ausland können einige Hauptprinzipien herausgeschält werden, denen eine der psychischen Gesundheit geltende Politik, die sich nach dem sozialen Kontext und dem heutigen Kenntnisstand richtet, entsprechen sollte:

a) Pflegeangebot nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten

Die Intensität der Pflege, deren Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten bedürfen, ist sehr variabel. Häufig ist ein Spitalaufenthalt eine zu massive Massnahme, wohingegen ambulante Sprechstunden zu wenig sind. Es geht also darum, ein weites Spektrum von Versorgungsstrukturen anzubieten, die sehr unterschiedlichen Betreuungsbedürfnissen entsprechen, wie zum Beispiel Heime, geschützte Wohnungen und Werkstätten, Tagesstätten, Kriseninterventionsstellen, Hauspflegedienste, pluridisziplinäre ambulante Dienste usw. Grundsätzlich sind die Autonomie der Patientinnen und Patienten und ihre Lebensweise zu respektieren. Die Priorität gilt somit eher der ambulanten Versorgung und den Zwischenstrukturen als der stationären Pflege, und dies vereinfacht eine Neuzuteilung der Mittel. Viele nötige Strukturen mit privatem, halb privatem und öffentlichem Status gibt es schon; einige von ihnen wären auszubauen und weitere wären zu schaffen. Ihre Tätigkeiten müssen koordiniert werden.

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfordert besondere methodische Ansätze. Deshalb muss die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigene Disziplin selbständig funktionieren und über ihre eigenen Einrichtungen

verfügen können. Das Gleiche gilt für die Betreuung betagter Personen.

Ein weiterer Hauptfaktor schliesslich im Angebot einer geeigneten Behandlung ist die Möglichkeit der Patientinnen und Patienten, sich in ihrer Muttersprache auszudrücken.

b) Bürgernahe Pflege

Die Stätten der ambulanten Versorgung müssen sich in der Nähe der Bevölkerung befinden und von dieser leicht erreichbar sein, so dass die Patientinnen und Patienten so weit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können. Diese Nähe erleichtert auch den Kontakt mit der Familie und den Personen, die der Patientin oder dem Patienten nahe stehen, mit einem Personenkreis also, der eine wichtige therapeutische Ressource bildet. Es ist deshalb wichtig, Leistungsangebote in den verschiedenen Bezirken zu entwickeln.

c) Kontinuität der Pflege

Um schädliche Brüche in der Betreuung zu vermeiden, zum Beispiel im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, ist es wichtig, dass die Behandlung von einem zusammenhängenden Pflorgeteam, das dieselbe therapeutische Sichtweise teilt, sichergestellt wird. Eine solche Kontinuität wird am besten durch eine Organisation der Psychiatrie in Sektoren sichergestellt, bei der das stationäre, das ambulante und das dazwischen angesiedelte Versorgungsangebot unter ein und derselben Leitung vereinigt sind.

d) Pluridisziplinarität, Zusammenarbeit zwischen netzinternen und -externen Akteuren

Angesichts des biologisch-psychologisch-sozialen Charakters psychischer Störungen erfordert die Betreuung oft Interventionen von Seiten unterschiedlicher Instanzen und Berufe (ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Krankenpflegepersonal, Vormundschaft usw.). Es geht darum, die Bemühungen dieser Akteurinnen und Akteure in einer vernetzten Arbeit zu koordinieren und wenn möglich die Angehörigen der Patientin oder des Patienten einzubeziehen. Auch die Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen und der privaten Psychiatrie muss verstärkt werden. Zu berücksichtigen sind auch andere Akteure. Die Betreuung einer Person in einer Krisensituation muss nicht unbedingt «medikalisiert» sein. Die für den Jugendschutz zuständigen Dienststellen und die Sozialdienste zum Beispiel spielen eine wesentliche Präventivrolle, die berücksichtigt werden muss. Eine intensivere Zusammenarbeit mit solchen Diensten ist somit besonders wünschenswert.

e) Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen

Die Therapie setzt den Akzent auf die Ressourcen der Patientin oder des Patienten, mit der oder dem eine aktive, auf Zusammenarbeit gegründete Beziehung eingegangen wird. Auch den Angehörigen gilt die Aufmerksamkeit, denn sie leiden oft erheblich und bedürfen der Unterstützung sowie der Information über die Krankheit. Wenn sie ausreichend unterstützt werden, können sie im Übrigen entscheidend zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und zur Integration der Patientin oder des Patienten beitragen. Der Sinn für eine solche Partnerschaft kann über Patienten-, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen

und im Dialog mit den Patientenvereinigungen entwickelt werden.

f) Annäherung an die somatische Medizin

Die Ärztinnen und Ärzte für somatische Medizin stehen bei der Aufdeckung und Behandlung psychischer Störungen oft an erster Stelle. Im Übrigen wird das Ineinandergreifen somatischer und psychischer Faktoren bei Erkrankungen immer mehr anerkannt. Die Psychiatrie muss deshalb in den Allgemeinspitälern, aber auch in den Heimen präsenter sein. Dies bedingt die Entwicklung der Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie, deren Aufgaben sich nicht auf Konsultationen beschränken, sondern auch darin bestehen, die auf psychische Probleme gerichtete Ausbildung und Sensibilisierung des Personals in den Institutionen zu fördern. Im Übrigen muss die Zusammenarbeit zwischen Psychiater und grundversorgendem Arzt intensiviert werden, zum Beispiel in Form von Konsilien.

g) Spezialisierte Pflege

Ausser Kindern und Jugendlichen, für die die Kinder- und Jugendpsychiatrie zuständig ist, bedürfen bestimmte Kategorien psychischer Störungen oder bestimmte Bevölkerungsgruppen einer spezifischen Pflege. Die Gerontopsychiatrie, eine in bestimmten Kantonen schon selbständige Unterdisziplin, ist das offensichtlichste Beispiel dafür. Jedoch erfordern Leiden wie die verschiedenen Formen der Suchtmittelabhängigkeit, Essstörungen, psychosomatische Erkrankungen usw. ebenfalls sehr spezifische Formen der Betreuung. Es geht darum, entsprechende Angebote im Kanton zu entwickeln, in Berücksichtigung der Anzahl möglicher Patienten, wobei die Anzahl genügend hoch sein muss, um das Bestehen eines spezialisierten Dienstes zu rechtfertigen.

h) Zusammenarbeit mit spezialisierten Institutionen und anderen Institutionen und Vereinigungen des Gesundheitswesens

Der Kanton zählt schon eine Reihe von Institutionen, die auf verschiedene Arten der Unterstützung und Pflege gefährdeter Personen spezialisiert sind, sowie von weiteren Institutionen des Gesundheitswesens, die direkt von Fragen der psychischen Gesundheit betroffen sind. Dies trifft für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen zu (z. B. Time Out, Le Bosquet, Foyer St-Etienne), von Erwachsenen mit psychischen Schwierigkeiten (z. B. Heime, Werkstätten, geschützte Wohnungen), von Personen mit Suchtproblemen (z. B. Le Tremplin, Le Torry, Le Radeau) und von betagten Personen (z. B. Pflegeheime). Zu erwähnen sind auch die verschiedenen Institutionen und Vereinigungen, die in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind. Die schon bestehende Zusammenarbeit zwischen diesen Institutionen und den öffentlichen Psychiatrie-Diensten muss verstärkt werden, in bestimmten Fällen durch den Abschluss von entsprechenden Vereinbarungen.

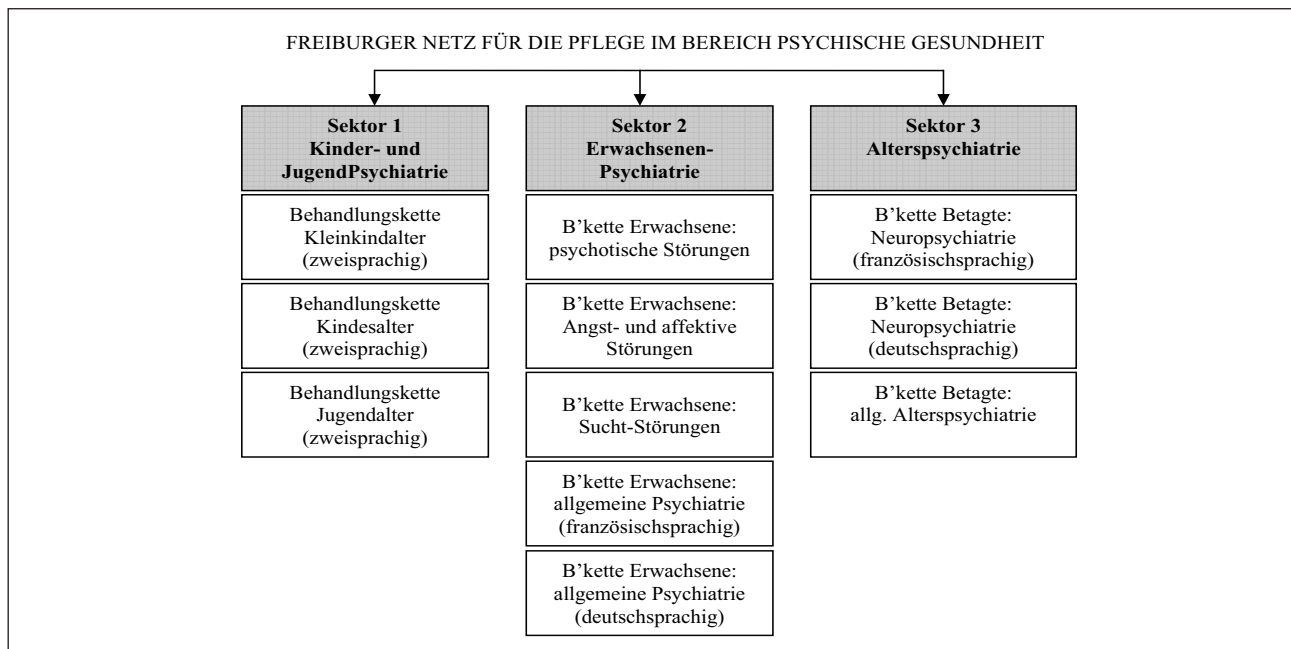
4. ORGANISATION DER PFLEGE IM BEREICH PSYCHISCHE GESUNDHEIT

4.1 Das Freiburger Modell: Sektoren und spezialisierte Behandlungsketten

Für die Bestimmung der Pflegesektoren wurden wissenschaftliche Kriterien herangezogen, die gegenüber rein sprachlichen und geographischen Kriterien als wichtiger

zu erachten sind und die einer optimalen Versorgung der Patientinnen und Patienten nach neuesten medizinischen Konzepten dienen. Die Organisation der Versorgung in Sektoren, so wie sie im Freiburger Netz für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FPN) vorgesehen ist, erscheint als die Lösung, die den unter Punkt 3 aufgeführten Grundsätzen am besten entspricht. Indem sie den stationären und den ambulanten Bereich unter ein Dach bringt, sichert sie die Kontinuität der Pflege, fördert die

Zusammenarbeit und Vernetzung und ermöglicht eine flexible Zuteilung der Ressourcen je nach den definierten Zielen. So wird die Schaffung spezialisierter Behandlungsketten vorgeschlagen, die den heutigen medizinischen Anforderungen in Wahrung der obgenannten Grundsätze entsprechen. In diesem Stadium und als Hinweis dienend ist ein Modell mit 11 spezialisierten Behandlungsketten entwickelt worden (s. nachstehende Tabelle).



Diese veritablen «Kliniken», welche die spezialisierten Behandlungsketten darstellen, ermöglichen es, jeden Sektor zu segmentieren und jeweils die Betreuung anzubieten, die sich am besten für die Pathologie der Patientin oder des Patienten eignet. Es ist jedoch weder denkbar noch wünschenswert, alle Betreuungsangebote zu spezialisieren. Somit ist es unverzichtbar, eine allgemein psychiatrische Behandlungskette je Sektor beizubehalten. Zudem rechtfertigt die Spezialisierung nicht die strikte Abgrenzung von Patientinnen und Patienten nach Art der Pathologien, namentlich im stationären Umfeld. Im Gegenteil ist es zuweilen medizinisch und menschlich gesehen wünschenswert, dass Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem Krankheitsbild miteinander in Berührung kommen können. Eine gewisse Durchlässigkeit der Behandlungsketten ist somit notwendig. Dies entspricht im Übrigen auch einem wirtschaftlichen Anliegen.

Im Allgemeinen wahren die ambulanten Zentren – Ursprünge der Behandlungsketten – ihren generalistischen Geist und werden nur nach Sektor spezialisiert sein. Sie werden auch als «case manager» funktionieren, um Patientinnen und Patienten den geeigneten Behandlungsketten zuzuweisen. Für schwerere Pathologien werden die Behandlungsketten Behandlungen in Zwischenstrukturen vorschlagen (Betreuung tags- oder nachtsüber, Zentren für Kurzaufenthalte oder Kurztherapien), die weniger zahlreich und zentralisierter als die ambulanten Zweigstellen sind. Schliesslich können sich die Patientinnen und Patienten wenn nötig auch stationär im Rahmen der Behandlungsketten behandeln lassen. Die Behandlungsketten funktionieren effektiv nach dem Grundsatz

der Subsidiarität. Es ist somit wichtig, die verschiedenen Pflegeangebote im Rahmen der ambulanten Versorgung, der Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie, der Zwischenstrukturen und des stationären Milieus zu unterscheiden.

