

Опыт развития психиатрических служб в Северной Америке

Robert E. Drake¹, Eric Latimer²

¹ Dartmouth Psychiatric Research Center and Dartmouth Medical School, Rivermill Complex, 85 Mechanic St., Lebanon, NH 03766, USA

² Douglas Mental Health University Institute and McGill University, Montreal, Canada

Перевод: Яковлева Ю.А. (Санкт-Петербург)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

В данной статье обобщены результаты по Северной Америке, полученные Целевой группой ВПА по Этапам, Трудностям и Ошибкам, которые следует учитывать при организации психиатрической службы в сообществах. Психиатрические службы для сообществ развиваются на протяжении более пятидесяти лет в Соединенных Штатах и Канаде. Соединенные Штаты не только внедрили по всему миру инновации и расходование средств, но еще и предлагают различное качество медицинской помощи; Канада неуклонно развивает единый подход в системе здравоохранения при меньшей стоимости службы. Опыт, полученный в Северной Америке, включает в себя: бригадный подход и другие научно-обоснованные методы, внедрение которых с высокой вероятностью способствует улучшению результатов при ежедневной психиатрической практике; идеологию выздоровления и взаимопомощь между пациентами, хотя это требует дальнейшего изучения; эффективный, но дорогостоящий уход за людьми с серьезными психическими расстройствами, осуществляемый на уровне сообществ.

Ключевые слова: психиатрическая помощь в сообществах, США, Канада, научно-обоснованные методы, выздоровление, бригадный подход, психиатрическая реабилитация.

(*World Psychiatry* 2012;11:47-51)

Эта статья является частью серии, описывающей исследования по развитию службы охраны общественного психического здоровья в сообществах во всем мире (см. 1,2), проводимые рабочей группой ВПА, утвержденные, как часть плана действий на 2008-2011 годы (3,4). Руководство ВПА по Этапам, Трудностям и Ошибкам, которых следует избегать в реализации охраны общественного психического здоровья, разработанное этой Рабочей Группой, уже публиковалось в журнале (5) ранее. В этой статье описаны данные по Северной Америке.

В статье рассматривается эволюция охраны общественного психического здоровья в Соединенных Штатах и Канаде, освещаются ключевые моменты некоторых принципов, основанных на опыте этих двух ближайших соседей. Несмотря на свою географическую близость и общий язык (исключение, провинция Квебек), Соединенные Штаты и Канада имеют не только культуральные отличия, но и значительные различия в системах здравоохранения. Эти различия распространяются и на организацию охраны общественного психического здоровья. Поэтому, в данной статье описаны подходы к организации охраны психического здоровья для каждой страны отдельно. Однако опыт обеих стран сводится воедино в обсуждении результатов наблюдений.

СИСТЕМА ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СОЕДИНЕННЫХ ШТАТАХ

В Соединенных Штатах система охраны психического здоровья представлена многочисленными независимыми агентствами, и отдельными поставщиками услуг. Совокупность первичного звена медицинской помощи и частной врачебной практики обеспечивает большую часть психиатрической помощи людям с нетяжелыми психическими расстройствами. Наблюдения за пациентами, страдающими тяжелыми заболеваниями, такими как шизофрения, биполярное расстройство и хроническая депрессия, в каждом из 50 штатов осуществляется при помощи программ охраны общественного психического здоровья. В крупных штатах ответственность за оказание помощи часто

передана окружным или городским властям, что объясняет существование множества органов и систем охраны психического здоровья в отдельных штатах. Только Федеральные программы для неимущих (Medicaid и Medicare) для тех, кто разорен, недееспособен, или стар, финансируются администрацией одинаково для всех штатов. Однако объем Medicaid различается в каждом штате, в соответствии с различными нормами, правилами и ограничениями. В дополнение к программе охраны общественного психического здоровья в каждом штате, федеральным правительством разработана отдельная система здравоохранения для действующих военнослужащих, военных пенсионеров и инвалидов, а также для коренных американцев. Для людей злоупотребляющих психоактивными веществами программа несколько скромнее, поскольку частный сектор относительно невелик, а федеральное правительство поддерживает большую часть общественного здравоохранения, при этом в каждый штат выделяет разное количество денежных средств.

