

**הנגשת שירותי בריאות למיעוטים
לשוניים:**

**שירות המתורגמות "קול לבריאות"
כמקרה מבחן**

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

מיכל שוסטר

המחלקה לתרגום וחקר התרגום

הוגש לסנאט של אוניברסיטת בר-אילן

שבט, התשס"ט

רמת גן

עבודה זו נעשתה בהדרכתה של פרופ' מרים שלזינגר
מן המחלקה לתרגום וחקר התרגום
של אוניברסיטת בר-אילן.

תודות

עבודה זו נשענת על תמיכתם וסיועם של אנשים רבים, שקצר הדף מלמנות את כולם.

אבקש להודות למנחה שלי, פרופ' מרים שלזינגר, על התמיכה האי-סופית, ברמה האקדמית והאישית – על כך שסייעת לי להוציא את המיטב ממה שאני, על שהקפדת בקטנות כבגדולות, ועל ההנחיה כיצד לעבור מעשייה חברתית לכתיבה אקדמית.

לפרופסור אלדעה וייצמן על הקריאה וההערות. לנעמי כהן, מזכירת המחלקה, שנתנה לי סיוע לוגיסטי ונפשי לאורך כל הדרך. לד"ר רות מוריס, שהיתה שותפה להתלהבותי לחקר המתורגמות הקהילתית, על הסיוע בחשיבה ובעריכה. לנרי סבניה-גבריאלי, על שיעצה לי עצות טכניות ותוכניות רבות-ערך. לנחמה ברוך על ההערות הדקדוקיות והסגנוניות. לאגודה הישראלית ללימודים קנדיים של מרכז הברט באוניברסיטה העברית בירושלים, על המלגה שאפשרה לי לנסוע ללמוד על הנגשה לשונית במוסדות בריאות בקנדה.

לגליה הירש, קבוצת התמיכה שלי, על שעות רבות של שיחה, כתיבה ואכילה משותפת; לליאור סטודנט ולדורית שטיינברג על ה"חדר משלי" שניתן לי בבתיאן; ליפעת קינן, על האוירים והתרשימים; לגנט דסה על הסיוע בתרגום מאמהרית ופירוש סוגיות בין-תרבותיות; ולד"ר אינה קוגן – ששמרה על בריאותי בתקופת הכתיבה.

לד"ר ענת יפה, שזרקה לי כפפה שאותה הרמתי בקלילות, לדבריה, מבלי לדעת שהזמנה זו תשנה את חיי באופנים רבים. למנכ"ל "טנא בריאות" פקדו גדמו, ולכל עובדי העמותה - על שהזמנתם אותי להיות שותפה בפרוייקט "קול לבריאות", ועל התמיכה בי לאורך כל תקופת הכתיבה. מי ייתן ופעילותכם תמשיך להוות גשר הכרחי בין מטפלים ובין מטופלים, ומודל לטיפול מותאם תרבותית בקהילות אחרות.

התודות האישיות, והעמוקות ביותר, מוקדשות למשפחתי. להורי – שחינכו אותי לערכים של שוויון, צדק ואהבת האדם והאמינו ביכולותי להתגבר על מכשולים בדרך להשלמת עבודת הדוקטורט. לילדי האהובים – אראל ונגה, שקיבלו בהבנה את העדרויותי. ולחשוב מכולם – לאישי יפתח – ששם עצמו בצד לאורך זמן רב, על מנת שאוכל להקדיש עצמי למחקר ולכתיבה, תוך ידיעה שהבית והילדים בידיים טובות. עבודה זו שלך, לא פחות מאשר שלי.

העבודה מוקדשת לחברתי-אחותי נורית תמיר, אישה אופטימית ולוחמת אמיצה.

If you talk to a man in a language he understands, that goes to his head. If you talk to him in his language, that goes to his heart.

Nelson Mandela

תוכן העניינים

3	פרק 1: מבוא
3	1.1 רקע
4	1.2 מטרת המחקר
5	1.3 שיטת המחקר
6	1.3.1 האסטרטגיה המחקרית
7	1.3.2 חומרי המחקר וכלי הניתוח
7	1.3.2.1 ניתוח מסמכים
8	1.3.2.2 ראיונות
10	1.3.2.3 ניתוח התיעוד החזותי
10	1.3.3 אוכלוסיית המחקר
11	1.3.3.1 הסכמת המשתתפים
11	1.4 מגבלות מחקריות
11	1.4.1 החוקר כמשתתף
12	1.4.2 החוקר כמי שאינו משתייך לקהילה הנחקרת
12	1.5 הגדרות תפעוליות
14	1.6 מבנה העבודה
16	שער ראשון: סקירת ספרות
16	פרק 2: הנגשה לשונית ותרבותית של שירותי בריאות: בעיות ופתרונות
17	2.1 תקשורת מטפל-מטופל והריאיון הרפואי
20	2.2 הצגת הבעיה: אי-הבנות בתקשורת בטיפול הרפואי
22	2.3 הבעיות הנובעות מטיפול רפואי במיעוטים לשוניים ותרבותיים
26	2.4 פתרונות לתיווך לשוני בטיפול הרפואי
26	2.4.1 מתורגמנים לא-מקצועיים
28	2.4.1.1 השלכות השימוש במתורגמן לא מקצועי
29	2.4.2 פתרונות ממוסדים להנגשה לשונית בטיפול הרפואי
31	2.4.2.1 התאמה לשונית/אתנית בין מטפל למטופל
33	2.4.2.2 אנשי צוות כמתורגמנים רפואיים
33	2.4.2.3 מתורגמני בית במוסדות בריאות
34	2.4.2.4 מתורגמנים רפואיים עצמאיים
34	2.4.2.5 מתורגמנות טלפונית
44	2.4.2.6 הדרכת אנשי צוות לשימוש במתורגמנים רפואיים
45	2.5 טיפול רפואי במיעוטים לשוניים ותרבותיים בישראל
50	2.5.1 טיפול רפואי במיעוטים – סוגיות שפה והנגשה לשונית
54	2.6 עליית יהודי אתיופיה וקליטתם בישראל
56	2.6.1 תכניות לקליטת-בריאות של עולי אתיופיה
57	2.6.1.1 תכנית "רפואה שלמה"
59	2.6.1.2 התכנית הלאומית למניעת איידס בקרב יוצאי אתיופיה