- Vorrangig zu nutzen sind die **ambulanten Ressourcen**, denn die verschiedenen ambulanten Therapieangebote stellen die weichste Form psychiatrischer Intervention dar. Sie beinhalten hauptsächlich Aufgaben der diagnostischen Abklärung, Beratungen, präventive Interventionen, die kurz- oder langfristige Behandlung psychischer Störungen. Dies bedingt natürlich, dass die Person in ihrem gewohnten Umfeld bleiben kann. Ausserdem können ambulante Kriseninterventionen erfolgen, wenn das Umfeld unterstützend genug ist. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, ihre Beratung, Hausbesuche und Gruppenangebote gehören ebenfalls zum Gesamtangebot ambulanter Versorgung.
- Die **Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie** besteht hauptsächlich in der Erteilung beruflicher Gutachten (diagnostischer und therapeutischer Art) an die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der Spitäler für somatische Krankenpflege sowie in der Beratung der Teams für somatische Krankenpflege. Studien aus verschiedenen Ländern zeigen auf, dass durchschnittlich 30 % der somatisch behandelten Patientinnen und Patienten hauptsächlich oder akzessorisch an psychischen Störungen leiden, die den anerkannten Kriterien entsprechen. Psychiatrische Störungen verlängern die Dauer des Spitalaufenthalts und machen den Heilungspro-

zess bei somatischen Erkrankungen schwieriger. Es sei darauf hingewiesen, dass im Kanton Freiburg schon ein Pilotprojekt für die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in bestimmten Pflegeheimen für Betagte besteht, damit die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Heime so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld gepflegt werden können und eine psychische Destabilisierung in Verbindung mit einem Ortswechsel vermieden werden kann.

- Die **Behandlung in Zwischenstrukturen** ist eine Therapieform zwischen den Angeboten der ambulanten Betreuung und der stationären Behandlung. Wenn ein Angebot der Betreuung nachtsüber besteht (z. B. Heime, geschützte Wohnungen), sind Patientinnen und Patienten oft in der Lage, einer regelmässigen Tagestätigkeit nachzugehen, wobei sie in Belangen der Unterkunft, der Freizeitbeschäftigungen und Sozialbeziehungen Unterstützung erhalten können. Die Betreuung tagsüber ist ebenfalls eine echte Alternative zur stationären Betreuung, wenn Patientinnen und Patienten fähig sind, allein zu wohnen, es ihnen aber nicht gelingt, ihren Tageslauf zu strukturieren. Im Allgemeinen bedürfen sie einer laufenden Führung, Betreuung und Überwachung. Die Tagesstätten können der Akutpflege, Kriseninterventionen dienen oder als Rehabilitationsstruktur funktionieren.
- Die **stationäre Betreuung** schliesslich stellt die intensivste Behandlungsform dar. Sie soll nur dann zum Einsatz kommen, wenn die vorgängigen Ebenen ausgeschöpft oder ungeeignet sind. So ist zum Beispiel die Selbst- oder Fremdgefährdung einer Person eine Indikation für eine stationäre Behandlung. Auch psychotische Dekompensationen, Verhaltensstörungen, Drogen- und Alkoholentzug sowie schwere Lebenskrisen sind Indikationen für eine stationäre Behandlung. Schwierigkeiten bei der Erstellung einer Diagnose, Arzneimittelumstellungen und die Erschöpfung der Angehörigen können auch zu einer Hospitalisation führen. Zu erwähnen sind auch psychotherapeutische Indikationen in Fällen, wo die ambulanten und intermediären Therapiemöglichkeiten überfordert sind oder eine individuelle Intensivbehandlung erforderlich ist.

4.2 Kriterien für die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die spezialisierten Behandlungsketten

Das Freiburger Netz für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FPN) organisiert sich nach fünf patientengebundenen Kriterien: Alter der Person, Pathologie, Sprache, Eignung des Behandlungsmilieus und örtliche Ansiedlung der angebotenen Leistung. Es ist zweckmässig, detailliert auf diese Faktoren einzugehen.

a) **Das Lebensalter** bedingt immer differenziertere medizinische und psychotherapeutische Behandlungen, die namentlich der psychischen Entwicklung des Menschen im Laufe seines Lebens und den Problemen, denen er sich gegenüber sieht, gerecht werden. Dieser Faktor rechtfertigt ganz besonders die Entwicklung von drei Sektoren:

- Sektor «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bis zur Volljährigkeit)» (Sektor 1);
- Sektor «Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie» (Sektor 2);
- Sektor «Alterspsychiatrie und -psychotherapie (ab 65 Jahren)» (Sektor 3).

b) Die Qualität der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten (Heilungs- oder Stabilisierungsmöglichkeit, Medikation, Behandlungsdauer, Fehlen von Nebenwirkungen, Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls, Rehospitalisations-Rate usw.) hängt von den spezifischen Behandlungskompetenzen und -methoden ab, die sich nach der **Pathologie** der Person oder der Art ihrer psychiatrischen Störung unterscheiden.

c) Die Betreuung in der **Sprache** der Patientin oder des Patienten, ein unverzichtbares Instrument für die Diagnose und die Psychotherapie, ist unumgänglich. Das Organisationsmodell dieses Gesetzesentwurfs entspricht dieser Dimension durch ein geometrisch variables System. Es geht darum, in Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen jedem den Zugang zur bestmöglich spezialisierten Behandlung in seiner Sprache zu ermöglichen.

So wird das FPN in den Behandlungsketten (oder Kliniken), die sich mit Störungen von erheblicher Prävalenz in der Bevölkerung befassen, im betroffenen Sektor Zwillings-Behandlungsketten entwickeln (Doppelführung), von denen eine vollständig deutschsprachig, die andere französischsprachig ist. Im Kinder- und Jugendsektor zum Beispiel wünschenswert ist die Doppelführung der Behandlungsketten für die Standardbehandlung, im Erwachsenen Sektor für die allgemeine Psychiatrie (namentlich Krisensituationen und Aufnahmen), und im Geriatrie-Sektor wird die Verdoppelung sicher für die Behandlung neuropsychiatrischer Erkrankungen nötig sein.

Behandlungsketten, die zu wenig vor allem deutschsprachige Patientinnen und Patienten zählen, als dass ein Überleben auf sowohl medizinischer als auch wirtschaftlicher Ebene garantiert wäre, können nicht doppelt geführt werden. Subsidiär werden diese Behandlungsketten jedoch in sich zweisprachig sein, und man wird das Augenmerk auf eine geeignete Personalrekrutierung richten.

Mit der Entwicklung der Zweisprachigkeit in bestimmten Behandlungsketten wird es den Patientinnen und Patienten deutscher Sprache auch möglich sein, selbst zwischen einer zweisprachigen spezialisierten Behandlungskette oder einer Behandlungskette, die allgemeiner ausgerichtet, jedoch vollkommen deutschsprachig ist, zu wählen. Für eine spezialisierte Behandlung, die im Kanton nicht verfügbar aber notwendig ist, bleibt ein Rückgriff auf ausserkantonale Institutionen vorbehalten.

d) Die **Übereinstimmung zwischen Therapiestruktur und den Bedürfnissen der Behandlung** wirkt sich nicht nur auf die Patientin oder den Patienten aus, sondern bewirkt auch eine unterschiedliche finanzielle Belastung der öffentlichen Hand. Unter **Therapiestruktur** zu verstehen sind hier die verschiedenen Settings für die Betreuung von Patientinnen und Patienten, das heisst die ambulante Versorgung, die Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie, die Zwischenstrukturen und die stationäre Betreuung. Jede Behandlungskette des Netzes schlägt diese vier Angebotsarten vor, und der Zugang zu ihnen wird durch die Grundsätze der Subsidiarität und Effizienz reguliert (siehe Bemerkungen unter Punkt 4.1.). Dies bedeutet, dass die intermediären oder stationären Strukturen nur dann beansprucht werden können, wenn die ambulanten Angebote oder diejenigen der Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie ausgeschöpft sind oder als ungeeignet beurteilt werden.

Was die Auswirkungen auf die Behandlung der Patientin oder des Patienten angeht, so gilt die Annahme, dass die

Person die auf die Institutionalisierung zurückzuführende Stigmatisierung umso weniger empfinden dürfte, je «leichter» die Behandlungsform ist. Es hat sich ausserdem gezeigt, dass die Kosten zu Lasten des Staates drastisch steigen, wenn die Patientin oder der Patient eine Behandlung in intermediären und vor allem stationären Strukturen verlangt. Aus diesen beiden Gründen wird das FPN die obgenannten Grundsätze der Subsidiarität und Effizienz in der Wahl der Therapiestruktur unter klarer Bevorzugung ambulanter Behandlungen anwenden.

e) Die **örtliche Ansiedlung des psychiatrischen Versorgungsangebots**, das heisst der Ort, an dem diese Leistung Patientinnen und Patienten erteilt wird, stellt ebenfalls ein wichtiges Kriterium für die Organisation der Pflege dar, vor allem hinsichtlich der territorialen Abdeckung, der Zugänglichkeit der Pflege, der bürgernahen Versorgung, der Eingliederung der Person in ihr soziales Netz und der Unterstützung dieses Netzes. Diese Grundsätze sind nach wie vor gültig, jedoch haben die Entwicklung des Lebensstils (zunehmende Mobilität) und die wirtschaftlichen Zwänge, die eine Konzentration der medizinischen Versorgung verlangen, den Bedarf und die Möglichkeit einer völligen Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung verringert. Das Organisationsmodell schlägt deshalb dezentralisierte Angebote der ambulanten Betreuung, Liaison-Konsultationen und Zwischenstrukturen und zentralisierte Spitalstrukturen vor.

4.3 Organisation des Freiburger Netzes für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FPN)

Die Organisation der pluridisziplinären Betreuung von jährlich 5000 Patientinnen und Patienten, häufig in zwei Sprachen, an rund zehn verschiedenen Standorten, mit den Kompetenzen von 450 in rund dreissig Berufen tätigen Personen, ist zumindest komplex.

Mehrere Elemente ermöglichen es, eine leistungsstärkere Organisation zu errichten. Insbesondere geht es darum, eine gemeinsame Institutionskultur zu entwickeln, mit der sich sowohl sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch die Benutzerinnen und Benutzer des FPN identifizieren können. Dies bedingt die Schaffung klarer Strukturen mit einer genauen Vorstellung über die Aufteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten unter den Diensten, aber auch innerhalb dieser. Aus der Sicht der Mitarbeitenden dürfte das FPN auf diese Weise einen motivierenden und attraktiven Arbeitsrahmen bieten. Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten dürfte es eine qualitativ gute Versorgung gewährleisten, die ihre Bedürfnisse und ihre Würde berücksichtigt.

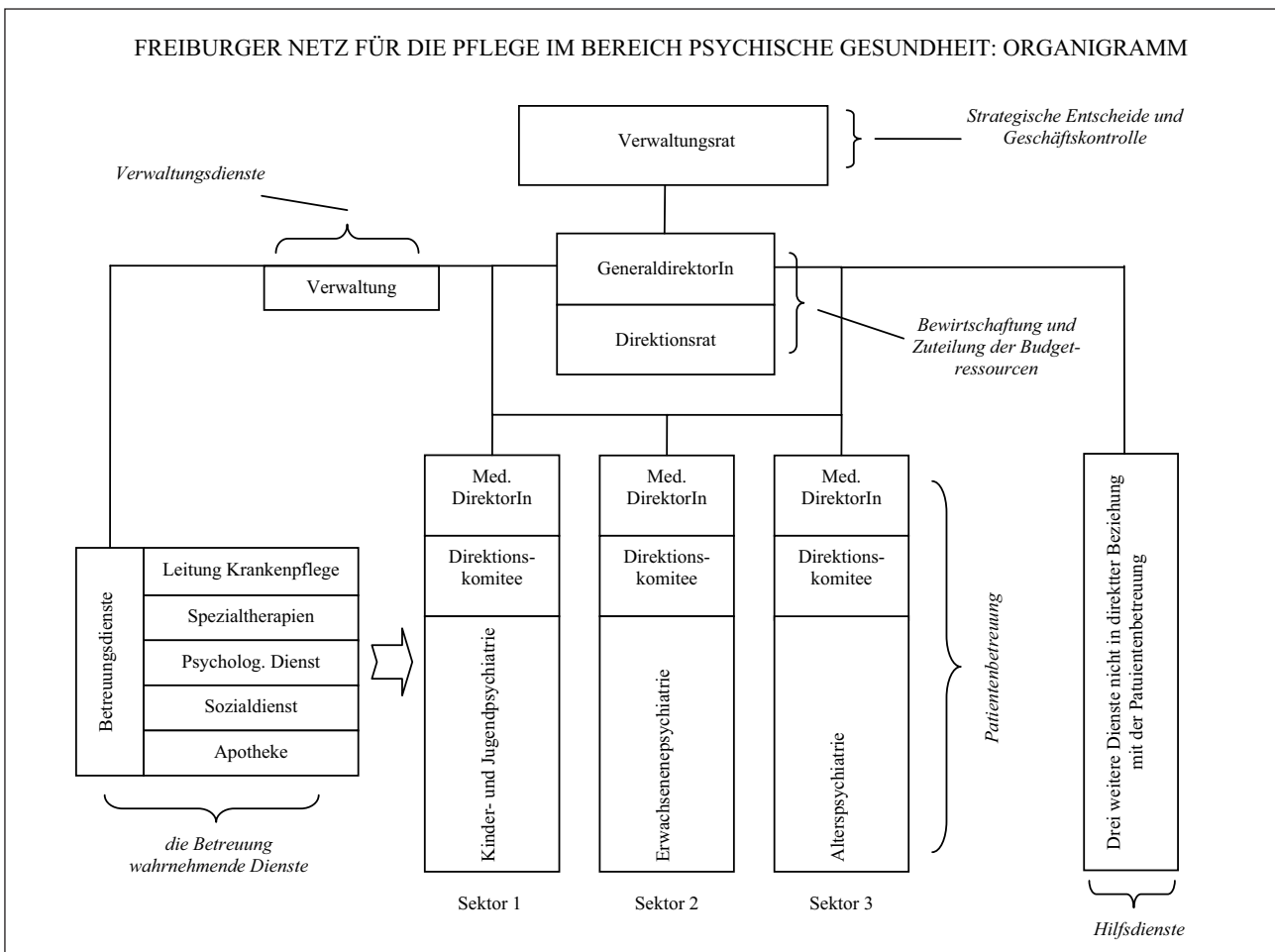
Das folgende Organigramm schlägt die Verknüpfung von sechs spezifischen Ebenen vor:

- **Ebene der strategischen Entscheide und der Geschäftskontrolle:** es handelt sich um den Verwaltungsrat, in dem Vertreterinnen und Vertreter des Netzes mit beratender Stimme mitwirken, nämlich: die Generaldirektorin oder der Generaldirektor, die medizinischen Direktorinnen und Direktoren der Sektoren und eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenpflege, der Sozialdienste, der psychologischen, erzieherischen und pädagogischen Dienste.
- **Ebene der Geschäftsführung und der Zuteilung der Budgetmittel:** es handelt sich um den Direktionsrat, dem unter dem Vorsitz der Generaldirektorin oder des Generaldirektors die medizinischen Direktorinnen und Direktoren der Sektoren sowie drei bis fünf Mit-

arbeiterinnen und Mitarbeiter angehören, deren Ernennung vom Verwaltungsrat genehmigt wird.

