**Perceptions towards the need for** **an** **oncology clinical nurse** **specialist in Israel - an exploratory qualitative study**

**Background**

Israel has about 200 thousand cancer patients, with about 29 thousand new cases yearly (Israel National Cancer Registry, 2021). The oncology field requires complex treatment in the clinical and psychosocial aspects of the patients and their family members (Dopelt et al., 2022). In the world, medical support positions, such as clinical nurse specialists, have been developed as a strategy to deal with the health system's challenges in recent decades. Studies show that a clinical specialist nurse can provide the necessary medical care in the situations defined in the position and in a way that offers the best response to the patient's needs (Alessy et al., 2021; Balsdon & Wilkinson, 2014; Birrell & Leung, 2019). While in the USA, there are about 300,000 clinical specialist nurses, and in England, about 3,300; in Israel, only 358 clinical nurse specialists in the fields of supportive care (102), geriatrics (80), diabetes (32), surgery (30), premature infants (28), pain (8), rehabilitation (4) and in policy and administration (74) (Khaklai, 2021). There are barriers and disagreements in the definition, authority, and recognition of the role in the healthcare system in Israel, which make it difficult to expand it to other clinical areas (Aaron & Andrews, 2016).

Oncology nursing is a challenging and evolving profession that requires regular updating, both in the medical aspects of the disease and in the mental and social factors related to the diagnosis and treatment of the disease (Kadmon et al., 2015). The oncology clinical nurse specialist (OCNP) may improve health outcomes among patients and quality of life indicators (Challinor et al., 2020), leading to an increase in satisfaction with the treatment and patient involvement in disease management (Wall & Rawson, 2016; Andregárd & Jangland, 2015; Kilpatrick et al., 2010; Sheer & Wong, 2008). Moreover, integrating specialist nurses leads to better patient satisfaction and decreased hospitalization rates, mortality, and complications (Newhouse et al., 2011).

A recent study in Israel examined the experiences of 39 nurse specialists in supportive care. The nurses reported dissatisfaction with the work environment and how the hospitals' doctors and managers implemented and recognized the role. In addition, the limited authority they got did not correspond to the definition of the role (Haron, Romen & Greenberger, 2019). These findings are consistent with the results of a previous study which presented the barriers to the implementation and assimilation of nurse practitioners: a lack of a model that will guide the assimilation of the role, a lack of an agreed description of the role, and its powers, a lack of ongoing accompaniment and mentorship (Sangster-Gormley et al., 2011).

Despite the positive evidence regarding the benefits inherent in OCNP, there is disagreement concerning the necessity of the role and its definition. A study that examined the perceptions of the role definition in oncology found a lack of clarity regarding the position. While physicians and managers perceived the role of an OCNP as "helping" the medical practice in managing workloads, nurse specialists perceived the role as one that promotes holistic, patient-centered care that proactively meets the unique needs of the oncology patient (Wall & Rawson, 2016). Conflicts concerning the boundaries of the role, a lack of resources and organizational and systemic support, the fear that a clinical specialist nurse will replace the doctor's work, limit the potential of the role and reduce its essential contribution to quality care in oncology (Wall & Rawson, 2016).

The growing number of cancer patients and their multiple needs, the shortage of oncologists, and the rapid changes in the clinical, organizational, and technological environment in the field of oncology highlight the need to update the clinical and managerial skills of oncology nurses. The literature shows that OCNP has many advantages. At the same time, in contrast to many countries in the world (USA, Canada, Great Britain, Japan, Brazil, etc.), in Israel, the position of an OCNP has not yet been established. The purpose of the present study is to examine the need and the potential contribution of OCNPs according to the perception of medical and nursing professionals.

**Results**

**Themes**

Table 2 presents the main themes, explanations, and quotes that illustrate each theme.