60	2.6.1.3 עמותת "טנא בריאות" לקידום בריאות בקרב יוצאי אתיופיה
61	2.7 סיכום
63	פרק 3: הכשרת מתורגמנים קהילתיים
64	3.1 מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים
66	3.2 הקשיים שבהכשרת מתורגמנים קהילתיים
68	3.3 סינון מועמדים להכשרת מתורגמנים קהילתיים
70	3.4 תכני תכניות ההכשרה
73	3.4.1 הכשרת מתורגמנים קהילתיים במוסדות המעסיקים
75	3.4.2 תוכניות הכשרה במוסדות לחינוך מבוגרים
75	3.4.3 תוכניות הכשרה במוסדות אוניברסיטאיים
77	3.4 הכשרת מתורגמנים טלפוניים
79	3.5 הערכות בהכשרת מתורגמנים קהילתיים
80	3.6 מהכשרה להעסקה
82	3.7 סיכום
83	פרק 4: מודלים לבחינה ולניתוח של ארגונים
83	4.1 מהו ארגון
85	4.2 הסביבה הארגונית
86	4.3 ארגוני המגזר השלישי
88	4.4 שירותי מתורגמנות כארגונים
88	4.4.1 מודלים סוציולוגיים לתיאור שירותי מתורגמנות
90	4.4.2 הקמת שירותי מתורגמנות קהילתית
93	שער שני: ממצאים ודיון
93	פרק 5: גורמים ותהליכים בהקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות"
96	5.1 ממצאים: הצגת הארגון וסביבתו
96	5.1.1 הארגון: עמותת "טנא בריאות"
97	5.1.1.1 צוות בשכר ובהתנדבות
97	5.1.1.2 הוועד המנהל
98	5.1.1.3 האסיפה הכללית
98	5.1.2 הסביבה: שחקנים חוץ-ארגוניים
99	5.1.2.1 משרד הבריאות
102	5.1.2.2 "שירותי בריאות כללית"
103	5.1.2.3 שירותי בריאות אחרים
104	5.1.2.4 המשרד לקליטת העליה
105	5.1.2.5 כנסת ישראל
105	5.1.2.6 ארגוני המגזר השלישי
106	5.1.2.7 הסוכנות היהודית
106	5.1.2.8 המגזר העסקי
107	5.1.2.9 שחקנים אקדמיים
108	5.1.2.10 קרנות וגופי מימון פרטיים

110	5.2 תהליכים בהקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות"
111	5.2.1 הרקע להקמת שירות המתורגמנות
112	5.2.1.1 הכרה אינטואיטיבית של הצורך בשירות מתורגמנות
113	5.2.1.2 העלאת הצורך בשירותי מתורגמנות כתוצאה ממחקרים
118	5.2.1.3 היכרות עם פתרונות להנגשה בחו"ל
120	5.2.2 גיבוש מבנה שירות המתורגמנות וגיוס שותפים
125	5.2.3 מימון השירות
129	5.2.4 עיכובים בדרך להפעלת השירות
130	5.2.5 חבירה לאקדמיה והכשרת המתורגמנים
131	5.2.5.1 האתגרים בהכשרת מתורגמנים קהילתיים: מקרה "קול לבריאות"
132	5.2.5.2 איתור מועמדים לקורס ההכשרה ומיונם
135	5.2.5.3 ההכנות לקורס: הדרכת המדריכים
138	5.2.5.4 צוות הקורס
140	5.2.5.5 תכני תוכנית ההכשרה
151	5.2.5.6 הערכה וסיכום הקורס
157	5.2.5.7 השתלמויות המשך למתורגמנים
163	5.2.5.8 קורס הכשרה למחזור ב': פברואר 2008
165	5.2.5.9 נקודות דמיון ושוני בין קורס ההכשרה הראשון לקורס ההכשרה השני
166	5.2.5.10 מהכשרה להעסקה
167	5.2.5.11 סיכום
170	5.2.6 הפעלת השירות בשלב החלוץ
172	5.2.6.1 איתור מרפאות לשלב החלוץ
173	5.2.6.2 השקת השירות והפעלתו
176	5.2.6.3 תהליכים פנים-ארגוניים בהפעלת שירות המתורגמנות
181	5.2.6.4 תהליכים בין-ארגוניים בהפעלת שירות המתורגמנות
193	5.2.7 התמסדות ארגונית: שינוי בדפוסי העבודה
194	5.2.7.1 תהליכים פנים-ארגוניים
195	5.2.7.2 תהליכים בין-ארגוניים
199	פרק ו': גורמים דוחפים וגורמים מעכבים בהקמת שירות "קול לבריאות"
199	6.1 גורמים דוחפים
199	6.1.1 מעורבות האקדמיה בשירות "קול לבריאות"
200	6.1.2 שירות ייעודי ליוצאי אתיופיה
201	6.1.3 היכרות עם שירותי מתורגמנות הפועלים בחו"ל
202	6.1.4 הכשרה מכוונת-מטופל של רופאי המשפחה בישראל
203	6.1.5 הצורך לעמוד במדדי בריאות
203	6.1.6 גורמים כלכליים
204	6.1.7 תקדימים
204	6.1.8 משובים חיוביים מהשטח
205	6.2 גורמים מעכבים

