

Chulalongkorn Medical Journal

Volume 37
Issue 12 December 1993

Article 1

12-1-1993

การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์นอกโรงพยาบาล

Mai Ratanavararuk.

Nutaros Chanthachume

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Ratanavararuk., Mai and Chanthachume, Nutaros (1993) "การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์นอกโรงพยาบาล," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 37: Iss. 12, Article 1.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.37.12.1

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol37/iss12/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์นอกระบบโรงพยาบาล

ประพันธ์ ภาณุภาค*

ด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์กว่า 6 แสนคนทั่วประเทศในขณะนี้ และกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยยังไม่มีที่ท้าวจะลดลง และคนที่ติดเชื้อจะป่วยขึ้นมาปีละ 5-6 เปอร์เซ็นต์ จึงพอคำนวณได้ว่าในแต่ละปีจะมีคนไข้ใหม่เกิดขึ้นกว่า 3 หมื่นคนที่จะต้องไปพบแพทย์ ต้องรับการรักษา และต้องอยู่โรงพยาบาล ที่คลินิกเอดส์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งมีอาทิตยละครึ่ง ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาคนไข้เพิ่มจากครั้งละ 50 คนเป็นกว่า 100 คน และแต่ละคนล้วนมีอาการหนักๆ คนไข้ใหม่ที่ยังไม่มีอาการถ้าต้องการจะพบแพทย์หรือตรวจที-เซลล์ต้องเข้าคิวรอนานถึง 4 เดือน ร้อยละ 10-20 ของเตียงอายุรกรรมในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใหญ่ๆ จะเป็นคนไข้โรคเอดส์ ปัญหาในจังหวัดภาคเหนือตอนบนยิ่งรุนแรงกว่านี้หลายเท่า ในวันที่คณะอนุกรรมการโรคเอดส์ของคณะกรรมการการสาธารณสุข ของสภาผู้แทนราษฎร ไปตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2536 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายซึ่งมีเตียง 24 เตียง 17 เตียงหรือร้อยละ 70 เป็นคนไข้โรคเอดส์ แต่ละคนดูโทรมเอามากๆ ต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าคนไข้คนอื่น ๆ และต้องเสียค่ายาและค่ารักษามากกว่าส่งผลกระทบต่อกรับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ และต้องงบประมาณค่ารักษาพยาบาลคนไข้ประเภทอื่น ๆ เป็นอย่างมาก ขณะนี้ได้มีความพยายามในการปล่อยถ่ายคนไข้จากโรงพยาบาลใหญ่ๆ ให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งก็ยังมีทรัพยากรและบุคลากรน้อยกว่า ไม่นานก็อาจจะเต็มขีดความสามารถเช่นกัน

คงต้องขยายตึกและขยายโรงพยาบาล เพื่อรับสถานการณ์โรคเอดส์ แต่จะสร้างอีกกี่ตึกหรืออีกกี่โรงพยา-

บาลก็คงไม่พอที่จะรับคนไข้โรคเอดส์ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ค่าสร้างตึก สร้างโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลล้วนต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงเป็นที่มาของแนวคิดในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์นอกระบบโรงพยาบาล

ทางออกอันแรกคือให้คนไข้ไปรับบริการตามคลินิกแพทย์ต่าง ๆ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในหลาย ๆ ประเทศได้รับการฝึกอบรมให้รู้จักวิธีดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ รู้จักการใช้ยา เอ-แซด-ที และยาต้านไวรัสเอดส์อื่น ๆ อีกทั้งคนไข้ก็สามารถไปเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐหรือจากบริษัทประกันได้ตามระบบประกันสังคม หรือระบบที่รัฐให้บริการฟรีด้านการรักษาพยาบาล คนไข้ไทยต้องจ่ายสตางค์เองเวลาไปหาหมอที่คลินิก จึงมีคนไข้เอดส์นับคนได้ที่มีสตางค์ไปรักษากับแพทย์ที่คลินิก