Table 2: Themes and quotes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Theme** | **Explanation** | **Quotes** |
| Additional responsibilities and authorities for an OCNP | **אחיות** הציעו שלמומחית הקלינית באונקולוגיה יורחבו הסמכויות למתן תרופות להפחתת כאבים, הפניות לבדיקות ופענוח עבור המטופל (בדיקות דם, הדמיות), הפניה לאנשי מקצוע נוספים (תזונה, רוקחות וכו'), לקחת חלק בקבלת החלטות טיפוליות, לנהל את הטיפול ע"פ פרוטוקולים מובנים, ללוות את המטופל במעבר לקהילה, לעשות שיחות עדכון למשפחה.  **רופאים** הציעו שהתפקיד יכלול מענה הוליסטי למטופל, בדגש על המעקב והמעבר לקהילה, ליווי המטופלים בשנים שאחרי הטיפול האינטנסיבי כערך מוסף ייחודי לתפקיד, הרחבת סמכויות למתן תרופות לאיזון כאב. | *"ההבדל בין אחות במחלקה אונקולוגית לבין מומחית קלינית זה הסמכויות, הלמידה לעומק. דברים שלאחות מן השורה אין סמכות לעשות. לרשום תרופות, להפנות לבדיקות, לקבל החלטות טיפוליות. ובו זמנית גם לשכלל את המיומנויות הפסיכו-חברתיות. איך לתקשר עם משפחות מורכבות, עם אנשים במצבים מורכבים, עם דילמות אתיות, עם ליווי אדם בסוף חיים, איך לנהל תהליך של קבלת החלטות בשיתוף עם החולה והמשפחה." (N8)*  *"הערך המוסף זה שהיא תוכל לאזן מטופלים. היא תתווה את הטיפול. היום היא מקבלת הוראה מרופא. אבל אם יהיה לה את כל עולם הידע של הטיפולים, של ההתוויות,* *יהיה לה מרחב של עשיה עצמאית. אם תהיה לנו אחות מומחית קלינית באונקולוגיה, היא תצטרך, לדוגמה, להיות בעלת היכולת לתת מענה ולקבל החלטה רפואית על התחלה של תרופה חדשה." (P1)* |
| Contribution to the healthcare system | אחיות ורופאים תיארו את התועלת למערכת בכמה היבטים: 1) צמצום והקלה בעומס על הרופאים. 2) שיפור השירות והטיפול לחולים. 3) חיסכון באשפוז. 4) יצירת דרג ביניים מקצועי שיכול לסייע למטופל ולרופא בשלבי הטיפול השונים. 5) אופק מקצועי לקידום לאחיות.  עם זאת, היו רופאים שגרסו כי הפתרון למצוקת כ"א הוא להוסיף תקנים לרופאים ולא להעביר סמכויות לאחיות. | *"לדעת לאזן אדם בבית, לדוגמה, יחסוך אשפוזים. ברגע שחולה יוצא הביתה עם הנחיות ואחות מומחית קלינית תהיה אתו בקשר, זה יחסוך גם ביקורים במיון, אשפוזים ויתרום לרווחת החולה והמשפחה."* (N16)  *"אם יהיו אחיות שיודעות לתת את המענה ולעשות את הבדיקה הפיזיקלית ולראות את הבעיות שיש למטופלים לפני שהרופא מספיק להגיע זה יעזור. הרבה פעמים רופא רק עובר על הבדיקות ואין לו זמן לראות את המטופלים פיזית ולדבר איתם"* (N4)  *"יש לנו אחות מומחית קלינית בכירורגיה במיון. היא עושה יותר מחצי מהעבודה, כך שהרופא מתפנה לניתוחים. היא עושה אבחונים. היא שולחת להדמיה. החולה לא מתעכב. הוא לא צריך לחכות לרופא שיגיע מחדר ניתוח" (N14)*  *"כמעט בכל תחום צריך אחות מומחית קלינית. בטח ובטח באונקולוגיה שהחולה צריך את הפן הנפשי. שם מאוד-מאוד חשוב הליווי, התמיכה. וגם תחשוב שאחות שמכירה טוב את המטופל תיתן טיפול אישי מותאם למטופל." (N10)*  *"זה יכול בהחלט לתת מענה למצוקה וללחץ שאנחנו חיים בו. אני לא חושב שיש פה תחרות. יש מספיק עומס על המערכת" (P4)*  *"יש לאחיות היבט משלים לעבודה של הרופא. ואני מדגיש- היבט משלים ולא היבט מחליף. הם לא צריכים להחליף עבודה של רופא – הם צריכים להשלים עבודה של רופא. צריך לשמור על הפרופסיה הרפואית. אני בא מתוך המערכת ומבין את האילוצים של המערכת, ולכן אני מרשה לעצמי לומר שאני לא מסכים עם האילוצים של המערכת, שאם יש חוסר ברופאים מביאים אחיות." (p6)*  *"המטרה של מנהל הסיעוד היא לקדם את מקצוע הסיעוד ולא את המערכת. לעומת הראיה שלנו הרופאים, שהיא טיוב הטיפול לחולים." (p2)* |