- **Ebene der Patientenversorgung:** sie besteht aus den drei Sektoren, die von den medizinischen Direktorinnen und Direktoren geleitet werden. Letztere sind somit für die Organisation aller Behandlungen in ihrem jeweiligen Sektor und die dort angewendeten Konzepte verantwortlich. Es handelt sich nicht um eine komplette hierarchische Vorrangstellung gegenüber den übrigen Berufspersonen, sondern um eine Verantwortlichkeit für deren Interventionen auf dieser Ebene. Die Patientenversorgung beruht somit auf einer Matrix-Organisation zwischen der Ärzteschaft einerseits und den Pflegediensten andererseits. Die beiden Stränge handeln konzertiert, doch der letzte Entscheid in Pflegebelangen liegt bei den Ärztinnen und Ärzten.
- **Ebene der die Betreuung wahrnehmenden Dienste:** er umfasst vor allem das Pflegepersonal, die Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Erzieherinnen und Erzieher, das Beschäftigungspersonal und das medizinisch-technische Personal. In Berücksichtigung ihrer Ausbildung und Funktion geniessen diese Fachpersonen eine berufliche Autonomie, die anerkannt werden muss. Zum Beispiel wird eine Pflegeleitung eingesetzt mit einer leitenden Pflegefachperson des Netzes oder drei leitenden Pflegefachpersonen aus den Sektoren. Sie wird für die Krankenpflege verantwortlich sein. Wie in der somatischen Medizin wird die Pflegeleitung in Management-Fragen (Anstellungen, Budgets, Arbeitszeitpläne, Konflikte usw.) von der Generaldirektorin oder vom Generaldirektor abhängen. Die medizinische Direktorin oder der medizinische Direktor des Sektors bleibt zuständig für die Bestimmung der Konzepte und ihre Anwendung bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten.
- **Ebene der Hilfsdienste:** sie ist mit der Erteilung indirekter Leistungen an die Patientinnen und Patienten dazu bestimmt, den Interventionsrahmen der direkten Akteurinnen und Akteure förderlich zu gestalten. Unter der Verantwortung der Generaldirektion bieten sie Hotellerie-Leistungen an (Restauration, Ernährungsberatung, Cafeteria, «housekeeping», Rezeption, Hauswirtschaft, Wäschedienst, Näherei usw.), technische Leistungen (technische Dienste, Handwerker, Unterhalt der Aussenumgebung) und Logistikleistungen (Transport, Versorgung, Anlieferung).
- **Ebene der Verwaltungsdienste:** sie hat zur Aufgabe, alle im Rahmen des FPN erteilten direkten und indirekten Leistungen administrativ zu begleiten. Ihre vielfältigen Leistungen beziehen sich somit auf die Personalverwaltung, die Sicherheit, die Buchführung, das Sekretariat, die Finanzen, das «controlling», das Debitorenwesen, die Kassenverwaltung, die Lehrlingsausbildung, die Gebäudeverwaltung, die Verwaltung des Personalheims, die Qualität, die Veröffentlichungen, die Informatik, die Spitalseelsorge, das Kulturzentrum usw.

FREIBURGER NETZ FÜR DIE PFLEGE IM BEREICH PSYCHISCHE GESUNDHEIT: ORGANIGRAMM



4.4 Entwicklungsperspektiven

a) Allgemeines

Auch wenn es möglich ist, das vorgeschlagene Organisationsmodell mit den heutigen Ressourcen einzuführen und das FPN in Betrieb zu nehmen, bedingt der Übergang von einer Vision unter dem Vorzeichen «öffentliche Psychiatrie» zu einer solchen unter dem Vorzeichen «psychische Gesundheit» eine Verstärkung der Zusammenarbeit mit sämtlichen Personen, die zum Einsatz gelangen, mit den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen, der somatischen Medizin, den privaten Psychiaterinnen und Psychiatern, den Vereinigungen usw. Kooperation und Konzertierung sind unverzichtbare Werte für einen guten Betrieb des FPN. Es geht daher gleichzeitig darum, die Gesamtheit dieser Kräfte rasch in ein echtes Netz für psychische Gesundheit einzubinden, auf einer Basis, die sich durch Vereinbarungen, Teilhabe und Förderung auszeichnet.

Die verschiedenen Behandlungsketten sind noch nicht optimal ausgestaltet (s. Punkt 5, Tabelle der heutigen Strukturen). Die zu füllende Hauptlücke besteht noch im Fehlen von Zwischenstrukturen. Unabhängig vom Gesetzesentwurf sind schon heute Machbarkeitsstudien über Projekte im Gang, um diese Lücke im Pflegeangebot an die Bevölkerung zu beheben. So soll namentlich im Kantonsspital Bertigny in Freiburg ein Aufnahme- und Kriseninterventionszentrum geschaffen werden, zumindest mit einem teilweisen Stellentransfer vom Kantonalen Psy-

chiatrischen Spital. Dieses Projekt entspricht den von den WHO-Experten geäußerten Kriterien. Wegen des Mangels an Zwischenstrukturen gelangen Patientinnen und Patienten oft vom ambulanten Pflegeangebot ins Spital. Sie müssen auch häufig im Spital bleiben, obwohl sie aufgrund ihres stabilisierten Zustands in einer leichteren Struktur betreut werden könnten. Finanziell gesehen, dürften die Einsparungen aus dem Bestehen diversifizierter und besser geeigneter Strukturen die Finanzierung der Einführung der neuen Strukturen zumindest teilweise erlauben. Vorrangig ist es auch, den deutschsprachigen Patientinnen und Patienten eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Denn die obgenannten strukturellen Probleme betreffen sie ganz besonders, und somit müssen zur Verbesserung dieser Situation Lösungen gefunden werden, die gewiss einige zusätzliche Ressourcen erfordern werden.

b) Vorrangige Entwicklungsziele

In der Erläuterung des Gesetzesvorentwurfs, der 2001 in die Vernehmlassung ging, wurden insgesamt 80,75 Stellen als für die schrittweise Entwicklung des Pflegeangebots im Bereich der psychischen Gesundheit nötig veranschlagt. Diese Zahl bleibt nach wie vor aktuell, muss jedoch nuanciert werden.

Zwischen 2001 und 2004 sind 34,5 Stellen in den medizinischen, Krankenpflege-, Therapie- und Sozialsektoren der öffentlichen Psychiatrie bewilligt worden, davon 26 im Kantonalen Psychiatrischen Spital, 4 im Psychosozia-

len Dienst und 4,5 im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Diese erhebliche Erhöhung des Personalbestands war nicht nur unverzichtbar, um die wachsende Nachfrage bewältigen zu können, sondern erlaubte es auch, das Leistungsangebot insbesondere im Kantonalen Psychiatrischen Spital den Anforderungen der modernen Psychiatrie etwas anzupassen (Schaffung einer Krisenstation für Jugendliche, Entwicklung von Spezialtherapien). Sieben der 8,5 Vollzeitstellen, die den ambulanten Diensten bewilligt wurden, dienten der Verstärkung ihrer regionalen Zweigstellen.

Ohne interkantonale Erwägungen anstellen zu wollen, muss hervorgehoben werden, dass trotz dieser Erhöhung die freiburgische Struktur für die Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit nach wie vor eine der am wenigsten aufwendigen unseres Landes ist. Hinzu kommt, dass die Entwicklung der intermediären und ambulanten Strukturen es ermöglichen dürfte, die Zahl der Spitaltage allgemein sowie die Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte insbesondere deutschsprachiger Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Zur Erinnerung: im Jahr 2004 belief sich die Zahl psychiatrischer Spitaltage ausserhalb des Kantons auf 2639 (davon 1976 bzw. 75 % in Deutschschweizer Spitälern und Kliniken) mit Kosten von insgesamt 867 886.80 Franken (davon 665 166.80 Fr. bzw. 76 % von Deutschschweizer Spitälern und Kliniken verrechnete Kosten).

Die beträchtliche Erhöhung der Personalbestände in der öffentlichen Psychiatrie zwischen 2001 und 2004 ermöglicht somit die sofortige Einsetzung des FPN ohne zusätzliche, durch diese Neuorganisation verursachte Anstellungen, wenn auch nicht in optimaler Weise. Zu unterstreichen ist effektiv, dass das Pflegeangebot im ambulanten Bereich und in Zwischenstrukturen nach wie vor sehr unzureichend bleibt. Die Vorhersagen in der Erläuterung des Vorentwurfs 2001 sind daher nach wie vor gültig.

Die Einführung der neuen Angebote hängt von den Budgets und der Bedarfsentwicklung in den kommenden Jahren ab. Unabhängig von der Einführung dieses Gesetzes müssen auf alle Fälle strukturelle Verbesserungen beschlossen werden, damit die Psychiatrie einem erheblichen Anstieg der Versorgungsnachfrage entsprechen kann. Das Tempo für die Verwirklichung wird von den Budgetmöglichkeiten des Staates und vom politischen Willen in den kommenden Jahren abhängen.

Je nach den zusätzlichen Mitteln sollte sich das FPN in Einhaltung der folgenden Prioritäten entwickeln:

Priorität I: Entwicklung von ambulanten und Zwischenstrukturen (13,5 neue Stellen)

| Bezeichnung | Neue Stellen |
|--|--------------|
| Aufnahme- und Krisenzentrum im Kantonsspital Freiburg | 4* |
| Tagesbetreuung für Erwachsene, mit einem mobilen multidisziplinären Team, im deutschsprachigen Kantonsteil | 8 |
| Ambulante multidisziplinäre Konsultationen für Jugendliche | 1.5** |

* zu ergänzen durch einen Transfer von 3-4 Stellen aus den bestehenden Strukturen

** in Zusammenarbeit mit den bestehenden Strukturen

Priorität II: Entwicklung und Verstärkung der ambulanten und Zwischenstrukturen und der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie (28 neue Stellen)

| Bezeichnung | Neue Stellen |
|--|--------------|
| Tagesbetreuung betagter Personen, mit einem mobilen multidisziplinären Team | 8 |
| Entwicklung neuer regionaler Zweigstellen für ambulante Betreuung (Romont, Châtel-St-Denis, deutschsprachiger Kantonsteil) | 6 |
| Multidisziplinäres Tagesbetreuungs-zentrum für Jugendliche | 5* |
| Verstärkung der Liaison-Konsultationen | 3 |
| Verstärkung der ambulanten Strukturen | 6 |

* in Zusammenarbeit mit den bestehenden Strukturen

Die Prioritäten des FNP bestehen somit in der Entwicklung:

- von Zwischenstrukturen, um Brüche in den Behandlungsketten zu vermeiden, durch das Angebot eines Betreuungsmilieus, das sich für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eignet,
- von ergänzenden Betreuungsstrukturen für deutschsprachige Patientinnen und Patienten,
- von Strukturen für die ambulante Versorgung, zur Ergänzung bestimmter Behandlungsketten (Kompetenz-zentren) und für eine bessere Zugänglichkeit der Versorgung (bessere Gebietsabdeckung).

Die Festlegung dieser Prioritäten, die den Akzent auf die Multidisziplinarität, die Dezentralisierung und die Zusammenarbeit (s. 3. Kapitel) setzen, entspricht dem in der Einleitung dieser Botschaft erwähnten Postulat Morel/Crausaz. Es ist zum Vornherein zu unterstreichen, dass die heute schon erfolgte Errichtung der regionalen Zweigstellen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes von diesem Willen nach Dezentralisierung zeugt und die Zusammenlegung dieser Zweigstellen mit anderen Diensten (z. B. Dienst für Familienplanung und Sexualinformation) in den gleichen Räumen darüber hinaus es erlaubt, die interdisziplinäre Arbeit zu verstärken. Die ambulanten multidisziplinären Konsultationen und das multidisziplinäre Tageszentrum für Jugendliche werden das bestehende Angebot durch den Einbezug von Berufspersonen des Erziehungs- und Ausbildungswesens in die klassische medizinisch-therapeutische Tätigkeit in idealer Weise ergänzen; es wird angestrebt, die Eltern und Familien der Jugendlichen intensiver einzubeziehen (pädagogisch-therapeutische Gruppen und Ateliers, Therapiegruppen mit Familien). Längerfristig geht es darum, dieses multidisziplinäre Angebot auszuweiten, indem ein mobiles, «nach Mass» zusammengesetztes Team an Ort und Stelle (in die Familien, Heime, Schulen usw.) geschickt wird, um den spezifischen Bedürfnissen zu entsprechen.

Angesichts der Notwendigkeit, die Pflege im Bereich psychischer Gesundheit im Norden des Kantons zu entwickeln, antwortet die Festlegung der Prioritäten ausserdem bestmöglich auf das Postulat Bürgisser. Es muss festgestellt werden, dass mangels einer kritischen Grösse

die Errichtung einer stationären psychiatrischen Einheit im deutschsprachigen Kantonsteil nicht ins Auge gefasst werden kann. Die Errichtung einer solchen stationären Einheit verstiesse auch gegen die modernen wissenschaftlichen Grundsätze, die darin bestehen, eine gemeindenahere ambulante Psychiatrie zu entwickeln, um den Ressourcen der Patienten und ihrer Familien so weit wie möglich Rechnung zu tragen. So ist in dieser Perspektive die Schaffung einer Tagesstätte für Erwachsene mit einem mobilen multidisziplinären Team im deutschsprachigen Kantonsteil als erste Priorität bestimmt worden. Zudem wird der Kanton die heutige Flexibilität in Sachen ausserkantonale Betreuung wahren, für spezifische stationäre Behandlungen, die im Kanton nicht in deutscher Sprache angeboten werden können.

Mit einem Zeithorizont 2010 und je nach den internen Ressourcenverschiebungen aus dem Stationärbereich in den ambulanten Bereich, die Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie und die Zwischenstrukturen sowie nach den zu-

sätzlichen Mitteln, die dem FPN erteilt werden, wird sich die Verteilung des Globalbudgets entsprechend den strategischen Zielen der revidierten Organisation der Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit geändert haben.

5. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

In unmittelbarer Zukunft kann das gewählte Organisationsmodell ohne Mehrkosten für die Neuorganisation eingeführt werden, vor allem hinsichtlich Personal und Infrastrukturen. Denn die meisten der vorgesehenen Strukturen bestehen schon im Kantonalen Psychiatrischen Spital oder in den ambulanten Diensten. Die Änderung wird nach der Fusion hauptsächlich darin bestehen, sie im Rahmen des neuen Netzes untereinander neu zu organisieren.

Die folgende Tabelle zeigt die heutigen, nach den Richtlinien des gewählten neuen Modells reorganisierten Ressourcen.

HEUTIGER STAND DER IN BEHANDLUNGSKETTEN REORGANISIERTEN LEISTUNGEN

| Sektoren | Sektor 1: Kinder & Jugendpsychiatrie | | | | Sektor 2: Erwachsenenpsychiatrie | | | | | Sektor 3: Psychiatrie für Betagte | | |
|------------------------------------|---|---|----------------------------|---|---|---|--|--|--------------------------------|---|-----------------------------|---|
| Behandlungskette n | Intensiv 1 | Standard 2 | Standard 3 | Rehabilitation 4 | Psychotische Störungen 5 | Affektive Störungen 6 | Sucht- Störungen 7 | Allgemeine Psychiatrie 8 | Allgemeine Psychiatrie 9 | Neuro- Psychiatrie 10 | Neuro- Psychiatrie 11 | Alters- psychiatrie 12 |
| Sprachen | Z | F | D | Z | Z | Z | Z | F | D | F | D | Z |
| Ambulantes Angebot | Freiburg Meyriez Estavayer Bulle HCF HPC | Freiburg Meyriez Estavayer Bulle HCF HPC | Freiburg Meyriez HCF | Freiburg Meyriez Estavayer Bulle HCF HPC | Freiburg Bulle HPC Estavayer Meyriez <i>(vorhanden, aber auszubauen)</i> | Freiburg Bulle HPC Estavayer Meyriez <i>(vorhanden, aber auszubauen)</i> | Freiburg (FSA) Bulle HPC Estavayer Meyriez | Freiburg Bulle HPC Estavayer Meyriez | Freiburg HPC Meyriez | Freiburg Bulle Estavayer Meyriez Med. Marsens | Freiburg Meyriez | Freiburg Meyriez Med. Marsens |
| Konsiliar-Liaison- Angebot | HCF H Estavayer H Meyriez | HCF H Estavayer H Meyriez | HCF H Meyriez | HCF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF HSF H Estavayer H Meyriez | HCF H Meyriez | 2 EMS (Marly, Charmey) HCF H Estavayer HSF H Meyriez | HCF Meyriez | 2 EMS (Marly, Charmey) HCF H Meyriez |
| Angebot Zwischen- strukturen | CTJ Freiburg | CTJ Freiburg | | CTJ Freiburg | | | | | | | | |
| Stationäres Angebot | HPC (10 Betten) | HPC (4 Betten) | HPC (4 Betten) | | HPC (16 Betten) | HPC (18 Betten) | HPC (21 Betten) | HPC (46 Betten davon 2 in Gerichtspsy) | HPC (11 Betten) | HPC (9 Betten) EMS Les Camélias (6 Betten) | HPC (9 Betten) | HPC (32 Betten) |

Abkürzungen: EMS: Pflegeheim; CTJ: Therapeutische Tagesstätte; HCF: Kantonsspital; HPC: Kantonales Psychiatrisches Spital; FSA: Fachstelle für Abhängigkeit; Z: zweisprachig; H: Spital

Zwar fehlen heute mehrere Leistungsangebote, insbesondere Zwischenstrukturen, jedoch stellt dies die vorgeschlagene Organisation nicht in Frage. Im Gegenteil, durch seine Flexibilität und Kohärenz in der Betreuung der Patientinnen und Patienten nach deren Bedürfnissen ermöglicht es das FPN, die verfügbaren Ressourcen besser zu nutzen. Die Ärzteschaft vor allem im ambulanten Bereich wird veranlasst, die Fälle laufend zu evaluieren, um die Patientin oder den Patienten der am besten geeigneten Behandlungskette zuzuweisen. Die Kohärenz der Leistungen wird dank mehreren, den Behandlungsketten eigenen Mechanismen verstärkt, zu denen die Mobilität der Koordinatoren von Ketten (mobile Ärzteschaft, mobiles Pflegepersonal), eine einzige medizinisch-therapeutische Führung der Kette (Betreuungskonzept, Pflegephilosophie, kohärente Medikation und Therapien,...), eine umfassende Vision bestimmter Dienste (z. B. Sozialdienste) und eine koordinierte Nutzung der Ressourcen gehören.

Auch sei darauf hingewiesen, dass die Tabelle bestimmten besonderen Situationen nicht Rechnung trägt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Beispiel muss zwischen Vorschulalter (0 bis 5 Jahre), Schulalter (bis 13 Jahre) und Adoleszenz (ab 14 Jahre) unterschieden werden. Nicht nur bestehen schon mehrere Initiativen für jede dieser Altersklassen, sondern es muss auch das sozialpädagogische Betreuungsangebot erwähnt werden, das eine wichtige Rolle in der Prävention und für den Schutz der psychischen Gesundheit spielt. In den Sektoren der Erwachsenenpsychiatrie oder für ältere Personen bestehen ebenfalls komplementäre Strukturen wie zum Beispiel die Association Fribourgeoise Action et Accompagnement Psychiatrique (AFAAP; Freiburgische Interessengemeinschaft für Sozialpsychiatrie), nicht zu vergessen die Bemühungen in einigen Pflegeheimen. Die Errichtung des FPN dürfte die Zusammenarbeit mit diesen von Fragen der psychischen Gesundheit direkt oder indirekt betroffenen Akteuren erleichtern und verstärken, vor allem mit den Sondereinrichtungen.

Die Ausdehnung des Tätigkeitsfelds von Vereinigungen wie der AFAAP auf das ganze FPN in ihren Aufgaben als Beratungs- und Begleitpersonen (s. Erläuterungen zu Art. 45) wird eine Mehrarbeit bewirken, die zunächst einer halben, später einer ganzen Arbeitsstelle entspricht. Praktisch geht es darum, den Leistungsauftrag des Amtes für Gesundheit an die betroffenen Vereinigungen in Beurteilung des Umfangs ihrer Aufgaben neu zu präzisieren. Man darf jedoch nicht übersehen, dass die Beratungs- und Begleitpersonen die Beziehungen zwischen Patienten, FPN und externen Personen erleichtern sollen. Indem sie dies tun, nehmen sie eine Aufgabe wahr, die heute von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kantonalen Dienste wahrgenommen werden, sowohl vom Pflegepersonal als auch von den Sozialdiensten. Diese Aufgaben gehen also auf jeden Fall zu Lasten der Staatsdienste. Die Verstärkung der Beratungs- und Begleitpersonen dürfte sich somit nicht in einer Mehrbelastung niederschlagen, denn die Kosten müssen vom FNP im Rahmen seines Betriebsbudgets übernommen werden, da dessen Aufgaben sich in entsprechendem Mass verringern werden.

Bei der Entwicklung des FPN nach den weiter oben beschriebenen Perspektiven (s. Punkt 4.4) wird es sich einerseits darum handeln, die Zuteilung der Ressourcen an die vorhandenen Strukturen, beziehungsweise die Möglichkeit von Stellentransfers zu prüfen, und andererseits

darum, über die Schaffung neuer Stellen entsprechend der Bedarfsermittlung und im Rahmen der verfügbaren Budgetmittel zu entscheiden.

6. KOMPETENZENVERTEILUNG ZWISCHEN STAAT UND GEMEINDEN

Nachdem die Entwicklung und die Finanzierung sämtlicher Strukturen, die von der Neuorganisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit betroffen sind, nach wie vor vom Staat sichergestellt werden, ändert dieses Gesetz nichts an der Kompetenzverteilung zwischen dem Staat und den Gemeinden.

7. ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN

7.1 1. KAPITEL: Allgemeine Bestimmungen

Mit der Zusammenfassung der bestehenden öffentlichen Strukturen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit – Kantonales Psychiatrisches Spital, Psychosozialer Dienst und Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst – schafft der **Artikel 1** die gesetzliche Grundlage für das Freiburger Netz für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FNP). Das Gesetz regelt auch dessen Organisation, Betrieb und Finanzierung sowie die Beziehungen zu den öffentlichen und privaten Partnern.

Der **Artikel 2** stellt klar die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ins Zentrum der vom Gesetz verfolgten Ziele. Es geht darum, eine optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Das System ist so konzipiert, dass ihren Bedürfnissen entsprochen wird statt die Patientinnen und Patienten zu zwingen, sich dem System anzupassen. Ein wesentlicher Punkt ist, dass eines der Ziele des Gesetzes darin besteht, die Patientinnen und Patienten soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu belassen. Dieses Ziel entspricht einer modernen Sichtweise der Psychiatrie.

Der **Artikel 3** verweist auf die kantonale Gesundheitsplanung, in die ein Kapitel «psychische Gesundheit» einzufügen ist. Der kantonale Plan für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit soll eine optimale Artikulation mit der Organisation des gesamten Pflegeangebots im Kanton erlauben.

Der **Artikel 4** präzisiert die Rechtsnatur des FPN, das auf diese Weise die Autonomie erhält, die es in Anbetracht der ihm anvertrauten Aufgaben braucht.

Bezüglich dieser Autonomie ist zu unterstreichen, dass das FPN hauptsächlich in fünffacher Hinsicht an den Staat gebunden ist; diese Bindungen bedeuten auch eine Einschränkung seiner Autonomie. Es handelt sich dabei um die Planungsinstrumente (Gesundheitsplanung und Plan für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit), für die nach wie vor der Staatsrat zuständig bleibt, den Leistungsvertrag, das Globalbudget, die institutionelle Aufsicht (Legislative und Exekutive) und das Dienstverhältnis des Personals. Diese fünf Bindungen sind sich in den folgenden Bestimmungen wieder anzutreffen.

Die Grundsätze für die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit werden in den **Artikeln 5–9** des Gesetzesentwurfs behandelt. Die Bestimmung (Art. 5) und die Beschreibung der Aufträge (Art. 6) der verschiedenen Sektoren werden im 4. Kapitel dieser Botschaft ausführlich erläutert.

Was die Tätigkeiten des FPN angeht, so hängen sie nach **Artikel 7** von einem Leistungsauftrag ab, den der Staatsrat in Berücksichtigung der kantonalen Gesundheitsplanung festsetzt. Diese Formel ermöglicht eine schrittweise Einführung sämtlicher Tätigkeiten, die bewältigt werden müssen. Es sei präzisiert, dass mit der gerichtlichen Psychiatrie die forensische Psychiatrie gemeint ist.

Der **Artikel 8** erlaubt es, alle Akteure des Bereichs der psychischen Gesundheit, aber auch des Bereichs somatische Gesundheit in Verbindung zu setzen, indem er die Rahmenbedingungen ihrer Zusammenarbeit durch Vereinbarungen festlegt. Die Zusammenarbeit mit den im somatischen Bereich tätigen Institutionen des Gesundheitswesens erstreckt sich namentlich auf die Liaison-Psychiatrie in den Spitälern und Pflegeheimen, die spezifischen psychiatrierelevanten Aufträge der somatischen Spitäler (z. B.: Alkohologie, Psychogeriatric) und die im Kantonsspital Bertigny geplante Kriseninterventionsstation. Der Absatz 2 behält dem Staatsrat die Möglichkeit vor, die Autonomie der Anstalt beim Abschluss von Vereinbarungen über eine Zusammenarbeit einzuschränken. Auf dieser Grundlage kann er auch das FPN veranlassen, eine allfällige Vereinbarung abzuschliessen, um seinem Auftrag in Zusammenarbeit mit sämtlichen öffentlichen oder privaten Partnern voll gerecht zu werden. Es geht aber nicht darum, sämtliche Vereinbarungen, die das FPN eingeht, der Genehmigung durch die Kantonsregierung zu unterstellen. Gedacht ist hier lediglich an Vereinbarungen, die sich auf die Gesundheitsplanung auswirken oder einen Zusatzkredit des Staates bedingen.

Der **Artikel 9** über die Beziehungen zu den Benützern verweist auf die sehr detaillierten Vorschriften des Gesundheitsgesetzes über die Patientenrechte und -pflichten (Art. 39ff. Gesundheitsgesetz).

7.2 2. KAPITEL: Organe des FPN

Die Organe des FPN geben zu keinen besonderen Erläuterungen Anlass. Hervorzuheben ist jedoch, dass die Mitglieder des Verwaltungsrats grosse Kompetenzen im Management- oder Gesundheitsbereich haben müssen. Dazu kommt die Interdisziplinarität des Verwaltungsrats (**Art. 11**), in dem nicht nur die ärztlichen Berufe vertreten sind, sondern auch die Berufe in den Bereichen Krankenpflege, Psychologie, Sozialarbeit, Erziehung und Pädagogik. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Vertreterinnen und Vertreter des Kaderns und des Personals des FPN mit konsultativer Stimme an den Sitzungen des Verwaltungsrats teilnehmen (**Art. 15**).

Der **Artikel 13** bestimmt die Befugnisse des Verwaltungsrats. Hervorgehoben sei namentlich die Aufgabe des Verwaltungsrats, besonders dafür zu sorgen, dass sich das FPN in einem Geiste der Offenheit und der Zusammenarbeit mit allen öffentlichen und privaten Partnern im Bereich der psychischen Gesundheit entwickelt.

Im Direktionsrat, der unter dem Vorsitz der Generaldirektorin oder des Generaldirektors die medizinischen Direktorinnen und Direktoren der Sektoren vereinigt, sind auch die Verantwortlichen für die Pflege und des therapeutischen Personals vertreten (**Art. 21**).

