



Efficacy of home treatment of patients with mental disorders – a research review

Skuteczność leczenia domowego wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – przegląd badań

Marta Hat¹ , Andrzej Cechnicki² 

Correspondence to/Adres do korespondencji:

Andrzej Cechnicki
Zakład Psychiatrii Środowiskowej
Katedra Psychiatrii CMUJ
Pl. Sikorskiego 2/8
31-115 Kraków, Polska
e-mail: andrzej.cechnicki@uj.edu.pl

¹Psychosis Research Unit, Association for the Development of Community Psychiatry and Care, Krakow, Poland

²Community Psychiatry and Psychosis Research Center, Chair of Psychiatry, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

¹Pracownia Badań nad Schizofrenią, Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków, Polska

²Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami, Katedra Psychiatrii UJ Collegium Medicum, Kraków, Polska

Submitted/Otrzymano: 01.02.2021

Accepted/Przyjęto do druku: 12.03.2021

Abstract

Purpose: The aim of this study is to review research on the efficacy of home treatment for mental disorders compared to other forms of community-based treatment. The first section describes studies comparing treatment as usual with CMHT (Community Mental Health Team), the second section compares CMHT with more intensive forms of community-based care, such as CM (Case Management) and ACT (Assertive Community Treatment), and the third section focuses on interventions that are alternatives to hospitalization, described as CRT or MCHT (Crisis Resolution Team or Mobile Crisis Home Treatment).

Views: The community-based model of psychiatric health care is nowadays recognized as the best systemic solution to improve its organization and functioning. In comprehensive care in the community, home treatment plays an important role. Treatment teams most often take the form of a general Community Mental Health Team – CMHT, which, like community mental health services in Poland, provides a wide range of interventions. There are several forms of treatment within CMHTs: ACT, CM, CRT and MHCT.

Comment: Home treatment is more effective compared to standard inpatient and post-hospital care. Care under a Community Mental Health Team reduces the number and duration of hospitalizations and is characterized by higher treatment satisfaction. For patients with psychotic disorders, more intensive forms of community-based care – such as ACT, CM, and CRT – are particularly valuable and effective.

Key words: community psychiatry, home treatment, efficacy.

Streszczenie

Cel: Celem pracy jest opis przeglądu badań dotyczących skuteczności leczenia domowego w terapii zaburzeń psychicznych w porównaniu z innymi formami leczenia w środowisku. W pierwszej części opisano badania porównujące leczenie standardowe i CMHT (*Community Mental Health Team*; zespół leczenia środowiskowego – ZŁŚ), w drugiej porównano CMHT z bardziej intensywnymi formami opieki w środowisku, takimi jak CM (*Case Management*, koordynacja leczenia) i ACT (*Assertive Community Treatment*, aktywne leczenie w środowisku), a w trzeciej skupiono uwagę na interwencjach będących alternatywą dla hospitalizacji opisywanych jako CRT (*Crisis Resolution Team*) lub MCHT (*Mobile Crisis Home Treatment*, zespół leczenia domowego).

Poglądy: Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest współcześnie uznawany za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające jej organizację i funkcjonowanie. W kompleksowej opiece w środowisku istotną rolę odgrywa leczenie domowe. Zespoły terapeutyczne mają najczęściej formę ogólnego zespołu leczenia środowiskowego, CMHT, który zapewnia, podobnie jak ZŁŚ w Polsce, szeroki zakres interwencji. W ramach CMHTs wyróżnia się kilka form leczenia: ACT, CM, CRT i MCHT.

Wnioski: Leczenie domowe jest bardziej skuteczne niż standardowa opieka szpitalna i poszpitalna. Opieka w ramach CMHTs zmniejsza liczbę i długość hospitalizacji, a także cechuje się większą satysfakcją z leczenia. Dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi szczególnie cenne i skuteczne są bardziej intensywne formy opieki środowiskowej, takie jak ACT, CM i CRT.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa, leczenie domowe, skuteczność.

COMMUNITY MENTAL HEALTH TEAM – INTRODUCTION

“Community-based psychiatric care, more correctly referred to as psychiatry of a local community, consists of a range of 24-hour, day-care and out-patient services, including a variety of programs that are generally referred to as home treatment”. Home treatment is most often provided by a general Community Mental Health Team (CMHT). CMHT – also that in Poland – provides a wide range of interventions. CMHTs are the most commonly described form of home treatment in the English-language literature, although not the only one. These forms of treatment involve patients with severe mental disorders in their natural environment, and are best suited to providing active care in the form of home visits or community-based interventions [1-5]. CMHTs usually include several forms of treatment such as CM (Case Management), ACT (Assertive Community Treatment), CRT (Crisis Resolution Teams) or MCHT (Mobile Crisis Home Treatment). These community-based interventions are not reflected in the Polish nomenclature and are often different from CMHT developed in our country.

The nomenclature of CMHT in Western Europe and the USA is very different, which makes them difficult to compare, which at the same time encourages researchers to discuss the various organization-related aspects of these units of community-based care. Breslow [6] writes about “mobile teams”, in the UK terms such as “mobile crisis teams”, “community outreach care” and “community-based early intervention team” have also been introduced. It may seem that using these terms synonymously is possible, but many authors [7-9] believe that the lack of agreed terminology is problematic when trying to compare the functioning of home treatment in different countries.

In practice, a wide variety of CMHT is observed. Kluiters [10] abandons attempts to classify CMHT by speaking generally of community-based care units. The simplest CMHT model is featured by CMHTs operating in England. They provide a wide range of interventions such as visits of a psychiatrist, psychologist, social worker, community care worker and psychiatric nurse. Findings comparing the effects of CMHTs to inpatient care indicate a strong commitment by CMHTs to service provision, greater patient satisfaction, improved cooperation in treatment, and disclosure of unmet needs. There was no apparent symptomatic improvement or improvement in social functioning [7, 11-15].

Specialized subtypes of CMHTs have been identified: CM, ACT, and MCHT teams. CM, involves the co-

ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO – WSTĘP

„Na psychiatryczną opiekę środowiskową, nazywaną poprawniej psychiatrią lokalnej wspólnoty, składa się cały szereg różnorodnych usług całodobowych, dziennych i ambulatoryjnych, w tym różnorodnych programów określanых ogólną nazwą leczenia domowego” (*home treatment*). Leczenie domowe prowadzone jest najczęściej przez ogólny zespół leczenia środowiskowego (*Community Mental Health Team – CMHT*). Zespół tego typu zapewnia, podobnie jak zespół leczenia środowiskowego (ZLŚ) w Polsce, szeroki zakres interwencji. *Community Mental Health Teams* są najczęściej opisywane w anglojęzycznej literaturze, choć nie jedyną formą leczenia domowego. Zajmują się terapią pacjentów z poważnymi schorzeniami psychicznymi w ich naturalnym środowisku i są formą leczenia najlepiej przystosowaną do pełnienia opieki czynnej w formie wizyt domowych czy interwencji środowiskowych [1-5]. W ramach CMHTs wyróżnia się najczęściej kilka form leczenia, takich jak: CM (*Case Management*, koordynacja leczenia), ACT (*Assertive Community Treatment*, aktywne leczenie w środowisku), CRT (*Crisis Resolution Team*) czy MCHT (*Mobile Crisis Home Treatment*, zespół leczenia domowego). Opisywane formy interwencji środowiskowych nie znajdują odzwierciedlenia w przyjętym w Polsce nazewnictwie i często różnią się od rozwiniętych w naszym kraju ZLŚ.

Nazewnictwo ZLŚ w Europie Zachodniej i w USA jest bardzo zróżnicowane, co utrudnia ich porównywanie, ale równocześnie zachęca do opisywania różnych aspektów organizacji tych jednostek opieki środowiskowej. Breslow [6] pisze o *mobile teams*, w Wielkiej Brytanii wprowadzono jeszcze pojęcia *Mobile Crisis Teams*, *Community Outreach Care* i *Community Based Early Intervention Team*. Może się wydawać, że używanie tych terminów na zasadzie synonimów jest możliwe, ale wielu autorów [7-9] uważa, że brak uzgodnionej terminologii jest problematyczny przy próbie porównania funkcjonowania leczenia domowego w różnych krajach.

W praktyce obserwuje się dużą różnorodność ZLŚ. Kluiters [10] porzuca próby klasyfikacji tych zespołów, mówiąc ogólnie o jednostkach opieki środowiskowej. Najprostszy model prezentują angielskie zespoły leczenia środowiskowego (*Community Mental Health Teams – CMHTs*). Zapewniają one różne interwencje w szerokim zakresie, w tym wizyty psychiatry, psychologa, pracownika socjalnego, terapeuty środowiskowego, pielęgniarki psychiatrycznej. Wyniki badań porównujących efekty CMHTs z opieką szpitalną wskazują na silne zaangażowanie zespołu CMHTs w świadczenie usług, większą satysfakcję pacjentów, poprawę w zakresie współpracy w leczeniu i ujawnieniu niezaspokojonych potrzeb. Nie stwierdzono widocznej poprawy objawowej ani poprawy w zakresie funkcjonowania społecznego [7, 11-15].

