

Perspektywy alternatywnych form środowiskowego leczenia psychiatrycznego

Sonia Johnson, Brynmor Lloyd-Evans, Louise Howard, David P.J. Osborn, Mike Slade

The British Journal of Psychiatry (2010) 197, s52-s54.

Poszukiwania form pomocy alternatywnych dla tradycyjnych oddziałów psychiatrycznych mają długą historię, jednak trudności metodologiczne ograniczają badania nad korzyściami z ich stosowania. Wyniki dwóch przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii badań sugerują, że alternatywne środowiskowe formy opieki są wartościową formą pomocy i mogą być opłacalne finansowo. Zorganizowanie lub utrzymanie takich struktur, których zadaniem jest włączanie elementów lokalnych do opieki w stanach nagłych, jest uzasadnione. W trakcie badań autorzy nie znaleźli jednak danych ewidentnie przemawiających za tym, że powinny być one postrzegane jako niezbędne w każdym obszarze. Z doświadczeń osób korzystających z takich form opieki wynika, że najważniejsza jest jakość relacji terapeutycznych, wymagane są jednak dalsze badania dotyczące metod ich poprawy – zarówno w szpitalach, jak i w środowiskowych formach pomocy.

Od ponad 50 lat w wielu krajach wysokorozwiniętych deinstytucjonalizacja i poszukiwanie rozwiązań alternatywnych dla tradycyjnych oddziałów psychiatrycznych jest podstawą polityki zdrowotnej, rozwoju form pomocy i badań nad nimi. Przez większość tego czasu jedną z proponowanych strategii redukującej zależność, której doświadczają pacjenci tradycyjnych oddziałów, był rozwój alternatywnych form leczenia środowiskowego. Formy te wywodziły się zarówno z metod opartych na działaniu w społeczności, jak i z tych usług szpitalnych, których celem było adaptowanie modeli wyraźnie odmiennych od tradycyjnej opieki szpitalnej.^{1,2} Najstarsze formy leczenia środowiskowego – wprowadzone ponad 40 lat temu – obejmują domy opieki kryzysowej Soteria Lorena Moshera dla osób z nowo rozpoznaną schizofrenią³ i sieć domów rodzinnych Paula Polaka, w których osoby w kryzysie mogły uzyskać wsparcie.⁴

Mimo długiej historii, idealizmu i energii włożonej w wiele różnych modeli opieki oraz entuzjazmu chorych korzystających alternatywnych form wobec leczenia szpitalnego,⁵ w żadnym państwie nie stały się one standardowym elementem systemu opieki zdrowotnej i nie ma silnych dowodów na temat ich organizacji, funkcjonalności i skuteczności. W systematycznym przeglądzie piśmiennictwa znaleziono dziesięć istotnych badań,⁶ dziewięć z nich przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych, większość obejmuje małą

grupę badanych, a analizy są utrudnione przez małą siłę dowodów. Jedynym wnioskiem z metaanalizy jest stwierdzenie, że są dane na to, że satysfakcja osób korzystających z alternatywnych form pomocy może być większa niż w przypadku chorych korzystających ze standardowych form leczenia. W tym artykule wykorzystano wyniki dwóch badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii opartych na zdecydowanie bardziej wiarygodnych danych. Alternative Study jest wielometodologicznym badaniem sześciu środowiskowych i szpitalnych form leczenia alternatywnych dla tradycyjnych ostrych oddziałów psychiatrycznych w różnych regionach Anglii.^{6,12} Choice Study jest pilotażowym randomizowanym badaniem kontrolowanym preferencji pacjentów obejmującym skuteczność i stosunek kosztów do korzyści dwóch domów pomocy kryzysowej dla kobiet.¹³

Co wiemy o alternatywach środowiskowych dla hospitalizacji w stanach nagłych?

