



LESSONS LEARNED AUS DEN PILOTPROJEKTEN

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

Name des Pilotprojekts (PP)	Pilotprojekt CHUV (VD) https://hopital-addictions.ch/de/pilotprojekt-chuv-vd/
Verantwortung für das PP	Yasser Khazaal
Spitalpartner	Loïc Menneret (SMA)
Suchtpartner	Corine Chevaux & Thomas Robertson (Peers im Suchtbereich)
Bericht erstellt von	Mariel Hunziker, Loïc Menneret, Yasser Khazaal
Version	V 1.2
Datum	2.10.2025

Das Pilotprojekt (in Kürze)

Ziele des PP (gemäss Charta)	<i>Können Sie in Erinnerung rufen, welches – aus Ihrer Sicht – die wichtigsten Ziele des Pilotprojekts waren?</i> – Den Nutzen der Schaffung von zwei Teilzeitstellen (2x40%) für Peers im Suchtbereich (SP) – im mobilen Team und im Spitalumfeld – für die Begleitung von Menschen mit einer Suchterkrankung beurteilen. – Den Einsatz der Gemeinsamen Krisenplanung (GKP) und von Instrumenten der Nachbetreuung nach dem Spitalaufenthalt erproben. – Die Verbindung zwischen Spital und ambulantem Bereich erleichtern und Behandlungsabbrüche reduzieren. – Das Erfahrungswissen der Peers bei den Spitalteams im Suchtbereich anerkennen und einbinden.
3 Erfolge	<i>Können Sie die 3 wichtigsten Erfolge dieses Projekts nennen? (Was gut funktioniert hat – in Kürze)</i> A. Interesse und Zustimmung der Patienten (Beziehungserfolg): Vertrauensklima, gegenseitige Anerkennung, spontane Anfragen für Begegnungen mit den Peers im Suchtbereich. B. Komplementarität der SP-Profil: Fähigkeit, mit Patienten in Kontakt zu treten (die oft unsichtbar bleiben), dank der Vielfalt der beiden Werdegänge und ihrer Sprachkenntnisse. C. Stärkung der Behandlungskontinuität und des Netzwerks: Die Peers erleichtern die Vermittlung ins ambulante Netz, informieren



	über die Gesprächsgruppen der POLAD (Poliklinik des Dienstes für Suchtmedizin) und tragen zur therapeutischen Kontinuität bei (mit Nachbetreuung nach dem Spitalaufenthalt).
3 Schwierigkeiten	<i>Können Sie die 3 wichtigsten Schwierigkeiten/Lücken/unvorhergesehenen Umstände dieses Projekts nennen? (Was weniger gut funktioniert hat – in Kürze)</i> D. Begrenztes Arbeitspensum (40%) (zugeteilte Mittel): Das Teilzeitpensum und die hohe Nachfrage der Patienten haben ihre Teilnahme an den interdisziplinären Rapporten eingeschränkt, insbesondere in den letzten beiden Monaten. Diese Einschränkung hat die Möglichkeiten für einen formellen Austausch zwischen den Spitalteams und den Peers im Suchtbereich verringert. Zahlreiche informelle Kontakte mit den Pflegefachpersonen haben es jedoch ermöglicht, den Informationsfluss rund um die Patienten aufrechtzuerhalten. E. Spitalbedingte Einschränkungen (Funktionsweise der Akutversorgung): Die notfallorientierte Logik der Station begrenzt die Zeit für Begegnungen mit den Peers. Die Personalfuktuation (häufiger Rückgriff auf Temporärkräfte) erschwert die Kenntnis der Peer-Rolle und den Aufbau stabiler beruflicher Beziehungen. Zudem verringern die oft kurzen Aufenthalte der Patienten die Interventionsmöglichkeiten der Peers im Suchtbereich. F. Fehlende institutionelle Verankerung (Anerkennung und Status): Die Rolle der Peers im Suchtbereich bleibt unscharf, ihr Status wenig formalisiert und ihr Zugang zu den institutionellen Instrumenten begrenzt (kein offizieller Zugang zur Patientendokumentation). Die Übermittlung erfolgt vorwiegend mündlich, was die Nachvollziehbarkeit und Sichtbarkeit ihrer Beiträge verringert, während der institutionelle Sprachgebrauch sie noch nicht vollständig ins «Behandlungsteam» einschliesst.

