



LESSONS LEARNED DER PILOTPROJEKTE

Maschinelle Übersetzung aus dem Französischen, erstellt am 27. Juli 2026 mit Claude (Anthropic).

Name des Pilotprojekts (PP)	Projet pilote RHNE/CNP (NE) / AXE 1 https://hopital-addictions.ch/de/pilotprojekt-rhne-cnp-ne/
Verantwortlich für das PP	Jean-Marie Coste
Spitalpartner	Karim Bourbia (CNP) / Marie-Laure Jacquot-Pegeot. (RHNe)
Partner Suchtbereich	Marie-Anne Lebon, Marisa Marques, Eric Sicardi, Gabriel Hidalgo (Liaison Addiction Neuchâtel)]
Bericht erstellt von	Jean-Marie Coste, Eric Sicardi, Karim Bourbia (+ kollektive Diskussion)
Version	V1
Datum	24.07.2025

Das Pilotprojekt (in Kürze)

Ziele des PP (gemäss Charta)	<i>Können Sie noch einmal darlegen, welche – aus Ihrer Sicht – die wichtigsten Ziele des Pilotprojekts waren?</i> – Den in Frage kommenden Patientinnen und Patienten suchtmedizinische Konsultationsleistungen zur Verfügung stellen (Beurteilung, Kurzintervention, Weiterleitung) – Dem Behandlungsteam eine spezialisierte Unterstützung zur Verfügung stellen (Fachexpertise, Beratung, Sensibilisierung) – Bei den Fachpersonen und den Patientinnen und Patienten die Kenntnis des kantonalen Suchtnetzwerks verbessern Erwartete Ergebnisse: – Erleichterter Zugang zu ambulanten und stationären suchtspezialisierten Behandlungsangeboten – Verbesserung der trilateralen Zusammenarbeit (CNP-RHNE-AN) – Verbesserung der Qualität der Betreuung im Spital und ihrer Kontinuität
3 Erfolge	<i>Können Sie die 3 wichtigsten Erfolge dieses Projekts nennen? (Was gut funktioniert hat – in Kürze)</i> A. Grosse Anzahl von Patientinnen und Patienten, die identifiziert und an die Liaison-Konsultation überwiesen wurden B. Erleichterung der interinstitutionellen Zusammenarbeit C. Grosse Anzahl von Patientinnen und Patienten, die nach der Liaison-Konsultation ambulant bei Addiction NE weiterbetreut wurden (Sensibilisierung des Pflegepersonals des RHNE für die Suchtproblematik durch die Besuche der Suchtliaison-Teams)



3 Schwierigkeiten	Können Sie die 3 wichtigsten Schwierigkeiten/Lücken/unvorhergesehenen Umstände dieses Projekts nennen? (Was weniger gut funktioniert hat – in Kürze) D. Komplexe Positionierung der Liaison-Fachpersonen gegenüber der Akutversorgung, da die Bedürfnisse unterschiedlich schnell sind – Akutversorgung versus motivierender, langsamerer Ansatz (Risiko der Unzufriedenheit im Netzwerk, Notwendigkeit, die unterschiedlichen Erwartungen abzustimmen ...) E. Kurze Hospitalisationsdauer, die die Möglichkeiten der Liaison-Intervention einschränkt (nur ein Besuch pro Woche) F. Wenige Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen Konsumstörung für eine Frühintervention identifiziert (Komplexe Informationsübermittlung – Einschränkungen durch das Berufsgeheimnis und die Informatikmittel ...)
WAS GUT FUNKTIONIERT HAT	
Könnten Sie die 3 wichtigsten Erfolge, die Sie oben genannt haben, genauer beschreiben.	
Lessons learned A	Könnten Sie diesen ersten Erfolg etwas ausführlicher beschreiben? – Anzahl der identifizierten und an die Konsultation überwiesenen Patientinnen und Patienten – Wir haben seit Beginn der Liaison rund 10–12 Patientinnen und Patienten pro Monat und pro Spitalstandort (NE – CDF) gesehen, bei einem halben Interventionstag pro Woche, während zuvor praktisch keine Anfragen für Konsultationen am Spitalstandort an Addiction Neuchâtel gerichtet wurden und die von uns angebotenen Suchtliaison-Konsultationen sich von den bereits bestehenden psychiatrischen Liaison-Konsultationen unterscheiden, die an den psychiatrischen Liaisondienst des CNP gerichtet werden. Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht zu diesem Erfolg beigetragen? – Interesse der Pflorgeteams, die im Bereich Suchtmedizin über eher wenig Mittel und wenig Ausbildung verfügen – Umfassende Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen (medizinisch und paramedizinisch) in den Pflgeeinheiten (= alle fühlen sich betroffen) – Aufbau einer breiten Kommunikation der Suchtfachteams innerhalb der Spitalstrukturen, um von allen erkannt zu werden und ein Vertrauensverhältnis mit den Pflgeteams aufzubauen. Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Mehr Vorbereitung und Information bei den Teams im Vorfeld der Einführung der Liaison. Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Sich Zeit nehmen, um die Teams breit zu informieren und mindestens grundlegende Ausbildungselemente zu vermitteln, bevor die Liaison-Interventionen eingeführt werden – Allenfalls Erstellung eines Flyers im Vorfeld, der den Pflgeteams den Auftrag und die Ziele der Suchtliaison vermittelt. (N.B. Vor dem Start fand eine Kommunikation über die Liaison statt, in Form einer Präsentation an einem