205	6.2.1 גורמים פנים-ארגוניים
208	6.2.2 גורמים בסביבה החיצונית של הארגון
212	6.2.3 גורמים הנעוצים ביחסי הגומלין שבין הארגון ("טנא בריאות") לבין סביבתו
218	6.3 מחשבות על עתיד ההנגשה הלשונית של שירותי בריאות בישראל
218	6.3.1 "בעתיד לא יצטרכו תרגום"
220	6.3.2 "בעתיד יורחבו שירותי המתורגמות הרפואית"
221	6.3.3 גורמים מפעילים ומממנים של שירותי המתורגמות העתידיים
222	6.3.4 בעיות צפויות במיסוד השירות, ודרכים להתגבר עליהן
222	6.3.4.1 בדיקת מוכנות של המערכת ובדיקת צרכים
223	6.3.4.2 מימון השירות
224	6.3.4.3 שיקולים פוליטיים בדרך למתן שירותי מתורגמות
225	6.3.4.4 חקיקה כדרך להרחבת שירותי ההנגשה
226	6.3.4.5 תביעות משפטיות כדרך להרחבת שירותי ההנגשה הלשונית
226	6.3.4.6 צורך בהכשרת צוותי הבריאות לטיפול מותאם תרבותית ולשימוש בשירות
227	6.3.4.7 זהות המתורגמים בשירות העתידי
228	פרק ז': מודל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל
230	7.1 שלב א': אי-סדר
234	7.2 שלב ב': הכרה בצורך
234	7.2.1 מחקר
235	7.2.2 היכרות עם פתרונות להנגשה לשונית ממדינות אחרות
236	7.2.3 תביעות ועתירות
239	7.2.4 סינגור ואקטיביזם קהילתי
241	7.2.5 לחץ פוליטי
241	7.2.6 סיקור תקשורת
242	7.2.7 גורמים מעכבים את הקמתו של שירות מתורגמות
243	7.3 שלב ג': הקמת שירותי מתורגמות
243	7.3.1 מודלים למבנה שירות מתורגמות קהילתי
244	7.3.1.1 שירות מתורגמות אינהרנטי למרחב הציבורי
245	7.3.1.2 שירות מתורגמות כמיקור חוץ
247	7.3.2 מימון
248	7.3.3 הכשרה
249	7.3.4 הפעלה
250	7.3.5 בקרה והערכה
250	7.3.6 שותפויות
252	7.3.6.1 שותפויות בין הממסד לבין ארגוני המגזר השלישי
254	7.3.6.2 שותפויות עם גורמי אקדמיה
256	7.3.6.3 שותפויות עם גופים מקצועיים בתחום התרגום
256	7.3.6.4 שותפויות עם קרנות ותורמים
257	7.4 שלב ד' – שלב ההכרעה

258	7.4.1 שלב ד1 : היעלמות וחזרה למצב אי-הסדר
258	7.4.2 שלב ד2 : המשך הפעלה בהיקף מצומצם
259	7.4.3 שלב ד3 : הרחבה, הכפלה ומיסוד
264	7.5 שלב ה' – גלישה
266	7.6 סיכום
268	פרק ח': סיכום ומסקנות
268	8.1 סיכום עיקרי המחקר
280	8.2 מגבלות המחקר
281	8.3 תרומת המחקר
281	8.4 כיוונים אפשריים למחקר עתידי
283	רשימת מקורות
309	נספח מס' 1 : רשימת מסמכים ראשוניים
314	נספח מס' 2 : רשימת ראיונות
315	נספח מס' 3 : סוגי הכשרות למתורגמנים קהילתיים במדינות שונות בעולם
	Table of Contents
A	Abstract

רשימת תרשימים וטבלאות

1. תרשים מס' 1 : מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתייםעמ' 65
2. תרשים מס' 2 : שירות המתורגמנות "קול לבריאות" וסביבתו הארגונית.....עמ' 95
3. תרשים מס' 3 : מודל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל.....עמ' 229
4. תרשים מס' 4 : אי סדר : מרחב ציבורי נגיש חלקית/בלתי נגיש.....עמ' 233
5. תרשים מס' 5 : שותפויות : שירות מתורגמנות אינהרנטי למרחב הציבורי.....עמ' 251
6. תרשים מס' 6 : שותפויות : שירות מתורגמנות חיצוני למרחב הציבורי.....עמ' 251
7. טבלה מס' 1 : השוואה בין מתווים לקבלת טכנולוגיה טלפונית.....עמ' 191

תקציר

עבודה זו בודקת את התהליכים והכוחות, הגלויים והסמויים, שאיפשרו או שערכו את הקמתו של שירות מתורגמות רפואית בישראל, כפי שבאו לידי ביטוי בשירות המתורגמות "קול לבריאות", שהקימה עמותת "טנא בריאות" לקידום בריאות יוצאי אתיופיה.

מחקרים מראים כי אי-הבנות בין מטפל לבין מטופל, ובעיות במילוי נכון של הוראות המטפל נפוצות יותר במקרים שבהם יש פערי שפה ופערי תרבות בין הצדדים. הבנת קשיי התקשורת בין מטפל למטופל והשלכותיהם על הטיפול, ההכרה שטיפול רפואי בשפה המובנת למטופל הינו זכותו של אדם, וההבנה כי טיפול רפואי ללא תקשורת תקינה עלול לגרום להוצאות כלכליות מיותרות, הביאו לפיתוח מודלים ממוסדים לנגישות לשונית של הטיפול. במספר מדינות פועלים שירותי מתורגמות בתחום הבריאות מאז שנות ה-70 של המאה העשרים, אולם בישראל נמצאת ההכרה בפערי השפה ובנחיצות פתרונות מקצועיים רק בראשיתה. על-אף ריבוי המיעוטים הלשוניים החיים בישראל כיום, לא קיימת מערכת ממוסדת להסרה של מחסומי השפה והתרבות, והצדדים נאלצים להסתמך פעמים רבות על פתרונות תיווך מאולתרים בדמות בני משפחה, מכרים, אנשי צוות שאינם מיומנים בתרגום, ובמקרים מסויימים לקיים טיפול ללא תקשורת מילולית.

אחד המיעוטים הלשוניים והתרבותיים החיים בישראל כיום הוא קהילת יוצאי אתיופיה, המונה כ-116,000 איש (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2008). רבים מבין העולים מאתיופיה הביאו עמם מטען אישי, תרבותי וכלכלי שהיקשה עליהם להיקלט בישראל בכלל, ובמערכת הבריאות בפרט. הקשיים שחוו עולי אתיופיה והצוותים שטיפלו בהם מתועדים במחקרים ובדיווחים מן השטח. עמותת "טנא בריאות", הפועלת מאז 1998 לקידום בריאותם של עולי אתיופיה, יזמה הקמת שירות מתורגמות רפואית באמצעות הטלפון, שמטרתו לגשר על פערי התקשורת בטיפול הרפואי, ולשפר את הנגישות של יוצאי אתיופיה לשירותי בריאות ובכך לקדם את בריאותם ברמת הפרט והקהילה.

