

調研／研究報告

《構建香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案》

項目統籌人：鍾志豪教授

項目團隊成員：Per Nilsen 教授、黃仰山教授、梁挺雄教授、林志秀教授、胡志遠教授、程月玲女士、連煒鈴博士、黃凱琳博士

香港中文大學

內容

	頁碼
研究目的	3
調查計劃	3
研究工作實施情況	8
項目成果及效益	10
參考文獻	19
刊物	20
致謝	21
附錄	22

研究團隊

鍾志豪教授（項目統籌）

香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院副教授、香港註冊中醫師

Per Nilsen 教授

瑞典林雪平大學醫療及健康科學院教授

黃仰山教授

香港中文大學公共衛生及基層醫療學院院長、醫院管理局新界東聯網家庭醫學部名譽顧問

梁挺雄教授

香港中文大學賽中醫學院前院長

林志秀教授

香港中文大學賽中醫學院院長

胡志遠教授

香港中文大學醫學院副院長

程月玲女士

前香港中文大學中醫學院及內科及藥物治療學系總護士長（研究）

連煒鈴博士

香港註冊中醫師及香港中西醫結合醫學研究所專業顧問

黃凱琳博士

前香港中文大學公共衛生及基層醫療學院博士後研究員

1. 研究目的

本項目的目的是:

- 一. 從不同持份者 (即醫療服務提供者:中醫師、西醫、護士和行政人員, 及病人照顧者) 中探討影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的因素;
- 二. 根據不同影響因素擬定初步實施方案, 在持份者間尋求共識, 以構建最終版實施方案。

2. 調查計劃

本項目就構建香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案展開各項調查, 分成三個部份進行。

- 第一部份, 研究團隊運用臨床實踐理論框架指引 (Theoretical Domains Framework, TDF) 進行個人訪談, 從不同持份者 (即醫療服務提供者:中醫師、西醫、護士和行政人員, 及病人照顧者) 中探討影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的因素;
- 第二部份, 研究團隊根據第一部份個人訪談的內容, 把個人、組織和政策方面的影響因素映射到開發實施方案的行為改變輪 (Behavioral Change Wheel, BCW) 上, 再挑選相應的行為改變技術 (Behavioral Change Techniques, BCTs), 擬定初步的實施方案;
- 第三部份, 研究團隊就第二部份擬定的初步實施方案進行兩輪持份者問卷調查, 各持份者達成共識後, 構建最終版實施方案。

本項目已向香港中文大學調查及行為研究操守委員會取得倫理許可(參考編號: SBRE-21-0164)。

2.1 第一部份: 探討影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的因素

此部份旨在運用TDF臨床實踐理論框架指引, 向兩組持份者進行個人訪談, 以辨識目前影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的個人、組織和政策因素, 從而促進採用和實施中西醫協作癌症紓緩治療服務。組別一為具備中西醫協作癌症紓緩治療經驗的醫療服務提供者(即中醫師、西醫、護士和行政人員), 以及病人照顧者 (每類有4人, 共20人); 而組別二為沒有相關經驗的醫療服務提供者及病人組織代表 (每類有4人, 共20人)。這些人士來自不同背景, 以代表不同持份者的意見。

透過諮詢組別一及組別二的持份者, 研究人員可分別辨識促進採用及實施中西醫協作癌症紓緩治療服務的因素, 從而收窄證據實踐差距 (evidence-practice gap)。這樣有助研究人員深入瞭解在香港醫療系統中, 實施中西醫協作癌症紓緩治療服務的複雜程度。

2.1.1 採集數據

此部份的個人訪談，依照 TDF 臨床實踐理論框架指引進行。TDF 由 14 個理論域 (theoretical domains) 組成，即知識，技能，社會、職業角色和認同，能力信念，結果信念，意向，目標，強化，樂觀，記憶、注意力與決定過程，環境與資源，社會影響，情緒調節，以及行為調節(1)。這 14 個理論域涵蓋了個人、組織、社會不同層面的因素，有助研究團隊從不同角度探討目前影響中西醫協作癌症舒緩治療服務實施的因素，以便在第二部份擬定初步的實施方案，促進採用及實施相關服務。

訪談由具有豐富定性訪談經驗、曾應用 TDF 臨床實踐理論框架和構建實施方案的項目統籌負責，研究助理從旁打點。個人訪談時間大約為 25 至 45 分鐘，整個訪談過程以錄音記錄，再由研究人員轉錄文字檔，作數據分析之用。

訪談開始前，受訪者需簽署知情同意書。受訪者可自行選擇訪問地點，以便自由表達意見。為使受訪者暢所欲言，他們的姓名身份將受保密。研究人員會在訪談過程中純作協調的角色，以提高分析的有效性和可靠性。

2.1.2 分析數據

為追蹤訪談進度和及時跟進定性數據 (qualitative data) 分析，研究人員在完成第一次訪談後，便把錄音檔轉錄文字檔，然後對文字檔進行分析，而不留待完成所有訪談後才開始分析。從組別一及組別二所得的數據，會先分成醫療服務提供者及病人照顧者兩個類別，再使用 NVivo Pro 軟件分三階段個別分析。研究人員隨後分別為組別一及組別二的醫療服務提供者及照顧者進行全面的綜合分析。

2.1.3 數據分析

2.1.3.1 數據分析階段一：就文字檔進行編碼

2.1.3.1.1：擬定編碼指南

兩位研究人員利用初步編碼指南，獨立地把最初進行的 12 個訪談結果（即不同持份者（包括醫療服務提供者：中醫師、西醫、護士和行政人員，及病人照顧者）中，組別一及組別二各 2 次訪談）編入 TDF 理論域。在編碼過程中，研究人員會從文字檔仔細分析受訪者的意見，考慮當中的觀點與 TDF 理論域定義的關連，繼而使用內容分析法 (content-analysis approach) (2)，把受訪者的觀點分配至一個或多個理論域。然後，研究人員比較及對照編碼結果，調整初步編碼指南，擬定一致的修改編碼指南。此方法確保編碼維持一致，隨後的編碼亦以此修改編碼指南為參考。

2.1.3.1.2：就訪談文字檔進行雙重編碼

剩餘的訪談將由兩位相同的研究人員進行編碼。研究人員定期會面（每當完成 5 個訪談的編碼後），以評定兩者編碼是否一致，並尋求共識。在無法達成共

識的情況下，研究人員會與資深中醫師、西醫和護士（本項目之項目統籌：註冊中醫師- 鍾志豪教授、林志秀教授及連煒鈴博士；註冊西醫- 黃仰山教授、梁挺雄教授及胡志遠教授；註冊護士- 程月玲女士）及熟習 TDF 臨床實踐理論框架的資深學者（本項目之共同申請人：Per Nilsen 教授）進行討論，以解讀文字檔。倘若未能就文字檔編碼至單一理論域達成共識，文字檔將會編碼至研究人員辨識的所有理論域。

2.1.3.1.3：評估編碼的可信度

研究人員在所有 TDF 理論域中採用評分者間信度（inter-rater agreement）評估（kappa 分數（ κ ）），評價兩位研究人員之間的可信度(3)。若 $\kappa > 0.6$ ，評分者間信度可被視作滿意。若未達此門檻，本研究團隊會再舉行會議尋求共識。

2.1.3.2 數據分析階段二：擬定促進採用和實施中西醫協作癌症紓緩治療服務的概括主題（overarching themes）及信念陳述（belief statements）

2.1.3.2.1：解讀編碼結果

研究人員把文字檔編入 TDF 理論域後，分別從醫療服務提供者及照顧者的角度，歸納出有關促進採用和實施中西醫協作癌症紓緩治療服務的概括主題及信念陳述。概括主題展示促進採用和實施相關治療服務的因素；信念陳述則是收集對促進採用和實施相關治療服務造成影響的回應(4)。研究人員會根據現有編碼指南，為在數據分析階段一時所編入各個 TDF 理論域的定性數據，擬定概括主題及信念陳述，然後再由另一位研究人員核對。