7.3 3. KAPITEL: Organisation der Tätigkeiten des FNP

Der **Artikel 25** legt die Kompetenzen der verschiedenen Organe des FPN bei der internen Organisation der Sektoren fest. Die spezifischen Bedürfnisse der deutschsprachigen Bevölkerung sind in Artikel 25 Abs. 4 ganz besonders berücksichtigt worden; dieser verlangt, dass in der Organisation des FNP der Zweisprachigkeit des Kantons Rechnung getragen werden muss. So müssen allfällige Strukturen, die künftig in deutschsprachigen oder zweisprachigen Regionen geschaffen würden, selber deutsch- beziehungsweise zweisprachig sein.

7.4 4. KAPITEL: Finanzierung

Der **Artikel 26** bestimmt in grossen Zügen die Finanzierung des FPN. Er errichtet eine Hierarchie der Ressourcen in dem Sinne, als die Anstalt zuerst ihre Eigenmittel verwenden muss, bevor sie auf die Finanzierung des Staates zurückgreift. Die Mittel der Anstalt bestehen aus den finanziellen Leistungen der Patientinnen und Patienten, dem Vermögensertrag, aus Spenden und Legaten für die Anstalt sowie aus den Subventionen des Staates.

Der **Artikel 27** lehnt sich an die Artikel 23 und 24 des Spitalgesetzes vom 23. Februar 1984 an. Der Absatz 1 nennt die verschiedenen Kosten, die zu den Investitionskosten gehören; dazu gehört namentlich die Erstausrüstung eines Neubaus oder einer Vergrösserung (s. Art. 23 Abs. 1 Spitalgesetz). Der Absatz 2 übernimmt die Bestimmung von Artikel 24 Abs. 2, der Absatz 3 entspricht dem Artikel 24 Abs. 3 des Spitalgesetzes.

Der **Artikel 28** soll vermeiden, dass Ersatzinvestitionen dem schwerfälligeren Verfahren der Finanzierung von Investitionskosten (Art. 27) unterworfen werden, und präzisiert, dass sie mit einem Teil des jährlichen Globalbudgets finanziert werden (s. Art. 29 dieses Gesetzes). Es ist Sache des Staatsrats zu bestimmen, was als Ersatzinvestition gilt.

Der **Artikel 29** übernimmt inhaltlich den Artikel 29a des Spitalgesetzes, passt ihn aber der Struktur des FPN an. Nach Absatz 2 setzt das Globalbudget die Beteiligung des Staates an den Betriebskosten endgültig fest. Die Absätze 3 und 4 behandeln das Problem der Abweichung zwischen der Höhe des Globalbudgets und dem von der Anstalt erzielten Jahresergebnis. Zwei Möglichkeiten sind denkbar:

- Das Globalbudget reicht nicht für die Deckung des Jahresaufwands der Anstalt aus: in diesem Fall übernehmen die Anstalt und der Staat das Defizit je zur Hälfte (Abs. 3).
- Das Globalbudget ist nicht vollständig ausgeschöpft worden: in diesem Fall geht je die Hälfte des nicht verwendeten Überschusses an die Anstalt und den Staat (Abs. 4).

Nach Absatz 5 setzt der Staatsrat auf Antrag der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion die berücksichtigten Budget-Überschreitungen und -Überschüsse in einem Beschluss fest.

Der **Artikel 30** übernimmt im Einzelnen die heutigen Berechnungskriterien für das Globalbudget nach Artikel 29b des Spitalgesetzes, strukturiert aber die Materie anders.

7.5 5. KAPITEL: Geschäftsführung

Der **Artikel 31** verpflichtet die Direktion des FPN und die Verantwortlichen der Sektoren, eine ökonomische Geschäftsführung und rationelle Bewirtschaftung der Ressourcen sicherzustellen. Der **Artikel 32** definiert die Hauptparameter für die Aufstellung des Voranschlags

und der Jahresrechnung. Der **Artikel 33** nennt die hauptsächlich von den Organen des FPN zu verwendenden Instrumente der Geschäftsführung.

In Bezug auf das Dienstverhältnis des Personals verweist der **Artikel 34** auf die Bestimmungen des Gesetzes über das Staatspersonal (StPG). Jedoch verwaltet das FPN die Anstellungen seines Personals, dessen Arbeitgeber es ist, selber.

Die Regeln des StPG gelten im Prinzip auch für die medizinischen Direktorinnen und Direktoren, die übrige Ärzteschaft sowie die Generaldirektorin oder den Generaldirektor, mit Ausnahme von spezifischen Fragen, die in vom Verwaltungsrat erlassenen und vom Staatsrat genehmigten Reglementen behandelt werden (**Art. 35**).

7.6 6. KAPITEL: Haftung

Der **Artikel 36** verweist einfach auf die Bestimmungen des Gesetzes vom 16. September 1986 über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger (SGF 16.1; Art. 2 Abs. 2). Nach **Artikel 37** ist es am Verwaltungsrat, eine Haftpflichtversicherung für bestimmte Tätigkeiten abzuschliessen, die besondere Risiken für Patientinnen und Patienten darstellen.

7.7 7. KAPITEL: Aufsicht

Die Zuständigkeit des Grossen Rates nach **Artikel 38** leitet sich aus seiner Oberaufsichtsbefugnis ab, die sich nicht nur auf zentrale Verwaltung, sondern auch auf die dezentralisierte Verwaltung, zu der das FPN gehört, erstreckt. Diese Kompetenz ergibt sich zudem logisch aus der Budgetbefugnis, aus der Befugnis also, das jährliche Globalbudget des FPN zu sprechen.

Der **Artikel 39** erinnert an die Aufsichtsbefugnis des Staatsrates und der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion (s. Art. 6 und 7 Gesundheitsgesetz).

7.8 8. KAPITEL: Übergangsbestimmungen

Der **Artikel 40** ergänzt den Artikel 34 über das Dienstverhältnis des Personals. Er gewährleistet, dass die Personen, die heute in den von der Reform des Systems betroffenen Organismen arbeiten, vom FPN wieder eingestellt werden.

Der **Artikel 42** behandelt die Übernahme der Tätigkeiten der bestehenden öffentlichen Dienste. Wie gesagt, handelt es sich um das Kantonale Psychiatrische Spital, den Psychosozialen Dienst und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Da es sich hierbei um drei kantonale Dienste handelt, dürfte die Übernahme ihres Vermögens durch das FPN keine grösseren Probleme bereiten.

Die **Artikel 43 und 44** sind hinreichend explizit und bedürfen keiner Erläuterung.

7.9 9. KAPITEL: Schlussbestimmungen

Die Änderungen des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999 betreffen die Planung der Pflege im Bereich psychische Gesundheit sowie die Anwendung der Patientenrechte und -pflichten.

Der **Artikel 20 Abs. 2 Gesundheitsgesetz** wird durch die Nennung des kantonalen Plans für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit, mit dessen Ausarbeitung die Gesundheitsplanungskommission betraut wird, ergänzt

Wie aus **Artikel 2** hervorgeht, bezweckt dieses Gesetz die Schaffung der Voraussetzungen für ein Pflegesystem,

das der Autonomie der Patientinnen und Patienten in Beziehungen, in familiären, sozialen und wirtschaftlichen Belangen förderlich ist. Ausser den organisatorischen Aspekten, dank denen dieses Ziel erreicht werden kann, ist die Wahrung der Patientenrechte zu nennen. Es genügt nicht, jedem den Zugang zu einer adäquaten und guten Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit zu gewährleisten, sondern diese Pflege muss auch in Wahrung der Würde und der Rechte der Patientinnen und Patienten erteilt werden. Von ganz besonderer Bedeutung ist diese Frage in der Pflege im Bereich psychische Gesundheit, insofern als die betroffenen Personen im Allgemeinen empfindlicher und verletzlicher sind als somatisch erkrankte Patientinnen und Patienten. Man hüte sich jedoch vor jedem rückwärts gewandten Paternalismus, der eine Stigmatisierung psychiatrischer Patientinnen und Patienten als ärgerliche Folge haben könnte.

Allgemein verweist das vorliegende Gesetz auf diesem Gebiet auf das Gesundheitsgesetz (s. Artikel 9). Es ergänzt jenes aber in Zufügung eines Elementes, das die konkrete Anwendung dieser Rechte betrifft und die Art und Weise, wie die Institutionen deren Wahrung gewährleisten müssen.

Der Artikel 41 des Gesundheitsgesetzes gewährleistet jedem das Recht auf Beistand und Beratung während des ganzen Aufenthalts im RFSM. Diese Begleitung kann vor allem durch vom Staatsrat anerkannte, nicht gewinnorientierte Organismen gewährleistet werden. Im Psychiatriebereich ist es wesentlich, auf besonders ausgebildete Personen, die über eine gute Kenntnis und Erfahrung des Milieus verfügen, zählen zu können. Dies ist unverzichtbar, um einen harmonischen Dialog zwischen Patienten, Berufspersonen und Institutionen des Gesundheitswesens zu fördern. Durch die ausdrückliche Bezeichnung der Personen, die in den Institutionen tätig werden können, entspricht der neue **Artikel 42a des Gesundheitsgesetzes** in Verankerung des Grundsatzes der Begleit- und Beratungspersonen einem Qualitätsanliegen in der Wahrung der Patientenrechte und der Pflichten der Institutionen. Es geht darum, einen Blick von aussen zu erlauben, ohne dabei unnötige Interferenzen zu fördern.

Der neue Artikel 42a verstärkt somit den heutigen Artikel 41, indem er die Rolle und die Stellung der Beratungs- und Begleitperson präzisiert. Es sei unterstrichen, dass die Beratungs- und Begleitperson keinerlei Form von Vertretung ausüben kann; ihre Aufgabe besteht darin, den Patientinnen und Patienten bei ihren Schritten innerhalb und ausserhalb des FPN behilflich zu sein. So kann eine Beratungs- und Begleitperson einen Patienten begleiten, wenn er bei einer Verwaltung ein Gesuch einreicht, oder einfach, um den Dialog mit dem Pflegepersonal leichter zu machen. Im Rahmen des Kantonalen Psychiatrischen Spitals Marsens spielen Vereinigungen wie die AFAAP auf diesem Gebiet schon heute eine wichtige Rolle. Mit dem Artikel 42a kann die gesetzliche Grundlage für ihre Interventionen vervollständigt werden. An und für sich bedeutet diese Bestimmung keine grundlegende Änderung der Situation, sondern führt lediglich dahin, dass das schon bestehende Tätigkeitsfeld der Vereinigungen auf das ganze FPN ausgedehnt wird.

Ausserdem schreibt der neue **Artikel 43a des Gesundheitsgesetzes** dem FPN die formelle Einführung eines Verfahrens für das Beschwerdemanagement vor. Mit einem solchen Verfahren soll die effektive Wahrung der Patientenrechte gewährleistet werden. Zu verstehen ist es

auch als wichtiges Instrument in der Qualitätssicherungskontrolle. Ausserhalb des Verfahrens nach dem Gesundheitsgesetz sollte das System des internen Managements der Beschwerden von Patienten und weiteren Benützern der Institutionen für die Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit einer vermehrten Berücksichtigung des Platzes der Patientinnen und Patienten im Leben des FPN und einer Verbesserung ihrer Betreuung förderlich sein.

Zwei Gesetze werden infolge des Inkrafttretens des neuen Gesetzes über die Organisation der Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit aufgehoben: das Organisationsgesetz des Kantonalen Psychiatrischen Spitals Marsens (SGF 822.2.1) und das Gesetz betreffend die Schaffung eines Psychosozialen Dienstes

(SGF 821.44.2). Zu unterstreichen ist aber, dass die vorgeschlagene Reform über eine einfache Änderung der Organisation und der Strukturen dieser Institutionen hinausgeht. Sie beinhaltet tief greifende Änderungen in der gesamten Organisation der in unserem Kanton angebotenen Pflege im Bereich psychische Gesundheit.

8. ANTRAG

Der Staatsrat ersucht somit den Grossen Rat, diesen Gesetzesentwurf über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit.

Loi

du

sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM)

Le Grand Conseil du canton de Fribourg

Vu l'article 68 de la Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004;

Vu le message du Conseil d'Etat du 16 mai 2006;

Sur la proposition de cette autorité,

Décète:

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Art. 1 Objet

¹ Les structures publiques actives dans le domaine de la santé mentale sont groupées au sein du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (RFSM).

² La présente loi règle l'organisation, le fonctionnement et le financement du RFSM, ainsi que ses relations avec les partenaires publics et privés.

Art. 2 Buts

¹ La présente loi a pour but de permettre à toute personne souffrant d'un trouble, d'une maladie ou d'un handicap en santé mentale de bénéficier de soins adéquats et de qualité, en favorisant son autonomie relationnelle, familiale, sociale et économique.

² Elle contribue à la prise en charge des patients et patientes dans leur cadre de vie habituel par une coordination adéquate des soins ambulatoires, résidentiels et hospitaliers, tout en visant à garantir la continuité des soins fournis par les institutions et les professionnels de la santé.

Gesetz

vom

über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (PGG)

Der Grosse Rat des Kantons Freiburg

gestützt auf den Artikel 68 der Verfassung des Kantons Freiburg vom 16. Mai 2004;

nach Einsicht in die Botschaft des Staatsrats vom 16. Mai 2006;

auf Antrag dieser Behörde,

beschliesst:

1. KAPITEL

Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Gegenstand

¹ Die öffentlichen Einrichtungen, die auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit tätig sind, werden im Freiburger Netz für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FPN) zusammengefasst.

² Dieses Gesetz regelt die Organisation, den Betrieb und die Finanzierung des FPN sowie seine Beziehungen zu den öffentlichen und privaten Partnern.

Art. 2 Zweck

¹ Das Gesetz soll jeder Person, die an einer psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung leidet, den Zugang zu einer geeigneten und guten Pflege ermöglichen, die ihrer Autonomie in Beziehungen, in familiären, sozialen und wirtschaftlichen Belangen förderlich ist.

² Durch eine zweckmässige Koordination des ambulanten, teilambulanten und stationären Versorgungsangebots trägt es zur Betreuung der Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Lebensumfeld bei und zielt zugleich darauf hin, die Kontinuität der von den Institutionen und Fachleuten des Gesundheitswesens erteilten Pflege zu gewährleisten.

Art. 3 Plan cantonal de soins en santé mentale

¹ Le Conseil d'Etat est compétent pour établir le plan cantonal de soins en santé mentale. Ce plan détermine les besoins dans ce domaine compte tenu de l'évolution démographique et définit les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique. Il est intégré dans la planification sanitaire cantonale.