| Contribution to the patient | מענה הוליסטי, זמין, קיצור בירוקרטיה וצמצום זמן המתנה. ישנה חשיבות מיוחדת לשילוב תפקיד המומחית הקלינית בקהילה, לשיפור השירות והמענה למחלימים. האחות תשמור על הרצף במעבר בין בית החולים לקהילה, מה שיצמצם את הצורך להגיע להמשך הטיפול בבית החולים, יוריד את העומס מהרופאים ועיקר הטיפול במחלימים יהיה בקהילה. | *"היום האונקולוגיה עם הפנים לקהילה. אנשים חיים עם מחלה גרורתית שנים רבות והם חיים בקהילה. אדם יכול לקבל טיפול כימי או טיפול ביולוגי בכדור בקהילה, בלי לבקר באשפוז יום או במכון קרינה. גם האוכלוסייה יותר מבוגרת, אנשים חיים יותר, יש להם למחלות רקע וגם סרטן. לכן הטיפולים ניתנים יותר ויותר בקהילה. וזה ילך ויגדל." (N8)*  *"יכולים לחסוך הפניות למיון, כי כל דבר החולים רצים למיון ומיון זו חוויה מאוד קשה לחולה, זה חושף לזיהומים ויש הרבה שעות המתנה. אם יהיה מישהו בקהילה שיגיע לחולה לטפל בדברים שהאחות יכולה לעשות בבית זה יהיה מצוין לכולם." (N3)*  *"אין אף אחד שרואה את המטופל כמכלול. על כל ההיבטים השונים שקשורים בהתמודדות שלו עם מצב רפואי. ואני חושבת שדווקא סיעוד זה תחום שמאוד שומר את התפיסה הכוללנית לגבי המטופל." (N5)*  *"יש הרבה מטופלים בקהילה שנופלים בין הכיסאות, הם לא לכאן ולא לכאן. הם חולים אונקולוגיים בשלבים מתקדמים, אבל הם עדיין לא הוספיס, עדיין לא סופניים. והם כן צריכים מעקב. ומומחית קלינית באונקולוגיה תוכל לתת את הפתרון" (N3)*  *"האחות משחררת אותי מהדברים המשניים. זה לא משחרר אותי מקבלת החולה, מטיפול ומהנחיות. אבל זה משפר את השירות למטופל." (P5)* |
| drawing of professional boundaries | **אחיות** מומחיות קליניות בתחומים שונים מתארות חשש לגבי היכולת להוביל שינוי להוספת התפקיד במערכת הבריאות, ומחוסר הנכונות של משרד הבריאות להעניק סמכויות אמיתיות למומחיות הקליניות. חשש נוסף הובע בהקשר של הדילמות בנוגע לנכונות של האחיות לקחת על עצמן את האחריות על ניהול הטיפול או מתן תרופות.  לתפיסת **הרופאים**: 1) בפועל אחיות יודעות לייעץ ולרשום תרופות נכונות לאיזון כאבים, אך אין להן סמכות לאשר זאת. רופא נדרש להפנות לבדיקות ולאשר מתן תרופות. בסופו של דבר, האחריות על החולה היא של הרופא.  2) יצירת תפקידים של מומחיות קליניות "מבזבז" כוח אדם סיעודי שלא לצורך. אחות איננה צריכה להיות עוזרת רופא. לשם כך ניתן להכשיר פרמדיקים, לדוגמה.  3) מבחינה פוליטית- יש לתאם את המהלך של יצירת תפקיד חדש והרחבת סמכויות יחד עם איגודי הרופאים כך שיזכה לתמיכה והכרה ולא ייתפס כ"כירסום" במעמד הרופאים. ישנו חשש לשינוי במעמד הרופא בעקבות כך, או מהמצוקה שתיווצר בכוח אדם איכותי של אחיות במערכת הבריאות.  4) מבחינת הכפיפות המנהלית- האם האחות המומחית תהיה כפופה למנהלת הסיעוד או לרופא מנהל המחלקה, שכן היא מקבלת סמכויות של רופא. | *"מה זה ייתן באונקולוגיה? ילמדו אותם כאב ואיזון סימפטומים. מה אחות יכולה לתרום יותר ממה שאחות מומחית קלינית בפליאציה עושה? רק מעבר לזה –לתת מרשמים לכימותרפיה ואני לא חושבת שמישהי תרצה לקחת את זה על עצמה" (N9) "ספציפית באונקולוגיה? אני חושבת שיש כזה מחסור באחיות שזה נראה לי זה לוקסוס. גם ככה אין מספיק אחיות בעיניי." (N16)*  *"זה יפגע באיכות של הטיפול. זה נגיסה בסמכות פרופסיונלית שהייתה עד כה מסורה לרופאים. יש פה גם פגיעה מעמדית במעמד הרופאים. הרופאים מרגישים שנוגסים בסמכויות