2.1.3.2.2：量化編碼結果

研究人員在解讀編碼結果後，為兩個組別中的不同持份者，以列表形式展示各個 TDF 理論域的概括主題、信念陳述和提及次數(5)。

2.1.3.3 數據分析階段三：辨識目前影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的因素

研究人員就下列三項準則，評估在數據分析階段二時，各個擬定概括主題及信念陳述的關連：(i) 具有相對高的提及次數；(ii) 表明出現分歧的理念方式；(iii) 反映強烈理念——部份因素對能否促進採用和實施中西醫協作癌症紓緩治療服務尤其重要。而當研究人員決定各 TDF 理論域的關連時，亦會同時考慮上述三項準則(6)。如 TDF 理論域與概括主題及信念陳述相關，並同時符合兩或三項上述準則，將被視為影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的因素。

2.1.3.4 完成第一部份及預計成果

- 擬定促進採用和實施中西醫協作癌症紓緩治療服務的概括主題及信念陳述；
- 從而辨識目前影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的因素。

研究結果有助研究人員於第二部份，初步擬定香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案。

2.2 第二部份：初步擬定香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案

研究人員根據第一部份兩個組別的個人訪談內容，把個人、組織和政策方面的影響因素映射到開發實施方案的行為改變輪(BCW)中的三大元素，包括：(1) 能力、(2) 機會和 (3) 動機 (COM-B)。他們在辨識有關連的 COM-B 元素後，就各項影響因素揀選特定的干預功能。揀選干預功能後，研究人員會評估支援實行的相關政策。選擇干預功能以及相應的政策類別後，研究人員會挑選相應的行為改變技術(BCTs)(7)，確保初步擬定的實施方案合乎邏輯。

本研究團隊包括臨床醫生及方法論學者，透過面對面或線上會議就已挑選的行為改變技術(BCTs)，為兩組持份者初步擬定有關促進採用和實施香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案。

2.2.1 完成第二部份及預計成果

為促進採用和實施香港中西醫協作癌症紓緩治療服務，擬定初步的實施方案。初步實施方案有助研究人員於第三部份再加評。

2.3 第三部份：進行兩輪持份者問卷調查，從而構建最終版實施方案

研究人員按照可負擔性 (affordability)、實用性 (practicability)、有效性及成本效益 (effectiveness and cost-effectiveness)、可接受性 (acceptability)、副作用/安全性 (side-effects/safety) 及公平 (equity) 的準則 (APEASE)，就第二部份擬定的初步實施方案向兩組持份者進行兩輪問卷調查。這六個APEASE準則可協助研究人員根據不同情境，就問卷調查結果訂下實施方案的內容(8)。持份者包括：組別一) 具備中西醫協作癌症紓緩治療經驗的醫療服務提供者(即中醫師、西醫、護士和行政人員)，以及病人組織代表 (每類各2人，共10人); 組別二) 沒有相關經驗的醫療服務提供者及病人組織代表 (每類各2人，共10人)，以代表不同背景人士的意見。

透過德爾菲(Delphi) 問卷調查中，參與本部份的兩組持份者可全面考慮 APEASE 準則，然後為初步的中西醫協作癌症紓緩治療服務實施方案進行評分(9)。再藉著通過兩輪問卷調查，各持份者達成共識後，構建兩組各自的最終版實施方案。

研究人員利用本項目之共同申請人的專業網絡，先以電郵聯絡有意參加的持份者，並交代項目目的和詳情。持份者簽署知情同意書後，研究人員將會向其口頭介紹本部份的問卷調查，及第二部份擬定的初步實施方案，相關內容亦會以

電郵發送給持份者，以作補充。

2.3.1 第一輪持份者問卷調查數據收集及分析

研究人員將會把第一輪持份者問卷，內容包括個人基本資料及第二部份擬定的初步實施方案，電郵給組別一及組別二的持份者。每位持份者獨自完成問卷後，需把已完成的問卷，以電郵交還給研究人員。醫療服務提供者需就第二部份擬定的所有初步實施方案評分，而病人照顧者就只需為跟照顧癌症紓緩病人有關連的初步實施方案評分。

在第一輪問卷調查中，每位持份者需為每個初步實施方案就六個 APEASE 準則分別給予 0 或 1 分（即「否」或「是」），所以每個初步實施方案的最高分數為 120 分（即 20 位持份者 x 六個準則）。根據近期出版的文獻指出(9)，APEASE 準則並沒有設立臨界值。在決定最終是否構建實施方案前，APEASE 準則將協助指導決策過程。研究人員會利用四點李克特量表 (4-point Likert scale) 為每個初步實施方案評級，包括：「反對此選項」、「不建議此選項」、「建議此選項」、「推薦此選項」。此外，持份者亦歡迎就每個初步實施方案提供定性評論。

在每個初步實施方案中，第一輪的四點李克特量表中位數評級會連同四分位數間距(interquartile range, IQR) 一併計算，以展示持份者之間的分歧。選擇以中位數和 IQR 顯示結果的原因是，與平均數及標準差相比，前者較少受離群值影響(10)。此外，持份者贊同初步實施方案的比例，會以百分比(%)表達，參考以往研究採用的同意標準，本部份持份者問卷調查設定達成共識的臨界值為 75%。因此，在第一輪問卷調查中，若 75%或以上持份者在四點李克特量表上給予「建議此選項」或「推薦此選項」的評級，該初步實施方案會獲推薦為建議；反之，若 75%或以上持份者在四點李克特量表上給予「不建議此選項」或「反對此選項」的評級，該初步實施方案則會被否決。然而，當無法就初步實施方案取得共識時，研究人員會綜合持份者在第一輪中對各初步實施方案的六個 APEASE 評分，及其他定性評論，以便在第二輪持份者問卷調查作進一步評估。

2.3.2 第二輪持份者問卷調查數據收集及分析

在第二輪問卷調查中，研究人員會請持份者對在各自組別之第一輪問卷調查中未有獲推薦或未被否決的初步實施方案進行評估。第二輪持份者問卷的內容包括：(i) 持份者自己在第一輪問卷給予各初步實施方案的評級；(ii) 第一輪問卷各初步實施方案的四點李克特量表中位數評級、IQR 和持份者贊同方案的百分比；(iii) 定性評論摘要，以及 (iv) 所有持份者對各初步實施方案的六個

APEASE 準則評分。接着，研究人員會進行類似第一輪問卷調查的數據收集及分析，當中包括為各初步實施方案以六個 APEASE 準則重新進行評估，從而構建最終版實施方案。

2.3.3 完成第三部份及預計成果

本項目將會就促進採用和實施中西醫協作癌症紓緩治療服務，分別在具備中西醫協作癌症紓緩治療經驗及沒有相關經驗的持份者 (包括醫療服務提供者:中醫師、西醫、護士和行政人員，及病人組織代表)間達成共識，構建兩組各自的最終版實施方案。

3. 研究工作實施情況

第一部份：探討影響中西醫協作癌症紓緩治療服務實施的因素持份者訪談

本研究於第一部份進行了持份者訪問，共完成 42 位持份者的訪問，包括西醫、中醫師、護士、行政人員、病人組織代表/照顧者各八人及兩位藥劑師。由於進行訪問期間，有很多受訪者提到中西藥交互作用是影響推行中西醫協作癌症紓緩治療服務的重要因素，於是特此於原定計劃以外新增兩位藥劑師的部分以補足相關內容。

訪問的問題共分四款：1)有協作治療經驗醫護專業人員；2)沒有協作治療經驗醫護專業人員；3) 有協作治療經驗病人組織代表/照顧者；4) 沒有協作治療經驗病人組織代表/照顧者。持份者訪問內容包括被訪者中西醫協作癌症紓緩治療的理解/經驗，以及以臨床實踐理論框架中的各理論域為基礎所擬定的問題，並按組別有所調整，並歡迎持份者就某些部分作更深入的分享。