² La Direction du Conseil d'Etat compétente en matière de santé (ci-après: la Direction compétente en matière de santé) s'assure de la mise en œuvre du plan cantonal de soins en santé mentale, dans les limites du budget alloué.

Art. 4 Institution du RFSM a) Statut

¹ Le RFSM est un établissement de droit public doté de la personnalité juridique. Il est rattaché administrativement à la Direction compétente en matière de santé.

² Il est autonome, dans les limites de la loi. Son siège est à Fribourg.

Art. 5 b) Organisation

¹ Dans le cadre de la planification sanitaire, le RFSM exploite trois secteurs, à savoir un secteur de psychiatrie pour enfants et adolescents, un secteur de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie pour personnes âgées (ci-après: secteurs).

² La création de nouveaux secteurs est soumise à l'approbation du Conseil d'Etat.

³ Les secteurs sont organisés en chaînes de soins spécialisés, selon des critères scientifiques, démographiques et linguistiques.

Art. 6 c) Mission

¹ Le RFSM répartit les activités entre les secteurs afin de mettre à la disposition de la population un ensemble de soins et de mesures répondant à ses besoins en matière de promotion, de prévention, de diagnostic, de thérapie et de réinsertion, conformément aux buts de la présente loi.

² Ce faisant, il assure la continuité des soins en son sein et avec les partenaires publics et privés.

³ Il veille à ce que chaque patient ou patiente puisse être soigné-e et, à cet effet, tenant compte de sa langue, qu'il puisse donner et recevoir les informations nécessaires à sa prise en charge.

Art. 3 Kantonaler Plan für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit

¹ Der Staatsrat ist zuständig für die Erstellung des kantonalen Plans für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit. Dieser Plan stellt den Bedarf auf diesem Gebiet in Berücksichtigung der demographischen Entwicklung fest und bestimmt die Mittel, mit denen dieser Bedarf am rationellsten und wirtschaftlichsten befriedigt werden kann. Er wird in die kantonale Gesundheitsplanung aufgenommen.

² Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Staatsrats (die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion) wacht darüber, dass der kantonale Plan für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit im Rahmen des erteilten Budgets umgesetzt wird.

Art. 4 Einsetzung des FPN a) Stellung

¹ Das FPN ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Es wird administrativ der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion zugewiesen.

² Es ist in den Grenzen des Gesetzes selbständig. Sein Sitz ist in Freiburg.

Art. 5 b) Organisation

¹ Im Rahmen der Gesundheitsplanung führt das FPN drei Sektoren: einen Sektor Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Sektor Erwachsenenpsychiatrie und einen Sektor Alterspsychiatrie (die Sektoren).

² Die Errichtung neuer Sektoren bedarf der Genehmigung durch den Staatsrat.

³ Die Sektoren werden nach wissenschaftlichen, demographischen und sprachlichen Kriterien in spezialisierten Behandlungsketten organisiert.

Art. 6 c) Auftrag

¹ Das FPN verteilt die Tätigkeiten auf die Sektoren, um gemäss dem Zweck dieses Gesetzes der Bevölkerung eine Gesamtheit von Pflegeleistungen und Massnahmen zur Verfügung zu stellen, die den Bedürfnissen in Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit, die Prävention, die Diagnostik, die Therapie und die Wiedereingliederung entsprechen.

² Dabei stellt es die Kontinuität der Pflege im Netz selbst und mit den öffentlichen und privaten Partnern sicher.

³ Es sorgt dafür, dass jede Patientin und jeder Patient behandelt wird und zu diesem Zweck in Berücksichtigung ihrer oder seiner Sprache die Informationen, die zu ihrer oder seiner Versorgung nötig sind, erteilen und erhalten kann.

Art. 7 d) Activités

¹ Le RFSM fournit notamment des prestations dans les domaines suivants:

- a) la prise en charge ambulatoire décentralisée, y compris en cas d'urgence, notamment en collaboration avec les services de soins à domicile;
- b) la prise en charge dans des structures intermédiaires;
- c) la consultation dans les institutions de santé et les lieux de détention;
- d) la prise en charge dans des unités hospitalières;
- e) la psychiatrie de liaison dans les institutions de santé;
- f) la coordination des soins en santé mentale à l'intérieur de chaque secteur et entre les différents secteurs;
- g) le développement de programmes de promotion et de prévention pour des problèmes importants de santé mentale des groupes à risques, afin d'éviter les rechutes et de conseiller en particulier la famille et l'entourage des patients et patientes;
- h) la participation à des programmes de recherche et de formation en matière de santé mentale;
- i) la coordination de la psychiatrie légale.

² Le Conseil d'Etat fixe le mandat de prestations du RFSM.

Art. 8 Relations

- a) avec les partenaires publics et privés

¹ Le RFSM collabore avec les partenaires publics et privés dans la réalisation de sa mission. A cette fin, il peut conclure avec eux des conventions de collaboration.

² Le Conseil d'Etat fixe les conditions auxquelles ces conventions doivent être soumises à son approbation.

³ Le RFSM applique les conventions de collaboration intercantonale.

Art. 9 b) avec les patients et patientes

Les relations entre le RFSM et les patients et patientes sont régies par les dispositions de la loi sur la santé relatives aux droits et devoirs des patients et des patientes.

Art. 7 d) Tätigkeiten

Das FPN erteilt namentlich Leistungen auf den folgenden Gebieten:

- a) ambulante dezentralisierte Betreuung, einschliesslich im Notfall, vor allem in Zusammenarbeit mit den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause;
- b) Betreuung in Zwischenstrukturen;
- c) Konsultationen in Institutionen des Gesundheitswesens und in Haftanstalten;
- d) Betreuung in stationären Einheiten;
- e) Liaison-Psychiatrie in den Institutionen des Gesundheitswesens;
- f) Koordination der Pflege im Bereich psychische Gesundheit innerhalb jedes Sektors und unter den verschiedenen Sektoren;
- g) Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen für die erheblichen psychischen Probleme von Risikogruppen, um Rückfälle zu verhüten und insbesondere die Familie und das Umfeld von Patientinnen und Patienten zu beraten;
- h) Mitwirkung an Forschungs- und Ausbildungsprogrammen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit;
- i) Koordination der gerichtlichen Psychiatrie.

² Der Staatsrat setzt den Leistungsauftrag des FPN fest.

Art. 8 Beziehungen

- a) zu öffentlichen und privaten Partnern

¹ Das FPN arbeitet bei der Erfüllung seines Auftrags mit den öffentlichen und privaten Partnern zusammen. Zu diesem Zweck kann es mit ihnen Vereinbarungen abschliessen, die die Zusammenarbeit regeln.

² Der Staatsrat legt die Voraussetzungen fest, unter denen diese Vereinbarungen seiner Genehmigung bedürfen.

³ Das FPN wendet die Vereinbarungen über die interkantonale Zusammenarbeit an.

Art. 9 b) zu den Patientinnen und Patienten

Die Beziehungen zwischen dem FPN und den Patientinnen und Patienten werden durch die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes über die Patientenrechte und -pflichten geregelt.

CHAPITRE 2

Organes du RFSM

Art. 10 En général

¹ Les organes du RFSM sont:

- a) le conseil d'administration;
- b) la direction;
- c) l'organe de révision.

² Le conseil d'administration et la direction sont tenus de se conformer au plan cantonal de soins en santé mentale.

Art. 11 Conseil d'administration

a) Composition

¹ Le conseil d'administration se compose de sept à neuf membres, dont au moins une personne représentant la Direction compétente en matière de santé.

² Les membres du conseil d'administration sont choisis en fonction de leurs compétences et de leur expérience dans les domaines de la gestion ou de la santé mentale.

Art. 12 b) Nomination, durée du mandat et rétribution

¹ Le Conseil d'Etat nomme le président ou la présidente et les membres du conseil d'administration.

² La loi réglant la durée des fonctions publiques accessoires est applicable à la durée du mandat et à la rééligibilité des membres; leur rétribution est fixée par le Conseil d'Etat.

Art. 13 c) Statut et attributions

¹ Le conseil d'administration est l'organe supérieur du RFSM. Il répond de sa gestion envers le Conseil d'Etat.

² Il a les attributions suivantes:

- a) il définit, dans le cadre de la planification sanitaire et du mandat de prestations établis par le Conseil d'Etat, les activités des secteurs en veillant à la mise en place de structures rationnelles et efficaces. Il décide la création de chaînes de soins spécialisés, dans les limites du budget alloué;

2. KAPITEL

Organe des FPN

Art. 10 Allgemeines

¹ Die Organe des FPN sind:

- a) der Verwaltungsrat;
- b) die Direktion;
- c) das Rechnungsprüfungsorgan.

² Der Verwaltungsrat und die Direktion sind verpflichtet, sich an den kantonalen Plan für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit zu halten.

Art. 11 Verwaltungsrat

a) Zusammensetzung

¹ Der Verwaltungsrat besteht aus sieben bis neun Mitgliedern. Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion ist im Verwaltungsrat durch mindestens ein Mitglied vertreten.

² Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden nach ihren Kompetenzen und ihrer Erfahrung im Management oder auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit gewählt.

Art. 12 b) Ernennung, Dauer des Mandats und Entschädigung

¹ Der Staatsrat ernennt die Präsidentin oder den Präsidenten und die Mitglieder des Verwaltungsrats.

² Die Dauer des Mandats und die Wiederwählbarkeit bestimmen sich nach dem Gesetz betreffend die Dauer der öffentlichen Ämter; die Entschädigung der Verwaltungsratsmitglieder wird vom Staatsrat festgesetzt.

Art. 13 c) Stellung und Befugnisse

¹ Der Verwaltungsrat ist das oberste Organ des FPN. Für seine Geschäftsführung ist er gegenüber dem Staatsrat verantwortlich.

² Er hat die folgenden Befugnisse:

- a) Er bestimmt im Rahmen der Gesundheitsplanung und des vom Staatsrat erstellten Leistungsauftrags die Tätigkeiten der Sektoren und sorgt dabei für die Einsetzung rationeller und wirtschaftlicher Strukturen. Er beschliesst die Schaffung spezialisierter Behandlungsketten im Rahmen des erteilten Budgets.

- b) il est responsable du développement du RFSM, notamment en favorisant la collaboration des partenaires publics et privés dans le domaine de la santé mentale. Il veille au bon fonctionnement du RFSM et à la qualité des prestations. A cet effet, il donne les directives nécessaires;
- c) il arrête l'organisation du RFSM dans un règlement;
- d) il adopte et transmet chaque année au Conseil d'Etat à l'intention du Grand Conseil, pour approbation:
 1. le bilan et les comptes,
 2. le rapport de gestion;
- e) il collabore à l'élaboration du mandat de prestations et propose le budget global;
- f) il répartit le budget global alloué et procède à l'allocation des ressources;
- g) il propose l'organe de révision au Conseil d'Etat;
- h) il engage le directeur général ou la directrice générale et les médecins-directeurs et médecins-directrices des secteurs, sous réserve de l'approbation du Conseil d'Etat;
- i) il approuve l'engagement, par le directeur général ou la directrice générale, des responsables administratifs, médicaux, soignants, sociaux et psychothérapeutiques;
- j) il se détermine dans les cas de responsabilité civile;
- k) il veille au respect des règles de l'éthique;
- l) il veille à la mise en place d'un concept de protection des données et contrôle son application;
- m) il exerce toutes les autres attributions qui ne relèvent pas de la compétence des autorités cantonales ni d'un autre organe.

Art. 14 d) Séances

¹ Le président ou la présidente convoque le conseil d'administration aussi souvent que les affaires l'exigent, mais au moins une fois par trimestre.

² Le conseil d'administration se réunit en outre à la demande écrite de trois membres.

³ La présence de la majorité des membres est nécessaire pour la validité des délibérations. A défaut, une nouvelle séance est convoquée. Le conseil d'administration peut alors délibérer valablement, quel que soit le nombre des membres présents.

- b) Er ist verantwortlich für die Entwicklung des FPN, indem er namentlich die Zusammenarbeit der öffentlichen und privaten Partner auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit fördert. Er wacht über den guten Betrieb des FPN und die Qualität der Leistungen. Zu diesem Zweck erteilt er die nötigen Weisungen.
- c) Er beschliesst die Organisation des FPN in einem Reglement.
- d) Er richtet an den Staatsrat zuhanden des Grossen Rates jährlich zur Genehmigung:
 1. die Bilanz und die Jahresrechnung;
 2. den Geschäftsbericht.
- e) Er wirkt mit bei der Erarbeitung des Leistungsauftrags und beantragt das Globalbudget.
- f) Er verteilt das gewährte Globalbudget und teilt die Mittel zu.
- g) Er schlägt dem Staatsrat das Rechnungsprüfungsorgan vor.
- h) Er stellt die Generaldirektorin oder den Generaldirektor und die medizinischen Direktorinnen und Direktoren der Sektoren an; vorbehalten bleibt die Genehmigung des Staatsrats.
- i) Er genehmigt die von der Generaldirektorin oder vom Generaldirektor beschlossene Anstellung der Verantwortlichen in der Verwaltung, im medizinischen Bereich, im Pflege-, Sozial- und Psychotherapiebereich.
- j) Er nimmt Stellung in Haftpflichtfällen.
- k) Er wacht über die Einhaltung der ethischen Regeln.
- l) Er sorgt für die Einführung eines Konzeptes für den Datenschutz und kontrolliert dessen Anwendung.
- m) Er übt alle weiteren Befugnisse aus, die nicht in die Zuständigkeit der kantonalen Behörden oder eines anderen Organs fallen.

Art. 14 d) Sitzungen

¹ Die Präsidentin oder der Präsident beruft den Verwaltungsrat ein, so oft es die Geschäfte erfordern, jedoch mindestens einmal vierteljährlich.

² Der Verwaltungsrat tritt ausserdem auf schriftliches Verlangen dreier Mitglieder zusammen.

³ Damit gültig beraten und abgestimmt werden kann, muss die Mehrheit der Mitglieder anwesend sein. Trifft dies nicht zu, so wird eine neue Sitzung einberufen. In dieser Sitzung ist der Verwaltungsrat unabhängig von der Zahl anwesender Mitglieder beschlussfähig.