WAS GUT FUNKTIONIERT HAT

Könnten Sie die 3 oben genannten wichtigsten Erfolge genauer beschreiben.

Lessons learned A	<i>Könnten Sie diesen ersten Erfolg etwas ausführlicher beschreiben?</i> – Die Patienten nehmen die Peerarbeit sehr positiv auf; sie wird als wertungsfreier Raum und als gegenseitige Anerkennung des Erlebten erfahren. Mehrere Patienten bitten nach dem Morgendebriefing um ein Gespräch (nachdem sich die Peers im Suchtbereich vorgestellt haben). Es kommt auch vor, dass Treffen mit einer Angehörigenperson geplant werden.
Interesse und Zustimmung der Patienten	



- Die Peers haben zudem Angehörige begleitet und in anderen Bereichen des Spitals interveniert.
- Die SP fördern Vertrauensbeziehungen, die als authentisch und wertungsfrei wahrgenommen werden und den Patienten einen Spielraum an Wahlmöglichkeiten und Autonomie in ihrem Behandlungsweg zurückgeben.
- Die positiven Rückmeldungen der Patienten zeigen, dass eine echte Erwartung und ein Bedarf an Peerarbeit im Spitalumfeld bestehen.

Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht zu diesem Erfolg beigetragen?

- Vorstellung der Peers während des Debriefings durch die Pflegefachpersonen oder durch die Peers selbst.
- Pflegefachpersonen, die den Patienten die SP empfehlen.
- Informelle Gesprächsräume (Spiele, Austausch) bilden günstige Anknüpfungspunkte für eine erste Begegnung.
- « Briefing »¹ als wichtiger Moment, damit die SP die Peerarbeit erläutern und sich den Patienten vorstellen können.
- Autonomie der Peers: Flexibilität bei den Begegnungen
- Erfahrungswissen zur Erkrankung seitens der SP

Was hätten Sie anders oder besser machen können?

- Möglich gewesen wäre auch, gemeinsam mit den SP Vorstellungsblätter der Peers im Suchtbereich zu entwickeln, um deren Werdegang besser zu erläutern und ein gemeinsames Verständnis mit den Patienten zu fördern; die persönliche Vorstellung im direkten Gespräch ist hier jedoch zielführender.

Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen?

- Einen festen Zeitpunkt im Tagesablauf vorsehen, an dem sich die Peers im Suchtbereich den Patienten vorstellen können (wie die Briefing-Momente).

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

¹ Gemeinsame Zeit, die jeden Morgen stattfindet und in der sich Patienten und Behandlungsteam vorstellen und ein «Wetter» ihres Tagesbefindens sowie die für die Tagesorganisation relevanten Informationen teilen. Für die SP ist das Briefing eine strukturierte und regelmässige Gelegenheit, sich den Patienten vorzustellen, ihre spezifische Rolle in Erinnerung zu rufen und ihre Präsenz auf der Station sichtbar zu machen.



	– Vermeiden, dass die Präsenz der Peers im Suchtbereich während der Briefings unsichtbar bleibt, insbesondere wenn das Temporärteam mit ihrer Rolle nicht vertraut ist oder wenn ihre Abwesenheit den Patienten nicht angekündigt wird.
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen? – Die Peerarbeit trägt dazu bei, den Patienten Handlungsmacht zurückzugeben, indem sie ihnen ermöglicht, sich aktiv in ihren Behandlungsweg einzubringen und die Peers im Suchtbereich auszuwählen, die sie begleiten (-> Befähigung und aktive Patientenrolle im eigenen Behandlungsweg). – Eine Vorlage zur Dokumentation der Kontakte zwischen SP und Patienten wird derzeit erarbeitet, um den Mehrwert ihres Berufs sichtbar zu machen. Über die Zahl der begleiteten Patienten hinaus wird sie es erlauben, den Entwicklungsspielraum zwischen dem ersten und dem letzten Gespräch sichtbar zu machen und zu untersuchen, inwiefern die Krankheitserfahrung nutzbaren Kompetenzen dienen kann (Sichtbarkeit der Rolle).
Lessons learned B Komplementarität und Vielfalt der SP-Profile	<i>Könnten Sie diesen zweiten Erfolg etwas ausführlicher beschreiben?</i> – Die Vielfalt der Profile, Werdegänge und Identitäten (Alter, Geschlecht, gesprochene Sprachen, Genesungserfahrungen, Ausbildungen ...) begünstigt eine differenzierte Identifikation und ermöglicht es, Patienten zu erreichen. – Ko-Produktion von Wissen: Die Peers tragen mit ihrer gelebten Erfahrung zur Bereicherung der Praxis der Fachpersonen bei.
	Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht zu diesem Erfolg beigetragen? – Die Vielfalt der Werdegänge und die Komplementarität der Profile der Peers im Suchtbereich. – Die SP haben die Fähigkeit, Patienten zu erreichen, die sonst isoliert blieben (Bsp.: Ein spanischsprachiger Patient, der mit vielen anderen nicht interagieren konnte, konnte dank der Vermittlung der Peers Kontakte zu anderen spanischsprachigen Patienten knüpfen).
	Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Die Vielseitigkeit der Werdegänge der SP bei den Rapporten und den Pflegeübergaben stärker zur Geltung bringen. – Zugleich kann diese Heterogenität zu einem Risiko werden, wenn sie nicht begleitet wird: Ohne gemeinsame Kultur können die