所有持份者訪談皆有錄音紀錄，並轉化為文字稿用作數據分析之用。文字檔轉錄及分析與訪談同時進行。

數據分析的第一階段為擬定編碼指南。編碼指南在研究過程中亦在初步指南的基礎上進行增補及修正。參考此編碼指南，研究人員用內容分析法將訪問內容編碼至不同的理論域中。編碼完成後，參與過程的研究人員與研究團隊中的資深成員對所有編碼進行討論，以確保結果一致。故此，該部分的評分者間信度為 $\kappa = 1.0$ 。

研究人員然後以宏觀角度歸納出有關促進採用和實施中西醫協作癌症紓緩治療服務的概括主題，以展示促進或障礙採用和實施相關治療服務的各项因素。並分析各項歸納出的主題中的文本內容，是否影響實施的重要因素。其中一些整合出的因素包括：醫護專業人員對中醫藥的猶豫態度；對循證中西醫協作治療

服務的存在以及其有效性的認知度不足；醫護專業人員缺乏針對循證協作治療服務的指引和協議；醫護專業人員與患者之間關於協作治療的服務的溝通不足；缺乏適當開展和提供協作治療服務的操作指引；醫護專業人員參與協作治療服務的意願較低；某些協作治療服務的有效性和安全性缺乏足夠的證據支持等。

第二部份：初步擬定香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案

研究人員根據第一部份兩個組別的個人訪談內容，把個人、組織和政策方面的影響因素映射到開發實施方案的行為改變輪(BCW)中的三大元素，包括：（1）能力、（2）機會和（3）動機 (COM-B)。研究人員依據 COM-B 和 TDF 的編碼結果，參考行為改變輪以揀選干預功能。選擇干預功能以及相應的政策類別後，研究人員挑選了理論文獻建議的相應行為改變技術(BCTs)，確保初步擬定的實施方案合乎邏輯及具理論支持。

研究人員結合總結出來的行為改變技術，並結合實際情況，草擬了初步實施方案，根據香港現時著重基層治療的方向擬定作為第三部分問卷調查基礎的 36 項干預措施。

第三部份：進行兩輪持份者問卷調查，從而構建最終版實施方案

在第三部份，研究團隊就第二部份擬定了的初步實施方案，進行兩輪持份者問卷調查，各持份者達成共識後，構建最終版實施方案。持份者包括: 組別一) 具備中西醫協作癌症紓緩治療經驗的醫療服務提供者(中醫師(x2)、西醫(x2)、護士(x2)、行政人員(x2)、病人照顧者/病人組織代表(x1)、藥劑師(x1)); 組別二) 沒有相關經驗的醫療服務提供者及病人照顧者 中醫師(x2)、西醫(x2)、護士(x2)、行政人員(x2)、病人照顧者/病人組織代表(x2)、藥劑師(x1)。

德爾菲研究由 21 名參與者組成德爾菲小組。在第一輪德爾菲研究中，36 個實施干預措施中的 35 個達成了共識(詳見項目成果)，建議評級的中位數為 3（滿分 4 分），資料差異很小。這表明持份者對這些實施干預措施的建議差異較小。同意建議或推薦這些實施干預措施的持份者的百分比從 76.2%到 100%不等。在這 35 項實施干預措施中，有 8 項獲得了所有持份者的一致同意。(所有建議的實施干預措施的詳細清單見附錄 5)。這 35 項達成共識的實施干預措施，共同構建成為最終版實施方案。

鑒於第一輪研究達成了高度一致，因此沒有進行第二輪德爾菲法研究。

4. 項目成果及效益

4.1 香港中西醫協作癌症(支持)治療服務實施因素定性研究：第一輪訪談結果

第一輪訪談的結果顯示了幾個與在香港實施中西醫協作癌症(支持)治療服務有關的普遍主題。這些主題被歸類為：在兩篇作為項目前期工作所撰寫的系統綜述(中美比較概述及癌症中西醫協作實施因素系統綜述)中研究出¹(i)國際及香港經驗中被認為重要的主題；以及(ii)在以中西醫專業人員之間的跨專業合作為核心的香港中西醫協作癌症(支持)治療情景下被認為重要的主題。

4.1.1 國際及香港經驗中被認為重要的主題

對中西醫協作癌症(支持)治療效果的現有臨床證據缺乏認識

被識別出的普遍主題之一是，「醫療專業人員、病人和照顧者對支持中西醫協作癌症(支持)治療干預的安全性和有效性的證據缺乏認識」。參加者(參加者的基本專業背景和人口特徵參見附錄 6)強調提供使用嚴格研究方法得出的最新臨床證據的重要性，以支持跨專業決策並提高持份者對中西醫協作癌症(支持)治療服務提供的信心。參加者建議將臨床證據納入具有輔助決策功能的電子健康記錄系統，以提高中西醫協作癌症(支持)治療干預的適當性和依從性。此外，還建議向普通受眾提供通俗易懂的臨床證據摘要，以增強病人、照顧者和公眾對使用中西醫協作癌症(支持)治療服務做出合適決策的能力。

缺乏對中西醫協作癌症(支持)治療服務的瞭解

另一個普遍主題是「醫療保健專業人員和醫療保健管理人員缺乏有關中西醫協作癌症(支持)治療服務的知識」。參加者強調有必要開展有關中西醫協作癌症(支持)治療的實務培訓計畫，並附以本地適用的臨床指南，為醫療專業人員（尤其是西醫和護士）提供最新的可操作知識。參加者建議撥出更多資金，支

¹ 該兩篇學術文章分別通過比較研究中醫協作推行情況和癌症患者中西醫協作實施情況，進行了系統性總結，確定了一些在國際和香港經驗中被認為重要的主題。兩篇文章的研究工作是項目早期階段的前期工作，目的是在進行實地訪談前，更好掌握學術界研究已得出的相關影響因素，為後續工作提供參考。

持中西醫協作癌症(支持)治療臨床實踐指南的編制與傳播，以促進對實證的理解並轉化為實踐。

跨專業溝通與合作效率低下

參加者強調了在提供中西醫協作癌症(支持)治療服務時「跨專業溝通與合作效率低下」的挑戰。他們建議開發一個共通的電子健康記錄系統，以促進中西醫專業人員和護士之間的溝通和資訊交流。他們還建議開展正式和非正式的團體建設活動，如期刊俱樂部和實踐觀察，以改善專業關係，促進醫護人員之間的信任。這些策略旨在加強相互轉診，並在提供中西醫協作癌症(支持)治療服務時保持高效的跨專業溝通。

4.1.2 在以中西醫專業人員之間的跨專業合作為核心的香港中西醫協作癌症(支持)治療情景下被認為重要的主題

缺乏護理和行政人員支持跨專業合作

一個本地普遍的主題是「缺乏護理和行政人員支持跨專業合作」。參加者強調了醫療協調在中西醫協作癌症(支持)治療中的重要性，以及需要經驗豐富的護士來簡化中西醫協作癌症(支持)治療服務的提供和促進跨專業合作。參加者建議提供更多資金，用於培訓、招聘和留在協調中西醫協作癌症(支持)治療服務方面經驗豐富的護士以及處理行政工作的行政助理，以解決這一實施障礙。

對草藥-藥物相互作用和中草藥毒性缺乏瞭解

另一個本地普遍的主題是醫療專業人員「對草藥-藥物相互作用和中草藥毒性缺乏瞭解」。參加者強調有必要建立一個開放使用的線上平台，提供有關草藥-藥物相互作用和草藥毒性的最新知識。參加者建議將這些知識納入電子健康記錄系統，並在發現禁忌症或潛在毒性時自動發出警報，以促進避免負面相互作用和不良反應。此外，還建議招聘具有中西藥學雙重資格的藥劑師，以開發和更新臨床資訊系統，並提供中藥與西醫聯合用藥的諮詢服務。

4.1.3 針對香港醫療系統的實施干預措施

根據識別出的實施因素，提出了 36 項初步實施干預措施，以解決這些普遍主題，並在隨後的德爾菲研究中進一步完善。實施工作應側重於提供最新的臨床證據、培訓醫療保健專業人員、開發共用電子健康記錄系統以及向公眾宣傳中西醫協作癌症(支持)治療服務。