Zostały wyodrębnione specjalistyczne podtypy CMHTs: koordynacja leczenia (*Case Management – CM*), aktywne leczenie w środowisku (*Assertive Community*

ordination and integration of possible interventions depending on the resources of the team. According to the literature, CM has moderate effectiveness in improving patients' quality of life and treatment satisfaction. The evidence for its effect on the number of hospitalization is mixed [16-18]. ACT was developed on the basis of the Stein and Test experiment in 1980. ACT is characterized by extremely intensive interventions and a broad multidisciplinary approach. More than one person takes care of each patient, and the ratio of service providers to clients is low (1 : 10–1 : 12). Compared to a classic CMHT, a smaller number of patients are cared for in ACT (approximately 80-100), broader service hours are available, services are delivered daily, and the team is responsible for all aspects of the patient's life [19, 20]. MCHT (also called CRT, Intensive Home Treatment Team, Crisis Assessment, Treatment Team, Mobile Crisis Service) is a form of treatment that provides an alternative to 24-hour hospitalization in a psychiatric unit. It provides short-term, intensive treatment at home and availability of qualified personnel 24 hours a day, 7 days a week [9].

For clarity of nomenclature in this publication, it was decided to use English forms, i.e.: CMHT, CM, ACT, MCHT, CRT. In Poland, community mental health teams function most similarly to general CMHT. Other, more specialist forms are not common. By home treatment the authors mean all of the above forms of treatment.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF HOME TREATMENT – A REVIEW OF THE RESEARCH

Research on the efficacy of home treatment was identified by searching the MEDLINE and PSYCINFO databases for the following keywords: outcome, treatment effectiveness, CMHTs, CM, ACT, and CRT. The description of the effectiveness of home treatment is presented in three parts, the first of which focuses on the comparison of standard care with a basic CMHT. This section presents a cross-section of research since the 1980s, indicating that the effectiveness of this type of intervention was already proven 40 years ago. Part two focuses on more recent studies, comparing more intensive forms of community-based treatment – CM and ACT. The last part describes research from the last 10 years that focuses on the efficacy of alternatives to hospitalization.

The most relevant studies describing the efficacy of CMHT of the basic type are presented below, including areas in which community care made a positive difference and those in which there was no difference. No study observed a negative effect on treatment

Treatment – ACT) i zespoły leczenia domowego (*Mobile Crisis Home Treatment – MCHT*). Koordynacja leczenia polega na koordynacji i integracji możliwych interwencji w zależności od zasobów zespołu. Według literatury ma umiarkowaną skuteczność w zakresie poprawy jakości życia pacjentów i satysfakcji z leczenia. Dowody na jej wpływ na liczbę hospitalizacji są rozbieżne [16–18]. Aktywne leczenie w środowisku powstało na bazie eksperymentu Steina i Testa z 1980 r. Charakteryzuje się wyjątkowo intensywnymi działaniami i szerokim podejściem multidyscyplinarnym. Każdym pacjentem zajmuje się więcej niż jedna osoba, a stosunek liczby świadczeniodawców do liczby klientów jest niski (1 : 10–1 : 12). W porównaniu z klasycznym CMHT w ACT opieką objęta jest mniejsza liczba pacjentów (ok. 80–100), dostępne są szersze godziny świadczenia usług, usługi realizowane są codziennie, a zespół odpowiedzialny jest za wszystkie aspekty życia pacjenta [19, 20]. Zespół leczenia domowego (zwany także *Crisis Resolution Team – CRT*, *Intensive Home Treatment Team*, *Crisis Assessment, Treatment Team*, *Mobile Crisis Service*) to forma terapii będąca alternatywą dla hospitalizacji całodobowej na oddziale psychiatrycznym. Zapewnia krótkotrwałe, intensywne leczenie w domu i dostępność wykwalifikowanego personelu 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu [9].

Dla zachowania przejrzystości nazewnictwa w niniejszej publikacji zdecydowano o użyciu form angielskich, tj. CMHT, CM, ACT, MCHT, CRT. W polskich warunkach ZLS funkcjonują w sposób najbardziej zbliżony do ogólnego CMHT, pozostałe, bardziej specjalistyczne formy nie są powszechne. Jako leczenie domowe autorzy rozumieją wszystkie powyższe formy leczenia.

OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA DOMOWEGO – PRZEGLĄD BADAŃ

Badania dotyczące skuteczności leczenia domowego zidentyfikowano, przeszukując bazy MEDLINE i PSYCINFO pod kątem słów kluczowych: *outcome*, *treatment effectiveness*, *community mental health teams*, *case management*, *assertive community treatment*, *crisis resolution team*. Opis skuteczności leczenia domowego zaprezentowano w trzech częściach. Pierwsza skupia się na porównaniu opieki standardowej z podstawowym CMHT. W ramach tej części zaprezentowano przekrój badań od lat 80. XX wieku, wskazując, że skuteczność tego typu interwencji została udowodniona już 40 lat temu. Część druga to badania nowsze, w których porównano bardziej intensywne formy leczenia środowiskowego – CM i ACT. Ostatnia część to badania z ostatnich 10 lat, które skupiają się na skuteczności form alternatywnych do hospitalizacji.

Poniżej przedstawiono najbardziej istotne wyniki badań opisujące skuteczność CMHT, uwzględniając obszary, w których opieka środowiskowa wpłynęła na pozytywny wynik leczenia, oraz te, w których nie uzyskano zmiany. W żadnym badaniu nie zaobserwowano nega-

Table 1. The results of research evaluating the efficacy of treatment under a Community Mental Health Team
 Tabela 1. Wyniki badań oceniających skuteczność leczenia w Community Mental Health Team

Author/Autor	Forms of care compared/ Porównywane formy opieki	Outcome measurement/ Miara wyniku leczenia	Outcome – positive/Wynik – pozytywny (CMHT vs. control/grupa kontrolna)	No differences/ Brak różnic	Remarks/ Uwagi
Hoult <i>et al.</i> , 1981; 1983/ Hoult i wsp., 1981; 1983 (21, 22)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Family burden/obciążenie rodziny Number of hospitalizations – patients admitted/liczba hospitalizacji – liczba pacjentów przyjętych Duration of hospitalization (days)/długość hospitalizacji (dni) Satisfaction with care and satisfaction of family with care/ satisfakcja z opieki i satysfakcja rodziny z opieki	$p < 0.05$ 40% vs. 9% 8.4 vs. 53.5 days/dni $p < 0.05$		$N = 120$ Multi-diagnostic group/ Grupa wielodiagnostyczna Follow-up – 1 year/1 rok
Pigott and Troff, 1993/ Pigott i Troff, 1993 (23)	CMHT with crisis intervention and standard inpatient and post- hospital care/ CMHT z interwencją kryzysową i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Number of hospitalizations/ liczba hospitalizacji Duration of hospitalization (days)/ długość hospitalizacji (dni)	Decrease by 80%/Spadek o 80% 2.67 vs. 20.58		$N = 600$ (including children and adolescents), multi- -diagnostic group/ (w tym dzieci i młodzież), grupa wielodiagnostyczna Follow-up – 2 years/2 lata
Burns <i>et al.</i> , 1993/Burns i wsp., 1993 (24)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji Duration of hospitalization (days)/długość hospitalizacji (dni) Costs of care (standard care – higher by 57%)/koszty opieki (opieka standardowa – wyższe o 57%) Symptomatic and functional improvement/ poprawa objawowa i funkcjonalna	19% vs. 33.3% ($p < 0.05$) 6.7% vs. 13.8 ($p < 0.05$) $p = 0.027$	$p > 0.05$	$N = 172$ (including 78 – control group), multi-diagnostic group/ (w tym 78 – grupa kontrolna), grupa wielodiagnostyczna Follow up – 1 year/1 rok
Meison <i>et al.</i> , 1996/Meison i wsp., 1996 (25)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Cost of care (GBP)/koszt opieki (funty) Symptom severity/nasilenie objawów	56 K vs. 130 K/56 tys. vs. 130 tys.	+	$N = 100$, multi- -diagnostic group/grupa wielodiagnostyczna Follow-up – 3 months/ 3 miesiące
Tyrer <i>et al.</i> , 1998/Tyrer i wsp., 1998 (26)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji Cost of care/koszty opieki Symptomatic improvement/poprawa objawowa	$p = 0.052$, RR 1.17 (CI: 0.99-1.38) $p = 0.013$	$p > 0.05$	$N = 155$, multi-diagnostic group (psychosis or mood disorders)/ grupa wielodiagnostyczna (psychoza lub zaburzenia nastroju) Follow-up – 1 year/1 rok
Stupczyńska- Kossobudzka <i>et al.</i> , 2001/ Stupczyńska- Kossobudzka i wsp., 2001 (27)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Duration of hospitalization, social functioning (interpersonal contacts, independence, employment)/długość hospitalizacji, funkcjonowanie społeczne (kontakty interpersonalne, niezależność, praca) Satisfaction with care, disruptive behaviors in patients/ satisfakcja z opieki, zachowania uciążliwe u pacjentów Number of admissions, social functioning (withdrawing, recreation, pro-sociality)/liczba przyjęć, funkcjonowanie społeczne (wycofanie, rekreacja, prospołeczność)	$p < 0.05$ $p < 0.05$	$p > 0.05$	$N = 107$ (2 groups)/(2 grupy) Follow-up – 22 months/22 miesiące Patients with a diagnosis of psychosis, mainly schizophrenia/pacjenci schizofrenii, głównie z rozpoznaniem psychozy, głównie ze schizofrenią

Table 1. Cont.
Tabela 1. Cd.