Организация этих многочисленных систем, программ и услуг, основана преимущественно на финансировании и прибыли, а не на потребности общественного здравоохранения и предпочтений потребителей системы охраны психического здоровья или исследователей. Редкие системы, программы или отдельные практикующие специалисты собирают данные о качестве или результатах оказанной помощи. Из-за большого количества поставщиков помощи, программ и посредников (например, страховых компаний и управляющих организаций), которые составляют преимущественно частную, нацеленную на извлечение прибыли систему, стоимость медицинской помощи очень велика. Расходы на здравоохранение в Соединенных Штатах в 2009 году составили примерно 2,5 триллиона долларов США (6). Из этого числа 5-12% в последние годы были направлены на охрану психического здоровья (7). Соединенные Штаты также тратят гораздо больше, чем другие страны на медицинские исследования. Одним из преимуществ огромных различий в программах и расходах на них между регионами является возможность внедрения инноваций и научных исследований.

ИСТОРИЯ

Движение по охране общественного психического здоровья началось в Соединенных Штатах в 1963 году, когда президент Джон Кеннеди подписал

Основной Закон о психическом здоровье. После этого по всей стране в крупных и мелких городах появились медицинские психиатрические центры (8). Первоначально эти центры имели слишком широкое предназначение, включая проблемы лечения и профилактики психического здоровья. К 1970-м программы общественного психического здоровья сузили свои цели до лечения пациентов с длительными и инвалидизирующими заболеваниями, они способствовали переводу этих пациентов со стационарной на амбулаторную психиатрическую помощь. Многие хронические пациенты были фактически переданы групповым домам, домам престарелых и другим общественным учреждениям. Данный подход привел к значительному сокращению крупных больниц и к сокращению общего количества госпитализированного населения. Количество пациентов в крупных государственных психиатрических больницах снизилось с более чем 500 000 до менее чем 150 000 (8).

В течение 1980-х и 1990-х гг. охрана общественного психического здоровья в США находилась под сильным влиянием двух направлений. Направление научно-обоснованных методов сформировалось под влиянием исследований эффективности лечения и доказательной медицины, а несколько позже появилось восстановительное направление, основанное на опыте потребителей системы психиатрической помощи.

МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ МЕТОДЫ

Первоначальный план помощи на уровне сообществ был разработан Национальным институтом психического здоровья и назывался «Программа общественной поддержки», важнейшая роль в этой программе отводилась специалистам, которые должны были служить координаторами и посредниками при оказании любых медицинских услуг для людей с тяжелыми и стойкими психическими расстройствами, живущими в сообществе (9). В 1970-х и 1980-х годах стали очевидными многие проблемы оказания помощи. Общие проблемы включали внедрение и непрерывность услуг для пациентов с наиболее сложными потребностями, которые нуждались в соответствующем жилье, тем, кто ложился бременем на семью, злоупотреблял психоактивными веществами, жертвам жестокого обращения и насилия (9). Недавно главными проблемами стали безработица, криминализация и ранняя смертность людей с психическими заболеваниями. Все эти проблемы усугубляются бедностью, сокращением субсидий на жилье, и переселением людей с психическими заболеваниями в центральные районы городов, пораженные безработицей, преступностью и наркоманией.

Многие модели оказания помощи были направлены на особые проблемы людей с тяжелыми психическими расстройствами, проживающих в сообществе (10). Для интеграции и непрерывности обслуживания, позитивной терапии средой, появились модели интенсивной помощи, курирования клинических случаев, и другие. Для поддержки нуждающихся и удовлетворения их потребностей в жилье, патронаже, появилась различные модели обеспечения, такие как Ложка Феэрвезер (Fairweather Lodge), непрерывное проживание, жилье с постоянным обеспечением, постройка жилья с привлечением сторонней помощи. Таким же образом решались и другие проблемы с привлечением семьи, лечением сопутствующих расстройств и т.д. Некоторые из этих моделей подтверждены данными исследований. Модели помощи, основанные на клинических

исследованиях, являются научно-доказанными методами. Различные обзоры правительства (11,12) и систематические обзоры (13-15) определили конкретные вмешательства в качестве научно-обоснованных методов.