⁴ Les décisions sont prises à la majorité des voix présentes. En cas d'égalité, le président ou la présidente départage les voix.

Art. 15 e) Participation aux séances

¹ Des personnes représentant la direction et le personnel du RFSM participent aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

² La délégation comprend:

- a) le directeur général ou la directrice générale;
- b) un ou une des médecins-directeurs et médecins-directrices des secteurs;
- c) deux personnes représentant les soins infirmiers, ainsi que les services sociaux, psychologiques, éducatifs et pédagogiques.

³ Le conseil d'administration définit, en accord avec les médecins-directeurs et médecins-directrices des secteurs et les organisations constituées du personnel, le mode d'élection des personnes mentionnées à l'alinéa 2 let. c ci-dessus.

⁴ Selon les objets à débattre, le conseil d'administration peut inviter d'autres personnes représentant le RFSM à ses séances.

⁵ Le conseil d'administration peut siéger en l'absence de tout ou partie de la délégation mentionnée à l'alinéa 2 ci-dessus.

Art. 16 f) Règlement interne

Le conseil d'administration adopte un règlement interne qui fixe les détails de son fonctionnement.

Art. 17 Direction du RFSM

a) Organisation

¹ Le directeur général ou la directrice générale assure l'exploitation et la gestion du RFSM.

² Il ou elle bénéficie de l'assistance d'un conseil de direction.

Art. 18 b) Directeur général ou directrice générale

aa) Approbation de l'engagement

L'engagement du directeur général ou de la directrice générale par le conseil d'administration est approuvé par le Conseil d'Etat.

⁴ Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der anwesenden Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Präsidentin oder der Präsident.

Art. 15 e) Teilnahme an den Sitzungen

¹ Vertreterinnen oder Vertreter der Direktion und des Personals des FPN nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen des Verwaltungsrats teil.

² Die Delegation umfasst:

- a) die Generaldirektorin oder den Generaldirektor;
- b) eine oder einer der medizinischen Direktorinnen und Direktoren der Sektoren;
- c) zwei Vertreterinnen und Vertreter der Krankenpflege, beziehungsweise der Sozialdienste, der psychologischen, erzieherischen und pädagogischen Dienste.

³ Der Verwaltungsrat bestimmt im Einvernehmen mit den medizinischen Direktorinnen und Direktoren der Sektoren und den vom Personal gebildeten Organisationen die Art und Weise, nach der die Personen nach Absatz 2 Bst. c gewählt werden.

⁴ Je nach den Beratungsthemen kann der Verwaltungsrat weitere Vertreterinnen und Vertreter des FPN zu seinen Sitzungen einladen.

⁵ Ausnahmsweise kann der Verwaltungsrat in vollständiger oder teilweiser Abwesenheit der Delegation nach Absatz 2 tagen.

Art. 16 f) Internes Reglement

Der Verwaltungsrat erlässt ein internes Reglement, das seine Arbeitsweise im Einzelnen festsetzt.

Art. 17 Direktion des FPN

a) Organisation

¹ Die Generaldirektorin oder der Generaldirektor ist verantwortlich für den Betrieb und die Geschäftsführung des FPN.

² Sie oder er wird von einem Direktionsrat unterstützt.

Art. 18 b) Generaldirektorin/Generaldirektor

aa) Genehmigung der Anstellung

Die Anstellung der Generaldirektorin oder des Generaldirektors durch den Verwaltungsrat wird vom Staatsrat genehmigt.

Art. 19 bb) Tâches

¹ Les tâches du directeur général ou de la directrice générale sont définies dans le cahier des charges arrêté par le conseil d'administration.

² Sous réserve des engagements exigeant l'approbation du conseil d'administration, le directeur général ou la directrice générale engage les collaborateurs et collaboratrices.

³ Le directeur général ou la directrice générale est placé-e sous la surveillance du conseil d'administration auquel il ou elle fait régulièrement rapport.

Art. 20 c) Médecins-directeurs et médecins-directrices

La direction médicale de chaque secteur est assumée par un médecin-directeur ou une médecin-directrice, dont l'engagement est approuvé par le Conseil d'Etat.

Art. 21 d) Conseil de direction

¹ Un conseil de direction réunit, sous la présidence du directeur général ou de la directrice générale, les médecins-directeurs et médecins-directrices des secteurs ainsi que trois à cinq collaborateurs ou collaboratrices cadres dont la désignation est approuvée par le conseil d'administration.

² Le conseil de direction assiste le directeur général ou la directrice générale dans ses tâches de coordination des activités du RFSM.

Art. 22 e) Règlement

Le conseil d'administration arrête dans un règlement les détails de l'organisation et du fonctionnement de la direction du RFSM.

Art. 23 Organe de révision

a) Désignation et rapport

¹ Les comptes du RFSM sont révisés, selon les principes de révision générale reconnus, par un organe externe désigné par le Conseil d'Etat.

² L'organe de révision présente à la fin de chaque exercice un rapport de révision qui est joint aux comptes.

Art. 24 b) Inspection des finances

¹ L'Inspection des finances peut procéder au contrôle de la gestion et des comptes du RFSM.

² L'organe de révision est tenu de collaborer avec l'Inspection des finances.

Art. 19 bb) Aufgaben

¹ Die Aufgaben der Generaldirektorin oder des Generaldirektors werden in dem vom Verwaltungsrat beschlossenen Pflichtenheft festgelegt.

² Unter Vorbehalt der Anstellungen, die vom Verwaltungsrat genehmigt werden müssen, stellt die Generaldirektorin oder der Generaldirektor die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an.

³ Die Generaldirektorin oder der Generaldirektor untersteht der Aufsicht des Verwaltungsrats und muss ihm regelmässig Bericht erstatten.

Art. 20 c) Medizinische Direktorinnen und Direktoren

Die medizinische Leitung jedes Sektors wird von einer medizinischen Direktorin oder einem medizinischen Direktor, deren oder dessen Anstellung vom Staatsrat genehmigt wird, wahrgenommen.

Art. 21 d) Direktionsrat

¹ Unter dem Vorsitz der Generaldirektorin oder des Generaldirektors vereinigt der Direktionsrat die medizinischen Direktorinnen und Direktoren der Sektoren sowie 3 bis 5 führende Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, deren Bezeichnung vom Verwaltungsrat genehmigt wird.

² Der Direktionsrat unterstützt die Generaldirektorin oder den Generaldirektor in der Koordination der Tätigkeiten des FPN.

Art. 22 e) Reglement

Der Verwaltungsrat beschliesst im Einzelnen die Organisation und die Arbeitsweise der Direktion des FPN in einem Reglement.

Art. 23 Rechnungsprüfungsorgan

a) Bezeichnung und Bericht

¹ Die Jahresrechnungen des FPN werden nach den allgemein anerkannten Revisionsgrundsätzen von einem externen Organ überprüft, das vom Staatsrat bezeichnet wird.

² Das Rechnungsprüfungsorgan unterbreitet am Ende jedes Geschäftsjahrs einen Revisionsbericht, der der Rechnung beigelegt wird.

Art. 24 b) Finanzinspektion

¹ Die Finanzinspektion kann die Geschäftsführung und die Rechnung des FPN kontrollieren.

² Das Rechnungsprüfungsorgan ist gehalten, mit dem Finanzinspektorat zusammenzuarbeiten.

CHAPITRE 3

Organisation des activités du RFSM

Art. 25

¹ Dans le cadre de la planification sanitaire, la mission, la taille et la structure interne des secteurs sont définies par le conseil d'administration qui détermine notamment l'organisation et les appellations des chaînes de soins spécialisés dont disposent les secteurs.

² La dotation en personnel des secteurs est fixée par la direction du RFSM selon les décisions stratégiques du conseil d'administration et dans les limites de la dotation retenue par le budget global accordé.

³ L'organisation interne des secteurs fait l'objet d'un règlement adopté par le conseil d'administration.

⁴ Le caractère bilingue du canton doit être pris en compte dans l'organisation du RFSM.

CHAPITRE 4

Financement

Art. 26 Principes de financement

Les frais d'investissement et de fonctionnement du RFSM sont financés par ses propres ressources et par l'Etat.

Art. 27 Financement des frais d'investissement a) Frais de construction

¹ L'Etat finance les frais de construction, d'agrandissement et de rénovation des bâtiments. Il finance également les dépenses pour le mobilier et l'équipement directement liées à ces constructions, agrandissements et rénovations.

² Tout projet doit être soumis à l'approbation de la Direction compétente en matière de santé et comprendre notamment un descriptif général, une justification du besoin, des plans ainsi qu'un devis.

³ Le crédit d'investissement est octroyé par le Grand Conseil, conformément à la législation sur les finances de l'Etat.

3. KAPITEL

Organisation der Tätigkeiten des FPN

Art. 25

¹ Im Rahmen der Gesundheitsplanung werden der Auftrag, die Grösse und die interne Struktur der Sektoren vom Verwaltungsrat bestimmt; dieser bestimmt namentlich die Organisation und die Benennung der spezialisierten Behandlungsketten, über die die Sektoren verfügen.

² Die Personaldotation der Sektoren wird von der Direktion des FPN nach den strategischen Entscheiden des Verwaltungsrats und im Rahmen der im erteilten Globalbudget berücksichtigten Dotation festgesetzt.

³ Der Verwaltungsrat legt die interne Organisation der Sektoren in einem Reglement fest.

⁴ Die Zweisprachigkeit des Kantons muss in der Organisation des FPN berücksichtigt werden.

4. KAPITEL

Finanzierung

Art. 26 Finanzierungsgrundsätze

Die Investitions- und Betriebskosten des FPN werden aus seinen Eigenmitteln und durch den Staat finanziert.

Art. 27 Finanzierung der Investitionskosten a) Baukosten

¹ Der Staat finanziert den Bau, die Vergrösserung und die Renovation der Gebäude. Er finanziert auch die Ausgaben für das Mobiliar und die Ausrüstung, die direkt mit diesen Bauten, Vergrösserungen und Renovationen verbunden sind.

² Jedes Projekt muss der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion zur Zustimmung unterbreitet werden. Das Projekt umfasst namentlich einen allgemeinen Beschrieb, einen Bedarfsnachweis, Pläne sowie einen Kostenvorschlag.

³ Der Investitionskredit wird vom Grossen Rat nach der Gesetzgebung über die Finanzen des Staates erteilt.

Art. 28 b) Investissements de remplacement

Le Conseil d'Etat approuve les investissements de remplacement; ceux-ci sont financés dans le cadre du budget global annuel alloué au RFSM.

Art. 29 Financement des frais de fonctionnement
a) Principe

¹ Sur la proposition du conseil d'administration, le Conseil d'Etat alloue un budget global au RFSM.

² Le budget global fixe définitivement la participation de l'Etat aux frais de fonctionnement du RFSM.

³ En cas de dépassement du budget global, le RFSM doit en assumer au moins 50 %, le solde étant pris en charge par l'Etat, sous réserve de l'examen des causes et de la nature du dépassement.

⁴ La moitié de la part non utilisée du budget global reste acquise au RFSM en augmentation de ses fonds propres, l'autre moitié étant restituée à l'Etat.

⁵ Sur la proposition de la Direction compétente en matière de santé, le montant supplémentaire pris en charge par l'Etat selon l'alinéa 3 ci-dessus ou le montant restitué à l'Etat selon l'alinéa 4 ci-dessus est arrêté par le Conseil d'Etat.

Art. 30 b) Critères de calcul

¹ Le montant du budget global tient compte de la mission du RFSM, du mandat de prestations, de l'activité médicale déployée, de la moyenne des coûts d'établissements comparables hors du canton, des possibilités financières de l'Etat et d'autres éléments pertinents.

² Il doit permettre la réalisation de la qualité des soins, la transparence et la maîtrise de l'évolution des coûts.

³ La Direction compétente en matière de santé, en collaboration avec la Direction chargée des finances, émet les directives nécessaires au sujet de l'élaboration et de la présentation du budget global.

CHAPITRE 5

Gestion

Art. 31 Principes de gestion
a) Gestion économe

La direction du RFSM assure une gestion économe des secteurs et une exploitation rationnelle des ressources.

Art. 28 b) Ersatzinvestitionen

Der Staatsrat genehmigt die Ersatzinvestitionen; diese werden im Rahmen des jährlichen Globalbudgets des FPN finanziert.

Art. 29 Finanzierung der Betriebskosten
a) Grundsatz

¹ Der Staatsrat erteilt dem FPN auf Antrag des Verwaltungsrats ein Globalbudget.

² Das Globalbudget setzt die Beteiligung des Staates an den Betriebskosten des FPN endgültig fest.

³ Wird das Globalbudget überschritten, so muss das FPN für mindestens die Hälfte der Überschreitung aufkommen; der Restbetrag wird nach Prüfung von Ursachen und Art der Überschreitung vom Staat übernommen.

⁴ Der nicht verwendete Teil des Globalbudgets verbleibt zur Hälfte dem FPN und vermehrt dessen Eigenkapital, die andere Hälfte geht an den Staat zurück.

⁵ Auf Antrag der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion wird der vom Staat übernommene Mehrbetrag nach Absatz 3 oder der dem Staat rückerstattete Betrag nach Absatz 4 vom Staatsrat in einem Beschluss festgesetzt.

Art. 30 b) Berechnungskriterien

¹ Das Globalbudget berücksichtigt den Auftrag des FPN, den Leistungsauftrag, den Umfang der medizinischen Tätigkeit, die durchschnittlichen Kosten vergleichbarer Anstalten ausserhalb des Kantons, die finanziellen Möglichkeiten des Staates und weitere relevante Faktoren.

² Es muss die gute Qualität der Pflege, die Transparenz und die Eindämmung der Kosten ermöglichen.

³ Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion erlässt die nötigen Weisungen für die Aufstellung und Unterbreitung des Globalbudgets in Zusammenarbeit mit der für die Finanzen zuständigen Direktion.

5. KAPITEL

Geschäftsführung

Art. 31 Grundsätze der Geschäftsführung
a) Wirtschaftlichkeit

Die Direktion des FPN stellt die wirtschaftliche Geschäftsführung der Sektoren und die rationelle Bewirtschaftung der Ressourcen sicher.