שלהם. במקום לדאוג למצאי מספיק של רופאים ולהכשיר מספיק רופאים ולהעסיק מספיק רופאים, אז מביאים כוח אדם שהוא משונמך באיכותו על מנת למלא פונקציות שהן פונקציות רפואיות פרופר. הפועל היוצא מהדברים האלה, זה פגיעה באיכות שירותי הרפואה. אולי תמורת הגדלת הזמינות, משום שיש יותר אחיות. אבל בהחלט פגיעה באיכות." (P6)*  *" ייחוד המקצוע הרפואי הוא משני דברים בלבד. קביעת אבחנה ומתן טיפול. רק רופא יכול לעשות את זה. אם צריך "mid-level practitioner" באונקולוגיה זו שאלה שצריך לשאול את האונקולוגים. לדעתי כן. האם צריך שה-"mid-level practitioner" יהיה אחות – לדעתי לא. צריכים לדבר איתנו הרופאים על זה ושזה יהיה בדרך שהיא דרך של עבודה שיתופית ולא עבודה לעומתית... במקצועות רבים זה לא צורך אמיתי של המערכת. אם זה צורך אמיתי של המערכת וחסר לנו כוח אדם שלא קוראים לו רופאים, צריך לייצר "עוזרי רופא" ואז נקבל מקצוע תוספתי ולא נגנוב את מיטב המוחות הסיעודיים לכיוון של הרפואה בתנאי חסר בסיעוד." (P2)*  *"אסור שיהיה ערבוב בין התחומים. יש מספיק דברים שאחיות יכולות לעשות. אני לא בטוח שצריך לתת להן גם אופציות שדורשות הבנה רחבה של החולה, כי הליברליות בעניין הזה נשענת על מצג שווא של מצוקה של תקנים. מצוקה של תקנים, זו החלטה מושכלת שנלקחת על ידי אנשים ששולטים בברזים של הכסף. אז לא צריך לקלקל את הקריטריונים המקצועיים בשביל לכסות על הכסף שהולך למקומות אחרים." (P1)* |
| בשלות של השטח לתפקיד חדש של מומחית קלינית באונקולוגיה | אחיות אונקולוגיות העלו חשש מהאופן בו תתקבל מומחיות קלינית באונקו' ע"י הרופאים. אחיות מומחיות קליניות בתחומים אחרים העלו פערים בין הגדרת התפקיד והסמכויות הקיימות לבין המצב בשטח. הפער המרכזי עלה בנושא ההכרה במרשמים לתרופות שניתנו ע"י אחיות מומחיות ואינן מוכרות ע"י פקודת הרוקחים, כך שעל אף הידע והניסיון המקצועי להפניות, בפועל הסמכות אינה מכובדת. נושא נוסף שעלה הוא היעדר יישום בפועל של כלל הסמכויות של האחיות, המקשה על מתן סמכויות נרחבות יותר.  מומחיות קליניות תיארו את האתגר בתהליך ההטמעה וההכרה במומחיות ע"י הרופאים. כל האחיות ציינו את חשיבותה של ההכרה בתפקיד ע"י הרופאים. בדומה לכך, גם הרופאים התייחסו לחשיבות שבהטמעה והסברה אודות התפקיד כדי לבנות את ממשקי העבודה וההכרה הנרחבת יותר במומחיות הקליניות בקרב הרופאים - גם כגורם בעל ידע וסמכות לייעץ, וגם כגורם מלמד/מכשיר. | *"אני לא יודעת אם השטח מוכן. כמה הצוותים האחרים, כמו הרופאים, או צוותים פרא-רפואיים אחרים מבינים מה התפקיד, מה הוא כולל, איך לשתף פעולה עם אותו תפקיד. פה אני חושבת שאולי זה קצת יותר בעייתי."* (2N).  "*אני חושבת שגם ככה אין ביצוע מלא של הסמכויות שכבר יש. יש המון מורכבות סביב זה. אני לא יודעת אם הייתי עוסקת בניפוח רשימת הסמכויות אלא הייתי עוסקת בלראות שמה שברשימה מבוצע."* (N16)  *"יש רופאים שמקבלים את זה. ויש רופאים שקשה להם עם זה. בעיקר רופאים בקהילה. רופאים בבית החולים מתים על המומחיות כי מבחינתם זה עוד סיוע משמעותי בטיפול בחולה"* (N18).  *"אני חושבת שגם הרופאים מבינים שזה חשוב. העתיד הולך לשם. אם בארצות הברית כבר יש את זה כבר לפני שלושים שנה, אחות מומחית מקבלת בצורה עצמאית זה מאוד מקובל שם, אז אין שום סיבה שבישראל זה לא יקרה. במקרה שלי היו כאלה שהרימו גבה ואמרו מי את בתור אחות שתגידי לי מה לעשות?" (N10)*  *"Only if you are weak, then you are afraid of the rise of the nurse. The nurse will not take my place. But she is my right hand." (P5)* |