Еще одной проблемой является неудовлетворительное применение эффективных служб в рутинном лечении психических расстройств (16). В 1997 году Фонд Роберта Вуда Джонсона, Управление Службы Наркологии и Психических Расстройств, Департаменты Психического Здоровья нескольких штатов, а также дополнительные частные фонды продемонстрировали реализацию шести специфических научно-обоснованных методов, которые были признаны необходимыми для оказания услуг по охране психического здоровья: систематическое применение лекарств, позитивное лечение средой, поддержка при устройстве на работу, семейное психообразование, контроль заболевания и выздоровления, а также комплексное лечение сопутствующих заболеваний (17). Исследования показали, что соблюдение научно-обоснованных методик было тесно связано с результатами лечения, таким образом была доказана необходимость воплощения проекта. Результаты показали, что при условии обучения и супервизии в течение одного года в ходе большинства программ было возможно применять и поддерживать высокий стандарт научно-обоснованных методов (18,19). Тем не менее, степень реализации этих методов варьирует от штата к штату (20).

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Примерно половина всех людей с тяжелыми и стойкими психическими заболеваниями в Соединенных Штатах не получили психиатрической помощи в прошлом году, поскольку отказались от имеющихся в распоряжении услуг (21). Многие другие, которые получили психиатрические услуги, были ими не удовлетворены. Потребители системы психиатрической помощи (их называют пациентами, клиентами, пользователями, потребителями или пострадавшими) предъявили серьезные претензии к существующей системе психиатрической помощи. В числе прочего они утверждали, что цели специалистов в достижении стабилизации состояния не соответствует представлениям пациентов о "выздоровлении" (22), это понятие определяется каждым человеком индивидуально, но обычно включает в себя возможности получения образования, работы, дружбы, независимой жизни, участие в жизни общества (11). Потребители помощи также сообщали о необходимости участия пациентов в принятии решений и обеспечении психиатрической помощи, неприемлемости принуждения при госпитализации, назначении лекарств и амбулаторном лечении.

Восстановительное направление повлияло на многочисленные изменения в сфере обеспечения психиатрической помощи. Многие штаты рассматривают восстановительное направление в качестве основополагающего принципа и миссии, даже если не всегда можно добиться успехов при их реализации. Реабилитационные услуги гораздо более доступны, и многие программы психиатрической помощи ограничили применение принудительных мер, таких как изоляция и фиксация. Влияние восстановительного движения в некоторых штатах было более выражено, чем в других (20).

ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ

С 2000-х годов основной стратегией организации психиатрической помощи в Соединенных Штатах является контроль расходов. Введены регулируемое медицинское обслуживание, система платного медицинского обслуживания, и аудиты программы для неимущих (Medicaid), в результате которых правитель-

ство требует возвращения миллионов долларов. Финансовый кризис серьезно повлиял на государственный бюджет и привел к многократному сокращению финансирования. 15% граждан, не имеющих страховки (среди психически больных людей этот процент выше), с большим трудом получили даже минимальную помощь (23). Результатом стало резкое ухудшение качества психиатрической помощи людям с наиболее тяжелыми расстройствами (11, 20, 24).

Совсем недавно в результате изменений правового законодательства и реформы здравоохранения появилась надежда, что людям, страдающим психическими заболеваниями в США, будет легче приобрести страховку, и что психические расстройства будут лечиться наравне с соматическими заболеваниями. Каким образом эти два законодательных акта будут воплощаться, предстоит узнать в течение последующего десятилетия.

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАНАДЕ

Аналогично ситуации в Соединенных Штатах, каждая из десяти провинций Канады и три (Северных) территории имеют свои системы психиатрической помощи: здравоохранение для большинства населения находится в юрисдикции провинций и территорий. Тем не менее, несколько факторов, в том числе общие для всех провинций характеристики медицинских учреждений, общая близость к США, (что оказало большое влияние на развитие медицинских услуг в Канаде (25,26)), контролируемые федеральными властями уравнивающие платежи от богатых провинций к бедным, а также различные механизмы обмена информацией между провинциями, привели к сходству систем психиатрической помощи между провинциями. Частично из-за выравнивания платежей, отчасти из-за большей однородности во взглядах, касающихся ресурсов, которые необходимо выделять на заботу о людях с психическими расстройствами, финансирование лечения психических расстройств из расчета на душу населения во всех канадских провинциях более однородно, чем в Соединенных Штатах. Расходы на здравоохранение на душу населения в Канаде составляют примерно половину расходов Соединенных Штатов. Недавно были опубликованы данные, что в 2007/2008 в Канаде расходы на психическое здоровье составили 7,2% от общих расходов на здравоохранение, что при расчете на душу населения (включая расходы на стационарную психиатрическую помощь, услуги врачей-психиатров и лекарственные препараты) варьирует от \$ 156 в Саскачеван до \$ 240 в Нью-Брансуик (27).