Ansätze auseinanderdriften (etwa wenn die eine Person eine stark interventionistische Haltung einnimmt, die andere eher eine begleitende). Um den Rahmen abzusichern und die Komplementarität zu stärken, ist es unerlässlich, von Beginn an eine gemeinsame Grundschulung vorzusehen: Spitalcodes, spezifische Instrumente wie die GKP, Grundsätze der Vertraulichkeit und der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen?

- Die Komplementarität der Profile zur Geltung bringen (unter Einbezug aller Dimensionen des Erfahrungswissens: unterschiedliche Genesungswege, gesprochene Sprachen, Geschlechts- und Alterserfahrungen) und gleichzeitig eine gemeinsame fachliche Grundlage sicherstellen, damit die Rolle nicht allzu unterschiedlich ausgelegt wird.
- Eine gemeinsame Kultur der SP schaffen: den Bedarf an klinischer Supervision antizipieren, die sich nicht nur auf das emotionale Erleben, sondern auch auf den Aufbau eines gemeinsamen Referenzrahmens richtet.

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

- Die Komplementarität auf ein einziges Kriterium beschränken: die Tendenz, Patienten allein aufgrund sichtbarer Merkmale (Bsp.: Geschlecht, Alter) einer Peer-Person zuzuweisen, zulasten der Vielfalt ihrer Werdegänge, was zu Stigmatisierungen führen kann (Bsp.: Personen mit einer Alkoholabhängigkeit systematisch der weiblichen Peer im Suchtbereich zuzuweisen, Personen mit einer Abhängigkeit von sogenannten «harten» Substanzen dem männlichen Peer im Suchtbereich). Eine solche reduktive Zuweisung kann den Reichtum und die Vielseitigkeit ihrer Werdegänge unsichtbar machen.

Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen?

- Die Komplementarität zwischen den Peers im Suchtbereich stellt einen zentralen Hebel für die Zustimmung der Patienten dar: Sie begünstigt den Aufbau von Vertrauensbeziehungen und ermöglicht es, ein breiteres Spektrum von Personen zu erreichen, auch solche, die sonst zurückhaltend blieben (Bsp.: Ein Patient, der kein Französisch spricht, konnte sich dank der Unterstützung spanischsprachiger Peers im Suchtbereich in die Gruppe der übrigen Patienten integrieren). Sie stärkt zudem das Selbstwertgefühl der Patienten (zweisprachige Gespräche, Anerkennung des gemeinsamen Erlebten, Identifikationen ...).