Author/Autor	Forms of care compared/ Porównywane formy opieki	Outcome measurement/ Miara wyniku leczenia	Outcome – positive/Wynik – pozytywny (CMHT vs. control/grupa kontrolna)	No differences/ Brak różnic	Remarks/ Uwagi
Guo <i>et al.</i> , 2001/Guo i wsp., 2001 (28)	CMHT with crisis intervention and standard inpatient + post-hospital care/ CMHT z interwencją kryzysową i opieka szpitalna + poszpitalna	Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji	$p < 0.05$		N = 1100 in each group (crisis intervention and inpatient care), multi- diagnostic group/w każdej grupie (interwencja kryzysowa i opieka szpitalna), grupa wielodiagnostyczna
Cathy <i>et al.</i> , 2002/Cathy i wsp., 2002 (29)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Number of days in hospital/liczba dni w szpitalu		+	Systematic review of 18 studies, multi-diagnostic group/przegląd systematyczny 18 badań, grupa wielodiagnostyczna
Thornicroff <i>et al.</i> , 2005/ Thornicroff i wsp., 2005 (30)	CMHT and long-term institutional care/ CMHT a opieka instytucjonalna długoterminowa	Symptom severity and impact on social network/nasilenie objawów i wpływ na sieć społeczną		+	N = 191 (60 – CMHT), multi- diagnostic group/grupa wielodiagnostyczna Follow-up – 1 year/1 rok
Malone <i>et al.</i> , 2007/Malone i wsp., 2007 (31)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Number of suicides/liczba samobójstw Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji Satisfaction with care/satisfakcja z opieki	RR 0.37 (CI: 0.2-0.8) NNT 4 (CI: 3-11)	RR 0.49 (CI: 0.1-2.2) RR 0.81 (CI: 0.7-1) NNT 17 (CI: 10-104)	Review of 3 studies/ przegląd 3 badań N = 587 Mostly patients with a diagnosis of psychosis/ głównie pacjenci z rozpoznaniem psychozy
Killaspy, 2007 (32)	CMHT and standard inpatient and post-hospital care/ CMHT i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Satisfaction with care and quality of life/satisfakcja z opieki i jakość życia Cost of care/koszty opieki	+	+	Review of 62 studies/ Przegląd 62 badań Multi-diagnostic group/ Grupa wielodiagnostyczna
Prof-Klinger and Pawłowska, 2009/ Prof-Klinger i Pawłowska, 2009 (33)	CMHT	Symptomatic improvement/poprawa objawowa Social functioning/funkcjonowanie społeczne Satisfaction with care/satisfakcja z opieki Quality of life/jakość życia Cost of care/koszty opieki Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji Duration of hospitalization (days)/długość hospitalizacji (dni) Family burden/obciążenie rodziny	$p < 0.05$ $p < 0.05$ $p < 0.05$	$p > 0.05$	N = 37 Patients with schizophrenia/pacjenci ze schizofrenią Follow-up – 1 year/1 rok

outcome, so this column was omitted in the summary (Table 1).

The first studies on community-based care focused on verifying its effectiveness compared to that of inpatient treatment combined with outpatient post-hospital care. In the study by Hoult *et al.* [21, 22], 120 patients presented for hospital admission were randomly divided into two groups. The first received standard inpatient and post-hospital care. Patients in the second group were not admitted to the hospital but received comprehensive community-based treatment and the option of 24-hour crisis intervention. After 12 months, it was found that 96% of patients from the first group had been admitted to a psychiatric unit, and 51% had been admitted more than once. In the second group, psychiatric hospitalizations were reported in 40% of patients, and only 8% had more than one hospitalization. In addition, the length of hospitalization averaged 53.5 days in the first group and 8.4 days in the second. Initially, the family burden was higher in the CMHT group in comparison to the treatment-as-usual group, but it decreased significantly after four months. The community-based treatment was perceived by both patients and their relatives as significantly more satisfying and helpful. They also achieved better treatment outcomes and lower costs compared to the usual treatments. A two-year analysis conducted by Pigott and Trott [23] on over 600 patients showed that 80% of those referred to a psychiatric unit avoided hospitalization by implementing home treatment. Meanwhile, in the crisis intervention team group there were almost four times fewer relapses requiring hospitalization. This form was more effective and less costly. A similar comparison was made by Burns *et al.* [24], with 94 patients receiving experimental treatment under CMHT conditions, and a control group of 78 patients receiving treatment-as-usual (hospitalization and outpatient treatment). There was a significant reduction in the number and length of hospitalizations in the experimental group, and the total cost was more than 50% higher in the treatment-as-usual context. The topic of treatment cost as facilitative of system effectiveness was addressed by Merson *et al.* [25]. They enrolled 100 patients in a study and compared how much hospital care cost compared to community care. The total cost of the community-based treatment group was half that of the hospital treatment group, although the median cost per patient was higher in the group treated under CMHT. Similar results were obtained by Tyrer *et al.* [26] – in a sample of 155 patients, fewer hospitalizations with similar symptom scores were seen in a community-based treatment group. CMHT improved treatment cooperation by increasing acceptance of treatment, as well as increased satisfaction with care among both patients and CMHT personnel. As a consequence, the Team contributed to a reduction in suicides and hospitalizations

tywnego wpływu na wynik leczenia, dlatego w zestawieniu pominięto tę kolumnę (tab. 1).

Pierwsze badania nad opieką środowiskową skupiały się na weryfikacji jej skuteczności w porównaniu ze skutecznością leczenia szpitalnego i ambulatoryjną opieką poszpitalną. W badaniach Hoult i wsp. [21, 22] podzielono losowo 120 pacjentów zgłaszających się do przyjęcia do szpitala na dwie grupy. Pierwsza otrzymała standardową opiekę szpitalną i poszpitalną. Pacjenci z drugiej grupy nie zostali przyjęci do szpitala, ale objęci kompleksowym leczeniem środowiskowym i możliwością całonocnej interwencji kryzysowej. Po 12 miesiącach stwierdzono, że 96% pacjentów z pierwszej grupy zostało przyjętych na oddział psychiatryczny, a 51% więcej niż jeden raz. W drugiej grupie odnotowano hospitalizacje psychiatryczne u 40% pacjentów, a tylko u 8% więcej niż jedną. Ponadto długość hospitalizacji w grupie pierwszej wyniosła średnio 53,5 dnia, a w drugiej – 8,4 dnia. Początkowo w grupie leczonej w CMHT obciążenie rodziny było wyższe niż w grupie leczonej standardowo, ale po czterech miesiącach znacząco się zmniejszyło. Leczenie środowiskowe było postrzegane zarówno przez pacjentów, jak i przez ich bliskich jako znacząco bardziej satysfakcjonujące i pomocne. Osiągnięto też lepszy wynik leczenia oraz poniesiono mniejsze koszty w porównaniu z opieką standardową. Dwuletnia analiza przeprowadzona przez Pigotta i Trott [23] na ponad 600 pacjentach pokazała, że 80% pacjentów skierowanych na oddział psychiatryczny uniknęło hospitalizacji dzięki wdrożeniu leczenia domowego. W tym czasie w grupie objętej zespołem interwencji kryzysowej stwierdzono prawie cztery razy mniej nawrotów wymagających hospitalizacji. Forma ta była bardziej skuteczna i mniej kosztowna. Podobnego porównania dokonali Burns i wsp. [24] – 94 pacjentów zostało objętych eksperymentalnym leczeniem w ramach CMHT, a grupa kontrolna licząca 78 osób otrzymała leczenie standardowe (hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne). W grupie eksperymentalnej stwierdzono znaczną redukcję w zakresie liczby i długości hospitalizacji, a całkowity koszt był o ponad 50% wyższy w ramach leczenia standardowego. Tematykę kosztu leczenia jako wykładnika efektywności systemu podjęli Merson i wsp. [25]. Do badania zakwalifikowano 100 pacjentów i porównano, ile kosztuje opieka szpitalna w porównaniu ze środowiskową. Koszt całkowity grupy objętej leczeniem środowiskowym był o połowę niższy niż grupy hospitalizowanej, chociaż mediana kosztów przeznaczonych na pacjenta była wyższa w grupie leczonej w ramach CMHT. Podobne wyniki uzyskali Tyrer i wsp. [26] – w grupie 155 badanych pacjentów mniejszą liczbę hospitalizacji, przy podobnym wyniku w zakresie objawów klinicznych, uzyskano u pacjentów leczonych w środowisku. Zespoły leczenia środowiskowego poprawiały współpracę w leczeniu przez wzrost akceptacji leczenia, a także zwiększały satysfakcję z opieki zarówno u pacjentów, jak i u personelu CMHT.