К общим чертам канадской системы психиатрической помощи относятся: а) сочетание стационарных услуг, предоставляемых объединениями профессионалов, и менее регулируемым сектором волонтеров, не входящим ни в какие объединения; б) универсальное покрытие расходов стационарной и врачебной помощи, а также услуг волонтерского сектора, но не услуг самостоятельно практикующих психологов; в) всеобщее обеспечение лекарствами пенсионеров и лиц, нуждающихся в социальной помощи, а в некоторых регионах предоставление различного уровня обеспечения и другим категориям людей, которые не обеспечены работодателем дополнительной частной страховкой г) врачи, включая психиатров в стационарах, оплачиваются непосредственно правительством регионов, в основном за счет платных услуг д) в настоящее время, за исключением провинции Альберта, проводится регионализация оказания медицинской помощи, результатом которой является последующая дифференциация служб психиатрической помощи в отдельных регионах.

Как и в Соединенных Штатах, в Канаде деинституционализация началась в конце 1950 или начале 1960-х и сопровождалась развитием психиатрических отделений в больницах общего профиля. В скором времени волонтерский сектор предложил организовать предоставление помощи в сообществах в связи с ростом числа людей с тяжелыми психическими заболеваниями, проживающих в регионе. Затем психиатрические отделения и психиатрические больницы постепенно добавили в свои программы услуги по охране психического здоровья. Этот процесс шел медленно, отставая на десятилетия от доказательной базы, и даже сегодня ряд психиатрических отделений только начал работать в этом направлении. Доступность научно-обоснованных методов остается весьма ограниченной, как и в Соединенных Штатах.

Как и в Соединенных Штатах было много дискуссий, касающихся направления выздоровления. К оказанию клинических услуг стали чаще привлекаться сами пациенты, а также постепенно стало приходить понимание, что люди с опытом психических расстройств должны принимать участие в административных решениях и в научно-исследовательских проектах.

Некоторые особенности канадской системы охраны психического здоровья препятствуют развитию высококачественной системы оказания психиатрической помощи. Психиатры, которые играют ключевую роль в обеспечении психиатрической помощи, оплачиваются непосредственно правительством регионов независимо от качества оказываемой ими помощи, при этом контроль над ними ограничен. Свод правил зачастую направлен на защиту привилегий сотрудников, особенно с большим стажем работы, чем на потребности клиентов. Финансирование лекарственного обеспечения неограниченно, в то время как финансирование психосоциальных услуг чрезвычайно ограничено.

В 2006 году после многих консультаций Постоянный Комитет Сената по социальным вопросам, науке и технике (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology) представил внушительный доклад, который обрисовал мрачную картину состояния психических и наркологических служб в Канаде (28). Услуги были не достаточно интегрированы, и людям с психическими расстройствами и лицам, осуществляющими за ними уход, зачастую не представляется возможным в них разобраться. Доступное и должным образом поддерживаемое жилье часто недоступно, как и интегрированные услуги для людей с психическими расстройствами, осложненными зависимостями, а также службы трудоустройства. Гораздо чаще, чем следует, доступные услуги являются довольно сомнительного качества. Стигматизация является распространенным явлением, приводящим к дезадаптации.

Согласно ключевой рекомендации, содержащейся в докладе, в 2007 году федеральным правительством была создана Комиссия по Психическому Здоровью Канады, в ее обязанности входило "создание интегрированной системы психиатрической помощи, в центре внимания которой находятся люди с психическими расстройствами". Каким бы ни было окончательное влияние на региональные и территориальные психиатрические службы, Комиссия протестировала беспрецедентный обмен идеями и планами в широком кругу заинтересованных лиц по всей стране.

ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕВЕРНОЙ АМЕРИКЕ В ПЕРИОД С 1960 ПО 2010 ГОД

За пять десятилетий разработки программ по охране общественного психического здоровья в Северной Америке появились надежные и стойкие модели оказания помощи. Они отличаются от многих переходных

идей, которые никогда не были широко внедрены в реальные условия. Эти подходы только в общих чертах соответствуют данным научным исследованиям, так как научно-обоснованные методы не всегда интересуют клиентов, поставщиков помощи и плательщиков. Некоторые вмешательства приживаются и процветают в течение десятилетий, не будучи научно обоснованными.