שירות המתורגמות "קול לבריאות" החל לפעול במתכונת ניסיונית במאי 2007, בכמה מרפאות קהילתיות. מתורגמני "קול לבריאות" עברו קורס הכשרה בסיסי, ומספר הכשרות המשך במהלך עבודתם. בשלב החלוץ של הפרוייקט, נתנו המתורגמנים את השירות מביתם, ללא מערכת ניטור ובקרת איכות. במאי 2008, כתוצאה מהפקת לקחים על אופי העבודה של השירות, ותהליכים נוספים שעברה העמותה, החלו המתורגמנים לעבוד ממשרד העמותה, ושונו אופני הבקרה והתיעוד.

עבודה זו מבקשת להבין לעומק את תהליך ההקמה וההפעלה של השירות, ולאפיין את הגורמים המעכבים והמעודדים הפעלה של שירות להנגשה לשונית. לצורך זה, הועלו שאלות המחקר הבאות:

1. מיהם הגופים המעורבים בהקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות", ומהי תרומתם לתהליך?

2. מהם השלבים בתהליך ההקמה של שירות "קול לבריאות"?

3. מהם הגורמים (ארגוניים, פוליטיים, כלכליים ומשפטיים) שדחפו להקמתו שירות מתורגמנות מקצועי בישראל ומהם הגורמים שערכו תהליך זה?

שיטת המחקר שנבחרה לענות על שלוש שאלות המחקר היתה השיטה האיכותנית. שיטת המחקר האיכותנית מדגישה הבנה של תהליכים, והיא נוטה להישען על היכרות מעמיקה עם תהליכים ואירועים.

חומרי המחקר ששימשו לעבודה זו הינם :

1. מידע ראשוני הכולל תכתובות פנימיות של עמותת "טנא בריאות", בכלל זה מסמכי עבודה, יומן עבודה שוטף, וסיכומי ישיבות; תכתובות שניהלה העמותה עם גורמי-חוץ; ומסמכים שנכתבו על-ידי גורמי-חוץ והתייחסו לשירות המתורגמנות.
2. עשרה ראיונות חצי-מובנים עם גורמים המעורבים בתכנון השירות ובהפעלתו – בעמותת "טנא בריאות", באקדמיה, ב"שירותי בריאות כללית" שהם צרכן של השירות, ובמשרד הבריאות.
3. סרטי ווידאו שתיעדו את קורס ההכשרה למתורגמנים הרפואיים של "טנא בריאות".

כלי הניתוח שנבחרו לצורך מחקר זה הינם: ניתוח תוכן של מסמכים ותיעוד חזותי, וראיונות. ניתוח תוכן הוא כלי מחקר להפקת היסקים, המזהה בשיטתיות ובאובייקטיביות מאפיינים שונים בתוכן מסוים. ניתוח הנתונים התבסס על ספרות מתחום המתורגמנות הקהילתית, הסוציולוגיה של הבריאות, וסוציולוגיה ארגונית.

עבודה זו מחולקת למבוא ולשני שערים. **השער הראשון** של העבודה (פרקים 2 - 4) מציג את הבסיס התיאורטי לעבודה זו.

הפרק השני מציג סקירת ספרות שמטרתה לתת רקע תיאורטי להבנת שירות המתורגמנות הרפואית כמענה אפשרי לקשיים הנובעים מפערי שפה ותרבות במערכת הבריאות. פרק זה מחולק לשני תת-חלקים, שיש בינם הקבלה: בתחילה, מוצגות הבעיות המאפיינות תקשורת עם מיעוטים לשוניים בטיפול הרפואי, ההשלכות של אי-מתן פתרון ממוסד ומקצועי לבעיות אלה ופתרונות ממוסדים להנגשה לשונית. בסוף פרק זה מובאת סקירה רחבה אודות שירותי מתורגמנות טלפונית ברחבי העולם. בתת-הפרק השני (סעיף 2.5-2.6) נסקרת ספרות מישראל אודות מיעוטים לשוניים והטיפול הרפואי בישראל, פתרונות להנגשה לשונית ותרבותית – בדגש על תוכניות לקליטת בריאות אצל יוצאי אתיופיה, ובסיום הפרק מוצגת עמותת "טנא בריאות", שבמסגרתה הוקם השירות.

בפרק השלישי מוצגת סקירה של מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים במדינות אחרות. נדונים האתגרים שבהכשרת מתורגמנים קהילתיים כמקצוע, בכלל זה מסגרת ההכשרה, מיון הלומדים, תכני ההכשרה ואופני ההערכה.

בפרק הרביעי נדונות תיאוריות סוציולוגיות מרכזיות המנתחות ארגונים ואת מערכת יחסי-הגומלין שהם מקיימים עם הסביבה. מאחר ששירות המתורגמנות המוצג בעבודה זו שייך למגזר השלישי, הוא מגזר הארגונים ללא כוונות רווח, מוסבר בפרק זה מושג המגזר השלישי וארגוני מגזר שלישי, ומתוארות עבודות המתארות שירותי מתורגמנות כארגונים. התיאוריות הארגוניות והעבודות שנכתבו בנושאי ארגונים ושירותי מתורגמנות כמבנים ארגוניים תשמשה לדיון בתפקידם של הגורמים השונים הקשורים להקמת שירות המתורגמנות ולהפעלתו (הפרק החמישי).

השער השני של המחקר (פרקים 5 - 8), מציג את הממצאים ממקרה המבחן ודן בהם :

הפרק החמישי עוסק בשלבי הקמת שירות המתורגמנות מאז הועלתה ההצעה להקימו במסגרת מחקר שיזמה העמותה ב-2004 ועד לאפריל 2008. הדיון בתהליכי ההקמה מתבסס על תיאוריות של ארגון וסביבה, המאתרות ומנתחות את גישתם של הגורמים המעורבים בהקמת השירות ובעיצובו, ואת מידת השפעתם עליו, בכלל זה: גורמי חקיקה, מוסדות בריאות, צוותי בריאות, גורמים כלכליים, וגורמי-מימון. מניתוח הנתונים, עולים שבעה תהליכים, חלקם חופפים, בהקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות" העלאת הרעיון; גיבוש המתווה וגיוס שותפים; גיוס מימון לתכנית; עיכובים בהטמעת השירות; שיתוף האקדמיה והכשרת המתורגמנים; הטמעת השירות; והתמסדות ארגונית. בניתוח התמונה הארגונית שנוצרה סביב הקמת שירות המתורגמנות, נראה כי "טנא בריאות" פעלה ברשת ארגונית מצומצמת – בתוך הארגון ומחוצה לו – להטמעת השירות. לעמותה היו מעט שותפים למימוש רעיון שירות המתורגמנות, והיה עליה למצוא בעצמה פתרונות ארגוניים וטכנולוגיים לשירות ארצי שלא היו לו תקדימים בישראל. גורמים ממשדי ממשלה רלוונטיים (בריאות, קליטה ואוצר) לא היו מעורבים בבניית השירות ובהטמעתו, ומאידך היתה "טנא בריאות" נתונה למגבלות התלויות בקשרי הגומלין שבין ארגון מהמגזר השלישי לבין סביבתו.