4.2 初步擬定香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案

為了收集有關初步實施干預措施的建議，並將這些措施整合為一個實施方案，團隊進行了第二輪定性訪談。該輪訪談為中西醫協作癌症(支持)治療服務模式的發展提供了寶貴的見解。在擬議的基於公私營協作關係的模式中，地區康健中心將在中西醫協作癌症(支持)治療專科護士的領導下發揮核心作用。他們將負責發起、安排、協調和評估中西醫協作癌症(支持)門診服務的提供。此外，他們還將促進參與該計畫的私營中醫專業人員之間的溝通。

在這一模式下，所有申請加入該計畫的病人都將在地區康健中心接受中西醫協作癌症(支持)專科護士的評估。如果他們符合相關的報名條件，就會被分配和轉介到接受過中西醫協作癌症(支持)治療專業培訓的私家中醫師和私家西醫（腫瘤科醫生、支持治療專科醫生或接受過相關培訓的家庭醫生）。不符合入院標準的患者將被列入候診名單，並被要求參加隨後的資格評估。

一旦完成轉診，患者將同時接受私營中醫診所提供的中醫治療（如針灸、推拿和中草藥）和私營西醫提供的常規醫學治療。具體的常規醫學治療將由西醫決定。為促進合作和資訊共用，將實施共通電子健康記錄系統。該系統將提供診斷測試結果、身體檢查結果、處方中醫藥和常規治療以及完整病史的概覽。該系統還將通過直接資訊傳遞，使中醫和西醫之間能夠進行安全通信。

為確保患者安全，將在共通電子病歷系統中集成一個自動監控系統。該系統將檢測潛在的中草藥相互作用和中草藥毒性。擁有中醫藥和西藥學雙重註冊資格的專科藥劑師將負責監測這些相互作用和毒性，根據最新臨床證據更新系統資料庫，並為所有參與中西醫協作癌症(支持)治療服務計畫的中醫師和西醫提供諮詢服務。

除協調個案外，地區康健中心的中西醫協作癌症(支持)治療專科護士還將評估病人對中西醫協作癌症(支持)治療服務的效果和滿意度。他們將不斷向中醫師和西醫提供專項回饋以持續改進。

4.3 進行持份者問卷調查，從而構建最終版實施方案

德爾菲研究由 21 名參與者組成德爾菲小組。在德爾菲研究中，36 項實施干預措施中的 35 項達成了共識(見表 1)，建議評級的中位數為 3（滿分 4 分），資料差異很小。這表明持份者對這些實施干預措施的建議差異較小。同意建議或推薦這些實施干預措施的持份者的百分比從 76.2%到 100%不等。在這 35 項實施干預措施中，有 8 項獲得了所有持份者的一致同意。(所有建議的實施干預措施的詳細清單見附錄 5)。

根據 APEASE 標準對建議的實施干預措施進行評級

持份者根據 APEASE 標準對推薦的實施干預措施進行了評級。可負擔性是最關鍵的推薦標準，21 個持份者中有 20 個對這一標準做出了正面回答。實用性、副作用/安全性和公平也被認為是至關重要的，19 位持份者對這些標準給予了正面回答。

對推薦的實施干預措施的定性評論

雖然只有少數實施干預措施收到了具體意見，但持份者提出的主要共同關切是缺乏實施建議實施干預措施的人力和時間。如果自願醫療保險涵蓋中西醫協作門診服務，則需要專職人員監督和調查濫收費用的情況。專科護士和擁有中醫和西醫藥學雙重資格的藥劑師以及數量稀少，可能會對滿足中西醫協作癌症(支持)治療服務門診服務需求構成挑戰。此外，醫護人員用於相關專業發展和團隊建設活動的時間可能有限。

鑒於第一輪研究達成了高度一致，因此沒有進行第二輪德爾菲法研究。

4.4 香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的實施方案

經過德爾菲法的共識過程，表 1 為由 35 項實施干預措施所構成的香港中西醫協作癌症紓緩治療服務的最終版實施方案

表 1.35 項達成共識以地區康健中心為核心的實施干預措施

醫務衛生局
1. 透過各種媒介，向大眾解釋香港中醫藥監管制度及投訴機制
2. 推出「專病」醫療券，資助基層中西醫協作癌症（支持）治療服務
3. 於所有自願醫保計劃中設立有關基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的保障
4. 訂立指標協助定期評核地區康健中心、社區中醫及西醫診所的轉診次數
5. 訂立指標協助定期評核地區康健中心、社區中醫及西醫診所於遵從臨床路徑及服務流程方面的表現
6. 訂立對基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的臨床成效及病人滿意度結果的評核準則
7. 增撥資源用於提升中醫藥及中西醫協作治療的安全性及有效性的研究能力
中西醫協作臨床管治中心
- 成立以本地中醫（藥）學院為核心的中西醫協作臨床管治中心，負責設計有關基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的臨床指南及計劃香港中醫的短、中、長期培訓、學術及研究發展 - 目標成為香港中醫專科學院的前身，全方位負責香港中醫專科化
8. 籌組以本地中醫（藥）學院為核心的中西醫協作臨床管治中心
9. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員制訂正式轉診（轉介/referral）機制
10. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員制訂臨床路徑及服務流程（包括遙距診療）
11. 舉辦有關基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的持續專業進修課程，並鼓勵所有醫療專業人員參與
12. 擬定基層中西醫協作癌症（支持）治療服務提供者名冊的准入準則
13. 為負責基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的中醫及護士設立特定專科制度
14. 擬定參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療團隊的梯隊建立方案及其持續發展模式
15. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員制訂守則，釐清職權範圍及與協作相關的法律責任
16. 開發中西藥相互作用及中藥安全性資訊平台，並將其結合電子病歷管理系統，予所有醫療專業人員使用
17. 招募同時擁有國家執業藥師及香港藥劑師資格的藥劑師為顧問，持續更新中西藥相互作用及中藥安全性資訊平台，對複雜病案提供專業中西藥學諮詢服務
18. 透過各種媒介，向中醫推廣臨床路徑及服務流程的應用，並將其結合電子病歷管理系統，提升他們依照臨床路徑去執行中西醫協作癌症（支持）治療的效率、質素及信心
19. 透過各種媒介，向所有醫療專業人員詳述現代中醫藥概況，改變他們對中醫的守舊及缺乏現代知識的印象
20. 透過各種媒介，向所有醫療專業人員提供有關中西醫協作癌症（支持）治療的安全性及有效性的研究結果
21. 將中西醫跨專業溝通技巧納入本科醫學培訓
地區康健中心
22. 利用地區康健中心為核心，執行基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的統籌工作
23. 招募專科護士統籌基層中西醫協作癌症（支持）治療服務個案
24. 招募行政人員協助基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的運作

25. 制訂基層中西醫協作癌症（支持）治療服務提供者名冊
26. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員舉辦團隊建設活動
27. 定期向參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員提供有關臨床成效及病人滿意度的報告
28. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務開發統一的電子病歷管理系統
29. 協助培訓提供基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療團隊梯隊及其持續發展
30. 邀請內地專家參與建立示範社區中西醫協作癌症（支持）治療單位，讓西醫及護士獲取得第一身中西醫協作癌症（支持）治療經驗
31. 邀請曾接受中西醫協作治療的病人及康復者分享個人體驗予醫療專業人員
32. 透過各種媒介，向病人及照顧者介紹接受基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的收費及相關資助方案
中醫藥專業學會
33. 透過各種媒介，向大眾詳述現代中醫藥發展概況，改變他們對中醫的守舊及缺乏現代知識的印象
34. 透過各種媒介，向大眾宣傳有關中西醫協作癌症（支持）治療（包括安全性及有效性）
35. 發起宣傳活動，向醫療專業人員介紹基層中西醫協作癌症（支持）治療作為重點醫療項目