	allgemeinen medizinischen Kolloquium. Ein Flyer wurde im Vorfeld des Projekts nicht erstellt, da wir unser Projekt (und seine Form) zuerst erproben und bei Bedarf an unsere Erfahrungen anpassen wollten, bevor die Informationen in einem Flyer festgehalten werden (dieser ist zu einem späteren Zeitpunkt geplant). Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative anderswo wiederholt würde? – Vgl. vorhergehende Frage.
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen anzubringen? [nicht ausgefüllt]
Lessons learned B	<i>Könnten Sie diesen zweiten Erfolg etwas ausführlicher beschreiben?</i> – Erleichterung der interinstitutionellen Zusammenarbeit (bessere Kenntnis der Pflgeteams und spontane Überweisung von Anfragen im Zusammenhang mit einer Suchtproblematik) – Detail: Der regelmässige Austausch zwischen dem Personal der Partnerinstitutionen hat es ermöglicht, sich besser kennenzulernen, flüssiger zu kommunizieren, die Ansprechpersonen leichter zu identifizieren und eine gezieltere Überweisung zu ermöglichen Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht zu diesem Erfolg beigetragen? – Der mündliche Austausch vor Ort, der eine bessere Kommunikation und eine genauere Klärung der Interventionsanfragen ermöglicht – Identifikation der Ansprechpersonen in den Diensten, klare Identifikation der Fachpersonen von AN – Die im Verlauf des Projekts vorgenommenen Anpassungen, im Anschluss an die Sitzungen des Projektteams und aufgrund der erhaltenen Rückmeldungen – Das Engagement der Mitarbeitenden im Projekt Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Die Pflgeteams im Vorfeld des Projekts besser informieren, vielleicht insbesondere die Pflegefachpersonen der Dienste Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Dass die verschiedenen am Projekt beteiligten Fachpersonen sich vor der Einführung des Projekts kennenlernen – Dass ein Informationsblatt/Flyer vor dem effektiven Projektstart verfügbar und leicht «auffindbar» ist – Die Bedürfnisse/Schwierigkeiten möglichst im Vorfeld gut identifizieren Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative anderswo wiederholt würde? – Die Schaffung eines doppelten «Order Management» vermeiden, da dies beim anfragenden Personal zu Verwirrung führen kann (das Order Management ist das Dokument, mit dem die Liaison-Leistung angefordert wird); es gab vorübergehend zwei Order Managements mit zwei unterschiedlichen Kommunikationswegen, einer führte zuerst über die psychiatrische Liaison (zur Triage der Anfrage), der andere direkt an den Dienst von AN. Man befürchtete eine falsche Überweisung der Patientinnen und Patienten durch die Spitaldienste, und die Idee einer Vortriage durch die psychiatrische Liaison, die täglich präsent ist, erschien sinnvoll. In der Praxis richten die Dienste ihre Anfragen jedoch an die