Wyzwania metodologiczne są istotną barierą badań doświadczalnych w tym zakresie. Rekrutacja do badania w czasie ostrego kryzysu psychicznego jest trudna, szczególnie gdy projekt badania wymaga randomizacji przed rozpoczęciem interwencji kryzysowej.^{14,15}

Nawet jeśli może zostać przeprowadzone randomizowane badanie kontrolowane o rozsądnej jakości, często w trakcie prowadzenia kompleksowej interwencji psychiatrycznej nie znajduje się odpowiedzi na wiele pytań.¹⁶ We wcześniej wymienionych badaniach celem było przewyższenie pewnych trudności w otrzymaniu jasnych danych na temat złożonej interwencji przez zastosowanie metod mieszanych, łącznie z ilościowymi i jakościowymi, doświadczalnymi i randomizowanymi oraz z analizą ośmiu alternatywnych form pomocy w całości. Model macierzy Tanselli i Thornicrofta ocenia opiekę w wymiarach wejścia, procesu i wyniku odnosząc je do poziomu krajowego, lokalnego i indywidualnego.¹⁷ Częsta krytyka opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi dotyczy tego, że skupia się ona przede wszystkim na wyniku końcowym, bez jasnego wyszczególnienia cech wejściowych, takich jak kontekst lokalnej społeczności i opieki, a w przypadku procesu – zadowolenia z opieki. Ocena tych elementów została włączona do obu rodzajów badań – oceniano funkcjonowanie form alternatywnych w ramach lokalnego systemu opieki przez porównanie zarówno zadowolenia pacjentów, jak i rezultatu interwencji.

Za pomocą modelu Tanselli podsumowano podstawowe wnioski z każdego badania.¹⁸ Co ogólnie można stwierdzić na temat środowiskowych form opieki alternatywnych dla

Sonia Johnson, MRCPsych, DM, Brynmor Lloyd-Evans, MSc, PhD, Research Department of Mental Health Sciences, University College London; Louise Howard, MRCPsych, PhD, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London; David P. J. Osborn, MRCPsych, PhD, Research Department of Mental Health Sciences, University College London; Mike Slade, DCLinPsych, PhD, Health Service and Population Research Division, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

Adres do korespondencji: Professor Sonia Johnson, Research Department of Mental Health Sciences, Charles Bell House, 67-73 Riding House Street, London W1W 7EY, Wielka Brytania. e-mail: s.johnson@ucl.ac.uk. Konflikt interesów: brak.

hospitalizacji w trybie nagłym dostępnych w ramach NHS w Wielkiej Brytanii? Możliwe, że najwidoczniejszym wnioskiem z badań jest jedyny pozytywny wynik poprzedniego przeglądu systematycznego: solidne ilościowe badanie satysfakcji osób korzystających z opieki zgodne jest z badaniem jakościowym i wykazuje, że osoby korzystające z opieki psychiatrycznej preferują różne formy opieki środowiskowej.^{7,8} Jakość relacji interpersonalnych wydaje się elementem najbardziej wpływającym na osoby korzystające z opieki zdrowotnej: oceniają one wyżej opiekę środowiskową z powodu lepszych relacji, mniejszego przymusu i większego poczucia bezpieczeństwa ze względu na brak ciężko chorych pacjentów.

Poza tą widoczną i ważną różnicą autorzy stwierdzili wiele podobieństw między opieką standardową i alternatywną oraz kilka cech charakterystycznych dla form opieki alternatywnej. Alternatywne formy opieki są w dużym stopniu zintegrowane z lokalnym systemem opieki środowiskowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, przyjmując większość osób skierowanych z innych ośrodków opieki psychiatrycznej i blisko współpracują z innymi specjalistami psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Szczególnie silnie współpracują one z ośrodkami interwencji kryzysowej oraz z obecnie zorganizowanymi w całej Anglii zespołami leczenia domowego.¹⁹ Synergistyczna praca z wymienionymi ośrodkami może znacząco wpływać na wydajność opieki środowiskowej w radzeniu z relatywnie poważnymi sytuacjami kryzysowymi oraz wypisywaniu pacjentów stosunkowo szybko po uzyskaniu poprawy.²⁰ Populację osób korzystających z opieki standardowej i alternatywnej nakładają się, jednak formy opieki alternatywnej ograniczają przyjęcia osób z ciężkimi zaburzeniami zachowania lub stanowiących znaczące zagrożenie dla innych pacjentów, a większość z nich nie zajmuje się pacjentami leczonymi wbrew woli.⁹ Wydaje się, że w przeważającej liczbie badanych przez autorów form opieki środowiskowej podobnych do oddziałów szpitalnych personel radzi sobie z powodzeniem z niektórymi zatrzymanymi pacjentami.⁹ Oferowane na oddziałach standardowych i alternatywnych formy leczenia w większości aspektów były podobne, z wyjątkiem widocznej przewagi interwencji psychologicznych nad stricte medycznymi w ośrodkach opieki alternatywnej.¹⁰ Autorzy nie znaleźli danych na to, że personel w ośrodkach opieki alternatywnej spędza więcej czasu z podopiecznymi, choć takie przekonanie funkcjonuje zarówno wśród personelu tych ośrodków, jak i ośrodków z nimi współpracujących.