4.5 項目效益討論

總而言之，這份研究報告有助於瞭解綜合癌症治療服務在國際和香港的實施策略和注意事項系統性綜述識別出影響綜合癌症治療服務實施的關鍵因素，並強調了應對關鍵的普遍實施挑戰的重要性。第一輪定性研究為實施中西醫協作癌症(支持)治療服務的實際挑戰和注意事項提供了從前線出發的見解，強調了解決知識缺口、建立轉診機制系統、改善跨專業溝通以及整合西醫和中醫知識的必要性。第二輪訪談和德爾菲法研究的重點是建構基於地區康健中心的服務模式和實施干預措施，以用於門診中西醫協作癌症(支持)治療服務的提供。特別強調需要解決人員配置問題，為專業發展和團隊建設提供充足的時間，以及促進跨專業合作和公私營協作。通過解決這些障礙並實施適當的實施干預措施，醫療機構可以有效地實施中西醫協作癌症(支持)治療服務，改善對病人的治療，並提高患者的治療效果和滿意度。

本研究頁目有幾個限制。首先，採用目的性抽樣可能會導致選擇偏差，因為當地利益相關者是透過研究團隊的專業網路邀請到的。不過，除非所有不同背景的持份者達成共識，否則實施干預措施不可能獲得認可，因此偏差的影響並不顯著。此外，由於共識門檻高達 70%，因此不太可能單靠採樣偏差來達成協議。其次，我們並沒有將政策制定者或官方代表納入德爾菲法研究或持份者訪談

中，因此我們的實施干預措施並沒有從自上而下的角度考慮行政問題。所以，在將來的研究中，在量身訂做干預細節時，可以會納入這些持份者組別，以自上而下的角度進行研究，以簡化干預的實施過程。

參考文獻

1. Cane J, O' Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation science*. 2012;7(1):37.
2. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
3. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*. 1977:159-74.
4. Francis JJ, Stockton C, Eccles MP, Johnston M, Cuthbertson BH, Grimshaw JM, et al. Evidence-based selection of theories for designing behaviour change interventions: Using methods based on theoretical construct domains to understand clinicians' blood transfusion behaviour. *British journal of health psychology*. 2009;14(4):625-46.
5. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *BMJ Quality & Safety*. 2005;14(1):26-33.
6. Patey AM, Islam R, Francis JJ, Bryson GL, Grimshaw JM. Anesthesiologists' and surgeons' perceptions about routine pre-operative testing in low-risk patients: application of the Theoretical Domains Framework (TDF) to identify factors that influence physicians' decisions to order pre-operative tests. *Implementation Science*. 2012;7(1):52.
7. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*. 2011;6(1):42.
8. Michie S, Atkins L, West R. The behaviour change wheel: a guide to designing interventions. 2014. Great Britain: Silverback Publishing. 2015.

9. Steinmo SH, Michie S, Fuller C, Stanley S, Stapleton C, Stone SP. Bridging the gap between pragmatic intervention design and theory: using behavioural science tools to modify an existing quality improvement programme to implement “Sepsis Six” . Implementation Science. 2015;11(1):14.
10. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. Journal of clinical epidemiology. 2014;67(4):401-9.

刊物

1. Chung, V. C., Ho, F. F., Lao, L., Liu, J., Lee, M. S., Chan, K. W., & Nilsen, P. (2023). Implementation science in traditional, complementary and integrative medicine: An overview of experiences from China and the United States. *Phytomedicine*, 109, 154591.
2. Kwong, M. H., Ho, L., Li, A. S., Nilsen, P., Ho, F. F., Zhong, C. C., & Chung, V. C. (2023). Integrative oncology in cancer care – implementation factors: mixed-methods systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*. doi: 10.1136/spcare-2022-004150.
3. Ho, L., Kwong, M. H., Li, A. S., Nilsen, P., Ho, F. F., Zhong, C. C., ... & Chung, V. C. (2023). Developing Implementation Strategies for Promoting Integrative Oncology Outpatient Service Delivery and Utilisation: A Qualitative Study in Hong Kong. [Preprint.] Submitted to *Journal of Traditional and Complementary Medicine*.
4. Ho, L., Kwong, M. H., Li, A. S., Ho, F. F., Zhong, C. C., Wong, C. H., & Chung, V. C. Contextualising implementation interventions for promoting outpatient integrative Chinese – western oncology service delivery and utilisation in Hong Kong: A Delphi study [Unpublished manuscript]. Submitted to *Journal of Advanced Nursing*.

致謝

本研究項目由香港特別行政區政府中醫藥發展基金資助，研究團隊深表謝意。

感謝所有參與持份者訪談及德爾菲法研究的相關持份者的不吝抽空分享寶貴意見及建議。

附錄

附錄 1.中美比較概述全文

附錄 2. 癌症中西醫協作實施因素系統綜述全文

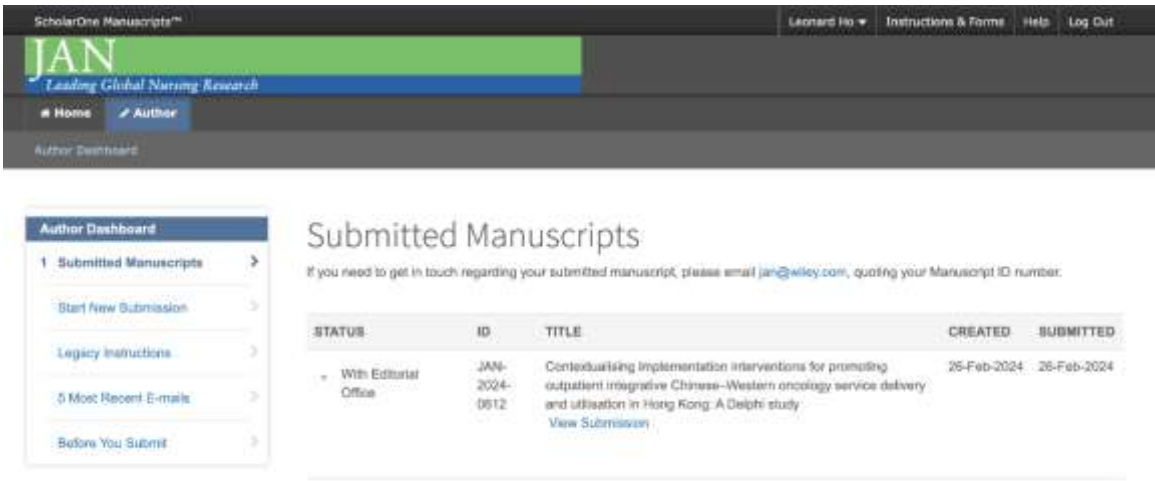
附錄 3. 香港中西醫協作癌症(支持)治療服務實施因素之定性研究全文及投稿刊登紀錄



The screenshot shows the submission interface for the Journal of Traditional and Complementary Medicine. It includes a navigation bar with links like Home, About, Submit, and Contact. The main content area displays a table of submitted manuscripts. The table has columns for Article ID, Manuscript Title, Author, Article Type, Status, and Date. One manuscript is listed with ID 10124-24-0005, titled 'Developing Implementation Strategies for Promoting Integrative Oncology Outpatient Service Delivery and Utilization in Hong Kong', by Yip, Yip, and others, with a status of 'Under Review' and a date of Feb 19, 2024.

Article ID	Manuscript Title	Author	Article Type	Status	Date
10124-24-0005	Developing Implementation Strategies for Promoting Integrative Oncology Outpatient Service Delivery and Utilization in Hong Kong	Yip, Yip, and others	Original Article	Under Review	Feb 19, 2024

附錄 4. 德爾菲法研究投稿刊登紀錄



The screenshot shows the Author Dashboard for the Journal of Integrative Nursing Research (JAN). The dashboard includes a sidebar with links like Home, Author, and Manuscripts. The main content area displays a table of submitted manuscripts. The table has columns for STATUS, ID, TITLE, CREATED, and SUBMITTED. One manuscript is listed with ID JAN-2024-0612, titled 'Contextualising implementation interventions for promoting outpatient integrative Chinese-Western oncology service delivery and utilisation in Hong Kong: A Delphi study', with a status of 'With Editorial Office', a created date of 26-Feb-2024, and a submitted date of 26-Feb-2024.

