

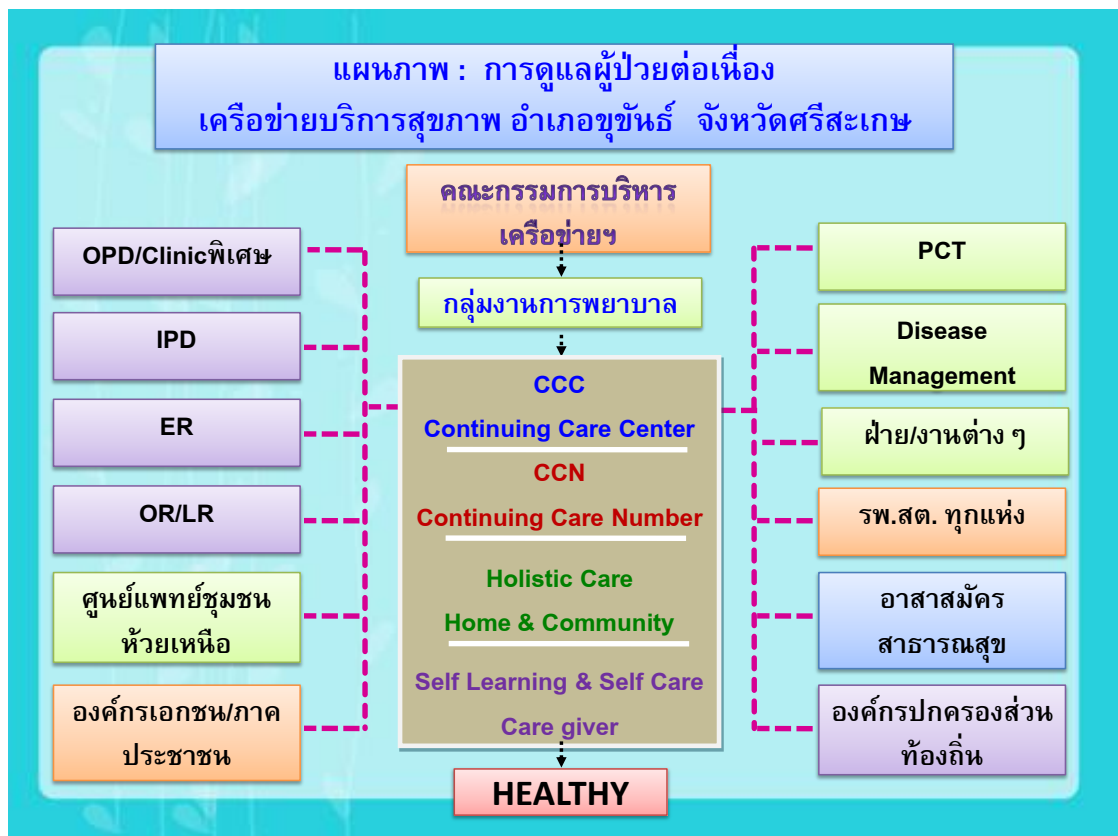
ชื่อผลงาน การประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง(ติดบ้านติดเตียง) โรงพยาบาลชุมชน  
ผู้ผลิตผลงาน นางอังคณาลักษณ์ แสงดี หัวหน้าศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและคณะ  
E-mail :.....-.....มือถือ.....ID line.....-.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชุมชน อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ

#### บทคัดย่อ

อำเภوخุขัน มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากมีโรคติดต่อเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พิจารณา เป็นผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น ทุกปี **วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง(ติดบ้านติดเตียง) โรงพยาบาลชุมชน **วิธีดำเนินการวิจัย** 1)จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(Continuing Care Center: CCC) 2) พัฒนาทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ประสานการดูแลในเครือข่ายภายใต้ภาคีสุขภาพ 4) ประชุมชี้แจงและรับฟังความคิดเห็นและมอบหมายบทบาทหน้าที่ภาคีสุขภาพ 5) จัดทำแนวทางการดูแลในแต่ละระดับ 6) ติดตามเยี่ยมและประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ **ผลการวิจัย** อำเภوخุขันมีหน่วยงานเกาะที่ดำเนินการร่วมกับภาคีสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องติดบ้านติดเตียง ที่มีผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป้าหมายได้ ร้อยละ 87.00 ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู ร้อยละ 75.00 การ Readmit ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ปี 2557-2559 ร้อยละ 6.06, 6.54 และ 8.33 ตามลำดับ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อน ปี 2557-2559 ร้อยละ 5.90, 3.39 และ 3.68 ตามลำดับ ผู้ป่วย Recurrent stroke ปี 2557-2559 ร้อยละ 1.18, 1.13 และ 1.84 ตามลำดับ **สรุปและข้อเสนอแนะ** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง(ติดบ้านติดเตียง) โรงพยาบาลชุมชน ทำให้สามารถเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้