בפרק השישי מוצגים הגורמים שדחפו להקמת שירות המתורגמנות הטלפונית הראשון בישראל, והגורמים שעיצבו את תהליך ההקמה וההפעלה. הגורמים שהיוו זרז להקמת שירות המתורגמנות והגורמים שעיצבו תהליך זה, נדונו על סמך תיאוריות ארגוניות של יחסי ארגון-סביבה. ניתן למיין את הגורמים הכלכליים, המשפטיים, הפוליטיים, החברתיים והתפיסתיים שעיצבו את תהליך הקמת השירות או זרזו אותו, לתהליכים הנעוצים בתוך העמותה (הארגון), בתוך הסביבה הארגונית (שירותי בריאות, המגזר הציבורי, המגזר העסקי), וביחסי הגומלין שבין העמותה לסביבתה. בהמשך הפרק, מובאות התייחסויות המרואיינים בעבודה זו באשר לעתיד ההנגשה הלשונית של שירותי בריאות בישראל – האם שירותי מתורגמנות רפואית ייעלמו או יתרחבו, כיצד יופעלו וימומנו וכיצד ניתן למסד אותם.

בפרק השביעי מוצע מודל מכליל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל, הבנוי על סמך ניתוח התהליכים שהביאו להקמת שירות "קול לבריאות" ובהפעלתו, ועל סמך התפיסה הקיימת כיום באשר להנגשה לשונית של מוסדות ציבור במדינות אחרות ובישראל. המודל מתאר חמישה שלבים: שלב אי-הסדר - קרי היעדר הנגשה לשונית או הנגשה לשונית בחלק מהמגזר הציבורי; שלב הכרה בצורך להנגשה לשונית של שירותי המרחב הציבורי; שלב הקמת שירות מתורגמנות; שלב ההכרעה שבו קובע המרחב הציבורי האם שירותי המתורגמנות ייעלמו, ימשיכו בהיקף מצומצם או יורחבו; ושלב הגלישה, המתרחש לאחר מיסוד שירותי המתורגמנות במוסדות ציבורי, שבו נתפסים שירותי מתורגמנות כחלק מתהליך התאמה כולל של המרחב הציבורי לטיפול במיעוטים לשוניים ותרבותיים. מאחר שעבודה זו בדקה מקרה מבחן יחיד מסוגו, במגזר הבריאות, יוכלו מחקרים עתידיים לבדוק את המודל המוצע על שירותי מתורגמנות עתידיים עבור חלקים אחרים של המגזר הציבורי.

הפרק השמיני מציג סיכום של התובנות שעלו בעבודה זו והצעות למחקרים עתידיים בתחום ההנגשה הלשונית של שירותי ציבור.

פרק 1: מבוא

1.1 רקע

בעיות בתקשורת ואי-הבנות מתעוררות לעתים במהלך טיפול רפואי. מחקרים מראים כי אי-הבנות ובעיות במילוי נכון של הוראות המטפל נפוצות יותר במקרים שבהם יש פערי שפה ופערי תרבות בין נותן הטיפול למקבלו (James et al., 2005; Flores and Tomany-Korman, 2008; McNulty and Hampers, 2002). הבנת קשיי התקשורת בין מטפל למטופל והשלכותיהם על הטיפול, ההכרה שטיפול רפואי בשפה המובנת למטופל הינו זכותו של אדם, וההבנה כי טיפול רפואי ללא תקשורת תקינה עלול לגרום להוצאות כלכליות מיותרות, הביאו לפיתוח מודלים ממוסדים לנגישות לשונית של הטיפול. במספר מדינות פועלים שירותי מתורגמנות בתחום הבריאות מאז שנות ה-70 של המאה שעברה, אולם בישראל נמצאת ההכרה בפערי השפה ובנחיצות פתרונות מקצועיים רק בראשיתה. על-אף ריבוי המיעוטים הלשוניים החיים בישראל כיום, לא קיימת מערכת ממוסדת להסרה של מחסומי השפה והתרבות, והצדדים נאלצים להסתמך פעמים רבות על פתרונות תיווך מאולתרים בדמות בני משפחה, מכרים, אנשי צוות שאינם מיומנים בתרגום, ובמקרים מסויימים לקיים טיפול ללא תקשורת מילולית.

אחד המיעוטים הלשוניים והתרבותיים החיים בישראל כיום הוא קהילת יוצאי אתיופיה, המונה כ-116,000 איש (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, האגודה הישראלית למען יוצאי אתיופיה)¹. העלייה מאתיופיה התבצעה בשני גלי עליה עיקריים - בתחילת שנות ה-80' ובתחילת שנות ה-90' של המאה הקודמת. בשנים האחרונות העלתה מדינה ישראל את בני הפלשמורה, בקצב של כ-3,600 איש בשנה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) עד לשנת 2008, אז החליטה ממשלת ישראל להפסיק את העלאתם.

רבים מבין העולים מאתיופיה הביאו עמם מטען אישי, תרבותי וכלכלי שהיקשה עליהם להיקלט במדינה מערבית. על מנת לסייע לגשר על הפערים בין הקהילה לבין הממסד, הוקמו במהלך השנים מספר פרויקטים שמטרתם לגשר בין קהילות העולים לבין הממסד. המתווכים בין אנשי הקהילה לבין מוסדות הציבור מכונים "מגשרים", והם עולים ותיקים הבקיאים בנבכי הבירוקרטיה הישראלית, והם מסבירים לממסד את מערכת האמונות של הקהילה. ניתן למצוא מגשרים במערכות הבריאות, הרווחה והחינוך. פרויקטים נוספים נועדו לקדם תחום זה או אחר ברווחתם ובקליטתם של יוצאי אתיופיה.