ทางออกอันถัดไปก็คือการให้คนไข้ไปรับบริการของรัฐตามสถานื่อนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ที่มีอยู่ตามหมู่บ้านต่างๆ กระทรวงสาธารณสุขมีเครือข่ายการให้บริการดังกล่าวกระจายอยู่ทุกตำบลในประเทศไทย น่าจะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ ปัญหาใหญ่ก็คือการอบรมบุคลากรในสถานื่อนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ให้รู้จักวิธีดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ต้องให้งบประมาณค่ายาและค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และต้องเพิ่มบุคลากรทางด้านนี้ให้มากขึ้น เพราะบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบันก็มีงานด้านรักษาพยาบาลและป้องกันโรคอื่นมีย่อยอยู่แล้ว นอกจากนี้ปัญหาคือการเดินทางจากบ้านไปที่สถานื่อนามัยหรือสำนักงานผดุงครรภ์จะสะดวกเพียงไร ซึ่งก็คงง่ายกว่าเดินทางไปโรงพยาบาลประจำจังหวัด และปัญหาอีกอันคือคนในหมู่บ้านในตำบลมักรู้จักกันว่าใครเป็นใคร ถ้าไปรักษา

* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอดส์ที่สถานีนามัย คนคงรู้กันทั่วหมู่บ้าน ครอบครัวจะถูกรังเกียจและถูกดูถูก ปัญหาการรังเกียจผู้ติดเชื้อและครอบครัวคงจะอยู่กับสังคมไทยไปอีกระยะหนึ่ง และจะค่อย ๆ หดไปเมื่อพบว่ามิเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง เป็นเอดส์หรือตายจากเอดส์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สังคมจะเกิดความเคยชินไปเอง ประเด็นในขณะนี้คือจะทำอย่างไรจะทำให้การรังเกียจผู้ติดเชื้อหดไปเร็วกว่าการที่จะปล่อยให้ค่อย ๆ หดไปเองตามธรรมชาติ?

อีกวิธีหนึ่งที่จะผ่อนถ่ายภาระของโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ก็คือการจัดให้มีศูนย์บำบัดรักษาในช่วงกลางวัน (Day care center) ขึ้นในตัวโรงพยาบาลเอง หรือที่สถานีนามัยหรือในชุมชน แต่ต้องมีเครือข่ายที่ใกล้ชิดกับโรงพยาบาล เพื่อที่โรงพยาบาลจะสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษามาขึ้นตอนหนึ่งแล้วปลอดภัยที่จะออกจากโรงพยาบาลได้ แต่การรักษายังไม่ครบถ้วน อาจยังต้องฉีดยาหรือทำแผลวันละครั้งสองครั้ง จะได้มารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาในช่วงกลางวันแบบเข้าไป-เย็นกลับหรือแบบผู้ป่วยนอก โดยไม่จำเป็นต้องนอนอยู่ในเตียงของโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะได้ใช้เตียงนั้นรับคนไข้อื่นที่จำเป็นต้องไปได้อีก ทั้งค่าใช้จ่ายและค่าบำรุงรักษาของศูนย์บำบัดรักษาในช่วงเวลากลางวันจะถูกกว่าของเตียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก ศูนย์ฯ นี้จะต้องมีข้อตกลงแนบชิดกับโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมาว่าจะต้องสามารถส่งต่อผู้ป่วยคนนั้นกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ได้ ถ้าเกิดมีอาการกำเริบโดยศูนย์ฯ จะไม่รับรักษาคนไข้หนักหรือรับคนไข้ไว้นอนข้ามคืนเป็นอันขาด

วิธีที่ดีที่สุด ประหยัดที่สุด และทำได้กว้างขวางที่สุดก็คือการให้ผู้ป่วยที่มีอาการที่ไม่อยู่ในขั้นวิกฤต หรือขั้นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือคนที่มีอาการเรื้อรัง หรือคนที่แพทย์ไม่มีอะไรจะรักษาได้มากนักในโรงพยาบาลนอกจากการรักษาตามอาการ (เช่นการให้ยาแก้ไอ, แก้ปวด หรือยาระงับท้องเสียเป็นครั้งเป็นคราว) ให้ไปนอนพักรักษาตัวที่บ้านของตนเอง จะได้มีความอบอุ่นในการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ใกล้ชิดกับสภาพความเป็นอยู่ที่ตัวเองเคยชิน สภาพจิตใจจะได้ดีขึ้น และอาจพลอยทำให้สภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