#### ๑. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง (M2)รับผิดชอบประชากรกว่า 150,000 คน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบอุบัติการณ์ การเกิดเป็นอันดับ 1 และ 2 ของอำเภอ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้พบว่าโรคดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิต ปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น 340 คน ในปี 2557 เท่ากับ 354 คน ในปี 2558 เท่ากับ 326 คน ในปี 2559 (ค.ศ. 58- ม.ย. 59) ในปีงบประมาณดังกล่าวพบว่า ไม่มีอัตรา Revisit แต่มีอัตรา Readmit และภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ ปี 2557เท่ากับ 5.59 % ปี 2558 เท่ากับ 3.39 % และ ปี 2559 เท่ากับ 3.68 % จากการทบทวนปัญหาพบว่าญาติ ครอบครัว ชุมชน มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล และข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจในระยะยาวต่อไป





## ๒. วิธีแก้ไขปัญหา

สร้างองค์ความรู้ให้ผู้ป่วยและญาติ

## ๓. แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

- 1) จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(Continuing Care Center: CCC)
- 2) พัฒนาทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) ประสานการดูแลในเครือข่ายภายใต้ภาคีสถาภาพ
- 4) ประชุมชี้แจงและรับฟังความคิดเห็นและมอบหมายบทบาทหน้าที่ภาคีสถาภาพ
- 5) จัดทำแนวทางการดูแลในแต่ละระดับ
- 6) ติดตามเยี่ยมและประเมินผล

## ๔. กลยุทธ์หลักที่เลือกที่นำมาใช้ให้การพัฒนาบริการประสบผลสำเร็จ

- 1.) ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น รพ.สต. ผู้นำชุมชน, อสม, พระภิกษุสงฆ์ และ ผู้ป่วยจิตอาสา องค์กรเอกชน เป็นต้น
- 2.) ระบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วย- ญาติและภาคีเครือข่าย ทางโทรศัพท์ในการดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม.
- 3.) ระบบการดูแลผู้ป่วย ทุกมิติแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ

4. ระบบการจัดเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติให้เกิด ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

5. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง

#### ๕. หน่วยงานหรือบุคลากร ที่รับผิดชอบ

๑ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ( CCC : Continuous Care Center)/“ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว” เป็นศูนย์ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการสอนและสาธิตญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยมีการจัดระบบบริการดังนี้

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วย หากมีระดับ ADL Barthel index ตั้งแต่ ๔/๒๐ ลงมา ส่งcaseปรึกษา

- Case manager,CCC มีหน้าที่ประสานงานกับญาติ ทุกครั้งที่ส่งปรึกษา เข้ารับการสอน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับทีมสหวิชาชีพ

๒ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน CCC /“ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว”(LTC) เป็นศูนย์ให้ยืมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ที่จำเป็นเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน มีขั้นตอนการยืมคือ การเขียนบันทึก ในรายการที่มีราคาแพงต้องมีค้ำมัดจำ

๓ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน CCC /“ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว” ทำหน้าที่ลงทะเบียน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC และส่งเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (CCC) ที่มีอยู่เดิม โดยใช้โปรแกรม Thai coc ซึ่งจะติดตามเยี่ยมภายใน ๑๔ วัน

#### ๖. ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ ระบุทรัพยากร( 4 M) ทั้งด้านการเงิน เทคนิค ทรัพยากรบุคคล

ผู้สนับสนุนทางการเงินของการดำเนินโครงการและอธิบายวิธีการจัดสรรหรือกระจายทรัพยากร โดยนำข้อมูลตารางช่อง วิธีการความยาวไม่เกิน ๑ หน้า)

#### งบประมาณ

งบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมชน (PP Performance ) ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 64,800 บาท (หกหมื่นสี่พันแปดร้อยบาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

- ประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอในการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปบทเรียนการดำเนินงานและประเมินคุณภาพ จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 40 คน
  - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 3 ครั้ง x 40 คน x 25 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท
  - ค่าเอกสาร วัสดุ 1,500 บาท
- จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการและทักษะในการปฏิบัติงานแก่ผู้รับผิดชอบใน สสอ. รพ.สต.และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ระยะเวลา 1 วัน จำนวน 130 คน
  - ค่าอาหารกลางวัน 130 คน x 80 บาท เป็นเงิน 10,400 บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 130 คน x 25 บาท x 2 มื้อ เป็นเงิน 6,500 บาท
- ค่าวิทยากรจำนวน 2 คน x 6 ชั่วโมง เป็นเงิน 72,00 บาท
- ค่าวัสดุ เอกสาร เป็นเงิน 6,800 บาท

3. การจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ Conference Case เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรแกนนำชุมชนและ อบต. ในการแก้ไขปัญหาผลกระทบ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน จำนวน 6 โซนๆ ละ 30 คน จำนวน 180 คน

- ค่าอาหารว่าง/เครื่องดื่ม จำนวน 180 คน x 25 บาท x 2 มื้อ เป็นเงิน 9,000 บาท
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 180 คน x 80 บาท เป็นเงิน 14,400 บาท
- ค่าใช้สอย วัสดุ เอกสาร เป็นเงิน 6,000 บาท

(ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายแทนกันได้)

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรให้มีความรู้ และทักษะในการพัฒนาคุณภาพงานในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้
2. ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในชุมชนของตนเองได้
3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการและได้รับบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน

### การประเมินผลการดำเนินงาน

1. ความครอบคลุมการได้รับบริการของกลุ่มเป้าหมาย
2. การประเมินความรู้(ก่อน-หลัง)การอบรมทุกคนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
3. การประเมินทักษะการปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
4. ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

### ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมชน
2. คปสอ.ชุมชน

### ๗. บุคลากร/หน่วยงาน/ภาคประชาชน ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ

**ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ( CCC : Continuous Care Center )/“ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว”** เป็นศูนย์ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการสอนและสาธิตญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยมีการจัดระบบบริการดังนี้

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วย หากมีระดับ ADL Barthel index ตั้งแต่ ๔/๒๐ ลงมา ส่งcaseปรึกษา

- Case manager,CCC มีหน้าที่ประสานงานกับญาติ ทุกรายที่ส่งปรึกษา เข้ารับการสอนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับทีมสหวิชาชีพ

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน CCC /“ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว”(LTC) เป็นศูนย์ ให้ยืมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ที่จำเป็นเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน มีขั้นตอนการยืมคือ การเขียนบันทึก ในรายการที่มีราคาแพงต้องมีค้ำมัดจำ

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน CCC /“ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว” ทำหน้าที่ลงทะเบียนรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC และส่งเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (CCC) ที่มีอยู่เดิม โดยใช้โปรแกรม Thai coc ซึ่งจะติดตามเยี่ยมภายใน ๑๔ วัน

## ๘. ผลการดำเนินงาน

- 1) พบว่า อำเภออุษาคเนย์มีภาคีสภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านติดเตียง
- 2) ผลการติดตามเยี่ยม 87 %
- 3) อัตราผู้ป่วยหลุดเล็ดลอดสมอง Readmit ปี2557 6.06 % ปี2558 6.54 % ปี2559 8.33 %
- 4) การฟื้นฟูสภาพ 75 %
- 5) ร้อยละผู้ป่วยหลุดเล็ดลอดสมอง เกิดภาวะแทรกซ้อน ปี2557 5.9 % ปี2558 3.39 % ปี2559 3.68 %
- 6) อัตรา ผู้ป่วย Recurrent stroke ปี2557 1.18 % ปี2558 1.13 % ปี2559 1.84 %

## ๙. ปัญหาที่พบระหว่างดำเนินการ และใช้วิธีการแก้ไข

จากการดำเนินงานดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านที่ผ่านมาพบว่า ด้านผู้ป่วยมีจำนวนที่ต้องได้รับเยี่ยมมาก ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจ ในการดูแลผู้ป่วย ด้านผู้เยี่ยมเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ทีมเยี่ยมบ้านไม่ได้ติดตามแผนที่วางไว้ ด้านข้อมูลขาดการจัดเก็บข้อมูล การตอบกลับข้อมูลไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จากการขาดการดูแลที่ถูกต้อง จากปัญหาดังกล่าวจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านขึ้นเพื่อให้เกิดช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ตามความต้องการเครือข่ายสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ

## ๑๐. ประโยชน์ของแผนงาน

การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านขึ้นเพื่อให้เกิดช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ตามความต้องการเครือข่ายสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ

## ๑๑. การดำเนินการตามแผน

- 1) จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(Continuing Care Center: CCC)
- 2) พัฒนาทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) ประสานการดูแลในเครือข่ายภายใต้ภาคีสุขภาพ
- 4) ประชุมชี้แจงและรับฟังความคิดเห็นและมอบหมายบทบาทหน้าที่ภาคีสุขภาพ
- 5) จัดทำแนวทางการดูแลในแต่ละระดับ
- 6) ติดตามเยี่ยมและประเมินผล

#### ๑๒. นวัตกรรม ที่สำเร็จนี้มีส่วนสำคัญที่เป็นประโยชน์ในด้าน

จากผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง(ติดบ้านติดเตียง) โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในปี 2557-2559 มีผู้ป่วย 928 , 888 , 875 คน ตามลำดับ โดยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลช่วยเหลือ การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง ประเมินทักษะและเจตคติการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ อุบัติการณ์กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลงและต่ำกว่าตัวชี้วัด ( $< 5\%$ ) ทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากผลการดำเนินงาน พบว่ามี อัตราผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง Readmit ที่มีภาวะแทรกซ้อน ปี 2557 เท่ากับ 5.9 % ปี 2558 เท่ากับ 3.39 % และปี 2559 เท่ากับ 3.68 % มีแนวโน้มลดลง สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ไปใช้กับโรคอื่นๆได้ เกิดภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

#### ๑๓. การประเมินผลอย่างเป็นทางการ ตลอดจนปฏิกิริยาสะท้อนกลับของประชาชน/ผู้รับบริการ

หลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไม่มีอัตรา Revisit อัตรา Readmit ลดลง จากปี 2557 เท่ากับ 5.9 % ปี 2558 เท่ากับ 3.39 % และปี 2559 เท่ากับ 3.68 % อัตรา Recurrent stroke มีแนวโน้มลดลง จากผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง(ติดบ้านติดเตียง) โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในปี 2557-2559 มีผู้ป่วย 928 , 888 , 875 คน ตามลำดับ โดยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลช่วยเหลือ การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง ประเมินทักษะและเจตคติการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ อุบัติการณ์กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลงและต่ำกว่าตัวชี้วัด ( $< 5\%$ ) ทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากผลการดำเนินงาน พบว่ามี อัตราผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง Readmit ที่มีภาวะแทรกซ้อน ปี 2557 เท่ากับ 5.9 % ปี 2558 เท่ากับ 3.39 % และปี 2559 เท่ากับ 3.68 % มีแนวโน้มลดลง สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ไปใช้กับโรคอื่นๆได้ เกิดภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

#### ๑๔. คุณประโยชน์ของแผนงาน/โครงการ/นวัตกรรม นี้หากนำไปปฏิบัติในพื้นที่อื่น

จากผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง(ติดบ้านติดเตียง) โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในปี 2557-2559 มีผู้ป่วย 928 , 888 , 875 คน ตามลำดับ โดยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแล

ช่วยเหลือ การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง ประเมินทักษะและเจตคติการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ไปใช้กับโรคอื่นๆได้ เกิดภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

#### โอกาสเพื่อการพัฒนา

- 1) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ในชุมชนให้ เข้มแข็ง
- 2) ขยายภาคีเครือข่าย เพื่อการดูแลให้ ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายในชุมชน
- 3) พัฒนาองค์ความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง (งานวิจัย R2R, นวัตกรรม, CQI )
- 4) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ

#### ๑๕. บทเรียนที่ได้รับ

การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยญาติซึ่งได้รับความรู้ คำแนะนำจนเกิดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้ และนำนวัตกรรมต่างๆไปใช้ในการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน สามารถลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยและติดตามจากชุมชนส่งผลให้การทำงานที่ยั่งยืนต่อไป