**Discussion**

The purpose of the current study was to examine the attitudes of nursing and medical teams regarding the necessity of developing a new role in the Israeli healthcare system: OCNP. Unlike many countries in the world, in Israel, such a role has not yet been developed and defined.

The findings revealed a complex picture regarding the necessity of the role and the nurses' authority expansion. The delegation of authority from physicians to nurses represents one of the most important elements in the professionalization process of nursing (Henderson, 2006). The expansion of nurses' authority is a significant contributor to professional autonomy (Jones, 2009). Various studies describe positive attitudes physicians and nurses hold regarding expanding nurses' authority in several areas, based on the belief that it will improve the quality of care (Pursio et al., 2021; Ling et al., 2021; De Baetselier et al., 2021).

The oncology nurses, some of the clinical specialist nurses, the nurses from the Ministry of Health nursing management, and the oncology doctors were unanimous as to the necessity of the role and the ability of the nurse to serve as a case manager. Nurses see the development of an OCNP as an opportunity for professional development, especially in community settings. From the point of view of the oncologists, this is a reliable, professional workforce that can relieve them of the burden and improve the quality of service to the patient. Like our findings, various studies around the world have pointed to the importance of the OCNP from several aspects: improving cancer diagnosis and treatment services (National Cancer Action Team, 2010), preventing the need for hospitalization and emergency services (Corner, 2003; National Cancer Action Team, 2010), reducing in hospitalizations (Baxter, 2011), issuing faster and more accurate therapeutic prescriptions (Tod, 2015), a reliable, accessible and available source of information (Borland, 2014) and psychosocial support for patients and their family members (Morgan, 2016; Kerr, 2021).

According to the interviewees, an added value of the new role is the provision of holistic treatment because today, no function manages the treatment. Similarly, Griffiths (2013) reported that the OCNP sees the treatment of cancer patients from a holistic perspective. Brooten (2004) finds an economic rationale for expanding the authority of OCNP, due to their high-quality care on the one hand, and the potential for reducing high costs since they are cheap personnel compared to doctors on the other hand. In the UK, specialist nurses provide care that was previously performed by doctors (prescribing medications and diagnoses), which reduces the burden on doctors (Ream, 2009), shortens the waiting times for receiving oncology services, and makes the treatment accessible even to patients who live in peripheral areas (Farrell, 2011). Since 2010, the Australian government has been operating rural oncology clinics under the management of clinical oncology expertise to bridge gaps in access to oncology services between big cities and remote areas (Crawford-Williams, 2018; Challinor, 2020). That is, a training and implementation model of a clinical specialist nurse in oncology will empower the nurse, benefit the patients, save costs, and reduce the burden on the oncology doctors, especially in the peripheral areas where there is a lack of doctors.

על אף כל היתרונות והפוטנציאל הטמון בתפקיד, החלק השני של האחיות המומחיות הקליניות וכן רופאים מהארגונים המקצועיים סוברים כי אין צורך בתפקיד כזה, וגם אם יש צורך בסיוע הוא יכול להיות מאויש בתפקיד של עוזרי רופא (לדוגמה, פרמדיקים שיעברו הכשרה מתאימה) ולאו דווקא באחות מומחית קלינית. סיבות לכך היו: כרסום במעמד הרופא וחוסר הכרה מצד הרופאים בתפקיד ובסמכויות הרחבות של המומחית הקלינית, פשרה על כוח אדם פחות מקצועי במקום הגדלת מספר הרופאים, עמימות בתפקיד וצורך בהגדרה ברורה ומדויקת של הסמכויות. חששות של חוסר הכרה בתפקיד מצד הרופאים עלו גם מדברי האחיות האונקולוגיות. בספרות עלה רבות נושא המתחים מול הפרופסיות האחרות, דריכה על תחומי אחריות של אנשי מקצוע אחרים באופן שפוגע בעבודת הצוות, כמו גם העמימות בתפקיד המומחית הקלינית הפועלת בצוות מולטי-דיסציפלינרי (Cook, 2019). מחקרים נוספים שניתחו את הקשיים בהטמעת התפקיד מצאו כי האתגרים העיקריים היו הבנה לא טובה של התפקיד על ידי מקבלי החלטות, חוסר בהירות של התפקיד, היעדר תמיכה של הדרג הניהולי או אי הבנה של הצוות הרפואי (DiCenso, 2010; Delamaire, 2010; Bryant-Lukosius, 2007). כמו כן, הועלו גם במחקרים קודמים טענות בגנות התפקיד תוך ביקורת על שימוש לא נאות ובזבזני בכוח אדם סיעודי (Kerr, 2021). מכל הסיבות שצוינו, שעלו הן מהראיונות והן ממחקרים קודמים, מסכימים המרואיינים וחוקרים בתחום כי נדרש להגדיר סמכויות ברורות לאחות המומחית ו"גבולות גזרה מקסימליים" (Kerr, 2021; Droog, 2014).