	– Regelmässige Austauschzeiten unter den SP (Intervision untereinander), um Erfahrungen zu teilen, die Praxis zu vergleichen und eine gemeinsame Berufsidentität aufzubauen, können sich als sinnvoll erweisen. Auch die Einführung von Mentoren (Gael von SYSTMD) zur Begleitung der SP geht in diese Richtung.
Lessons learned C Stärkung der Behandlungskontinuität und des Netzwerks	<i>Könnten Sie diesen dritten Erfolg etwas ausführlicher beschreiben?</i> – Die Peers im Suchtbereich haben dazu beigetragen, die therapeutische Kontinuität zu stärken und die Vermittlung ins ambulante Netz zu erleichtern. – Ihre Rolle endet nicht mit dem Spitalaufenthalt: Sie beteiligen sich auch an der Nachbetreuung, indem sie die Patienten nach dem Austritt begleiten. – Ihr Handeln beschränkt sich nicht auf Information oder Vermittlung: Sie schaffen eine echte Beziehungsunterstützung, die den Patienten den Anschluss an externe Ressourcen erleichtert. Diese Rolle begünstigt die Fortsetzung der Beziehung nach dem Spitalaufenthalt und hilft, Behandlungsabbrüche zu vermeiden. – Ihre Intervention wurde auf Empfehlung der Pflgeteams auch in anderen Bereichen des Spitals angefragt (Allgemeinpsychiatrie, Station Les Roseaux), was sowohl von der Anerkennung ihres Mehrwerts durch die Fachpersonen als auch von der durch die Peerarbeit ermöglichten Erweiterung des Versorgungsnetzes zeugt. <i>Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht zu diesem Erfolg beigetragen?</i> – Türen nach aussen: Pflegefachpersonen anderer Stationen vermitteln Patienten aktiv an die SP, sei es im Dienst für Allgemeinpsychiatrie (PGE) oder auf der Station Les Roseaux (spezialisiertes Therapieprogramm in Cery). – Gute Kenntnis des lokalen Netzwerks: Die SP kennen die Angebote und Gesprächsgruppen der Region (Poliklinik des Dienstes für Suchtmedizin, AA, NA, CA usw.), was es ermöglicht, Behandlungsabbrüche zu vermeiden, die Rückkehr nach Hause zu begleiten und Verbindungen zu Vereinen zu schaffen. Beziehungsunterstützung für den Anschluss schaffen. <i>Was hätten Sie anders oder besser machen können?</i>



	[keine Angabe]
	Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Die Partnerschaften zwischen dem Spital und externen Strukturen formalisieren und dabei die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit sowie die spezifische Rolle der Peers im Suchtbereich bei der Vernetzung präzisieren. – Die besondere emotionale Belastung der Peerarbeit antizipieren. – Die Partnerschaften mit externen Ressourcen (Gesprächsgruppen, Vereine, spezialisierte Dienste) aufwerten und strukturieren, gestützt auf die genaue Feldkenntnis der SP. Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative andernorts wiederholt würde? – Die Begleitung nicht ohne strukturierte Evaluation lassen. Nach einer bestimmten Anzahl Gespräche (z. B. 4) eine Bilanz vorsehen, um die Entwicklung zu verfolgen und die Begleitung anzupassen.
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen? – Fähigkeit der Peers im Suchtbereich, konkrete Brücken zwischen Spital und Gemeinwesen zu bauen: C verfügt aufgrund seiner langjährigen Genesungserfahrung über eine grosse Kenntnis des Waadtländer Netzwerks, was auch T zugutekommen kann, der sich seit weniger Jahren im Genesungsprozess befindet. – Ein gemeinsam mit den SP entwickeltes Erfassungsblatt für die Kontakte zwischen SP und Patienten wurde eingeführt, um die Vermittlungen ins Netzwerk und die Wirkung nach dem Spitalaufenthalt zu dokumentieren (Nachvollziehbarkeit Netzwerk).
WAS WENIGER GUT FUNKTIONIERT HAT	
<i>Könnten Sie die 3 oben genannten wichtigsten Schwierigkeiten/Lücken/unvorhergesehenen Umstände genauer beschreiben.</i>	
Lessons learned D	Könnten Sie diese erste Herausforderung bzw. dieses erste Scheitern etwas ausführlicher beschreiben? – Das Teilzeitpensum der Peers begrenzt ihre Präsenz im Spitalteam (was ihre Integration in die Spitaldynamik und den interdisziplinären Austausch schwächt). – Trotz der Einführung fester Zeiten für Übergabe und Koordination zwischen dem Spitalteam und den Peers im Suchtbereich
Begrenztes Arbeitspensum (40%)	



(Rapport) äussern die Peers im Suchtbereich das Bedürfnis, ihre Arbeit auf die Begegnung mit den Patienten auszurichten (kurze Aufenthalte, hohe Nachfrage, Teilzeitpensum der Peers): «Die Zeit im Pflegerapport ist die Zeit, die ich nicht mit den Patienten verbringe».