[26]. Among Polish studies evaluating the effectiveness of CMHT, the work of a team from the Institute of Psychiatry and Neurology (IPiN) in Warsaw should be mentioned. Słupczyńska-Kossobudzka *et al.* [27] compared the effectiveness of community-based treatment in four centers. They assessed social functioning, treatment satisfaction, number of admissions, duration of hospitalization and family burden in a group of 107 patients randomly assigned to experimental and control groups. The CMHTs were found to be more effective in the following dimensions: duration of hospitalization, four domains of social functioning (general, interpersonal contacts, independence, work), patient satisfaction with services, patient disruptive behaviors and family burden. The Teams were not found to be more effective in the number of admissions and in the three domains of social functioning (withdrawal, recreation, pro-sociality) [27]. A study by Prot and Pawłowska [33] measured the number and duration of hospitalizations in a psychiatric unit compared to the period preceding admission to a CMHT program, patients' mental state, functioning and quality of life, and family burden. The study was performed at admission to the program and after one year of remaining in care, in a group of 37 patients and 25 family members. The results showed improvements in mental state, social functioning, quality of life, and a decrease in the number and duration of hospitalizations – and therefore a reduction in treatment costs. It has been shown that community-based treatment does not change the burden of the family, but reduces disruptive behaviors as assessed by family members. Guo *et al.* [28] evaluated the impact of a community-based mobile crisis intervention program on the frequency and duration of hospitalizations. A Mobile Crisis Intervention Team reduced hospitalizations by 8%. Patients receiving institutional care were 51% more likely than those under the care of the Crisis Intervention Team to be admitted to a psychiatric unit within 30 days of the crisis situation. A systematic review by Catty *et al.* [29] also compared the effectiveness of inpatient and community-based care. They found 91 studies, 18 of which compared community-based treatment with hospitalization. The diversity of CMHTs, as well as a limited amount of data, affected the quality of the study, and no significant difference was obtained between these forms of treatment, but the results suggest that regular home visits and responsibility for patients' clinical and social functioning may be associated with a reduction in hospitalizations. Thornicroft *et al.* [30] compared two groups of patients – those treated in community-based care and those treated in long-term institutional care. Chronic schizophrenic patients who were referred to long-term inpatient care were enrolled in the study. Sixty patients were discharged and received CMHT care, and 131 remained in institutional

W konsekwencji działanie zespołu przyczyniało się do redukcji samobójstw i liczby hospitalizacji [26]. Z polskich badań oceniających skuteczność CMHT należy wymienić prace zespołu z Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie. Słupczyńska-Kossobudzka i wsp. [27] porównali skuteczność leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach. Przeprowadzono ocenę funkcjonowania społecznego, satysfakcji z leczenia, liczby przyjęć, czasu hospitalizacji i obciążenia rodzin w grupie 107 pacjentów przydzielonych losowo do grupy eksperymentalnej lub kontrolnej. Stwierdzono większą skuteczność ZLS w następujących wymiarach: czas hospitalizacji, cztery obszary funkcjonowania społecznego (ogółem, kontakty interpersonalne, niezależność, praca), satysfakcja chorych z usług, zachowania uciążliwe pacjentów i obciążenie rodziny. Nie zaobserwowano większej skuteczności zespołów w zakresie liczby przyjęć i w trzech obszarach funkcjonowania społecznego (wycofanie, rekreacja, prospołeczność) [27]. W badaniu Prot i Pawłowskiej [33] mierzono liczbę i długość hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym w porównaniu z okresem poprzedzającym przyjęcie do CMHT, stan psychiczny, funkcjonowanie i jakość życia pacjentów oraz obciążenie rodziny. Badanie wykonywano przy przyjęciu do CMHT oraz po roku pozostawania w opiece w grupie 37 pacjentów i 25 członków rodzin. W uzyskanych wynikach widoczna była poprawa w zakresie stanu psychicznego, funkcjonowania społecznego, jakości życia, zaobserwowano także spadek liczby i czasu hospitalizacji, a w związku z tym redukcję kosztów leczenia. Wykazano, że leczenie środowiskowe nie zmienia obciążenia rodziny, ale zmniejsza zachowania uciążliwe w ocenie jej członków. Guo i wsp. [28] poddali ocenie wpływ programu mobilnej interwencji kryzysowej w ramach opieki środowiskowej na częstość i długość hospitalizacji. Mobilny zespół interwencji kryzysowej zmniejszył liczbę hospitalizacji o 8%. U pacjentów korzystających z opieki instytucjonalnej, w porównaniu z osobami będącymi pod opieką zespołu interwencji kryzysowej, prawdopodobieństwo, że w ciągu 30 dni po sytuacji kryzysowej trafią na oddział psychiatryczny, było o 51% większe. Przegląd systematyczny dokonany przez Catty i wsp. [29] także porównywał skuteczność opieki szpitalnej i opieki środowiskowej. Znaleziono 91 badań, z czego 18 porównywało leczenie środowiskowe z hospitalizacją. Zróżnicowanie ZLS, a także ograniczona liczba danych wpłynęły na jakość badania. Nie uzyskano znaczącej różnicy między tymi formami leczenia, jednak wyniki mogą sugerować, że regularne wizyty domowe i odpowiedzialność za funkcjonowanie kliniczne i społeczne pacjentów mogą być związane z redukcją hospitalizacji. Thornicroft i wsp. [30] porównywali dwie grupy pacjentów – leczonych w ramach opieki środowiskowej i w ramach długoterminowej opieki instytucjonalnej. Do badania zakwalifikowano pacjentów przewlekle chorujących na schizofrenię, skierowanych do stacjonarnej opieki długoterminowej – 60 pacjentów wypisano i objęto opieką

Table 2. The results of research evaluating the efficacy of treatment under Case Management and Assertive Community Treatment types of Community Mental Health Teams
 Tabela 2. Wyniki badań oceniających skuteczność leczenia w Case Management i Assertive Community Treatment

Author/Autor	Forms of care compared/ Porównywane formy opieki	Outcome measurement/ Miara wyniku leczenia	Outcome – positive/ Wynik – pozytywny	No differences/ Brak różnic	Outcome – negative/ Wynik – negatywny	Remarks/Uwagi
Marshall <i>et al.</i> , 1995/Marshall i wsp., 1995 (36)	CM & standard inpatient and post-hospital care/CM i standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Number of admissions to psychiatric hospital/liczba przyjęć do szpitala psychiatrycznego Employment status and housing conditions/status zatrudnienia i warunki mieszkaniowe Symptom severity and social functioning/nasilenie objawów i funkcjonowanie społeczne	+ +	+ +		N = 80 Multi-diagnostic group/ grupa wielodiagnostyczna Follow-up – 14 months/ 14 miesięcy
Mueser <i>et al.</i> , 1998/Mueser i wsp., 1998 (16)	ACT, CM, ICM (Intensive Case Management) in comparison with standard inpatient and post-hospital care/ ACT, CM, ICM (Intensive Case Management) w porównaniu ze standardową opieką szpitalną i poszpitalną	Reduction of hospitalization duration/redukcja czasu hospitalizacji Moderate effect on symptomatic improvement and quality of life/umiarkowany wpływ na poprawę objawową i jakość życia	+ +			Review of 75 studies/przegląd 75 badań Multi-diagnostic group/ grupa wielodiagnostyczna
Tyrer and Simmonds, 2003/ Tyrer i Simmonds, 2003 (37)	CMHT, CM, ICM, standard inpatient and post-hospital care/CMHT, CM, ICM, standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Reduction of hospitalizations in patients with co-morbid personality disorders/redukcja hospitalizacji u pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami osobowości Social functioning/funkcjonowanie społeczne	$p = 0.65$		$p = 0.08$	Review of 3 studies/przegląd 3 badań Patients with a mental illness and comorbid personality disorders/pacjenci chorujący psychicznie ze współistniejącymi zaburzeniami osobowości
Ziguras <i>et al.</i> , 2000/Ziguras i wsp., 2000 (17)	CMHT, ACT, CM	Family burden/obciążenie rodziny Family's satisfaction with care/satysfakcja rodziny z opieki Duration of hospitalization/długość hospitalizacji Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji Cost of care/koszt opieki	$p = 0.07$ $p < 0.001$ $p < 0.001$ $p < 0.01$ $p = 0.043$			Meta-analysis of 44 studies/metaanaliza 44 badań ACT vs. CMHT and CM vs. CMHT (35 studies)/ACT a CMHT i CM a CMHT (35 badań) ACT vs. CM (9 studies)/ACT a CM (9 badań) Multi-diagnostic group/ grupa wielodiagnostyczna
Burns <i>et al.</i> , 2001/ Burns i wsp., 2001 (7)	CMHT, CM, ICM, ACT Standard inpatient and post-hospital care/standardowa opieka szpitalna i poszpitalna	Duration of hospitalizations (CM/ACT/ICM vs. inpatient care)/długość hospitalizacji (CM/ACT/ICM vs. opieka szpitalna) Duration of hospitalizations (CM/ACT/ICM vs. CMHT)/długość hospitalizacji (CM/ACT/ICM vs. CMHT)	$p < 0.05$	$p > 0.05$		Systematic review of 91 studies, psychotic disorders/przegląd systematyczny 91 badań, zaburzenia psychiatryczne
Bond <i>et al.</i> , 2001/ Bond i wsp., 2001 (38)	ACT and CMHT/ACT a CMHT	Number of hospitalizations, symptomatic improvement and quality of life/liczba hospitalizacji, poprawa objawowa i jakość życia Costs of care/koszty opieki	+	+		Review of 25 studies/przegląd 25 badań Multi-diagnostic group/ grupa wielodiagnostyczna