W okresie wypisu całkowita poprawa osiągnięta podczas pobytu była lepsza w ośrodkach opieki standardowej, ale pobyty w ośro-

kach opieki alternatywnej były krótsze, co sugeruje, że mogą one przekazywać pacjentów do innych ośrodków na wcześniejszym etapie leczenia.¹¹ Nie skutkuje to jednak trwałą różnicą w rezultacie leczenia, co potwierdza zarówno podobne zejście choroby po 3 miesiącach stwierdzone w Choice Study,¹³ jak i podobny roczny odsetek ponownych przyjęć w Alternative Study.¹² W rocznym okresie obserwacji stwierdzono, że alternatywne formy leczenia są tańsze, co wiąże się w dużym stopniu z niższymi kosztami początkowego przyjęcia.

Istotnym ograniczeniem przeprowadzonych badań jest to, że nie udało się wyciągnąć konkretnych wniosków co do jednego z badanych modeli opieki. Forma ta jako przykład charakterystycznego modelu terapeutycznego funkcjonującego na standardowym ostrym oddziale psychiatrycznym okazała się w niewielkim stopniu różna od opieki na innych standardowych oddziałach psychiatrycznych, a rozmowy z personelem wykazały, że model ten nie został wdrożony w zamierzony sposób.

Perspektywy alternatywnych form opieki

Czy można rekomendować osobom odpowiedzialnym za planowanie i zlecenie świadczeń w NHS lub w innych instytucjach włączanie form opieki środowiskowej alternatywnej dla nagłych hospitalizacji jako części lokalnych struktur opieki w stanach nagłych? Wyniki badań sugerują ostrożność w formułowaniu takich zaleceń. Jeśli głównym kryterium wyboru jest stosunek kosztów do korzyści, autorzy wykazali, że formy opieki alternatywnej są związane z poprawą kliniczną, jednak nie w takim stopniu jak opieka standardowa, że są one tańsze i że nie ma różnic w stopniu korzystania z różnych form opieki po wypisie między pacjentami leczonymi w ośrodkach alternatywnych a korzystającymi ze standardowych oddziałów psychiatrycznych. Jeśli głównym kryterium podejmowania decyzji jest doświadczenie związane z przyjęciem do szpitala, wtedy argumenty stają się silniejsze, gdyż dane z wielu źródeł wskazują, że osoby korzystające z opieki są bardziej zadowolone z form alternatywnych. Dlatego też tam, gdzie formy opieki alternatywnej obecnie działają i lokalni użytkownicy są z nich zadowoleni, wydaje się to dobrym powodem, by je utrzymać.

Wnioski wyciągnięte przez autorów jednak nie wydają się przekonywać do którejkolwiek formy opieki alternatywnej dla hospitalizacji jako najodpowiedniejszego składnika lokalnego systemu opieki zdrowotnej w sytuacjach nagłych. Oferowane formy opieki nie różnią się znacząco od standardowej opieki na oddziałach szpitalnych, a dane dotyczące

ich opłacalności nie są decydujące ze względu na mniejszy stopień uzyskiwanej poprawy w stosunku do hospitalizacji.