БРИГАДНАЯ ПОМОЩЬ

Для людей с наиболее тяжелыми заболеваниями, тяжелой степенью инвалидности, не имеющих семейной или общественной поддержки необходимо оказывать услуги по лечению, реабилитации и поддержке на клиническом уровне (29). Бригадный подход является наиболее эффективным способом обеспечения доступной, непрерывной и интегрированной помощи. С помощью бригад осуществляются индивидуальные, последовательные и долгосрочные программы оказания медицинских, психиатрических, жилищных, финансовых, профессиональных, семейных и социальных услуг, что помогает клиентам в достижении их собственных целей. Это понимание появилось более 30 лет назад в процессе разработки модели позитивной терапии средой, которая является эффективной по настоящее время.

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Нацеленность на выздоровление породило несколько важных последствий для системы предоставления услуг: а) необходимость широкого вовлечения социальных работников на всех этапах оказания услуг, а также привлечение их к управлению и исследованию услуг; б) подчеркивается важность свободы выбора и самоопределения, поэтому услуги сосредотачиваются на помощи клиенту в достижении собственных целей, максимально самостоятельно; в) необходимость замены принудительных мер на клинически квалифицированное и творческое взаимодействие на основе взаимного уважения и партнерства; г) запрос на финансирование различных потребительски-перспективных программ, которые могут иметь слабые доказательные базы, но которым отдают предпочтение многие люди с психическими заболеваниями.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПРАКТИКИ

Восстановительное направление с его вниманием к целям, ценностям и предпочтениям каждого человека созвучно с такой областью поддержания психического здоровья, как психиатрическая реабилитация. В одной из основополагающих работ выздоровление описано как "жизненный опыт реабилитации" (22). В ходе разработки программ реабилитации произошло согласование ценностей (на первом месте люди) и целей (успешная адаптация в предпочтительной психосоциальной области), были выделены методы и способы оценки результатов лечения, появились научно обоснованные интервенции (10). Используемый ранее ступенчатый подход к реабилитации, основанный на длительной психотерапии и образовательных программах постепенно был заменен на более современные подходы, которые помогают клиентам быстрее достигать своих целей благодаря индивидуальной поддержке. В современные подходы включаются: поддержка жилья, поддержка трудоустройства, образования и интенсивная опека пациентов.

ВЗАИМНАЯ ПОДДЕРЖКА

Социальная взаимная поддержка людей с похожими заболеваниями уже давно существует в Северной Америке. Общество анонимных алкоголиков, к примеру, неуклонно развивается с 1940 года, и миллионы людей с алкоголизмом в настоящее время посещают

заседания этого Общества в городах и пригородах по всему региону. Аналогичные программы взаимной поддержки для людей с тяжелыми и стойкими психическими расстройствами за последние десятилетия получили широкое распространение (30). Как и в случае Общества Анонимных Алкоголиков, эффективность этих программ гораздо лучше подтверждается их участниками, чем рандомизированными контролируемые исследованиями. От 10% до 20% людей с тяжелыми психическими расстройствами считают эти услуги полезными в качестве альтернативы или дополнения психиатрическим службам в сообществе. Формы подобного взаимодействия продолжают развиваться, но концепция остается одной и той же.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

В любой системе психиатрической помощи лишь небольшое количество людей с психическими расстройствами потребляют непропорционально большую долю дорогостоящих услуг, таких как стационарная помощь, обращение за неотложной помощью, изоляция и так далее. Предоставление комплексной бригадной помощи этой категории пациентов, несмотря на высокую стоимость, уменьшает страдания этих людей, а в итоге это не становится более затратным, т.к. позволяет избежать дополнительных расходов, как для членов семей пациентов, так и для сообществ и системы уголовного права (31-33).

РЕАЛИЗАЦИЯ

Модели оказания помощи оцениваются методами доказательной медицины с все большей точностью, в ходе такой проверки была выявлена неэффективность короткого обучения ключевого персонала и руководителей бригад. Эффективное оказание помощи требует непрерывного обучения и супервизии продолжительностью от 6 месяцев до года, для поддержания качества услуг требуется непрерывная супервизия. (34-36).