"טנא בריאות" (Tena פירושו באמהרית "בריאות") הוא פרויקט הפועל מאז שנת 1998 לקדם את בריאות יוצאי אתיופיה בישראל. בשנת 2006 הפך הפרוייקט לעמותה עצמאית, שתיקרא להלן עמותת "טנא בריאות". העמותה פועלת למימוש מטרותיה באמצעות הרצאות, סדנאות בישול,

¹ על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2006, חיים בישראל כ-105,500 יוצאי אתיופיה, ומדי שנה מגיעים אליה כ-3,600 עולים. לפיכך נכון לאמצע 2008 חיו בישראל כ-116 אלף מיוצאי אתיופיה.

ימי בריאות, תכנית רדיו, חומרי הסברה מותאמים תרבותית וכן הרצאות לצוותי בריאות העובדים עם מטופלים מהקהילה.

מחקר שיזמה "טנא בריאות" בדק את ניצול שירותי הבריאות בקרב סוכרתיים יוצאי אתיופיה, בהשוואה לחולי סוכרת אחרים, שאינם יוצאי אתיופיה, ומצא שיוצאי אתיופיה צורכים פחות שירותים מאשר מטופלים שאינם מהקהילה. ממצא זה יוחס, בין השאר, לפערי שפה ותרבות בין המטופלים לבין המטפלים (טולדנו ואח', 2005). אחת מהמלצות המחקר היתה להקים שירות מתורגמנות וייעוץ בשפה האמהרית, שיקשר בין המטופלים לבין הצוותים המטפלים. הקמתו של שירות המתורגמנות ופעילותו, משמשים בסיס לעבודת מחקר זו.

רעיון הקמת שירות המתורגמנות עבר כמה גלגולים, והתגבש עם החלטת "טנא בריאות" לחבור לאקדמיה, שנתנה את התמיכה המקצועית בפיתוח השירות, ומאוחר יותר - בליווי. קורס ההכשרה הראשון למתורגמני השירות התקיים בספטמבר 2006, והשירות עצמו, "קול לבריאות" (באמהרית - **የጤና ጥያቄ**) החל לפעול במתכונת מצומצמת במאי 2007. כותבת מחקר זה היתה שותפה לתכנון הכשרת המתורגמנים ולביצועה, ומאוחר יותר שימשה (עד לכתיבת שורות אלה) כמנהלת מקצועית של השירות.

1.2 מטרת המחקר

מטרת מחקר זה הינה איתור והמשגה של תהליכים וכוחות, גלויים וסמויים, שאיפשרו או עיכבו את הקמתו של שירות תיווך לשוני מסוג חדש, ובחינת יחסי הגומלין בין העמותה לבינם, כפי שאלה באו לידי ביטוי בשירות המתורגמנות "קול לבריאות", המשמש מקרה מבחן לצורך מחקר זה. שאלות המחקר נוגעות אם כן לגורמים המעודדים או המעכבים בנייה והפעלה של שירות מתורגמנות רפואית בישראל, והינן:

4. מיהם הגופים המעורבים בהקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות", ומהי תרומתם לתהליך?
5. מהם השלבים בתהליך ההקמה של שירות "קול לבריאות"?
6. מהם הגורמים שדחפו להקמתו של שירות מתורגמנות מקצועי בישראל ומהם הגורמים שעיכבו תהליך זה?

תובנות מהמחקר עשויות לתרום להבנת האתגרים לבניית שירותיים עתידיים להנגשה לשונית של שירותי בריאות, ואלו יוצגו בפרק ז' בעבודה זו, כמודל אפשרי להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל.

1.3 שיטת המחקר

המחקר הנוכחי בוצע בשיטת המחקר האיכותני, על פי התפיסה הנהוגה בתחום הסוציולוגיה. מחקר תיאורי סוציולוגי (sociological descriptive study) מיועד להרחיב את הידיעה על העולם החברתי, ולהשיב על שאלות כמו "כמה?", "מי?" ו"מה קורה?". מחקרים תיאוריים אחרים שואלים "למה?" - מתוך ניסיון לתת מענה לבעיות חברתיות (McNeill and Chapman, 2006). בעיות חברתיות הינן בעיות של החיים החברתיים שגורמות לעצב, למצוקה אישית או לקרע חברתי, ושגורמי השלטון שואפים לנסח מדיניות חברתית על מנת להתמודד עימן. מדיניות חברתית בהקשר זה הן פעולות שנוקטת הממשלה, שיש להן השפעה ישירה על רווחתם של אזרחי המדינה (Ibid, p. 7-8).

המאפיינים העיקריים של המחקר האיכותני הינם:

1. המכשיר העיקרי של המחקר הוא החוקר עצמו.
2. המחקר הוא תיאורי.
3. החוקר מתעניין בתהליך, לעתים אף יותר מאשר בתוצאה הסופית.
4. דרך ניתוח הנתונים נוטה לצורה האינדוקטיבית, כלומר - תפיסת החוקר מתגבשת תוך כדי הצטברות הנתונים.
5. ניתן משקל רב לדעת הנחקרים, כדי להבין תהליכים פנימיים, שעל פי רוב אינם גלויים לעין (Bogdan and Biklen, 1982).

הערכה איכותנית נוטה להתבסס על ראיונות בלתי-מוֹבָּנים ועל טכניקות של תצפיות, ולפיכך הניתוח והדיווח הם מילוליים ופרשניים (פרידמן, התשס"ה, עמ' 134). ההערכה האיכותנית מדגישה הבנה יותר מאשר מדידה מדויקת של אירועים, והיא נוטה להישען על היכרות מעמיקה עם תהליכים ואירועים, מבלי להזדקק להשוואות סטטיסטיות. פרידמן (התשס"ה) הציע להשתמש בהערכה איכותנית של תכניות חברתיות או חינוכיות כאשר התכנית המוערכת שונה מאוד מתכניות מוכרות וידועות, בשל חדשנות, למשל, וגם כאשר התיאוריות הנמצאות ביסוד התכנית אינן בהירות דיין, שנויות במחלוקת או בעיתיות.

שיטת המחקר האיכותני נבחרה למחקר זה משום שהיא משרתת היטב את התיאור והניתוח של פרויקט חברתי, בעל טבע חדשני, אשר אף על פי שהיו לו חזון ומטרות, הוא צמח תוך כדי עשייה.