Opisane formy opieki alternatywnej nie mogą zastąpić form leczenia wymaganych dla większości pacjentów z zaburzeniami zachowania, którzy często są przyjmowani do szpitala wbrew woli na dłuższy czas. Dodatkowo, stosowanie alternatywnych form opieki może zwiększyć liczbę pacjentów z zaburzeniami zachowania na lokalnych oddziałach psychiatrycznych w związku ze zmniejszeniem przyjęć osób z łagodniejszymi zaburzeniami. Nie jest to argument przeciw formom alternatywnym, jednak zwraca uwagę na potrzebę opracowania i sprawdzenia rodzaju interwencji w celu poprawy standardowej opieki psychiatrycznej w stanach nagłych. Biorąc pod uwagę doświadczenia pacjentów, badania przeprowadzone przez autorów pokazują, że liczba i jakość kontaktów terapeutycznych jest kluczowym czynnikiem w ocenie doświadczenia przyjęcia do szpitala w trybie nagłym.^{8,10} Bardziej niż tworzenie alternatywnych form opieki, osoby zajmujące się jej planowaniem oraz prowadzeniem powinny zdecydować, że ich priorytetem miałyby być ulepszenie kontaktu terapeutycznego z każdym, kto jest przyjmowany w trybie nagłym. Model Tidal jest jedną z wielu ostatnio podejmowanych inicjatyw zajmujących się tym problemem.²¹ Niestety, nie wydaje się, aby był odpowiednio wdrożony w ośrodkach objętych badaniami. Różnorodność modeli i inicjatyw ukierunkowanych na poprawę jakości opieki nad pacjentem w sytuacjach nagłych, łącznie z prostym, ale powszechnie stosowanym modelem „ochronnego czasu włączania” rekomendowanym przez Chief Nursing Officer w NHS, który ma polegać na poprawie kontaktu między pacjentem a pielęgniarkami,²⁶ warta jest jednak dalszych badań.²²⁻²⁵ Uzyskane przez autorów wyniki wskazują jednak, że dostęp do alternatywnych dla hospitalizacji form opieki służy przynajmniej niektórym pacjentom. Pojawia się pytanie, jak powyższe formy opieki można ulepszyć zarówno pod względem zakresu oferowanej opieki dla pacjentów, którzy mogą z nich korzystać, jak i osiągniętych rezultatów. Autorzy sugerują, że skuteczne mogą być dwa w pewnym sensie kontrastujące ze sobą kierunki rozwoju tych form opieki. W dwóch badaniach – początkowego okresu opieki oraz obserwacyjnym – wykazano, że formy opieki alternatywnej bardziej przypominające opiekę szpitalną i zorientowane klinicznie służą grupom chorych o profilu i ciężkości zaburzeń zbliżonych do obserwowanych u pacjentów przyjmowanych na oddziały szpitalne.^{5,9} Dlatego jeśli ośrodek ma zajmować się osobami z ciężkimi zaburzeniami psychotycznymi i zaburzeniami dwubiegunowymi, także chorymi leczonymi wbrew

woli, powinien (tak jak szpital) prowadzić pełny zakres interwencji wymagany dla tej grupy chorych. Te interwencje nie muszą być prowadzone bezpośrednio przez personel ośrodka, jednak wymagana jest bliska współpraca z innymi specjalistami opieki środowiskowej, np. z zespołami interwencji kryzysowej, tak by byli oni łatwo dostępni, gdy będą potrzebni. Dlatego pomoc oferowana w domach interwencji kryzysowej oraz na oddziałach interwencji kryzysowej w typologii metod alternatywnych może rozwijać się poprzez prowadzenie tak szerokiego, jak to możliwe zakresu interwencji w stanach nagłych, co jest znacznie trudniejsze w środowisku chorego, ale lepiej przez niego akceptowane niż hospitalizacja.