Art. 32 b) Budget, comptes et plan financier

¹ La direction du RFSM présente les comptes et les budgets sur la base du plan comptable appliqué par l'Etat et selon les directives du conseil d'administration. Elle élabore également un plan financier de l'exploitation et des investissements prévus sur cinq ans.

² La présentation des comptes du RFSM doit permettre l'établissement de comparaisons entre les établissements de soins en santé mentale sur le plan national.

Art. 33 c) Outils de gestion

¹ La direction du RFSM informe régulièrement le conseil d'administration de l'évolution de la situation financière, notamment au moyen d'états intermédiaires.

² Afin d'assurer une gestion économe et rationnelle, elle utilise des moyens d'évaluation des activités déployées dans les secteurs.

³ Elle tient les statistiques exigées par la Direction compétente en matière de santé et les lui communique régulièrement.

Art. 34 Statut du personnel

a) Statut général

Le statut des personnes travaillant au service du RFSM est régi par la législation sur le personnel de l'Etat.

Art. 35 b) Conditions particulières

Sont soumis à des conditions particulières fixées par des règlements adoptés par le conseil d'administration et approuvés par le Conseil d'Etat:

- a) le directeur général ou la directrice générale;
- b) les médecins-directeurs et médecins-directrices;
- c) les autres médecins, y compris les chef-fe-s de clinique et les médecins assistants et assistantes.

Art. 32 b) Voranschlag, Rechnung und Finanzierungsplan

¹ Die Direktion des FPN unterbreitet die Jahresrechnungen und die Voranschläge aufgrund des vom Staat angewandten Kontenplans und nach den Weisungen des Verwaltungsrats. Sie erarbeitet auch einen Finanzierungsplan für den Betrieb und die Investitionen über einen Zeitraum von fünf Jahren hinweg.

² Die Darstellung der Jahresrechnung des FPN muss nationale Vergleiche zwischen den Anstalten für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit ermöglichen.

Art. 33 c) Instrumente der Geschäftsführung

¹ Die Direktion des FPN unterrichtet den Verwaltungsrat regelmässig über die Entwicklung der finanziellen Lage, indem sie namentlich Zwischenaufstellungen unterbreitet.

² Um eine wirtschaftliche und rationelle Geschäftsführung zu gewährleisten, verwendet sie Instrumente zur Beurteilung der von den Sektoren entfalteten Tätigkeiten.

³ Sie führt die Statistiken, die von der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion verlangt werden, und teilt sie dieser regelmässig mit.

Art. 34 Dienstverhältnis des Personals

a) Allgemeines Dienstverhältnis

Das Dienstverhältnis der im FPN arbeitenden Personen wird durch die Gesetzgebung über das Staatspersonal geregelt.

Art. 35 b) Besondere Bedingungen

Besondere Bedingungen nach Reglementen, die vom Verwaltungsrat erlassen und vom Staatsrat genehmigt werden, gelten für:

- a) die Generaldirektorin oder den Generaldirektor;
- b) die medizinischen Direktorinnen und Direktoren;
- c) die übrigen Ärztinnen und Ärzte, einschliesslich der Oberärztinnen und Oberärzte und Assistenzärztinnen und Assistenzärzte.

CHAPITRE 6

Responsabilité

Art. 36 Principes

La responsabilité du RFSM pour le préjudice que ses employé-e-s causent d'une manière illicite à autrui dans l'exercice de leurs fonctions ainsi que la responsabilité de l'employé-e pour le dommage causé à son employeur en violant ses devoirs professionnels sont régies par la loi sur la responsabilité civile des collectivités publiques et de leurs agents.

Art. 37 Assurance

Le conseil d'administration conclut une police d'assurance responsabilité civile pour couvrir les risques liés aux activités du RFSM.

CHAPITRE 7

Surveillance

Art. 38 Grand Conseil

En tant qu'établissement de droit public, le RFSM est placé sous la haute surveillance du Grand Conseil.

Art. 39 Direction compétente en matière de santé

¹ La Direction compétente en matière de santé assure la surveillance du RFSM, sous réserve des compétences accordées par la présente loi au Conseil d'Etat.

² Elle préavise notamment à l'intention du Conseil d'Etat les projets de mandat de prestations, de plan financier et de budget global.

CHAPITRE 8

Dispositions transitoires

Art. 40 Conditions de travail et de rémunération du personnel

Le RFSM reprend, en qualité d'employeur, les rapports de service des collaborateurs et collaboratrices de l'Etat qui exerçaient une fonction auprès de l'Hôpital psychiatrique cantonal, du Service psychosocial et du Service de pédopsychiatrie.

6. KAPITEL

Haftung

Art. 36 Grundsätze

Die Haftung des FPN für den Schaden, den seine Angestellten in Ausübung ihrer Funktion Dritten widerrechtlich zufügen, sowie die Haftung von Angestellten für den Schaden, den sie ihrem Arbeitgeber in Verletzung ihrer Berufspflichten zufügen, werden durch das Gesetz über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger geregelt.

Art. 37 Versicherung

Der Verwaltungsrat schliesst eine Haftpflichtversicherung für die Deckung der Risiken in Verbindung mit den Tätigkeiten des FPN ab.

7. KAPITEL

Aufsicht

Art. 38 Grosser Rat

Als öffentlich-rechtliche Anstalt untersteht das FPN der Oberaufsicht des Grossen Rates.

Art. 39 Für das Gesundheitswesen zuständige Direktion

¹ Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion nimmt die Aufsicht über das FPN wahr; vorbehalten bleiben die Befugnisse des Staatsrats nach diesem Gesetz.

² Sie äussert sich zuhanden des Staatsrats namentlich zum Entwurf des Leistungsauftrags, des Finanzierungsplans und des Globalbudgets.

8. KAPITEL

Übergangsbestimmungen

Art. 40 Arbeits- und Besoldungsbedingungen des Personals

Das FPN übernimmt als Arbeitgeber die Dienstverhältnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Staates, die eine Funktion im Kantonalen Psychiatrischen Spital, im Psychosozialen Dienst und im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst ausüben.

Art. 41 Prévoyance professionnelle

Le RFSM est affilié à la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat.

Art. 42 Reprise des activités et des biens des structures publiques existantes

¹ A la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le RFSM reprend les activités et les biens de l'Hôpital psychiatrique cantonal, du Service psychosocial et du Service de pédopsychiatrie, sur décision du Conseil d'Etat.

² Le RFSM reprend les droits et les devoirs découlant des contrats passés entre les structures publiques mentionnées à l'alinéa 1 ci-dessus et des tiers.

Art. 43 Exonération fiscale

Les opérations de transfert de biens sont exonérées de tout impôt, taxe ou émolument sur les plans cantonal et communal.

Art. 44 Inscription au registre foncier

L'inscription au registre foncier des transferts de biens s'opérera sur simple présentation des décisions prises par le Conseil d'Etat en matière de transfert des biens.

CHAPITRE 9

Dispositions finales

Art. 45 Modifications

La loi du 16 novembre 1999 sur la santé (RSF 821.0.1) est modifiée comme il suit:

Art. 20 al. 2, 2e phr.

² (...). Elle [la *planification sanitaire cantonale*] comprend notamment le plan cantonal médico-hospitalier défini dans la loi sur les hôpitaux, le plan cantonal de soins en santé mentale défini dans la loi sur l'organisation des soins en santé mentale et le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.

Art. 41 Berufliche Vorsorge

Das FPN wird der Pensionskasse des Staatspersonals angeschlossen.

Art. 42 Übernahme der Tätigkeiten und des Vermögens der bestehenden öffentlichen Einrichtungen

¹ Beim Inkrafttreten dieses Gesetzes übernimmt das FPN auf Entscheid des Staatsrates die Tätigkeiten und das Vermögen des Kantonalen Psychiatrischen Spitals, des Psychosozialen Dienstes und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

² Das FPN übernimmt die Rechte und Pflichten aus den Verträgen, die zwischen den öffentlichen Einrichtungen nach Absatz 1 und Dritten abgeschlossen wurden.

Art. 43 Steuerbefreiung

Die Vermögensübertragungen sind frei von Steuern, Taxen oder Gebühren auf Kantons- und Gemeindeebene.

Art. 44 Eintrag ins Grundbuchregister

Der Eintrag der Vermögensübertragungen ins Grundbuchregister erfolgt auf einfache Vorlage der Übertragungsentscheide des Staatsrats.

9. KAPITEL

Schlussbestimmungen

Art. 45 Änderung bisherigen Rechts

Das Gesundheitsgesetz vom 16. September 1999 (SGF 821.0.1) wird wie folgt geändert:

Art. 20 Abs. 2, 2. Satz

² (...). Sie [die *kantonale Gesundheitsplanung*] beinhaltet namentlich die kantonale Spitalplanung gemäss dem Spitalgesetz, den kantonalen Plan für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit gemäss dem Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit und den kantonalen Plan für Gesundheitsförderung und Prävention.

Art. 42a (nouveau) [Accompagnement]
c) des patients et patientes du Réseau
fribourgeois de soins en santé mentale

¹ A la demande expresse d'un patient ou d'une patiente du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (ci-après: RFSM), un conseiller-accompagnant ou une conseillère-accompagnante peut l'assister dans ses démarches auprès des professionnels de la santé, de l'établissement et des autorités qui ne peuvent refuser sa présence.

² Le rôle du conseiller-accompagnant ou de la conseillère-accompagnante est de trouver, si possible, un compromis entre les souhaits du patient ou de la patiente et les exigences de l'établissement. Il ou elle ne peut toutefois exercer aucune forme de représentation.

³ La Direction désigne les conseillers-accompagnants et conseillères-accompagnantes après avoir entendu les organismes indépendants à but non lucratif reconnus par le Conseil d'Etat, conformément à la présente loi, en vue de contribuer à l'accompagnement des patients et patientes en institution.

⁴ Ces organismes peuvent former des conseillers-accompagnants et conseillères-accompagnantes ainsi qu'organiser et coordonner leurs activités. Le RFSM tient à la disposition des patients et patientes une liste à jour des conseillers-accompagnants et conseillères-accompagnantes agréés par la Direction.

Art. 43 titre médian

Protection juridique

a) En général

Art. 43a (nouveau) b) Plaintes internes dans les institutions
du RFSM

¹ Outre les informations écrites sur ses droits et ses devoirs ainsi que sur les conditions de sa prise en charge, chaque patient ou patiente du RFSM ou, le cas échéant, son représentant thérapeutique ou représentant légal doit recevoir des informations sur la procédure de gestion des plaintes dans l'établissement.

² Le RFSM doit se pourvoir d'un règlement interne fixant cette procédure et désignant les personnes responsables.

Art. 42a (neu) [Begleitung]
c) der Patientinnen und Patienten des Freiburger
Netzes für die Pflege im Bereich psychische
Gesundheit

¹ Auf ausdrückliches Verlangen einer Patientin oder eines Patienten des Freiburger Netzes für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit (FPN) kann ihr oder ihm eine Beratungs- und Begleitperson im Umgang mit den Gesundheitsfachleuten, der Anstalt und mit Behörden zur Seite stehen. Diese können ihre Anwesenheit nicht ablehnen.

² Die Rolle der Beratungs- und Begleitperson besteht darin, wenn möglich einen Kompromiss zwischen den Wünschen der Patientin oder des Patienten und den Anforderungen der Anstalt zu finden. Sie kann jedoch keinerlei Vertretung wahrnehmen.

³ Die Direktion bezeichnet die Beratungs- und Begleitpersonen nach Anhören der unabhängigen und nicht gewinnorientierten Organisationen, die vom Staatsrat nach diesem Gesetz anerkannt werden, um zur Begleitung von Patientinnen und Patienten in Institutionen beizutragen.

⁴ Diese Organisationen können Beratungs- und Begleitpersonen ausbilden sowie ihre Tätigkeit organisieren und koordinieren. Das FPN hält den Patientinnen und Patienten ein aktualisiertes Verzeichnis der von der Direktion zugelassenen Beratungs- und Begleitpersonen zur Verfügung.

Art. 43 Randtitel

Rechtsschutz

a) Allgemeines

Art. 43a (neu) b) Interne Beschwerden in den Institutionen
des FPN

¹ Ausser den schriftlichen Informationen über ihre Rechte und Pflichten sowie über die Bedingungen ihrer Betreuung müssen alle Patientinnen und Patienten des FPN oder gegebenenfalls ihre therapeutische oder gesetzliche Vertretung Informationen über das Verfahren erhalten, nach welchem die Anstalt Beschwerden behandelt.

² Das FPN muss ein internes Reglement für die Festsetzung dieses Verfahrens und die Bezeichnung der verantwortlichen Personen erlassen.

³ La procédure de gestion des plaintes doit permettre aux usagers et usagères de l'établissement, à savoir les patients et patientes et leurs proches, de faire valoir leurs droits en relation aussi bien avec les soins qu'avec les conditions de prise en charge ou de séjour, tout en empêchant la délation et les critiques sans raison. Chaque plainte doit être traitée de manière rapide et efficace, le plaignant ou la plaignante étant informé-e des mesures prises en conséquence.

Art. 46 Abrogations

Sont abrogées:

- a) la loi organique du 6 mai 1965 de l'Hôpital psychiatrique cantonal (RSF 822.2.1);
- b) la loi du 11 février 1969 relative à la création d'un Service psychosocial (RSF 821.44.2).

Art. 47 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

³ Das Beschwerdemanagement muss es in Verhinderung von Denunziation und unbegründeter Kritik den Benutzerinnen und Benutzern der Anstalt, das heisst den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, ermöglichen, ihre Rechte in Bezug sowohl auf die Pflege als auch auf die Betreuungs- oder Aufenthaltsbedingungen geltend zu machen. Jede Beschwerde muss rasch und effizient behandelt und die sich beschwerende Person über die in der Folge ergriffenen Massnahmen informiert werden.

Art. 46 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a) das Organisationsgesetz des Kantonalen Psychiatrischen Spitals vom 6. Mai 1965 (SGF 822.2.1);
- b) das Gesetz vom 11. Februar 1969 betreffend die Schaffung eines Psychosozialen Dienstes (SGF 821.44.2).

Art. 47 Inkrafttreten

Der Staatsrat legt das Inkrafttreten dieses Gesetzes fest.