คนไข้จะไปพักรักษาตัวเองที่บ้านได้ก็ต่อเมื่อเขาแข็งแรงดีพอที่จะดูแลตัวเองที่บ้าน หรือจะต้องมีบ้านของตัวเอง หรือมีญาติพี่น้องในบ้านที่จะช่วยหรือยินดีที่จะช่วย

ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทญาติพี่น้องมักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรืออยู่บ้านใกล้กัน จึงสามารถช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันได้ คนในกรุงหรือในเมืองใหญ่อาจมีปัญหา เพราะมักแยกครอบครัวเวลาแต่งงานหรือแต่ละคนในครอบครัวต่างต้องดิ้นรนทำงานหาเลี้ยงชีพตัวเป็นเกลียว เวลาว่างที่จะมาดูแลคนชรา หรือคนเจ็บป่วยจึงแทบจะหาได้ยาก

สมมุติว่ามีญาติพี่น้องที่จะช่วยดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านได้ เขาจะยอมช่วยหรือไม่ หรือจะรังเกียจผู้ป่วยหรือไม่? โชคดีที่ครอบครัวไทยไม่ค่อยมีใครรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ จะมีบ้างเป็นส่วนน้อยและเฉพาะในระยะแรก ๆ ด้วยยังทำใจไม่ได้ ถ้าจะรังเกียจก็ไม่ใช่ เพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง เช่น การเป็นเกย์ หรือติดยาเสพติด ว่าเป็นปัญหาในครอบครัวต่างประเทศ แต่รังเกียจเพราะกลัวว่าจะติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วย ดังนั้น ถ้ามีการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องว่าเชื้อเอดส์ไม่ติดต่อกันโดยการสัมผัส หรือโดยการอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อ ความกลัวและความรังเกียจจะลดลง

ญาติพี่น้องของผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำหรือเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน การสอนถ้าจะให้ได้ประโยชน์ นำไปปฏิบัติได้จริง ๆ คงต้องทำกันอย่างจริง ๆ จัง ๆ เป็นหลักสูตร 3-5 วัน รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การกำกับดูแลของผู้สอนด้วย เนื้อหาสาระของการดูแลติดเชื้อเอดส์ที่บ้าน ประกอบด้วย ส่วนสำคัญ 4 ส่วน ซึ่งต้องผสมผสานกันเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่คนไข้มากที่สุด ได้แก่

(1) การดูแลด้านการแพทย์ โดยสอนให้รู้จักความรู้พื้นฐานของการเกิดโรคเอดส์ การดำเนินตามธรรมชาติของโรค การรู้จักสังเกตอาการสำคัญของโรคเอดส์ เช่น ไข้, ท้องเสีย, เชื้อราในช่องปาก, ปอดบวม, วัณโรค และเชื้อหูดสมองอักเสบเป็นต้น การรักษาเบื้องต้น เช่นวิธีการใช้ยาลดไข้ ยาแก้ท้องเสีย ยารักษาเชื้อราในช่องปาก และรู้จักว่าเมื่อไรควรต้องรีบพาคนไข้ไปหาแพทย์ เป็นต้น

(2) การพยาบาลผู้ป่วย เช่น การวัดปรอท จับชีพจร การเช็ดตัวผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต การทำแผล การฉีดยา และการจัดยาตามที่แพทย์สั่ง การทำลายเชื้อ และการป้องกันตัวเองและผู้อื่นไม่ให้ติดเชื้อหรือเชื้อแทรกซ้อนอื่น ๆ จากผู้ป่วยและป้องกันผู้ป่วยไม่ให้