Considering the global shortage of medical and nursing staff, the World Health Organization (WHO) has stated in Munich Declaration (2000) that health systems must develop new roles for nurses working in hospitals and in the community. The interviewees believed that the new role was crucial in the community. Many cancer patients are treated in the community, and cancer survivors also need treatment and follow-up in the community. Hospital-community treatment continuity has an extensive effect on oncology patients. Studies show a connection to high patient satisfaction, increased quality-of-life and mental health indicators (Hudson et al., 2009; Aubin et al., 2012), improved responsiveness to treatment, and promoted therapist-patient communication (Chen et al., 2019). On the other hand, a lack of treatment continuity was related to increased unnecessary use of medical services (Scholarus et al., 2012), hospitalizations, and visits to emergency medical centers (Chen et al., 2019).

Cancer requires complicated treatment, the use of different sections of the healthcare system, and various caregivers. Moreover, patients and their families frequently report a lack of information concerning treatments, professionals, ways to communicate with healthcare providers, and above all, how to navigate the complex healthcare system (Monas et al., 2017). OCNP can fill this vacuum and play a key role in cancer patients' encounters with the system. Support for this role was found both in research in the field of oncology and in studies that examined managing chronic care by nurses (Ness, 2020; Horlait et al., 2022; Heitner-Albers et al., 2008; McHugh et al., 2009)

**Study limitations**

The sample is limited and not representative but is considered reasonable for exploratory studies in the qualitative research methodology. We made efforts to bring a mix of all the stakeholders related to the research topic from the various settings and regions in Israel in order to learn from the experience of all the participants.

**Conclusions**

Multidisciplinary, coordinated, and holistic treatment may answer both psychosocial and clinical issues which characterize the oncology field. The findings provide information regarding the need to develop a new role of an OCNP in Israel due to the benefits for the nurses, doctors, patients, family members, and the healthcare system. At the same time, the picture that emerges from the research is complex and requires an in-depth thinking process about the boundaries of the role and its implementation in full cooperation with the oncologists and the relevant professional unions in the Israeli Medical Association to avoid unnecessary conflicts in the oncology field. The Israeli Ministry of Health must create a platform for dialogue between nursing and medical management in order to put aside the professional ego when the benefit of the patients stands before the eyes of all parties. The role of OCNP has a potential impact on the quality of care, preventing hospitalizations, reducing pressure and burden from the doctors, and saving costs for the healthcare system, as interviewee N15 concluded: "In every field of the healthcare system if there are specialist nurses, a significant difference will be made." Based on these findings, we recommend that further research will examine the cancer patients' attitudes toward this suggested new role in oncology nursing in Israel.