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
With Editorial Office	JAN-2024-0612	Contextualising implementation interventions for promoting outpatient integrative Chinese-Western oncology service delivery and utilisation in Hong Kong: A Delphi study	26-Feb-2024	26-Feb-2024

附錄 5. 35 項達成共識以地區康健中心為核心的實施干預措施詳細清單(附詳細內容)

醫務衛生局
1. 透過各種媒介，向大眾解釋香港中醫藥監管制度及投訴機制 ➤ 擬解決的問題 • 現時大眾或因不了解香港的中醫藥監管制度及投訴機制，而不使用中醫治療 • 若對香港的中醫藥監管制度及投訴機制缺乏了解，大眾或會對使用協作服務缺乏信心 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議醫務衛生局向大眾解釋相關制度及機制，令他們更放心地使用基層中西醫協作癌症（支持）治療服務 ➤ 持份者顧慮 • 機制必須清晰透明，否則會招來不必要或錯誤的質疑
2. 推出「專病」醫療券，資助基層中西醫協作癌症（支持）治療服務 ➤ 擬解決的問題 • 現時醫療券制度未能精準地對使用基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的病人提供資助 • 若缺乏金錢援助，基層病人或無法負擔相關開支 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議醫務衛生局推出「專病」醫療券，確保癌症病人有能力得到基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的同時，亦可防止資源被濫用 ➤ 持份者意見 • 財政上的支持值得被考慮，因為病人利益倡議者遇到過很多病人尋求中醫治療的資助。
3. 於所有自願醫保計劃中設立有關基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的保障 ➤ 擬解決的問題 • 現時自願醫保當中，並非所有計劃都提供中西醫協作癌症（支持）治療服務的保障 • 若缺乏保險保障，病人或無法負擔相關開支 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議醫務衛生局於自願醫保的基本計劃當中，設立有關基層中西醫（協作）治療服務的保障條款，讓相關受保人亦能使用基層中西醫協作服務 ➤ 持份者顧慮 • 必須有足夠人手以監管和調查因為擴大保障範圍而新增的多收費用個案
4. 訂立指標協助定期評核地區康健中心、社區中醫及西醫診所的轉診次數 ➤ 擬解決的問題

● 現時尚未訂立指標監察每年參與協作服務的個案數字，以作為地區康健中心、社區中醫及西醫診所的定期表現評核 ● 若無客觀標準協助評核表現，資源分配（包括撥款）或不能被妥善安排 ➤ 解決方案及預期效果 ● 建議醫務衛生局與中西醫協作臨床管治中心訂立評核指標，提高參與協作服務的醫療專業人員於轉診個案上的主動性 ➤ 持份者顧慮 ● 若指標過於苛刻，醫護專業人士未必能夠達成到而不繼續參與	
5. 訂立指標協助定期評核地區康健中心、社區中醫及西醫診所於遵從臨床路徑及服務流程方面的表現 ➤ 擬解決的問題 ● 現時尚未訂立指標監察地區康健中心、社區中醫及西醫診所於遵從臨床路徑及服務流程方面的表現 ● 若無客觀標準協助評核表現，協作服務的質素及安全性或會出現參差 ➤ 解決方案及預期效果 ● 建議醫務衛生局與中西醫協作臨床管治中心訂立指標，提升臨床路徑及服務流程的遵從性，確保協作服務的質素 ➤ 持份者顧慮 ● 若指標過於苛刻，醫護專業人士未必能夠達成到而不繼續參與	
6. 訂立對基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的臨床成效及病人滿意度結果的評核準則 ➤ 擬解決的問題 ● 現時尚未訂立臨床成效及病人滿意度指標，協助地區康健中心、社區中醫及西醫診所的定期評核表現 ● 若無定期結果評核，地區康健中心、社區中醫及西醫診所或不能全面檢視參與協作服務的人員的水平，亦未能檢討相關質素 ➤ 解決方案及預期效果 ● 建議醫務衛生局與中西醫協作臨床管治中心訂立相關指標，協助監察臨床成效及病人滿意度，確保服務符合一定水平	
7. 增撥資源用於提升中醫藥及中西醫協作治療的安全性及有效性的研究能力 ➤ 擬解決的問題 ● 現時《中醫藥發展基金》並無專門項目資助以培養中醫人才進行達國際水平的臨床及服務評估研究 ● 若缺乏研究資源，大學及其他研究機構或無法於中西醫協作治療方面進行研究，長遠會阻礙中西醫協作服務的發展 ➤ 解決方案及預期效果 ● 建議醫務衛生局增撥資源提升大學及其他機構的研究能力，協助它們具針對性地於中西醫協作治療方面進行臨床及服務評估研究	
中西醫協作臨床管治中心	

▪ 成立以本地中醫（藥）學院為核心的中西醫協作臨床管治中心，負責設計有關基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的臨床指南及計劃香港中醫的短、中、長期培訓、學術及研究發展 ▪ 目標成為香港中醫專科學院的前身，全方位負責香港中醫專科化
8. 籌組以本地中醫（藥）學院為核心的中西醫協作臨床管治中心 ➤ 擬解決的問題 • 現時並未有一個臨床管治中心負責為基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的發展提供專業意見及主導協作服務的流程設計 • 若無正式的臨床管治團隊或小組，則無法有效開展高質素的協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 邀請本地中醫（藥）學院組成中西醫協作臨床管治中心，為協作服務的實施及評估做好準備
9. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員制訂正式轉診（轉介/referral）機制 ➤ 擬解決的問題 • 現時醫療專業人員並不了解應如何處理中西醫之間的轉診流程 • 若無正式轉診機制，有意提供協作服務的醫療專業人員則需透過個人專業網絡自行安排病人轉診；無個人專業網絡的醫療專業人員，則難以參與協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心制訂正式的轉診機制，讓參與協作服務的醫療專業人員能有效率地進行轉診
10. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員制訂臨床路徑及服務流程（包括遙距診療） ➤ 擬解決的問題 • 現時醫療專業人員並無中西醫協作服務的臨床路徑及服務流程以作參考 • 若無正式的臨床路徑及服務流程，參與協作服務的醫療專業人員則無法有效率地提供高質素的協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心制訂正式的臨床路徑及服務流程，提升醫療專業人員執行協作服務的效率、質素及安全性
11. 舉辦有關基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的持續專業進修課程，並鼓勵所有醫療專業人員參與 ➤ 擬解決的問題 • 現時尚未有適合所有基層醫療專業人員（包括非三方協作十八區中醫診所的僱員）參與的中西醫協作服務的持續專業進修課程 • 若不透過持續專業進修提供最新的專業知識，則無法提升已參與提供中西醫協作服務的醫療專業人員的服務水平或提升未參與協作服務的醫療專業人員的能力 ➤ 解決方案及預期效果

- 建議中西醫協作臨床管治中心與本地大學及相關專業團體合作，舉辦有關中西醫協作服務的持續專業進修課程，從現職醫療專業人員當中培訓更多人手參與提供相關服務，增強協作服務 ➤ 持份者顧慮 - 醫護專業人士未必有時間參與進修課程
12. 擬定基層中西醫協作癌症（支持）治療服務提供者名冊的准入準則 ➤ 擬解決的問題 - 現時並未有參與協作服務的中醫或西醫名冊 - 若缺乏中西醫協作服務提供者名冊，大眾、病人及照顧者或不能選擇有相關認證的醫療專業人員 ➤ 解決方案及預期效果 - 建議中西醫協作臨床管治中心設立登記制度及制訂中西醫服務提供者名冊的准入準則（准入制度應與完成相關培訓要求掛勾），協助大眾、病人及照顧者選擇提供協作服務的中醫和西醫
13. 為負責基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的中醫及護士設立特定專科制度 ➤ 擬解決的問題 - 現時並沒有相關的專科制度予中醫及護士，導致參與協作服務的人手分配不清，病人亦無法尋找具相關專業認證的人士諮詢 - 若無特定專科職位，負責協作服務的中醫及護士則無誘因繼續進修，亦不能提升協作服務的水平或增加大眾對協作服務的信心 ➤ 解決方案及預期效果 - 建議中西醫協作臨床管治中心與本地大學及相關專業團體合作，探討及設計中醫及中醫護士專科制度及培訓，提升從事協作服務的中醫及護士的水平，長遠能讓他們更具認受性 ➤ 持份者意見 - 可以作為未來香港中西醫協作醫療服務的榜樣 ➤ 持份者顧慮 - 若培訓要求太高，中醫師及地區康健中心護士即使有薪酬提升亦未必願意參與專科訓練
14. 擬定參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療團隊的梯隊建立方案及其持續發展模式 ➤ 擬解決的問題 - 現時尚未建立有系統的醫療團隊梯隊及相關的持續進修及訓練機制 - 若無穩健梯隊，當人手流動或人才流失時，或不能維持高質素的協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 - 建議中西醫協作臨床管治中心探討醫療團隊梯隊的建立，確保經驗的累積及傳承
15. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員制訂守則，釐清職權範圍及與協作相關的法律責任