ติดเชื่อแทรกซ้อนจากคนรอบข้าง เป็นต้น

(3) การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เช่น สอนให้รู้จักวิธีปลอบใจผู้ป่วย วิธีการให้คำปรึกษาแนะนำ การให้กำลังใจ การเป็นเพื่อนคุย หรือเป็นคนที่คุณจะใช้จะปรึกษาได้ สามารถให้คำแนะนำเรื่องการทำงาน ที่พักอาศัย การแต่งงาน การวางแผนครอบครัว หรือการสนองความต้องการทางเพศที่ปลอดภัย รวมทั้งการใช้หลักธรรมหรือหลักคำสอนของแต่ละศาสนาในการเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ

(4) การช่วยเหลือทางด้านสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยอยู่คนเดียวในบ้าน เช่น การจ่ายกับข้าว การหุงอาหาร การซักผ้าเช็ดตัว การทำความสะอาดภายในบ้าน การชำระใบเสร็จหรือบิลต่างๆ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ หรือดอกเบี้ยเงินกู้ และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามกำหนดนัด เป็นต้น

นอกจากญาติพี่น้องในบ้านของผู้ป่วยที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยได้แล้ว ยังมีเพื่อนฝูงที่สนิท เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน เช่น แม่บ้านอาสาสมัคร หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยกันที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ หรือญาติผู้ติดเชื้อซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว แต่มีความสงสารและมีใจรักที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ อาสาสมัครเหล่านี้จะต้องได้รับการอบรมในหลักสูตรที่กล่าวแล้ว และต้องทำให้องค์กรหรือผู้ติดเชื้อเอดส์จึงจะมีผู้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ และมีผู้ยื่นมือเข้ามาขอรับการช่วยเหลือ

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีบ้านอยู่ หรือไม่มีคนในบ้านที่จะดูแลได้ หรือคนในบ้านยังมีความรังเกียจที่จะดูแลผู้ป่วยในบ้าน ก็จะต้องมีสถานที่ของรัฐหรือองค์กรสาธารณะกุศลที่จะรับดูแลผู้ป่วยเหล่านี้สักระยะหนึ่งจนกว่าที่จะขยับขยายไปอยู่ที่บ้านหรือจนอาการดีขึ้นที่จะกลับไปทำงานหรือกลับไปอยู่หอพักได้ ในต่างประเทศมีสถาน "พักฟื้น" หรือสถานสงเคราะห์ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (เรียก Hospice) ในลักษณะนี้มาก โดยรัฐเป็นผู้รับค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในประเทศไทยก็พอมีบ้าง ดำเนินการโดยกรมประชาสงเคราะห์ โดยกระทรวงสาธารณสุข และโดยองค์กรเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรทางคริสต์ศาสนาโดยมีเงินทุนจากต่างประเทศ ส่วนของศาสนาพุทธก็พอมีบ้าง เช่น ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เป็นต้น ชื่อของสถานเหล่านี้มีชื่อเรียกต่างๆ เช่น บ้านกึ่งวิถี บ้านพักใจ บ้านพักฝัน สถานสงเคราะห์ สถานฟื้นฟู ชุมชนบำบัด ฯลฯ หลักการสำคัญของสถาน "พักฟื้น" ในลักษณะนี้คือ ต้องไม่มีการบังคับให้ใครมา

หรือไป หรือจับมาอยู่ ไม่มีบรรยากาศของการแบ่งแยก รังเกียจ หรือแยกตัวโดดเดี่ยวจากสังคม เช่น ไปสร้างอยู่ในป่า มีรั้วรอบขอบชิด มีระบบกักน้ำเสียของตัวเอง หรือทำงานชาวบ้านรู้สึกว่าเป็นสถานที่ที่น่ากลัว หรือโรคนี้ต้องจำกัดบริเวณ ไปปะปนกับชาวบ้านไม่ได้ และคนที่คนไข้สามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้ตามปกติก็ต้องรีบสนับสนุนให้เขากลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ การให้บริการในสถานที่เหล่านี้จะต้องมีครบทั้ง 4 ประการ ตามที่กล่าวแล้ว บ้านพักผู้ติดเชื้อเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี เป็นสถานที่หนึ่งที่เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติและบริการทั้งปวงที่กล่าวแล้ว น่าที่ผู้สนใจจะไปศึกษาดูงานเป็นตัวอย่าง