**Bibliography**

1. Aaron EM & Andrews CS. (2016). Integration of advanced practice providers into the Israeli healthcare system. IJHPR, 5:7. DOI 10.1186/s13584-016-0065-8
2. Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Joore, M., Lagro-Janssen, T., Severens, J., Nieman, F., & Winkens, R. (2008). The effects of involving a nurse practitioner in primary care for adult patients with urinary incontinence: the PromoCon study (Promoting Continence). *BMC health services research*, *8*, 84. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-84.
3. Alessy, S. A., Lüchtenborg, M., Rawlinson, J., Baker, M., & Davies, E. A. (2021). Being assigned a clinical nurse specialist is associated with better experiences of cancer care: English population‐based study using the linked National Cancer Patient Experience Survey and Cancer Registration Dataset. European Journal of Cancer Care, 30(6), e13490.‏
4. American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2012). Adult-Gerontology Acute Care Nurse Practitioner Competencies. The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University and the National Organization of Nurse Practitioner Faculties.
5. American Geriatrics Society Expert Panel (AGSEP) on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians. Journal of American Geriatric Society, 60 (10):1957-1968.
6. Andregárd AC, & Jangland E. (2015). The tortuous journey of introducing the nurse practitioner as a new member of the healthcare team: A meta-synthesis. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29: 3–14
7. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch M.I, Kazanjian A, Carmichae P.H. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. Cochrane Database Syst. Rev, 7.
8. Balsdon, H., & Wilkinson, S. (2014). A trust-wide review of clinical nurse specialists' productivity. Nursing Management, 21(1).‏
9. Baxter, J., & Leary, A. (2011). Productivity gains by specialist nurses. Nursing times, 107(30-31), 15-17.‏
10. Birrell, F., & Leung, H. Y. (2019). The Scottish prostate cryotherapy service–the role of the clinical nurse specialist. British Journal of Nursing, 28(18), S12-S16.‏
11. Borland, R., Glackin, M., & Jordan, J. (2014). How does involvement of a hospice nurse specialist impact on the experience on informal caring in palliative care? Perspectives of middle‐aged partners bereaved through cancer. European journal of cancer care, 23(5), 701-711.‏
12. Brooten, D., Youngblut, J. M., Kutcher, J., & Bobo, C. (2004). Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. Nursing outlook, 52(1), 45-52.‏
13. Bryant-Lukosius, D., Green, E., Fitch, M., Macartney, G., Robb-Blenderman, L., McFarlane, S., ... & Milne, H. (2007). A survey of oncology advanced practice nurses in Ontario: profile and predictors of job satisfaction. NURSING LEADERSHIP-ACADEMY OF CANADIAN EXECUTIVE NURSES-, 20(2), 50.‏
14. Challinor, J. M., Alqudimat, M. R., Teixeira, T. O., & Oldenmenger, W. H. (2020). Oncology nursing workforce: challenges, solutions, and future strategies. The Lancet Oncology, 21(12), e564-e574.‏
15. Challinor, J. M., Galassi, A. L., Al-Ruzzieh, M. A., Bigirimana, J. B., Buswell, L., So, W. K., ... & Williams, M. (2016). Nursing's potential to address the growing cancer burden in low-and middle-income countries. Journal of global oncology, 2(3), 154.‏
16. Chen YY, Hsieh CI, & Chung KP. (2019). Continuity of Care, Follow-Up Care, and Outcomes among Breast Cancer Survivors. International journal of environmental research and public health, 16(17): 3050.‏
17. Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. SAGE open medicine, 7, 2050312118822927. https://doi.org/10.1177/2050312118822927
18. Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K., & Lee, S. (2019). " Our nurse is the glue for our team"-Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. European Journal of Oncology Nursing, 41, 7-15.‏
19. Corner, J. (2003). The role of nurse-led care in cancer management. The lancet oncology, 4(10), 631-636.‏
20. Crawford-Williams, F., Goodwin, B., March, S., Ireland, M. J., Hyde, M. K., Chambers, S. K., ... & Dunn, J. (2018). Cancer care in regional Australia from the health professional's perspective. Supportive Care in Cancer, 26(10), 3507-3515.‏
21. De Baetselier, E., Dilles, T., Batalha, L. M., Dijkstra, N. E., Fernandes, M. I., Filov, I., Friedrichs, J., Grondahl, V. A., Heczkova, J., Helgesen, A. K., Jordan, S., Keeley, S., Klatt, T., Kolovos, P., Kulirova, V., Ličen, S., Lillo-Crespo, M., Malara, A., Padysakova, H., Prosen, M., … Van Rompaey, B. (2021). Perspectives of nurses' role in interprofessional pharmaceutical care across 14 European countries: A qualitative study in pharmacists, physicians and nurses. PloS one, 16(5), e0251982. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251982
22. Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries.‏
23. DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., ... & Charbonneau-Smith, R. (2010). Advanced practice nursing in Canada: overview of a decision support synthesis. Nursing Leadership (Toronto, Ont.), 23, 15-34.‏
24. Dopelt, K., Bashkin, O., Asna, N., & Davidovitch, N. (2022). Health locus of control in cancer patient and oncologist decision-making: An exploratory qualitative study. PLOS One, 17(1), e0263086. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263086.