Author/Autor	Forms of care compared/ Porównywane formy opieki	Outcome measurement/ Miara wyniku leczenia	Outcome – positive/ Wynik – pozytywny	No differences/ Brak różnic	Outcome – negative/ Wynik – negatywny	Remarks/Uwagi
Simmonds <i>et al.</i> , 2001/Simmonds i wsp., 2001 (15)	CM and CMHT/CM a CMHT	Suicide rate/liczba samobójstw z leczenia Satisfaction with care/satysfakcja kontynuacja leczenia (mniej drop-out)/ Duration of hospitalization/czas hospitalizacji Cost of treatment/koszt leczenia Symptom severity/nasilenie objawów Functioning/funkcjonowanie	$p = 0.07$; OR = 0.32 (CI: 0.09-1.12) OR = 0.34 (CI: 0.2-0.59) OR = 0.61 (CI: 0.45-0.83) $p < 0.001$ Difference by 12-53%/ Różnica o 12-53%	+ +		Systematic review of 5 studies, multi-diagnostic group/przebieg systematyczny 5 badań, grupa wielodiagnostyczna
McCrone <i>et al.</i> , 2001/McCrone i wsp., 2001 (39)	ACT and CMHT/ACT a CMHT	Cost of treatment/koszt leczenia			+	$N = 168$ Patients with a diagnosis of psychotic disorders/ pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych
Harrison-Read <i>et al.</i> , 2002/Harrison-Read i wsp., 2002 (40)	ECM and CMHT/ECM a CMHT	Symptomatic improvement/poprawa objawowa Social functioning/funkcjonowanie społeczne Costs of care/koszty opieki		$p = 0.97$ $p = 0.72$ $p = 0.82$		$N = 193$ (in two groups)/ (w dwóch grupach) Follow-up – 2 years/2 lata 10% of patients with the highest number of hospitalizations in the last 5-6 years, multi-diagnostic group/10% pacjentów mających największą liczbę hospitalizacji w ostatnich 5-6 latach, grupa wielodiagnostyczna
Petersen <i>et al.</i> , 2005/Petersen i wsp., 2005 (41)	ACT and CMHT/ACT a CMHT	Symptom severity/nasilenie objawów Cooperation in treatment/współpraca w leczeniu Substance abuse/nadużywanie SPA Satisfaction with care/satysfakcja z opieki	$p = 0.02$ $p < 0.001$ $p = 0.04$ $p < 0.001$			$N = 547$ (two groups)/ (dwie grupy) Follow-up – 2 years/2 lata Patients diagnosed with schizofrenia/pacjenci z diagnozą schizofrenii
Kane <i>et al.</i> , 2016/ Kane i wsp., 2016 (42)	NAVIGATE (a comprehensive, multidisciplinary, team-based treatment approach for first-episode psychosis) and CMHT/NAVIGATE (wzschestranny, wielospecjalistyczny zespół zajmujący się opieką nad pacjentami po pierwszym epizodzie psychotycznym) a CMHT	Quality of life and symptom severity (PANSS)/jakość życia i nasilenie objawów (PANSS) Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji	$p = 0.01$ $p = 0.016$	3.2% vs. 3.7%		$N = 404$ (223 – NAVIGATE) Follow-up – 2 years/2 lata Patients with psychotic disorders/pacjenci z zaburzeniami psychiatrycznymi
Díaz-Fernández <i>et al.</i> 2019/Díaz-Fernández i wsp., 2019 (43)	CM and CMHT/CM a CMHT	Suicide attempts/próby samobójcze	$p < 0.001$			$N = 344$ Follow-up – 20 years/20 lat Patients with schizophrenia/ pacjenci ze schizofrenią
Schöttle <i>et al.</i> 2019/Schöttle i wsp., 2019 (44)	ACT (ACCESS)	Number of involuntary hospitalizations (comparison to the period of 2 years prior to provision of care)/liczba hospitalizacji wbrew woli (porównanie do 2 lat przed objęciem opieką)	$p < 0.01$			$N = 171$ Follow-up – 4 years/4 lata Patients with schizophrenia/ pacjenci ze schizofrenią

Table 2. Cont.
Tabela 2. Cd.

care. After one year, improvements in social network functioning were observed in both groups, with no significant differences between them, while no differences in symptom severity were found. Malone *et al.* [31] compared randomized trials that contrasted community-based treatment with standard care. They found no differences in efficacy between the two forms, but community-based care had higher treatment acceptability. The form of community-based treatment may have had an impact on reducing hospital admissions and suicide rates. Killaspy [32] reviewed 62 papers on community-based care. While community-based care was consistently associated with greater satisfaction and better quality of life, it could not be considered a less expensive alternative to hospitalization.

Table 2 presents the most relevant findings on the efficacy of the CM and ACT types of CMHT. Included in the description are the areas where community-based care influenced positive and negative treatment outcome and those where no change was observed.

Current research highlights the greater efficacy of an intensive, specialized, customized treatment program compared to standard community-based care [41, 43, 44].

In a study by Marshall *et al.* [36] on a group of 80 patients, CM was observed to reduce the number of days of hospitalization without reducing the number of hospital admissions. Furthermore, no change was observed in the number of needs, quality of life, employment and housing status, and severity of psychotic symptoms. However, a reduction in bizarre behavior was noted. Bond *et al.* [38] conducted an analysis based on 25 randomized trials that compared ACT with standard care. ACT significantly reduced the number of hospitalizations, increased housing stability, and had an intermediate effect on symptomatic improvement and quality of life. The cost of ACT was high, but concluding on the basis of the studies reviewed, the authors found that it remained offset by the reduction in hospitalizations. In contrast, Harrison-Read *et al.* [40] verified the efficacy of an enhanced case management (ECM) variant of CM in a group of patients who most often returned to hospital. In London, they selected a group of 10% of patients who had the highest number of hospital admissions and hospitalization days in the previous 5-6 years. The group of 193 patients was divided into ECM and treatment-as-usual groups. After 2 years, there were no significant differences between the groups – the cost differences of slightly fewer hospital admissions and hospital days in the ECM group were offset by the high cost of this type of care. Intensive community-based treatment did not reduce the cost of care or provide improvement of state for the patients with the severest illnesses. McCrone *et al.* [39] compared two CMHTs – a standard one and another offering an intensive form of care. The cost of the latter was

CMHT, 131 pozostało w opiece instytucjonalnej. Po roku zaobserwowano poprawę w zakresie funkcjonowania sieci społecznej w obu grupach, bez znaczących różnic między nimi, natomiast nie stwierdzono różnic w zakresie nasilenia objawów. Malone i wsp. [31] porównali badania z randomizacją, w których zestawiono leczenie środowiskowe ze standardową opieką. Nie wykazano różnic w skuteczności między tymi formami, ale opieka środowiskowa charakteryzowała się większą akceptacją leczenia. Forma leczenia środowiskowego mogła mieć wpływ na redukcję hospitalizacji i zmniejszenie liczby samobójstw. Killaspy [32] dokonała przeglądu 62 prac dotyczących opieki środowiskowej. Stwierdziła, że konsekwentnie wiązała się ona z większą satysfakcją i lepszą jakością życia, natomiast nie mogła być uznawana za tańszą alternatywę hospitalizacji.