➤ 擬解決的問題 • 現時並沒有守則釐清參與協作服務的醫療專業人員的職權範圍及相關法律責任 • 醫療專業人員不了解自己於協作服務中的職權範圍及相關法律責任，導致參與協作服務的人員抱有疑慮 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心與中醫藥管理委員會、醫務委員會及護士管理局合作，制訂相關守則，讓減低醫療專業人員於提供協作服務時的顧慮
16. 開發中西藥相互作用及中藥安全性資訊平台，並將其結合電子病歷管理系統，予所有醫療專業人員使用 ➤ 擬解決的問題 • 現時醫管局的中西藥相互作用及中藥安全性資訊平台並不公開予其他醫管局外的醫療專業人員 • 醫療專業人員或會因不了解中西藥的相互作用及中藥安全性，而避免或抗拒執行協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心開發中西藥相互作用及中藥安全性資訊平台，能讓所有醫療專業人員快速查閱相關資訊，減低疑慮 • 若再將資訊平台的資料連接至電子病歷管理系統，配合人工智能令其能自動偵測潛在的中西藥物負面相互作用及中藥毒性，能令醫療專業人員更放心執行協作服務 ➤ 持份者意見 • 即使充滿挑戰，亦必需踏出第一步以實現中醫的現代化及提升治療的安全性
17. 招募同時擁有國家執業藥師及香港藥劑師資格的藥劑師為顧問，持續更新中西藥相互作用及中藥安全性資訊平台，對複雜病案提供專業中西藥學諮詢服務 ➤ 擬解決的問題 • 現時於基層醫療中，負責中西藥相互作用及中藥安全性資訊平台的人手並不存在，因而無法解決於中西醫協作上的臨床用藥相關問題 • 醫療專業人員或會因不了解中西藥的相互作用及中藥安全性，而避免或抗拒執行基層中西醫協作癌症（支持）治療服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心招募有相關資格的顧問藥劑師，以更新資訊平台及提供專業中西藥學諮詢服務 ➤ 持份者顧慮 • 香港有雙重資格的藥劑師非常稀少
18. 透過各種媒介，向中醫推廣臨床路徑及服務流程的應用，並將其結合電子病歷管理系統，提升他們依照臨床路徑去執行中西醫協作癌症（支持）治療的效率、質素及信心

➤ 擬解決的問題 • 現時中醫或不習慣使用臨床路徑及服務流程去提供協作服務 • 中醫或會因不了解臨床路徑及服務流程及其制定方法，而避免或抗拒執行協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心向中醫推廣臨床路徑及服務流程的應用（例如：電子病歷管理系統會提示中醫，將有複雜情況的病人轉診到西醫），提升他們對執行協作服務的效率、質素及信心 ➤ 持份者顧慮 • 應調撥資源以協助數碼素養較低的資深中醫師	19. 透過各種媒介，向所有醫療專業人員詳述現代中醫藥概況，改變他們對中醫的守舊及缺乏現代知識的印象 ➤ 擬解決的問題 • 現時醫療專業人員或不了解中醫的現代發展，並認為中醫無能力理解化驗報告及其他西醫檢查，不能與西醫進行協作 • 醫療專業人員或會認為中醫於癌症（支持）治療方面缺乏臨床實證，而對協作服務缺乏信心 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心向醫療專業人員詳述現代中醫藥發展概況（包括本地中醫本科課程已涵蓋西醫知識），讓他們更有信心參與協作服務 ➤ 持份者意見 • 對西醫和護士宣傳現代化的中醫非常重要，特別是以臨床證據來提升他們對現代中醫藥的接受程度
20. 透過各種媒介，向所有醫療專業人員提供有關中西醫協作癌症（支持）治療的安全性及有效性的研究結果 ➤ 擬解決的問題 • 現時醫療專業人員或不了解中醫藥於癌症（支持）治療方面的安全性及有效性的相關臨床證據 • 醫療專業人員或會因不了解中醫藥於癌症（支持）治療方面的安全性及有效性，而對與中醫合作缺乏信心 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心向醫療專業人員提供有關中西醫協作癌症（支持）治療的安全性及有效性的研究結果，讓他們更有信心參與協作服務 ➤ 持份者意見 • 應大力推行該干預措施以讓關中西醫協作癌症（支持）治療和中西醫結合醫學向前邁進	21. 將中西醫跨專業溝通技巧納入本科醫學培訓 ➤ 擬解決的問題 • 現時的本科醫學課程尚未有任何跨專業溝通培訓

• 若缺乏跨專業溝通技巧訓練，則不能減低中西醫學生將來對中西醫協作的抗拒，亦不能增強他們於協作服務方面的效率 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議中西醫協作臨床管治中心與本地大學合作，設計及推展中西醫跨專業溝通技巧課程，讓本科中西醫學生習慣相關溝通模式 ➤
地區康健中心
22. 利用地區康健中心為核心，執行基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的統籌工作 ➤ 擬解決的問題 • 現時尚未有機構負責統籌社區中西醫協作服務 • 若無相關統籌機構，則無法有效廣泛推廣協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議地區康健中心於中西醫協作臨床管治中心的協助下，負責統籌協作服務在社區實施的事宜 ➤ 持份者意見 • 該干預措施能將地區康健中心的職能全面發揮。亦是一個絕佳機會讓香港政府去推廣基層醫療
23. 招募專科護士統籌基層中西醫協作癌症（支持）治療服務個案 ➤ 擬解決的問題 • 現時地區康健中心缺乏具備相關知識的護士或專職人員去統籌治療個案 • 若無足夠專科護士，地區康健中心則不能有效執行協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議地區康健中心的專科護士擔任統籌角色，負責監察病人轉診（包括中西醫雙向轉診及向其他醫療機構雙向轉診）、跟進「個案目標數字」達成進度及進行服務質素評核 ➤ 持份者顧慮 • 從臨床抽調過多專科護士至地區或使整體醫療系統惡化
24. 招募行政人員協助基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的運作 ➤ 擬解決的問題 • 現時地區康健中心缺乏人力資源去推展中西醫協作服務 • 若無足夠行政人員，地區康健中心則不能有效執行協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 於地區康健中心增加行政人員能處理相關額外行政事務，使協作服務有效執行
25. 制訂基層中西醫協作癌症（支持）治療服務提供者名冊 ➤ 擬解決的問題 • 現時尚未有記錄參與協作服務的中醫及西醫的名冊 • 若缺乏登記制度及制訂服務提供者名冊，大眾、病人及照顧者或不能選擇有相關經驗的社區中醫及西醫 ➤ 解決方案及預期效果