25. Droog, E., Armstrong, C., & MacCurtain, S. (2014). Supporting patients during their breast cancer journey: the informational role of clinical nurse specialists. Cancer Nursing, 37(6), 429-435.‏
26. Farrell, C., Molassiotis, A., Beaver, K., & Heaven, C. (2011). Exploring the scope of oncology specialist nurses' practice in the UK. European Journal of Oncology Nursing, 15(2), 160-166.‏
27. Griffiths, P., Simon, M., Richardson, A., & Corner, J. (2013). Is a larger specialist nurse workforce in cancer care associated with better patient experience? Cross-sectional study. Journal of Health Services Research & Policy, 18(1\_suppl), 39-46.‏
28. Haron Y, Romem A, & Greenberger C. (2019). The role and function of the palliative care nurse practitioner in Israel. International journal of palliative nursing, 25(4), 186-192.‏
29. Henderson V. The concept of nursing. Journal of Advanced Nursing. 2006;53(1):21–34.
30. Horlait, M., De Regge, M., Baes, S., Eeckloo, K., & Leys, M. (2022). Exploring non-physician care professionals' roles in cancer multidisciplinary team meetings: A qualitative study. PloS one, 17(2), e0263611. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263611
31. Hudson SV, Chubak J, Coups EJ, Blake-Gumbs L, Jacobsen PB, Neugut A.I, Buist DS. (2009). Identifying key questions to advance research and practice in cancer survivorship follow-up care: A report from the ASPO Survivorship Interest Group. Cancer Epidemiol. Biomark. Prev,18: 2152–2154.
32. Israel National Cancer Registry (2021). Cancer Incidence Table. Israeli Ministry of Health.
33. Jones K. Developing a prescribing role for acute care nurses. Journal of Nursing Management. 2009;16(7):24–8.
34. Kadmon I, Halag H, Dinur I, Katz A, Zohar H, Damari M. et al. (2015). Perceptions of Israeli women with breast cancer regarding the role of the Breast Care Nurse throughout all stages of treatment: A multi-center study. European Journal of Oncology Nursing, 19(1): 38-43.‏
35. Kerr, H., Donovan, M., & McSorley, O. (2021). Evaluation of the role of the clinical Nurse Specialist in cancer care: an integrative literature review. European Journal of Cancer Care, 30(3), e13415.‏
36. Khaklai, Z. (2021). Personnel in the health professions 2020. The information department, Israeli Ministry of Health.
37. Kleinpell RM, Hudspeth R, Scord, KA, & Magdic K. (2012). Defining NP scope of practice and associated regulations: Focus on acute care. Journal of the American Academy of Nursing Practitioners, 24:11–18.
38. Ling, D. L., Hu, J., Zhong, M. Y., Li, W. T., & Yu, H. J. (2021). Attitudes and beliefs towards implementation of nurse prescribing among general nurses and nurse specialists in China: A cross-sectional survey study. Nursing open, 8(5), 2760–2772. https://doi.org/10.1002/nop2.852
39. McHugh, G. A., Horne, M., Chalmers, K. I., & Luker, K. A. (2009). Specialist community nurses: a critical analysis of their role in the management of long-term conditions. International journal of environmental research and public health, 6(10), 2550–2567. https://doi.org/10.3390/ijerph6102550
40. Monas, L., Toren, O., Uziely, B., Chinitz, D. (2017). The oncology nurse coordinator: role perceptions of staff members and nurse coordinators. Israel Journal of Health Policy Research, 6, 66 (2017). https://doi.org/10.1186/s13584-017-0186-8
41. Morgan, B., & Tarbi, E. (2016). The role of the advanced practice nurse in geriatric oncology care. In Seminars in oncology nursing (Vol. 32, No. 1, pp. 33-43). WB Saunders.‏
42. National Cancer Action Team (2010). Excellence in cancer care: The contribution of the clinical nurse specialist. NCAT London
43. Ness E. (2020). The Oncology Clinical Research Nurse Study Co-Ordinator: Past, Present, and Future. Asia-Pacific journal of oncology nursing, 7(3), 237–242. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\_10\_20
44. Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. M., Heindel, L., & Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Nursing Economics, 29(5), 230–251.‏
45. Poulton, B. (2009). Barriers and facilitators to the achievement of community-focused public health nursing practice: a UK perspective, Journal of Nursing Management, v. 17, p. 74-83.
46. Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E., & Kvist, T. (2021). Professional autonomy in nursing: An integrative review. Journal of nursing management, 29(6), 1565–1577. https://doi.org/10.1111/jonm.13282
47. Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V., & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists: a mixed method investigation. International Journal of Nursing Studies, 46(10), 1345-1354.‏
48. Sangster‐Gormley E, Martin‐Misener R, Downe‐Wam¬boldt B, DiCenso A. (2011) Factors affecting nurse practi¬tioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. J Adv Nurs. 67(6):1178–1190. https://doi. org/10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x
49. Sheer B, & Wong FKY. (2008). The development of advanced nursing practice globally. J Nurs Scholarsh, 40:204–11.
50. Skolarus TA, Zhang Y, & Hollenbeck BK. (2012). Understanding fragmentation of prostate cancer survivorship care: Implications for cost and quality. Cancer, 118: 2837–2845.
51. Wall SS, & Rawson K. (2016). The nurse practitioner role in oncology: Advancing patient care. In Oncology Nursing Forum, Vol 43, 4:89-496. Oncology Nursing Society.‏
52. World Health Organization (2000). Munich Declaration: Nurses and Midwives – A Force for Health. Copenhagen: Regional Office for Europe.