W tabeli 2 przedstawiono najbardziej istotne wyniki badań opisujące skuteczność CMHT typu CM i ACT. W opisie uwzględniono obszary, w których opieka środowiskowa wpłynęła na pozytywny i negatywny wynik leczenia, oraz te, w których nie uzyskano zmiany.

W aktualnych badaniach podkreśla się większą skuteczność intensywnego, wyspecjalizowanego, dopasowanego do potrzeb programu terapeutycznego w porównaniu ze standardową opieką środowiskową [41, 43, 44].

W badaniu Marshalla i wsp. [36], przeprowadzonym na grupie 80 pacjentów, zaobserwowano, że koordynacja leczenia wpływa na zmniejszenie liczby dni hospitalizacji, nie zmniejszając liczby przyjęć do szpitala. Ponadto nie zaobserwowano zmiany w liczbie potrzeb, jakości życia, statusie zatrudnienia i zamieszkania, nasileniu objawów psychotycznych. Odnotowano natomiast redukcję zachowań dziwacznycych. Bond i wsp. [38] przeprowadzili analizę na podstawie 25 badań z randomizacją, które porównywały ACT z opieką standardową. ACT znacznie zredukowała liczbę hospitalizacji, zwiększała stabilność zamieszkania, w średnim stopniu wpływała na poprawę objawową i jakość życia. Koszt ACT był wysoki, jednak z analizowanych badań wynikało, że pozostawał zrównoważony przez redukcję liczby hospitalizacji. Z kolei Harrison-Read i wsp. [40] weryfikowali skuteczność wariantu koordynacji opieki (*enhanced case management* – ECM) w grupie pacjentów, którzy najczęściej wracali do szpitala. W Londynie wyselekcjonowano grupę 10% pacjentów, którzy w ostatnich 5–6 latach mieli największą liczbę przyjęć do szpitala i dni hospitalizacji. Grupę 193 pacjentów podzielono na grupę leczoną w ramach ECM i standardowo. Po 2 latach nie stwierdzono istotnych różnic między grupami – różnice kosztów niewiele mniejszej liczby hospitalizacji i liczby dni w szpitalu w grupie ECM były zrównoważone wysokim kosztem tego typu opieki. Intensywne leczenie środowiskowe nie zredukowało kosztów opieki ani nie zapewniło poprawy stanu pacjentów najciężej chorujących. McCrone i wsp. [39] porównali dwa rodzaje CMHT – standardowy i oferujący intensywną formę opieki. Koszt tego drugiego był

significantly higher and was mainly associated with caring for elderly patients with higher levels of disability. In 2000, Ziguras and Stuart [17] conducted a meta-analysis of studies evaluating the effectiveness of treatment coordination. They analyzed 44 studies; 35 compared ACT or CM with traditional treatment and 9 compared ACT with CM. Both types of community-based intensive care, ACT and CM, were more efficient when it came to reduction of family burden, family satisfaction with care and reduction of costs. Hospital admissions were lower in ACT and higher in CM compared to traditional care, and both led to a reduction in the number of hospital days, though this was significantly higher in ACT. Both groups were equally effective in reducing symptoms, improving functioning, and increasing satisfaction with care. A study by Petersen *et al.* [41] suggests that a more effective form of community-based care for patients diagnosed with schizophrenia is a form of integrated treatment, consisting of ACT, family involvement, and social skills training. A group of 547 patients were randomly assigned to two groups – standard community-based care and integrated ACT. After one and two years, they showed greater symptomatic improvement and better cooperation in the group with the more intensive care. Patients in this group had lower levels of psychotic symptoms, lower levels of negative symptoms of schizophrenia, were significantly less likely to abuse psychoactive substances, and were more satisfied with the care they received. Kane *et al.* [42] compared standard community-based care with NAVIGATE, a comprehensive, multidisciplinary, team-based treatment program for patients following a first psychotic episode. Four hundred and four patients from 34 clinics in the United States were enrolled in the study, 223 of whom were treated within NAVIGATE and the rest within standard CMHT. Heinrichs-Carpenter Quality of Life Scale scores were used as the primary treatment outcome. After 2 years the NAVIGATE participants, as compared with the control group, remained in treatment longer, reported better quality of life, had fewer psychopathological symptoms, and had better experiences with work and school. Hospitalization rates were not high and showed no differences between groups. Studies by Díaz-Fernández *et al.* [43] show that integrated community-based treatment for schizophrenia patients had a significant reduction in suicide attempts. According to the authors, the introduction of widely available, comprehensive community-based treatment with intensive CM and the use of injectable antipsychotics with prolonged action should be seen as the treatment of choice for patients with severe psychotic symptoms and suicide risk. Schöttle *et al.* [44] demonstrated that the effect of treating patients with schizophrenia in ACT is a significant decrease in patients admitted to a psychiatric unit involuntarily, which may protect them from the potential trauma associated with this experience. It should be noted that

istotnie wyższy i wiązał się głównie z opieką nad osobami starszymi, z większym stopniem niepełnosprawności. W 2000 r. Ziguras i Stuart [17] dokonali metaanalizy badań oceniających skuteczność koordynacji leczenia. Zanalizowano 44 badania, 35 porównywało ACT lub CM z tradycyjnym leczeniem, a 9 ACT z CM. Oba typy intensywnej opieki środowiskowej, zarówno ACT, jak i CM, były bardziej skuteczne w zakresie redukcji obciążenia rodziny, satysfakcji rodziny z opieki i redukcji kosztów. Liczba przyjęć do szpitala była niższa w ACT, a wyższa w CM w porównaniu z opieką tradycyjną, natomiast w obu przypadkach obserwowano redukcję liczby dni hospitalizacji, znacząco większą w ACT. Obie grupy – ACT i CM – były równie skuteczne w redukcji objawów, poprawie funkcjonowania i wzrostu satysfakcji z opieki. Badanie Petersena i wsp. [41] opisuje, że bardziej skuteczną formą opieki środowiskowej dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii jest zintegrowane leczenie, składające się z ACT, zaangażowania rodziny i treningu umiejętności społecznych. W grupie 547 pacjentów zrandomizowanych do dwóch grup: standardowa opieka środowiskowa i zintegrowane ACT, po roku i po 2 latach wykazano większą poprawę objawową i lepszą współpracę w grupie objętej bardziej intensywną opieką. Pacjenci z tej grupy mieli mniejsze nasilenie objawów psychotycznych, objawów negatywnych schizofrenii, znacznie rzadziej nadużywali substancji psychoaktywnych i byli bardziej zadowoleni z opieki. Kane i wsp. [42] porównywali standardową opiekę środowiskową z NAVIGATE – wszechstronnym, wielospecjalistycznym zespołem zajmującym się opieką nad pacjentami po pierwszym epizodzie psychotycznym. Do badania zakwalifikowano 404 pacjentów z 34 klinik w USA, z czego 223 było leczonych w ramach NAVIGATE, pozostali w standardowym CMHT. Jako główny wynik leczenia przyjęto punktację w skali jakości życia Heinrichsa-Carpentera. Po 2 latach uczestnicy programu NAVIGATE, w porównaniu z grupą kontrolną, dłużej pozostawali w leczeniu, deklarowali lepszą jakość życia, mieli mniej objawów psychopatologicznych oraz lepsze doświadczenia z pracą i szkołą. Wskaźnik hospitalizacji nie był wysoki i nie wykazywał różnic między grupami. Badania Díaz-Fernández i wsp. [43] pokazują, że zintegrowane leczenie środowiskowe osób chorujących na schizofrenię wpływa na znaczną redukcję prób samobójczych. Według autorów wprowadzenie szeroko dostępnego, kompleksowego leczenia środowiskowego z intensywną koordynacją leczenia oraz stosowaniem leków przeciwpsychotycznych w iniekcjach o przedłużonym działaniu powinno być postrzegane jako leczenie z wyboru dla pacjentów z nasilonymi objawami psychotycznymi i ryzykiem samobójczym. Schöttle i wsp. [44] udowodnili, że skutkiem leczenia pacjentów ze schizofrenią w ramach ACT jest znaczący spadek liczby pacjentów przyjmowanych na oddział psychiatryczny wbrew woli, co może uchronić ich przed

Table 3. The results of research evaluating the efficacy of treatment under Crisis Resolution Team type of Community Mental Health Team
 Tabela 3. Wyniki badań oceniających skuteczność leczenia w Crisis Resolution Team