ВЫВОДЫ

История развития психиатрических служб в США знала как надежды, так и разочарования. Среди надежд было появление множества важных нововведений в области здравоохранения благодаря осуществлению самых долгосрочных, обширных и влиятельных научных программ в мире по изучению организации психиатрической помощи, а также благодаря инициативам со стороны потребителей. В некоторых штатах впервые было продемонстрировано, как теоретические разработки воплощаются в эффективные программы помощи, помогающие людям справиться с психическими заболеваниями. С другой стороны, разочарование было в том, что политические решения и финансирование, необходимое для обеспечения развития этих программ по всей стране зачастую были недостаточными. Реформа здравоохранения, инициированная президентом Обамой, возможно, изменит эти тенденции.

Канада позаимствовала многие идеи от своего большого соседа с юга. В то время как финансирование здравоохранения в Канаде более однородно, чем в Соединенных Штатах, в результате чего обеспечивается хорошее качество медицинской помощи, различные организационные структуры, а также отсутствие политических решений, препятствуют внедрению современных методов в повседневную практику. Недавно эти недостатки были признаны федеральным правительством, в результате чего была создана Комиссия по охране психического здоровья в Канаде, что, возможно, приведет к прогрессу в системе здравоохранения.

Литература:

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.
3. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
4. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
5. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
6. Centers for Medicare and Medicaid Services. National health care expenditures data. Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services, 2010.
7. Frank R, Goldman H, McGuire T. Trends in mental health cost growth: an expanded role for management? *Health Affairs* 2009;28:649-59.
8. Dixon L, Goldman H. Forty years of progress in community mental health: the role of evidence-based practices. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:668-73.
9. Turner J, TenHoor W. The NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform. *Schizophr Bull* 1978;4:319-48.
10. Corrigan P, Mueser K, Bond G et al. The principles and practice of psychiatric rehabilitation. New York: Guilford, 2008.
11. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 1999.
13. Chambless D, Ollendick T. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:685-716.
14. Cook J. Blazing new trails: using evidence-based practice and stakeholder consensus to enhance psychosocial rehabilitation services in Texas. *Psychiatr Rehab J* 2004;27:305-6.
15. Kreyenbuhl J, Buchanan R, Dickerson F et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2010;36:94-103.
16. Torrey W, Drake R, Dixon L et al. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:45-50.
17. Drake R, Goldman H, Leff H et al. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatr Serv* 2001;52:179-82.
18. McHugo G, Drake R, Whitley R et al. Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatr Serv* 2007;58:1279-84.
19. Swain K, Whitley R, McHugo G et al. The sustainability of evidence-based practices in routine mental health agencies. *Commun Ment Health J* 2010;46:119-29.
20. National Alliance on Mental Illness. Grading the States: a report on America's health care system for serious mental illness. Arlington: National Alliance on Mental Illness, 2006.
21. Mojtabai R, Fochtmann L, Chang S et al. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophr Bull* 2009;35:679-95.
22. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehab J* 1988;11:11-9.
23. Cunningham P, McKenzie K, Taylor E. The struggle to provide community-based care to low-income people with serious mental illness. *Health Aff* 2006;25:694-705.
24. Glied R, Frank R. Better but not best: recent trends in the well-being of the mentally ill. *Health Affairs* 2009;28:637-48.
25. Goering P, Wasylenko D, Durbin J. Canada's mental health system. *Int J Law Psychiatry* 2000;23:345-59.
26. Rochefort D, Goering P. "More a link than division": how Canada has learned from U.S. mental health policy. *Health Affairs* 1998;17:110-27.
27. Jacobs P, Dewa C, Lesage A et al. The cost of mental health and substance abuse in Canada. Alberta: Institute of Health Economics, 2010.
28. Standing Senate Committee on Social Affairs. Out of the shadows at last: transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada. Ottawa: Government of Canada, 2006.
29. Lehman A, Kreyenbuhl J, Buchanan R et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004;30:193-217.
30. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehab J* 2004;27:392-401.
31. Culhane D. The costs of homelessness: a perspective from the United States. *Eur J Homelessness* 2008;2:97-114.
32. Larimer M, Malone D, Garner M et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009; 301:1349-57.
33. Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 1999;44:443-54.
34. Drake R, Bond G, Essock S. Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:704-13.
35. Fixsen D, Naoom S, Blase K et al. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa: University of South Florida, 2005.
36. Rapp C, Etzel-Wise D, Marty D et al. Evidence-based practice implementation strategies: results of a qualitative study. *Commun Ment Health J* 2008;44:213-24.