Badania jakościowe przeprowadzone przez autorów wykazały jednak, że usługi alternatywne są cenione wtedy, gdy dają możliwości inne od tych, jakie można uzyskać w szpitalu. Szczególnie widoczne było to w tych grupach chorych, które nie wydają się uzyskiwać odpowiedniej pomocy w ramach oddziałów szpitalnych, np. pacjentów z depresją lub zaburzeniami osobowości. Zarówno w pierwszej fazie badania Alternatives Study, jak i w badaniach późniejszych autorzy zdali sobie sprawę, że niewiele form opieki środowiskowej wyraźnie chce wdrożyć modele opieki zdecydowanie różne od opieki szpitalnej. Co więcej, rzadko alternatywne formy opieki opierają się na wcześniej zdefiniowanych podstawach czy modelach teoretycznych, a niekonwencjonalne formy organizacji świadczeń, np. takich jak opieka sprawowana przez osoby równocześnie korzystające z pomocy, są również rzadko spotykane w NHS. Dlatego wdrażanie i ocena różnorodniejszych modeli, które dostarczają rzeczywiście alternatywnych formy opieki, mogłyby stanowić przedmiot zainteresowań zarówno osób odpowiedzialnych za ich rozwój, jak i badaczy. Takie modele istnieją poza NHS, np. oddziały prowadzone przez pacjentów oparte na modelu zdrowienia funkcjonują w kilku krajach.²⁷ W Stanach Zjednoczonych porównano w randomizowanych badaniach kontrolowanych przyjęcie do środowiskowego programu interwencji kryzysowej prowadzonego przez osoby korzystające z pomocy ($n=196$) ze standardową hospitalizacją ($n=197$) i wykazano, że zastosowanie alternatywnych form opieki było związane z uzyskaniem lepszej poprawy objawowej i silnie związane z większą satysfakcją chorych.²⁸ W innych częściach świata oferowana jest także pomoc środowiskowa oparta na podejściu zupełnie różnym od standardowej opieki szpitalnej. Wśród nich jest powtarzający się model domów typu Soteria w Szwajcarii i Niemczech,²⁹ włoski model opieki silnie integrujący centra psychiatrycznej opieki środowiskowej z opieką domową w stanach nagłych,³⁰ i usługach

opartych na mieszkaniu chorych z rodzinami funkcjonujących w różnych częściach USA.³¹ Dane pochodzące z badań nad wieloma z powyższych modeli są ograniczone, tak więc zastosowana przez autorów wieloogniskowa metoda prowadzenia badań mogłaby mieć tutaj zastosowanie.

Co do samych warunków badania, pozostaje jeszcze dużo pracy nad samym modelem badawczym opisanym powyżej. Bardzo cenne byłoby przeprowadzenie dłuższych obserwacji szerokiego zakresu zejścia choroby oraz powtórzenie badań autorów artykułu w odniesieniu do innych form opieki i w innych krajach. Dalsze badania porównawcze alternatywnych form opieki z zespołem interwencji kryzysowej i jednodniowej opieki kryzysowej pomogłyby zidentyfikować sposoby działania najlepsze w danych sytuacjach i dla danych grup pacjentów. Będą one zawierały więcej danych, jeśli zostaną poprowadzone w odniesieniu do jasno zdefiniowanych modeli opieki z określonymi swoistymi celami, popartymi teoretycznie, i jeśli będą ukierunkowane na identyfikację czynników i mechanizmów krytycznych dla skuteczności interwencji oraz na oszacowanie wierności stosowanego modelu. Opracowana przez autorów typologia form alternatywnych daje dobry punkt wyjścia dla tej pracy. Jeśli chodzi o czynniki decydujące, badanie jakościowe sugeruje, że relacja terapeutyczna jest podstawą doświadczeń pacjenta. Znaczenie dobrej relacji terapeutycznej dla uzyskania dobrej poprawy oraz znalezienie czynników wspierających i utrudniających nawiązanie takiej relacji może stanowić przedmiot dalszych badań. Nowe Medical Research Council Framework for Evaluation of Complex Interventions stanowi wartość wytyczną,³² wspierające stosowanie metod eksperymentalnych tam, gdzie jest to możliwe, z równoczesnym często wymaganym elastycznym podejściem, by ocena była możliwa i wartościowa. Autorzy mają nadzieję, że omówione badania będą pierwszym ważnym krokiem w opracowaniu solidnych danych na temat alternatywnych dla hospitalizacji środowiskowych form opieki na drodze do uzyskania porozumienia biorącego pod uwagę ich wartość, rolę w lokalnym systemie opieki w stanach nagłych oraz sposobów, w jaki pacjenci mogą uzyskać najefektywniejszą pomoc w zdrowieniu po przejściu ostrego kryzysu psychicznego.

From the British Journal of Psychiatry (2010) 197, s52–s54. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B, Osborn DPJ, Boardman J, Leese M, et al. In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *Br J Psychiatry* 2009;194:456–63.

2. Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B, Slade M. Acute in-patient psychiatry: residential alternatives to hospital admission. *Psychiatr Bull* 2007;31:262–4.
3. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:142–9.
4. Polak PR, Kirby MW, Deitchman WS. Treating acutely psychotic patients in private homes. *New Dir Ment Health Serv* 1979;1:49–64.
5. Mental Health Foundation. Being There in a Crisis. Mental Health Foundation/Sainsbury Centre for Mental Health, 2002.
6. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D, Johnson S. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *Br J Psychiatry* 2009; 195:109–17.
7. Osborn DPJ, Lloyd-Evans B, Johnson S, Gilbert H, Byford S, Leese M, et al. Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *Br J Psychiatry* 2010(suppl 53):s41–5.
8. Gilbert H, Slade M, Rose D, Lloyd-Evans B, Johnson S, Osborn DPJ. Service users' experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s26–31.
9. Johnson S, Lloyd-Evans B, Morant N, Gilbert H, Shepherd G, Slade M, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: roles and populations served. *Br J Psychiatry* 2010(suppl 53):s6–13.
10. Lloyd-Evans B, Johnson S, Morant N, Gilbert H, Osborn DPJ, Jagielska D, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: differences in content of care and staff-patient contact. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s46–51.
11. Slade M, Byford S, Barrett B, Lloyd-Evans B, Gilbert H, Osborn DPJ, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: short-term clinical outcomes and cost-effectiveness. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53): s14–9.
12. Byford S, Sharac J, Lloyd-Evans B, Gilbert H, Osborn DPJ, Leese M, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: readmissions, service use and cost after discharge. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53): s20–5.
13. Howard L, Flach C, Leese M, Byford S, Killaspy H, Cole L, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of admissions to women's crisis houses compared with traditional psychiatric wards: pilot patient-preference randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s32–40.
14. Howard LM, Leese M, Byford S, Killaspy H, Cole L, Lawlor C, et al. Methodological challenges in evaluating the effectiveness of women's crisis houses compared with psychiatric wards: findings from a pilot patient preference RCT. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197:722–7.
15. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Houlst J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ* 2005;331:599.
16. Slade M, Priebe S. Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *Br J Psychiatry* 2001;179:286–7.
17. Tansella M, Thornicroft G. A conceptual model for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998;28:503–8.
18. Tansella M. Alternatives to standard acute in-patient care for people with mental disorders: from systematic description to evaluative research. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s1–3.
19. Glover G, Johnson S. *The crisis resolution team model: recent developments and dissemination. In Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health* (eds S Johnson, J Needle, J Bindman, G Thornicroft): 23–34. Cambridge University Press, 2008.
20. Lloyd-Evans B, Gilbert H, Johnson S. Integrating crisis residential care and crisis resolution teams. In *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health* (eds S Johnson, J Needle, J Bindman, G Thornicroft): 283–92. Cambridge University Press, 2008.
21. Barker P, Buchanan-Barker P. *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. Brunner-Routledge, 2005.

22. Lelliott P, Bennet H, McGeorge M, Turner T. Accreditation of acute in-patient mental health services. *Psychiatr Bull* 2006;30:361-3.
23. Dent E. Star quality. *Health Serv J* 2007; 117: 22-4.
24. Bowles N, Howard R. The refocusing model: a means of realising the national acute inpatient strategy. *Ment Health Rev J* 2003;8:27-31.
25. National Health Service Institute for Innovation and Improvement. The Productive Mental Health Ward: Releasing Time to Care. NHS, 2009 ([http:// www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/the_productive_mental_health_ward.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/the_productive_mental_health_ward.html)).
26. Department of Health. *From Values To Action: The Chief Nursing Officer's Review of Mental Health Nursing*. Department of Health, 2006.
27. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness*. Cambridge University Press, 2009.
28. Greenfield TK, Stoneking BC, Humphreys K, Sundby E, Bond J. A randomized trial of a mental health consumer-managed alternative to civil commitment for acute psychiatric crisis. *Am J Community Psychol* 2008; 42:135-44.
29. Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect logic. *World Psychiatry* 2004;3:140-6.
30. Mezzina R, Johnson S. Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre. In *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health* (eds S Johnson, J Needle, J Bindman, G Thornicroft): 251-66. Cambridge University Press, 2008.
31. Bennett R. Family placement schemes as an alternative to short-term hospitalisation. In *Emergency Mental Health Services in the Community* (eds M Phelan, G Strathdee, G Thornicroft): 259-75. Cambridge University Press, 1996.
32. Craig P, Macintyre P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Pettigrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655.