Author/Autor	Forms of care compared/ Porównywane formy opieki	Outcome measurement/ Miara wyniku leczenia	Outcome – positive/ Wynik – pozytywny	No differences/ Brak różnic	Outcome – negative/ Wynik – negatywny	Remarks/Uwagi
Carpenter <i>et al.</i> , 2013/Carpenter i wsp., 2013 (45)	CRT	Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji Number of involuntary hospitalizations/liczba hospitalizacji wbrew woli Cost of treatment (GBP)/koszt leczenia (tunty) Satisfaction with care/satysfakcja z opieki	+ 1520 vs. 1963 +		+	Systematic review of 37 studies from the years 1998-2012/ przegląd systematyczny 37 badań z lat 1998-2012 The results of studies on the number of hospitalizations and the number of involuntary hospitalizations are not heterogeneous/wyniki badań dotyczące liczby hospitalizacji i liczby hospitalizacji wbrew woli nie są jednorodne Multi-diagnostic group/grupa wielodiagnostyczna
Wheeler <i>et al.</i> , 2015/Wheeler i wsp., 2015 (46)	CRT CRT vs. standard care/ CRT vs. opieka standardowa	Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji	+			Systematic review of 69 studies till 2013/przegląd systematyczny 69 badań do 2013 r. Multi-diagnostic group/grupa wielodiagnostyczna
Gandré <i>et al.</i> , 2017/Gandré i wsp., 2017 (47)	CRT	Hospitalization duration/długość hospitalizacji	$p = 0.05$			Data from 122 hospitals in France/ dane z 122 szpitali we Francji Evaluation of whether CRT development causes a reduction in hospitalization duration/ocena, czy rozwój CRT powoduje zmniejszenie długości hospitalizacji Multi-diagnostic group/grupa wielodiagnostyczna
Cornelis <i>et al.</i> , 2018/Cornelis i wsp., 2018 (48)	CRT vs. standard care/ CRT vs. opieka standardowa	Hospitalization duration (reduction of hospitalization days by 33%)/długość hospitalizacji (redukcja dni hospitalizacji o 33%) Cost of treatment/koszt leczenia	$p < 0.05$	+		Clinical randomized control trial/kontrolowane badanie kliniczne z randomizacją $N = 118$ patients with a mental illness/ $N = 118$ pacjentów chorujących psychicznie Number of hospitalizations is lower when a psychiatrist is employed in CRT/liczba hospitalizacji jest mniejsza, gdy w CRT jest zatrudniony psychiatra Multi-diagnostic group/grupa wielodiagnostyczna
Cervello <i>et al.</i> , 2019/Cervello i wsp., 2019 (49)	CRT variant/variant CRT	Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji	$p = 0.01$			Follow up – 1 year/1 rok Most of patients with psychotic disorders/większość pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi
Lloyd-Evans <i>et al.</i> , 2020/Lloyd-Evans i wsp., (50)	CRT vs. variant of CRT focused on evidence-based practice/ CRT vs. variant CRT skupiony na praktykach mających udowodnioną skuteczność	Satisfaction with care/satysfakcja z opieki Number of hospitalizations/liczba hospitalizacji Duration of hospitalization/długość hospitalizacji	$p < 0.001$ $p < 0.001$	$p = 0.34$		15 CRT in England, 375 patients/15 CRT w Anglii, 375 pacjentów Multi-diagnostic group/grupa wielodiagnostyczna

patients were investigated in an integrated system offering a wide range of solutions for patients with psychotic disorders, focused on the concept of recovery and family involvement, which may have influenced the positive outcome of treatment. A treatment program for people with a diagnosis of psychosis should be based on working in small groups of patients, be tailored to their individual needs, and allow for a high frequency of contacts with personnel.

Table 3 presents the most relevant research findings describing the efficacy of alternatives to home hospitalization (CRT, MCHT).

Systematic reviews on the efficacy of CRT by Carpenter *et al.* [45] and Wheeler *et al.* [46] show that home hospitalization is more appreciated by patients, less expensive compared to inpatient hospitalization, and results in a decrease in hospital admissions. A French study by Gandré *et al.* [47] assessed how the development of community-based forms as an alternative to hospitalization works across the country. A large variation was observed in the reduction of the duration of hospitalization depending on the area, but it was statistically significant and encourages the development of these forms of treatment. A study by Cervello *et al.* [49] showed a significant decrease in psychiatric admissions (from 2.06 to 1.48, $p = 0.01$) in patients who were under CRT care compared to the traditional variety. Mobile team interventions included telephone contact, home visits, and appointment coordination. Similarly, Cornelis *et al.* [48] observed a 33% decrease in the duration of hospitalization in the CRT group, but no reduction in financial expenditures. They noted that the number of hospitalizations was lower when a psychiatrist had been included in the CRT. Recent studies seek the best variants of CRT. The study by Lloyd-Evans *et al.* [50] compared basic CRT with a variant focused on evidence-based practices. They found higher efficacy for the latter form – fewer hospitalizations, shorter hospitalizations – but without higher satisfaction with care.

CONCLUSIONS

CMHTs are more efficient when compared to standard hospital and post-hospital care, and this efficacy is evident across multiple dimensions. No study comparing CMHTs with hospitalization and post-hospital care has observed their negative effect on treatment outcome. Most authors agree in describing the positive impact of CMHT on the number [27-29, 32, 34, 35, 37] and duration of hospitalizations [21, 22, 24, 27, 33] and the cost reduction [23-26, 33] of such care. The effect of CMHT on greater improvement in mental state [24-26, 30] than in inpatient care and on improved social functioning [27] is questionable. Many studies have

potencjalną traumą związaną z tym doświadczeniem. Należy zwrócić uwagę, że badano pacjentów w zintegrowanym systemie, oferującym szeroką gamę rozwiązań dla pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi, skupionych na koncepcji zdrowienia i zaangażowaniu rodziny, co mogło wpłynąć na pozytywny wynik leczenia. Program leczenia dla osób z rozpoznaniem psychozy powinien opierać się na pracy w małych grupach pacjentów, być dopasowany do ich indywidualnych potrzeb i umożliwiać dużą częstotliwość kontaktów z personelem.

W tabeli 3 przedstawiono najbardziej istotne wyniki badań opisujące skuteczność alternatyw hospitalizacji domowej (CRT, MCHT).

Przeglądy systematyczne dotyczące skuteczności CRT przeprowadzone przez Carpentera i wsp. [45] oraz Wheeler i wsp. [46] pokazują, że hospitalizacja domowa jest bardziej doceniana przez pacjentów, tańsza w porównaniu ze stacjonarną hospitalizacją, a także powoduje spadek liczby przyjęć do szpitala. W badaniach francuskich Gandré i wsp. [47] oceniali, jak sprawdza się rozwój form środowiskowych będących alternatywą dla hospitalizacji w całym kraju. Zaobserwowano duże zróżnicowanie w redukcji długości hospitalizacji w zależności od obszaru, ale była ona istotna statystycznie i zachęca do rozwoju tych form leczenia. W badaniu Cervello i wsp. [49] wykazano istotny spadek liczby przyjęć na oddział psychiatryczny (z 2,06 do 1,48, $p = 0,01$) u pacjentów, którzy znajdowali się pod opieką CRT w porównaniu z opieką tradycyjną. Interwencje zespołu mobilnego obejmowały kontakt telefoniczny, wizyty domowe i koordynację spotkań. Podobnie w badaniu Cornelisa i wsp. [48] zaobserwowano spadek długości hospitalizacji o 33% w grupie objętej CRT, ale bez redukcji nakładów finansowych. Zwrócono uwagę na fakt, że liczba hospitalizacji jest mniejsza, gdy w CRT jest zatrudniony psychiatra. Najnowsze badania szukają najlepszych wariantów CRT. W badaniu Lloyd-Evans i wsp. [50] porównano podstawowe CRT z wariantem skupionym na praktykach opartych na dowodach naukowych. Udowodniono większą skuteczność tej drugiej formy – mniej hospitalizacji, krótsze hospitalizacje – ale bez wyższej satysfakcji z opieki.

PODSUMOWANIE

Zespoły leczenia środowiskowego są bardziej skuteczne w porównaniu ze standardową opieką szpitalną i poszpitalną, a skuteczność ta jest widoczna w wielu wymiarach. W żadnym badaniu porównującym CMHTs z hospitalizacją i opieką poszpitalną nie zaobserwowano ich negatywnego wpływu na wynik leczenia. Większość autorów zgodnie opisuje pozytywny wpływ CMHT na liczbę [27–29, 32, 34, 35, 37] i długość hospitalizacji [21, 22, 24, 27, 33] oraz redukcję kosztów [23–26, 33]. Wątpliwy jest wpływ CMHT na większą poprawę stanu psychicznego [24–26, 30] niż w opiece szpitalnej oraz na poprawę funkcjonowania społecznego [27]. W szere-

addressed the topic of patient satisfaction with care, considered by many authors [51, 52] as an indicator in the assessment of the effectiveness of treatment. As early as 1984, Houlst and Reynolds [53] pointed out the relationship between satisfaction and treatment outcome in a community treatment team. Sixty-five patients with a diagnosis of schizophrenia presented for admission to a psychiatric hospital were divided into two groups: the first received standard treatment in the form of hospitalization and post-hospital outpatient treatment; the second was not admitted to the hospital and received community-based treatment. After one year, it was found that community-based treatment was perceived by patients and their caregivers as more helpful, satisfying, and effective. In all of the studies presented [21, 22, 26, 27, 31, 32], higher satisfaction with treatment was associated with treatment in the CMHT rather than in hospital. This is a fairly obvious result due to the fact that most patients prefer to be treated at home.