	richtige Stelle (gute Unterscheidung zwischen Sucht und Psychiatrie sowie dringlichen Anfragen), und da eine Abstimmung (wöchentlicher Kontaktmoment) zwischen der psychiatrischen Liaison und der Suchtliaison besteht, werden allfällige Überweisungsfehler zu diesem Zeitpunkt korrigiert.
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen anzubringen? – Ein anregendes Projekt in der Umsetzung
Lessons learned C	Könnten Sie diesen dritten Erfolg etwas ausführlicher beschreiben? – Grosse Anzahl von Patientinnen und Patienten, die nach der Liaison-Konsultation ambulant bei Addiction NE weiterbetreut wurden
	Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht zu diesem Erfolg beigetragen? – Der wichtigste Faktor ist, dass uns viele Situationen überwiesen wurden (vgl. erster Erfolg) – Situationen im Zusammenhang mit einer Alkoholproblematik, aber auch mit allen anderen Substanzen. Unter diesen Situationen waren mehrere Patientinnen und Patienten unseren Diensten bereits bekannt, befanden sich jedoch im «Drop-out». Der Kontakt mit der Liaison, die Teil der Institution AN ist, hat die Wiederaufnahme der Behandlung erleichtert. – Dass die Liaison-Pflegefachperson die Person persönlich ambulant wiedersehen kann – bei einem Patienten, der dem ambulanten Bereich nicht bekannt war bzw. nicht von einer anderen Fachperson betreut wurde –, fördert die Nachfrage nach einer Weiterbetreuung: Der Patient fühlt sich sicher und ist bereit, die Person wiederzusehen, die ihn im Spitalkontext gesehen hat.
	Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Da wir mehrere ambulante Konsultationsstandorte haben (4): die ambulanten Standorte gut über die Liaison-Konsultation informieren und privilegierte Kontakte mit den Liaison-Pflegefachpersonen für die Übergabe von Situationen pflegen.
	Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Die Verbindung zwischen Liaison-Pflegefachperson und ambulanter Konsultation fördern.
	Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative anderswo wiederholt würde? [nicht ausgefüllt]
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen anzubringen? [nicht ausgefüllt]
WAS WENIGER GUT FUNKTIONIERT HAT	
<i>Könnten Sie die 3 wichtigsten Schwierigkeiten/Lücken/unvorhergesehenen Umstände, die Sie oben genannt haben, genauer beschreiben.</i>	
Lessons learned D	Könnten Sie diese erste Herausforderung / dieses erste Scheitern etwas ausführlicher beschreiben? – Komplexe Positionierung der Fachpersonen gegenüber der Akutversorgung, da die Bedürfnisse unterschiedlich schnell sind – Akutversorgung versus motivierender, langsamerer Ansatz; Risiko der Unzufriedenheit im Netzwerk, Notwendigkeit, die unterschiedlichen Erwartungen abzustimmen



	– Es ist kein Scheitern, sondern eine Herausforderung ...
	Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht am meisten zu diesen Schwierigkeiten beigetragen? – Bedürfnis der Akutversorgung, kurzfristig Antworten oder Handlungsmöglichkeiten für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten zu haben ... – ... versus die Haltung der Fachpersonen der Suchtmedizin, die eine Begleitung der Patientinnen und Patienten in deren eigenem Tempo bedeutet (motivierender Ansatz, Recovery-Ansatz ...). Die Suchtfachperson muss sich also in dieser Entkoppelung der Behandlungsgeschwindigkeiten positionieren können, um den Bedürfnissen der Spitalfachpersonen möglichst gut zu entsprechen und gleichzeitig das Tempo der Patientinnen und Patienten zu respektieren. – Akzeptanz der Grenzen der Behandlung / der Intervention, wenn der Patient dem therapeutischen Vorhaben nicht zustimmt – Teilweise fehlende Kenntnisse des Pflegepersonals zu bestimmten suchtmmedizinischen Aspekten
	Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Information/Ausbildung im Vorfeld der Interventionen, um unsere Methoden und unseren Auftrag zu präzisieren Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Die Bedürfnisse der Pflegeteams im Vorfeld der Interventionen möglichst genau erfassen und darüber austauschen, was wir leisten können und was nicht. Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative anderswo wiederholt würde? – Vgl. vorhergehende Fragen
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen anzubringen? [nicht ausgefüllt]
Lessons learned E	Könnten Sie diese zweite Herausforderung / dieses zweite Scheitern etwas ausführlicher beschreiben? – Schwierigkeit: Kurze Hospitalisationsdauer, die die Möglichkeiten der Liaison-Intervention einschränkt (Besuch der Liaison nur einmal pro Woche)
	Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht am meisten zu diesen Schwierigkeiten beigetragen? – Allgemeiner Trend im Spitalbereich, die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten so weit wie möglich zu verkürzen, unabhängig von der Problematik – Die Krankenversicherer berechnen eine Standardaufenthaltsdauer pro Krankheitsbild, ohne die Besonderheiten der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen – Trend zum Bettenabbau, der Druck auf die Anzahl verfügbarer Plätze erzeugt und dazu führt, die Patientinnen und Patienten möglichst schnell zu entlassen
	Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Eine grössere Flexibilität hinsichtlich des Zeitpunkts der Intervention des Personals von AN