- Zeitmangel führt dazu, die GKP zu vernachlässigen: ein anerkanntes, von den Peers im Suchtbereich jedoch wenig genutztes Instrument.

Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht am meisten zu diesen Schwierigkeiten beigetragen?

- Pilot- bzw. Versuchsphase: Projekt mit begrenzter Laufzeit, um die Integration zu erproben und die Wirkung zu evaluieren.
- Hohe Nachfrage der Patienten und kurze Aufenthalte (rascher Wechsel der Patienten).
- Die Diskussionen an den Rapporten drehen sich stark um biomedizinische und somatische Themen; Schwierigkeit, den eigenen Platz zu finden.
- Budgetäre Einschränkungen

Was hätten Sie anders oder besser machen können?

- Den Kalender der SP mit dem Team teilen (Outlook/Gmail), um «überraschende» Abwesenheiten zu vermeiden. Alice, Stationsleiterin Pflege, die die Supervision sicherstellt, hat bereits Zugriff; eine Ausweitung auf das übrige Team könnte die Koordination womöglich verbessern.

Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen?

- Von Beginn an die Modalitäten der Teilnahme der Peers im Suchtbereich an Rapporten und Übergaben klären, um ein Gleichgewicht zwischen klinischer Zeit mit den Patienten und Teamzeit zu finden.
- Die SP in die Codes der Spitalversorgung einführen: Voraussetzung für die Integration, ohne ihre Eigenheit zu verlieren.

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

[keine Angabe]

Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen?

- Zwischen den SP und den Pflegefachpersonen findet regelmässig informeller Austausch statt, der den Informationsfluss zu den



	Patienten und die Wertschätzung der Arbeit der SP ermöglicht. Alice, Stationsleiterin Pflege, gewährleistet einen Supervisionsrahmen und trägt zur Weitergabe der Informationen zwischen Spitalteam und SP bei. – Festzuhalten ist, dass ein begrenztes (oder geteiltes: 2x40%) Pensum ihre institutionelle Integration zwar eingeschränkt hat, zugleich aber als Schutzfaktor gegen die emotionale Erschöpfung der SP gewirkt hat. – Eine Ko-Leitung wurde für die Workshops «Rückfallprävention» erwogen. Der bevorstehende Einbezug der Peers im Suchtbereich in diese Workshops, an der Seite eines Arztes (der die Patienten teilweise weniger gut kennt als die SP), könnte eine Gelegenheit sein, die Verbindung zwischen Spitalteam, Peers im Suchtbereich und Patienten zu stärken.
Lessons learned E	<i>Könnten Sie diese zweite Herausforderung bzw. dieses zweite Scheitern etwas ausführlicher beschreiben?</i> – Der hohe Rhythmus und die teilweise Kürze der Spitalaufenthalte begrenzen die Möglichkeiten wiederholter Begegnungen zwischen Patienten und Peers im Suchtbereich (mit einem Pensum von 40%). Die starke Personalfuktuation, namentlich bei den Temporär-Pflegefachpersonen, schwächt zudem die Integration der SP: Ihre Anwesenheit wird bei den Debriefings nicht immer angekündigt. Risiko einer Spaltung zwischen den Teams: Mangelnde Kommunikation könnte die Qualität der Patientenbegleitung und die Integration der SP ins Team beeinträchtigen. – Weiterer Punkt: Die GKP gilt als sinnvoll zur Unterstützung der Behandlungskontinuität, wird im Spitalkontext jedoch wenig genutzt – wegen der kurzen Aufenthalte und der Priorisierung anderer Tätigkeiten.
Spitalbedingte Einschränkungen	Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht am meisten zu diesen Schwierigkeiten beigetragen? – Spitallogik mit Fokus auf unmittelbare Dringlichkeit und rasche Intervention: Die Priorität der medizinischen Stabilisierung rückt die Beziehungs- und Vermittlungsdimensionen, die im Zentrum der Rolle der SP stehen, mitunter in den Hintergrund. – Da die Aufenthalte oft kurz sind, verfügen die SP über wenig Zeit, um die Patienten mehrmals zu treffen und eine Vertrauensbeziehung aufzubauen. – Die Personalfuktuation (Temporär-Pflegefachpersonen), die mit der Peerarbeit häufig nicht vertraut sind, schwächt die Verbindung zwischen Spitalteam und Peers im Suchtbereich.