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีบริการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเป็นระบบมาหลายสิบปีแล้ว ก่อนจะมีโรคเอดส์ตั้งนาน โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ไปเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ที่บ้านทุกวัน หรือทุก 2 วัน มีการให้การบำบัดรักษาทางกายและทางใจพร้อมกัน เขาเรียกว่า "โรงพยาบาลที่บ้าน" หรือ "Hospital in home" รัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่ายา) ก่อนช่วงแพง ตกวันละ 4,000 บาท แต่เขายังถูกกว่าค่าใช้จ่าย ถ้าคนไข้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล 3-4 เท่าตัว บ้านเราหวังจะให้มีแพทย์และพยาบาลเต็มกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลของรัฐก็ยากอยู่แล้ว การจะให้มีแพทย์และพยาบาลไปเยี่ยมใช้ที่บ้านก็คงไม่ต้องพูดถึง นอกเสียจากว่าคนไข้จะจ่ายเงินได้ เราจึงต้องอาศัยครอบครัวและอาสาสมัครจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแทน โดยต้องสอนให้สามารถทำหน้าที่ของพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์เสร็จไปในตัว และใช้สถานบริการของรัฐในชุมชน เช่น สถานีอนามัย สถานีผดุงครรภ์ สถานีเภสัช และโรงพยาบาลชุมชนในการสนับสนุนยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน หรือเป็นศูนย์บำบัดรักษาในช่วงกลางวัน

การจัดบริการรักษาพยาบาลนอกระบบโรงพยาบาลที่กล่าวแล้ว เป็นเรื่องที่ยากจะใหม่สำหรับบ้านเรา จริงๆ น่าจะทำมานานแล้ว โรคเอดส์เป็นตัวเร่งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชนหันมาสนใจเรื่องนี้ อย่างจริงจัง หลายคนเห็นว่าประเทศไทยน่าจะทำอย่างต่างประเทศ คือเริ่มด้วยการให้บริการแก่ผู้ป่วยเรื้อรังทุกโรค ไม่ต้องระบุว่าสำหรับโรคเอดส์อย่างเดียว เพื่อหลีกเลี่ยงการที่ผู้มารับบริการจะถูกรังเกียจ หรือประณามจากสังคม

แต่หลายท่านก็เห็นว่าทรัพยากรของเรามีจำกัด ถ้าจะรวมโรคอื่น ๆ เข้าไปด้วยแล้วจะทำไม่ไหว น่าจะใช้เอดส์เป็นหัวหอกหรือตุ๊กตาที่จะสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้านและชุมชนขึ้นมา ต่อไปถ้าต้องขยายออกไปดูแลคนไข้มะเร็งหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ก็สามารรถทำได้ ส่วนเรื่องการถูกสังคมรังเกียจถ้าทำเฉพาะเอดส์อย่างเดียวนั้น ท่านผู้รับบอกว่าอีก 2-3 ปี ก็จะมีคนไปเอง เพราะมีคนไทยเป็นเอดส์กันเยอะแยะ

ท่านผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องจะเลือกรูปแบบใดก็รับเลือกเถอะ เพราะไม่มีเวลาเหลือให้รอหรือถกเถียงกันมากแล้ว ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องร่วมมือกันใช้ทรัพยากรและประสบการณ์ของแต่ละฝ่ายที่มีอยู่ ร่วมมือร่วมใจกันสร้างระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์นอกกระบวนโรงพยาบาลให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ไม่มีวิธีหรือระบบใดจะดีที่สุดหรือถูกต้องที่สุดเพียงวิธีเดียวหรือระบบเดียว อาจต้องช่วยๆ กันคนละวิธี เสริมซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดผลที่ดีที่สุดทั้งต่อคนไข้และต่อระบบสาธารณสุขของประเทศเป็นส่วนรวม