	– Über mehr personelle Mittel für die Liaison verfügen Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Versuchen, den Bedarf an Interventionen der «Suchtliaison» mithilfe von Statistiken zu erfassen – Bei der Aufnahme der Patientinnen und Patienten im Spital feiner abgestimmte «Sucht»-Screenings durchführen, um schneller intervenieren zu können – Da die Aufenthalte kurz sind: den Überweisungsmodus überprüfen, vielleicht den Schwerpunkt auf die Information über die Möglichkeiten einer ambulanten Weiterbetreuung legen, falls ein Besuch beim Patienten während der Hospitalisation nicht möglich ist (+ Idee eines suchtmmedizinischen Telefonanrufs, mit Einverständnis des Patienten, falls er vor der Liaison-Konsultation entlassen wird). Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative anderswo wiederholt würde? – Anfragen für Interventionen der «Suchtliaison» bei kurzem Spitalaufenthalt besser antizipieren – Angesichts der Schwierigkeiten, in kurzer Zeit zu intervenieren, und angesichts des geringen Zeitanteils, der der Suchtliaison zur Verfügung steht (0,5 VZÄ), vielleicht ein breiteres Spektrum an Diensten einbeziehen (wie die Chirurgie), wo die Patientinnen und Patienten länger bleiben, was Zeit lassen würde, sie zu besuchen
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen anzubringen? [nicht ausgefüllt]
Lessons learned F	Könnten Sie diese dritte Herausforderung / dieses dritte Scheitern etwas ausführlicher beschreiben? – Wenige Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen Konsumstörung für eine Frühintervention identifiziert
	Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht am meisten zu diesen Schwierigkeiten beigetragen? – Schwierigkeit des Spitalpersonals, Patientinnen und Patienten zu erkennen, die klinisch «wenig auffällig» sind und suchtmmedizinisch nichts einfordern – Fehlende Kenntnis des Pflegepersonals über den Nutzen der Kurzintervention und über suchtmmedizinische Modelle, die auch Personen einbeziehen, die ihren Konsum steuern möchten (Überzeugung, dass nichts zu machen ist, wenn der Patient nicht vollständig aufhören will). – Antwort des Spitals auf dringende Anfragen statt präventives Handeln (Zeitmangel, Auftrag ...).
	Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Sensibilisierung der Teams für den Nutzen der Kurzintervention (Projekt in Arbeit) – Das Pflegepersonal stärker einbeziehen (zusätzlich zum medizinischen Personal), da es den Patientinnen und Patienten näher ist und über andere, «weniger auffällige» Aspekte mit ihnen in Kontakt treten kann (was das Gespräch über den Konsum eröffnet) – Flyer an die Dienste, der die Leistung der Kurzintervention erklärt. Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen?



– Die Aspekte Information und Ausbildung im Vorfeld einbeziehen ...

Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative anderswo wiederholt würde?

[nicht ausgefüllt]

Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen anzubringen?

[nicht ausgefüllt]

Die Zwischen- und Endergebnisse – die von anderen Projekten genutzt werden können

Ergebnis 1

Name: Weiterbildungen Sucht

Beschreibung: Die im Rahmen des Pilotprojekts angebotenen Weiterbildungen werden konsolidiert und in Module integriert, die von «Hôpital et Addictions» zur Verfügung gestellt werden

Demnächst verfügbar unter: <https://hopital-addictions.ch/de/formations-page/>