	Was hätten Sie anders oder besser machen können? – Ein Vorstellungsblatt der Peers im Suchtbereich einführen, um neue Teams regelmässig zu sensibilisieren und die Fluktuation auszugleichen. – Ungeeignete Instrumente: Der fehlende Zugang zu geteilten Agenden erschwert die Koordination zwischen Team und SP (z. B. nicht angekündigte Absenzen oder Ferien). Eine einfache Lösung wäre, ihren Outlook-/Gmail-Kalender mit dem Team zu teilen, um Sichtbarkeit und Organisation zu verbessern – Massnahme in Umsetzung. Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Die Peerarbeit den Patienten bereits beim Eintritt vorstellen, was hier bereits geschieht. – Die Personalfuktuation (namentlich Temporärkräfte) kann die Integration der SP in die Debriefings und die Kommunikationswege erschweren. Die Briefing-Momente am Morgen ermöglichen es den SP, sich den Teams und den Patienten vorzustellen. Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative andernorts wiederholt würde? – Die Peerarbeit nicht als «fakultatives Zusatzangebot» betrachten, sondern als Bestandteil des Behandlungswegs.
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen? – Die Peers im Suchtbereich haben kürzlich die Zustimmung erhalten, an den von einem Arzt geleiteten Workshops der Station UHMA teilzunehmen. Es wird zu beobachten sein, wie sich ihre Teilnahme konkret gestaltet, und zu bewerten, inwieweit ihr Erfahrungswissen in diesem Rahmen einen Mehrwert darstellt. – Die auf Dringlichkeit und Schnelligkeit ausgerichtete Spitallogik kann Zuhören und Vermittlung in den Hintergrund rücken, unterstreicht damit aber umso mehr den Nutzen der SP, die den Patienten Beziehungszeit und eine Verbindung nach aussen bieten.
	Könnten Sie diese dritte Herausforderung bzw. dieses dritte Scheitern etwas ausführlicher beschreiben? – Die SP wirken noch am Rand der bestehenden Spitalstrukturen. Ihre Übermittlung an die Teams erfolgt hauptsächlich mündlich oder über die Supervision. Ihr Status bleibt wenig formalisiert und
Lessons learned F	



Fehlende
institutionelle
Verankerung

sie haben keinen Zugang zur Patientendokumentation, was zu Informationsverlusten führen kann und die Einbindung ihres Erfahrungswissens in die klinische Behandlung begrenzt.

- Dass die SP im institutionellen Sprachgebrauch nicht als Teil des «Behandlungsteams, des Spitalteams» eingeschlossen werden, trägt dazu bei, sie an der Peripherie zu halten – mit dem Risiko, dass sie sich als Satelliten wahrnehmen.

Welche Faktoren haben aus Ihrer Sicht am meisten zu diesen Schwierigkeiten beigetragen?

- Neue Funktion, die sich noch in der Erprobungsphase befindet.
- Spitalabläufe, die hauptsächlich für die medizinischen und pflegerischen Berufe konzipiert sind.
- Ausgeprägte Hierarchisierung des Spitalsystems (die eine gleichwertige Anerkennung von Erfahrungswissen erschweren kann).
- Das Fehlen eines klaren rechtlichen und regulatorischen Rahmens hält die Unschärfe rund um ihre Rolle, ihre Anerkennung und ihren Zugang zu den institutionellen Instrumenten aufrecht.
- Die institutionelle Sprache bleibt eine Herausforderung (fehlende Einbindung in den institutionellen Sprachgebrauch): Die Peers im Suchtbereich werden nicht als Mitglieder des «Behandlungsteams» anerkannt. Ihre Rolle, die eher auf Hilfe und Begleitung als auf den Pflegeakt ausgerichtet ist, erklärt diese Unterscheidung teilweise. Diese fehlende institutionelle Anerkennung hält sie jedoch in einer peripheren Position und begrenzt ihre vollständige Integration in die Spitaldynamik.

Was hätten Sie anders oder besser machen können?