1.3.1 האסטרטגיה המחקרית

אסטרטגית הבדיקה במחקר זה הינה חקר מקרה, והיא מתבססת על השיטה האתנוגרפית, שבה מתבצע ניתוח מסמכים, וראיונות פתוחים - רשמיים ובלתי-רשמיים (McNeill and Chapman, 2006, p. 8-9). מטרת השיטה האתנוגרפית היא לתת תיאור הנאמן ככל האפשר למציאות שהנבדקים רואים ושל ההקשר החברתי שהם מתנהלים בו. השיטה אינה מיועדת לחפש הסברים אלא להציג דברים כמות שהם. שיטה זו שימשה אנתרופולוגים החל משנות ה-30 של המאה הקודמת, לחקר קבוצות שבהן חיו החוקרים (למשל, אסכולת שיקגו שחקרה קבוצות שונות בעיר האמריקאית). המחקר האתנוגרפי פרח בשנות ה-70 וה-80 של המאה הקודמת, במיוחד בתחום החינוך והסטיות החברתיות, ושימש לבדיקת יחסי כוח, סוגיות פמיניסטיות ועוד.

חקר מקרה הינו שיטה מקובלת במחקר האתנוגרפי וניתן לבצעו בדרכים רבות, אם כי השיטה האיכותנית היא הפופולרית ביותר (McNeill and Chapman, 2006: 120). חקר מקרה אינו שיטת ניתוח של מקרים רבים, אלא בחירת אובייקט המחקר – התעניינות במקרה בודד או במספר מוגבל של מקרים. חקר מקרה מאפשר ניתוח לעומק של אותו המקרה, על מנת לפתח רעיונות, תפיסות ומודלים (Dart, 2004), מבלי לנסות לבצע הכללות. סטייק (Stake, 2000, pp. 435-453) הציע שלושה סוגים של חקר-מקרה:

1. חקר מקרה פנימי (intrinsic case study) – המקרה עצמו מעניין, ואין כוונה להבין את התופעה הכללית יותר שבמסגרתה הוא מתרחש (למשל, במקרה שבו פסיכולוג בוחן מקרה של נער אלים המטופל אצלו, אין בכוונתו ללמוד מכך על אלימות של בני נוער). המטרה בחקר מקרה מסוג זה אינה בניית תיאוריה.
2. חקר מקרה אמצעותי (instrumental case study) - חקר מקרה אשר מטרתו העיקרית לספק תובנה עמוקה בנושא מסוים, או לבצע הכללות. למקרה עצמו תפקיד משני בלבד, והוא מספק תמיכה בהבנה של סוגיה כללית יותר.
3. חקר מקרה קיבוצי (collective case study) - לימוד של כמה מקרים על מנת לחקור תופעה, אוכלוסיה או מצב. חקר מקרה קולקטיבי הינו חקר מקרה אינסטרומנטלי שנסב על כמה מקרים. הבחירה במקרים אלה נועדה לאפשר הבנה מעמיקה יותר, ואף תיאורטיזציה, של מספר גדול יותר של מקרים.

סטייק ציין כי החלוקה לשלוש הקטגוריות אינה תמיד ברורה, אולם רוב החוקרים הכותבים על המתודולוגיה של מקרי מבחן סבורים כי יש להשתמש בהם לצורך הכללה מדעית. עם זאת, רוב העבודות הנכתבות כמקרי מבחן, נכתבות מתוך עניין פרטני במקרה הבודד ופחות מתוך כוונה להגיע להכללה או לתיאוריה (Ibid, p. 439). במקרים כאלה החוקרים משתמשים בנרטיב תיאורי מפורט על מנת שהקוראים הם שיבצעו את ההכללות, גם אם אלה עשויות להיות שונות משל הכותבים עצמם. הכללות הקורא יכולות להתבסס, למשל, על השוואות למקרים אחרים. אם המקרה מתואר בפירוט רב, הקורא יכול לבצע את ההשוואות בעצמו – הכללה הקרויה "הכללה נטורליסטית". לעתים, החוקר עצמו הוא שמציע את ההשוואות – באמצעות הפניה למקרים

אחרים, או לנתונים סטטיסטיים שעל פיהם ניתן לדמיין השוואה לקבוצות יחוס אחרות (Ibid, p. 444).

בתיאור חקר מקרה אין הכוונה להגיע להכללות, אלא להבין הבנה עמוקה יותר נושא או תחום. כך למשל, מחקר שמתאר פורץ שהורשע, אינו מתכוון לומר שהוא מייצג את כל הפורצים, אלא מעניק לנו תמונה בהירה יותר על עולם הפשע (McNeill and Chapman, 2006: pp 120-121). שאלות המחקר בחקר מקרה מנוסחות כשאלות כלליות, תמאטיות (thematic), אולם מטרתן להבין טוב יותר את המקרה הבודד.

"קול לבריאות", שירות המתורגמות שנחקר במחקר זה, הינו שירות המתורגמות הטלפונית הראשון בישראל ולפיכך מהווה בהכרח מקרה בודד. עם זאת, השירות לא הוקם בריק, ומקימו התבססו על פעילות קודמת של העמותה בשטח ועל קשרים קיימים במערכת הבריאות, ובמידה מסוימת על תיאוריות של הכשרת מתורגמים קהילתיים והפעלת שירותים דומים במדינות אחרות. ניתוח הנתונים במחקר התבסס על תיאוריות ופרקטיקות הנוגעות להכשרת מתורגמים ולהפעלתם, ועל השוואתן לאילוצים הקיימים בפועל. לפיכך, המחקר הנוכחי הינו שילוב של חקר מקרה פנימי וחקר מקרה אמצעותי.

1.3.2 חומרי המחקר וכלי הניתוח

חומרי המחקר ששימשו לעבודה זו הינם:

1. מידע ראשוני הכולל תכתובות פנימיות של העמותה, בכלל זה מסמכי עבודה, יומן עבודה שוטף, וסיכומי ישיבות; תכתובות שניהלה העמותה עם גורמי-חוץ; ומסמכים שנכתבו על-ידי גורמי-חוץ ומתייחסים לשירות המתורגמות.
2. ראיונות חצי מובנים עם גורמים המעורבים בתכנון השירות ובהפעלתו – בעמותת "טנא בריאות", באקדמיה, ב"שירותי בריאות כללית" שהם צרכן של השירות ובמשרד הבריאות.
3. סרטי וידאו שתיעדו את קורס ההכשרה למתורגמים הרפואיים של "טנא בריאות".