Since community care has become more widespread in some countries, more intensive forms of intervention (ACT, CM, CRT or variations thereof) have been implemented. These forms are particularly important in the treatment of patients diagnosed with psychotic disorders, as they have been shown to be more efficient than standard CMHT [41, 43, 44]. The cost of more advanced forms of care is no longer so obviously competitive when compared to the differences between basic CMHT and inpatient care, as indicated by a study [39].

Given the range of possible variants of home treatment practiced, it is difficult to compare them in an unambiguous way. This requires systematizing their classification and detailing the scope of activities for each form. Comparisons between studies should be approached with caution due to the significant methodological differences between them.

gu badań poruszano temat satysfakcji pacjenta z opieki, uznawanej przez wielu autorów [51, 52] za wskaźnik oceniający skuteczność leczenia. Już w 1984 r. Houlst i Reynolds [53] zwrócili uwagę na związek między satysfakcją a wynikiem leczenia w ZLS. W badaniu tym 65 pacjentów z diagnozą schizofrenii, zgłoszonych do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, podzielono na dwie grupy: pierwsza otrzymała standardowe leczenie w postaci hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego poszpitalnego, druga nie została przyjęta do szpitala i została objęta leczeniem środowiskowym. Po roku stwierdzono, że leczenie środowiskowe było postrzegane przez pacjentów i ich opiekunów jako bardziej pomocne, satysfakcjonujące i skuteczne. We wszystkich przedstawionych badaniach [21, 22, 26, 27, 31, 32] większa satysfakcja z terapii wiązała się z leczeniem w CMHT, a nie w szpitalu. Jest to dość oczywisty wynik, ze względu na fakt, że większość pacjentów woli być leczona w domu.

Od czasu, kiedy opieka środowiskowa stała się bardziej powszechna, w części krajów zaczęto wdrażać formy bardziej intensywne oddziaływań (ACT, CM, CRT lub ich wariacje). Są one szczególnie ważne w terapii pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych, gdyż wykazano ich wyższą skuteczność w porównaniu z działaniami standardowymi CMHTs [41, 43, 44]. Koszt bardziej zaawansowanych form opieki już nie jest w tak oczywisty sposób konkurencyjny w porównaniu z różnicą między podstawowym CMHT i opieką szpitalną, co wskazuje badanie [39].

Z uwagi na szereg możliwych wariantów działania leczenia domowego trudno jest w sposób jednoznaczny je porównywać. Wymaga to usystematyzowania ich podziału i wyszczególnienia zakresu działania dla poszczególnych form. Do porównań między poszczególnymi badaniami należy podchodzić z ostrożnością z uwagi na znaczne różnice metodologiczne między nimi.

Conflict of interest/Konflikt interesu

Absent./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

Absent./Nie występuje.

References/Piśmiennictwo

1. Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Postępy Psychiatrii Neurol* 2000; 9: 319-337.
2. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010, p. 587-653.
3. Dz.U. z 2018 r. poz. 852. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Accessed: 31.10.2019).

4. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Ann Rev Clin Psychol* 2013; 9: 465-497.
5. Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT, Drake RE. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
6. Breslow E. Emergency psychiatric services. In: Thornicroft G, Szumukler G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001, p. 265-276.
7. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, Wright C. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-139.
8. Catty J, Burns T, Knapp M. Evaluating innovative mental health services: lessons from a systematic review of home treatment. *Eurohealth* 2002; 8: 34-36.
9. Heath DS. *Home treatment for acute mental disorders: an alternative to hospitalization*. New York: Routledge; 2005.
10. Kluiters H. Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it – searching for an evidence-based balance. *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10: 160-167.
11. Thornicroft G, Becker T, Holloway F, Johnson S, Leese M, McCrone P, et al. Community mental health teams: evidence or belief? *Br J Psychiatry* 1999; 175: 508-513.
12. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szumukler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 423-427.
13. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ* 1998; 316: 106-109.
14. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD000270.
15. Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 497-502.
16. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; 24: 37-74.
17. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1410-1421.
18. Ziguras SJ, Stuart GW, Jackson AC. Assessing the evidence on case management. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 17-21.
19. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 392-397.
20. Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT, Drake RE. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
21. Hout J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Coles P, Briggs J. A controlled study of psychiatric hospital versus community treatment – the effect on relatives. *Aust N Z J Psychiatry* 1981; 15: 323-328.
22. Hout J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *Aust N Z J Psychiatry* 1983; 17: 160-167.
23. Pigott HE, Trott L. Translating research into practice: the implementation of an in-home crisis intervention triage and treatment service in the private sector. *Am J Med Qual* 1993; 8: 138-144.
24. Burns T, Raftery J, Beadmoore A, McGuigan S, Dickson M. A controlled trial of home-based acute psychiatric services: II: Treatment patterns and costs. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 55-61.
25. Merson S, Tyrer P, Carlen D, Johnson T. The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychol Med* 1996; 26: 727-734.
26. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ* 1998; 316: 106-109.
27. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia. *Postępy Psychiatr Neurol* 2001; 10: 289-299.
28. Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 223-228.
29. Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, Healey A. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med* 2002; 32: 383-401.
30. Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 1416-1422.
31. Malone D, Marriott SV, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD000270.
32. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *Br Med Bull* 2006; 79: 245-258.
33. Prot-Klinger K, Pawłowska M. The effectiveness of community care for people with severe mental disorders. *Arch Psychiatry Psychother* 2009; 4: 43-50.
34. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust Health Rev* 2005; 29: 211-217.
35. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury. *Postępy Psychiatr Neurol* 1998; 7: 387-398.
26. Marshall M, Lockwood A, Gath D. Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 345: 409-412.
37. Tyrer P, Simmonds S. Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 2003; 182: S15-S18.

38. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Dis Manag Health Out* 2001; 9: 141-159.
39. McCrone P, Johnson S, Thornicroft G. Predicting the costs of community care for individuals with severe mental illness in South London. *Schizophr Bull* 2001; 27: 653-660.
40. Harrison-Read P, Lucas B, Tyrer P, Ray J, Shipley K, Simmonds S, et al. Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychol Med* 2002; 32: 403-416.
41. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Øhlenschläger J, Christensen TØ, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005; 331: 602.
42. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 362-372.
43. Díaz-Fernández S, Frías-Ortiz DF, Fernández-Miranda JJ. Suicide attempts in people with schizophrenia before and after participating in an intensive case managed community program: a 20-year follow-up. *Psychiatry Res* 2019; 287: 112479.
44. Schöttle D, Ruppelt F, Schimmelmann BG, Karow A, Bussopulos A, Gallinat J, et al. Reduction of involuntary admissions in patients with severe psychotic disorders treated in the ACCESS integrated care model including therapeutic assertive community treatment. *Front Psychiatry* 2019; 10: 736.
45. Carpenter RA, Falkenburg J, White TP, Tracy DK. Crisis teams: systematic review of their effectiveness in practice. *Psychiatrist* 2013; 37: 232-237.
46. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, Johnson S. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 74.
47. Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé JM, Roelandt JL, Chevreur K. The development of psychiatric services providing an alternative to full-time hospitalization is associated with shorter length of stay in French public psychiatry. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 325.
48. Cornelis J, Barakat A, Dekker J, Schut T, Berk S, Nusselder H, Blankers M. Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 1-11.
49. Cervello S, Pulcini M, Massoubre C, Trombert-Paviot B, Fakra E. Do home-based psychiatric services for patients in medico-social institutions reduce hospitalizations? Pre-post evaluation of a French psychiatric mobile team. *Psychiatr Q* 2019; 90: 89-100.
50. Lloyd-Evans B, Osborn D, Marston L, Lamb D, Ambler G, Hunter R, Johnston E. The CORE service improvement programme for mental health crisis resolution teams: results from a cluster-randomised trial. *Br J Psychiatry* 2020; 216: 314-322.
51. Ruggeri M, Lasalvia A, Bisoffi G, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL, Becker T, et al.; EPSILON Study Group. Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophr Bull* 2003; 29: 229-245.
52. Miglietta E, Belessiotis-Richards C, Ruggeri M, Priebe S. Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: a systematic review. *J Psychiatr Res* 2018; 100: 33-46.
53. Hoult J, Reynolds I. Schizophrenia: a comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 69: 359-372.