- Diese Faktoren ergeben sich vorwiegend aus den strukturellen Logiken und Grenzen des Spitalsystems; es geht daher weniger um etwas, das «besser hätte gemacht werden können», als um eine strukturelle Herausforderung, die es zu berücksichtigen gilt.
- Von Beginn an die Vorstellung der SP und das Teilen ihrer Erfahrung gegenüber den Teams fördern, um Missverständnisse oder Vorurteile zu vermeiden (z. B. eine Pflegefachperson, die fälschlicherweise eine frühere Suchterkrankung annahm). Das Teilen des Erlebten trägt dazu bei, ihre Rolle als genesene Personen zu legitimieren und den Mehrwert der Peerarbeit im Behandlungsweg sichtbar zu machen.
- Sensibilisierungsmomente für die Teams anbieten (Fallvorstellungen, Rückmeldungen der Patienten), um das Verständnis für die Rolle der SP zu stärken.



	Was würden Sie für andere ähnliche Projekte empfehlen? – Alternative Instrumente sicherstellen (wie CHUV-Mailadressen, ein Agenda und ein Diensttelefon). – Einen minimalen Zugang zu den relevanten klinischen Informationen sicherstellen (unter Wahrung des rechtlichen und ethischen Rahmens), um Informationsverluste zu vermeiden, da eine rechtliche Blockade besteht (kein Zugang zur Patientendokumentation). – Kulturellen Widerstand antizipieren (langjährige Fachpersonen sind zurückhaltender als jüngere → Bedeutung der Sensibilisierung des gesamten Teams).
	Welche Fehler sollten vermieden werden, wenn die Initiative andernorts wiederholt würde? – Risiko, dass die Beiträge der SP (etwa ihr Wissen zur Situation der Patienten) unsichtbar bleiben, wenn sie weder auf die relevanten klinischen Informationen zugreifen noch ihre eigenen Interventionen in den institutionellen Instrumenten festhalten können (Bsp.: das Journal von C, das nicht mehr geführt wurde, weil das Gefühl entstand, es nütze niemandem).
	Haben Sie weitere Bemerkungen oder Präzisierungen? – Das Pflichtenheft der SP wird derzeit präzisiert – ein unerlässlicher Schritt, um sowohl Unter- als auch Überbeanspruchung sowie unterschiedliche Anerkennung je nach Dienst zu vermeiden. – Eine gemeinsam mit den Peers im Suchtbereich entwickelte Erfassungsvorlage wird derzeit erarbeitet. Dieses Instrument wird es ermöglichen, ihren Beitrag konkret zu dokumentieren und die institutionelle Anerkennung ihrer Rolle im Spital zu stärken (institutionelle Anerkennung).

Zwischen- und Endprodukte – für andere Projekte nutzbar	
Produkt 1	Name: <i>Interventionsbericht CompASM</i> Beschreibung: <i>Beschreibt die Vorbereitung des Teams auf die Ankunft der Peers</i> Verfügbar unter: https://hopital-addictions.ch/livrable_final/rapport-final-de-lintervention-du-compasm-pour-la-preparation-de-lelma-a-laccueil-des-pairs/
Produkt 2	Name: <i>Pflichtenheft v 1.0</i> Beschreibung: <i>Erster Entwurf, der weiterentwickelt wird</i>



	Verfügbar unter: https://hopital-addictions.ch/livable_intermed/cahier-des-charges-v1-0/
Produkt 3	Name: Pflichtenheft v 2.0 Beschreibung: Generischeres Dokument, verfasst auf Grundlage der tatsächlichen Arbeit der Peers Wird demnächst veröffentlicht unter: https://hopital-addictions.ch/projet-pilote-chuv-vd/
Produkt 4	Name: Forschungsbericht «Peerarbeit im Dienst für Suchtmedizin des CHUV (Pilotprojekt 2024–2026)» Beschreibung: Nahezu monografischer Blick auf die Einführung der Peerarbeit in einem Spitalkontext Wird demnächst veröffentlicht unter: https://hopital-addictions.ch/projet-pilote-chuv-vd/
Produkt 5	Name: Peers im Suchtbereich (SP) – Leitfaden für künftige Arbeitgeber Beschreibung: Instrument zur Erleichterung der Einführung der Peerarbeit im Bereich der Suchtbehandlung. Wird demnächst veröffentlicht unter: https://hopital-addictions.ch/production-doutils/