建議地區康健中心根據中西醫協作臨床管治中心訂立的准入準則，制訂服務提供者名冊，讓有需要病人容易找到相關中醫及西醫尋求治療
26. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員舉辦團隊建設活動 ➤ 擬解決的問題 - 現時尚未有專為參與協作服務的醫療專業人員（例如：已納入協作服務名冊的專業人員）而舉辦的團隊建設活動 - 若缺乏定期的團隊建設活動，則不能增強參與協作服務的團隊歸納感及合作精神 ➤ 解決方案及預期效果 - 建議地區康健中心舉辦團隊建設活動，讓團隊成員於協助時更有默契 ➤ 持份者意見 - 該干預措施能改善醫護專業人士之間的溝通，並促進跨專業之間的相互支援 ➤ 持份者顧慮 - 應先以問卷調查測試醫護專業人士對該類活動的興趣及是否有空餘時間參與
27. 定期向參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療專業人員提供有關臨床成效及病人滿意度的報告 ➤ 擬解決的問題 - 現時向參與中西醫協作的人員所提供有關臨床成效及病人滿意度的回饋有限 - 若無定期回饋，參與協作服務的人員就不能檢討提供的服務 ➤ 解決方案及預期效果 - 建議地區康健中心定期向參與協作服務的人員提供有關臨床成效及病人滿意度的報告，以協助他們對上述指標進行自我檢討，繼而改善服務質素
28. 為參與基層中西醫協作癌症（支持）治療服務開發統一的電子病歷管理系統 ➤ 擬解決的問題 - 現時的電子病歷管理系統並不適合中西醫協作服務 - 若無用作統一儲存病歷的電子系統，參與協作服務的醫療專業人員則無法檢視及了解其他醫療專業人員於處理病人上的安排，影響治療質素及有機會為病人帶來風險 ➤ 解決方案及預期效果 - 建議地區康健中心開發及管理一套統一的電子病歷管理系統，讓參與協助服務的中西醫及其他醫療專業人員都能存取到所需病歷資料 ➤ 持份者意見

• 我們於拓展電子健康紀錄互通系統（醫健通）一直遇到障礙。納入中醫系統將會十分困難，但是是必須去做的
29. 協助培訓提供基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的醫療團隊梯隊及其持續發展 ➤ 擬解決的問題 • 現時尚未建立學士後專業培訓基地，負責提供有關社區中西醫協作服務的持續進修及訓練 • 現時三方協作十八區中醫診所不能安排非僱員（包括私人執業中西醫）接受專科訓練，所以有必要另外成立培訓基地 • 若無穩健梯隊，當人手流動或人才流失時，或不能維持協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議於地區康健中心設立由中西醫協作臨床管治中心負責的專業培訓基地，提供有關協作服務的持續進修及訓練予醫療專業人員，確保經驗傳承到醫療團隊梯隊
30. 邀請內地專家參與建立示範社區中西醫協作癌症（支持）治療單位，讓西醫及護士獲取得第一身中西醫協作癌症（支持）治療經驗 ➤ 擬解決的問題 • 現時只有醫管局及其十八區中醫診所所有內地專家參與中西醫協作 • 若缺乏專家示範治療單位，則不能向已參與或未有意參與協作服務的西醫及護士展示具規模的中西醫協作 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議地區康健中心於中西醫協作臨床管治中心的指導下設立專家示範治療單位，讓西醫及護士獲取得第一身中西醫協作癌症（支持）治療經驗，並以此增加他們對治療及自己的參與增加信心 ➤ 持份者意見 • 借鑑其他地方的經驗，包括內地現行的做法，能夠節省資源
31. 邀請曾接受中西醫協作治療的病人及康復者分享個人體驗予醫療專業人員 ➤ 擬解決的問題 • 現時尚未有太多活動會邀請病人及康復者分享個人體驗，以宣傳中西醫協作治療 • 無參與協作服務的醫療專業人員或無法理解病人及康復者的感受 ➤ 解決方案及預期效果 • 建議地區康健中心舉辦宣傳活動，邀請病人及康復者分享個人體驗，讓醫療專業人員從個人層面理解病人參與協作服務的想法和心路歷程
32. 透過各種媒介，向病人及照顧者介紹接受基層中西醫協作癌症（支持）治療服務的收費及相關資助方案 ➤ 擬解決的問題 • 現時尚未有協作服務的收費安排及相關資助方案，將來有相關方案時要向大眾宣傳這些新的資助途徑 • 若缺乏由相關部門制訂的收費及資助方案，大眾、病人及照顧者或會認為自己無法負擔相關開支，而不接受協作服務

➤ 解決方案及預期效果 ● 建議地區康健中心向大眾宣傳及介紹收費及資助方案，讓大眾、病人及照顧者更好計劃醫療財務安排
中醫藥專業學會
33. 透過各種媒介，向大眾詳述現代中醫藥發展概況，改變他們對中醫的守舊及缺乏現代知識的印象 ➤ 擬解決的問題 ● 現時大眾或會因不了解中醫的現代發展，並認為中醫無能力理解化驗報告及其他西醫檢查，不能與西醫進行協作 ● 若對中醫發展缺乏了解，大眾或會對協作服務缺乏信心 ➤ 解決方案及預期效果 ● 建議中醫藥專業學會向大眾詳述現代中醫藥發展概況（包括本地中醫本科課程已涵蓋西醫知識），讓他們更有信心使用及推介基層中西醫協作癌症（支持）治療服務
34. 透過各種媒介，向大眾宣傳有關中西醫協作癌症（支持）治療（包括安全性及有效性） ➤ 擬解決的問題 ● 現時大眾或會因不了解中醫藥於癌症（支持）治療方面的安全性及有效性的相關臨床證據 ● 若對中醫藥用於癌症（支持）治療的正面臨床研究證據缺乏了解，大眾或會對協作服務缺乏信心 ➤ 解決方案及預期效果 ● 建議中醫藥專業學會向大眾宣傳有關將中醫藥用於癌症（支持）治療的安全性及有效性，讓他們將中醫藥視為其中一種有實證支持的治療選項
35. 發起宣傳活動，向醫療專業人員介紹基層中西醫協作癌症（支持）治療作為重點醫療項目 ➤ 擬解決的問題 ● 現時基層中西醫協作癌症（支持）治療服務尚未成為其中一個重點醫療項目 ● 無參與協作服務的醫療專業人員或不了解地區康健中心有能力提供協作服務 ➤ 解決方案及預期效果 ● 建議中醫藥專業學會舉辦宣傳活動，讓醫療專業人員意識到基層中西醫協作癌症（支持）治療服務為中心的重點醫療項目，響應施政報告的政策方針

附錄 6. 持份者訪談基本專業背景及人口特徵

專業背景及人口特徵	頻率 (%)
男性	18 (42.9)
女性	24 (57.1)
年齡組別 (歲)	
<30	7 (16.6)
31 to 45	23 (54.8)
46 to 60	7 (16.6)
>61	5 (11.9)
持份者組別	
中醫師	8 (19.0)
西醫	8 (19.0)
護士	8 (19.0)
行政人員	8 (19.0)
照顧者/病人組織代表	8 (19.0)
藥劑師	2 (4.8)
執業/照顧時間(年)	
<5	13 (30.1)
6 to 10	7 (16.6)
11 to 15	10 (23.8)
16 to 20	7 (16.6)
>21	5 (11.9)
參與中西醫協作癌症治療時間(年)	
0	22 (52.4)
1 to 10	18 (42.8)
11 to 15	1 (2.4)
16 to 20	0 (0.0)
>21	1 (2.4)

附錄 7. 德爾菲小組基本專業背景及人口特徵

專業背景及人口特徵	頻率 (%)
男性	12 (57.1)
女性	9 (42.9)
年齡組別 (歲)	
<30	1 (4.8)
31 to 45	7 (31.8)
46 to 60	8 (38.1)
>61	5 (23.8)
持份者組別	
中醫師	4 (19.0)
西醫	4 (19.0)
護士	4 (19.0)
行政人員	4 (19.0)
照顧者/病人組織代表	3 (14.3)
藥劑師	2 (9.5)
學歷	
本科以下	1 (4.8)
本科	4 (19.0)
碩士	7 (33.3)
博士	9 (42.9)
參與中西醫協作癌症治療時間(年)	
0	11 (52.4)
1 to 10	8 (38.1)
>10	2(9.5)