כלי הניתוח שנבחרו לצורך מחקר זה הינם: ניתוח תוכן של מסמכים ותיעוד חזותי, וראיונות. ניתוח תוכן הוא כלי מחקרי להפקת היסקים, המזוהה בשיטתיות ובאובייקטיביות מאפיינים שונים בתוכן מסוים (Holsti, 1969).

1.3.2.1 ניתוח מסמכים

הספרות המקצועית בתחום המחקר האיכותני תיארה את תהליך איסוף הנתונים כתהליך מעגלי-ספירלי, ההולך ומתכנס לתוך עצמו (צבר בן-יהושע, 1990, גבתון, 2001). כאשר נכנס החוקר לראשונה לשדה המחקרי, הוא מתחיל לאסוף את הנתונים במקום שנדמה לו שתהיה בו תשובה

לשאלת המחקר שלו (גבתון, 2001). עם תהליך האיסוף מתחיל גם תהליך הניתוח והגדרת התמות המרכזיות בחומר. שלב זה כונה אצל האציניסון (Hutchinson, 1988) "שלב הקידוד הראשוני" (coding level I), בניתוח תימות בשיטת "התיאוריה המעוגנת בשדה", שפיתחו האנתרופולוגים גלייזר וסטראוס (Glaser and Strauss, 1967). ב"שלב הקידוד הראשוני" עובר החוקר על החומר ומאתר בו חזרות, שהוא משייך לכותרות שקבע. במהלך המחקר מחדד החוקר את הגדרת התמות, מבטל את חלקן ומוסיף אחרות. גבתון (2001) המליץ להפסיק את איסוף הנתונים כאשר החוקר מגיע ל"רווייה". רגע זה מוגדר כרגע שבו יש חזרות רבות מדי, כלומר, הנתונים המצטברים "נכנסים" ללא קושי למערכת התמות שבנה החוקר. אז מתבררת התמונה הכללית שבנה החוקר ואין הוא רואה עוד מקום לחדדה.

המחקר הנוכחי בחן את חומרי המחקר הנוגעים להכשרת המתורגמנים ולהפעלת השירות, בודד את התמות הבולטות, הגדיר אותן, ובאמצעות התמונה הארגונית שנוצרה ענה על השאלות שהועלו.

בעבודה זו נבחנו 130 מסמכים פנימיים ותכתובות-חוץ בנוגע לפרוייקט וכ-300 תכתובות דואל הנוגעות לפרוייקט, החל מיולי 2005, ועד מאי 2008 (המעבר למתן שירות ממשרד העמותה). לגבי כל מסמך בוצע התהליך הבא:

1. זיהוי הכותב והמכותבים.
2. איתור גורמים שותפים (לישיבת צוות, לפגישה, לניסוח המסמך וכולי) ושיוכם לפי קטגוריות: עמותה, משרד ממשלתי, שירות בריאות, מגזר עסקי וכולי.
3. זיהוי תרומת המשתתפים לנושא שירות המתורגמנות ועמדתם בנושא.
4. איתור גורמים דוחפים ומעכבים בנושא השירות, כפי שהשתקפו במסמך.

לאחר בחינה פרטנית של כל המסמכים ואיסוף הקטגוריות כפי שהוסבר לעיל, נבנתה התמונה הארגונית הנוגעת לשירות, והשוותה למודל התנהלות ארגון בתוך סביבה, הלקוח מהשדה הארגוני-סוציולוגי.

רשימת המסמכים המלאה מופיעה בנספח מס' 1. על מנת להקל את האזכורים בגוף העבודה, מצויין מספרו של המסמך ברשימת המקורות. באזכור מסמכים שלהם חשיבות בניתוח התהליכים המתוארים בעבודה צויין גם נושא המסמך (לדוגמא: מזכר הבנה בין עמותת "טנא בריאות" לבין "שירותי בריאות כללית", מסמך מס' 46)

1.3.2.2 ראיונות

עם קריאת המסמכים, זוהו הגורמים העיקריים בתכנון השירות ובהפעלתו, ונבחרו גורמים מהמגזרים השונים המעורבים בתמונה הארגונית. גורמים אלה רואיינו ראיונות חצי-פתוחים, על מנת להעניק זווית נוספת, נרטיבית, לנתונים שהתקבלו מן המסמכים והתכתובות. השיקולים לבחירת המרואיינים היו:

1. פעילות בעמותה ברמת קבלת החלטות
2. פעילות במוסד המוגדר כשחקן חוץ-ארגוני, ברמת קבלת החלטות בנושא שירותי המתורגמנות.
3. זווית ראייה משולבת – קהילה, ממסד, אקדמיה או תרגום.

הגורמים שרואיינו לצורך מחקר זה הם:

1. ד"ר ענת יפה - רופאה אנדוקריןולוגית, מקימת "טנא בריאות" ויוזמת רעיון שירות המתורגמנות. משמשת כיו"ר העמותה מאז 2006.
2. מר פקדו גדמו – מנכ"ל "טנא בריאות" משנת 2002. מכיר את ההתנהלות היום-יומית של העמותה מבית, ומול גורמים חיצוניים וכן את נקודת המבט של יוצאי אתיופיה הקשורים לפרוייקט.
3. גברת אתי גולסטאני- שימשה כרכזת השטח של העמותה משנת 2001 עד אפריל 2008. במסגרת תפקידה שימשה כמתאמת שירות המתורגמנות.
4. ד"ר ספפה איציק – רכז ארצי לבריאות הקהילה מטעם העמותה ומשרד הקליטה. מעורה היטב בקהילת יוצאי אתיופיה ומכיר את צרכיה, ויכול להמשיג אותם במונחים של בריאות הציבור, שהיא התמחותו האקדמית.
5. ד"ר שמואל גבעון – רופא משפחה, אחראי לתחום הסוכרת במחוז שרון-שומרון של "שירותי בריאות כללית". בנוסף, משמש כראש וועדת הביקורת של "טנא בריאות".
6. פרופ' מיכאל ויינגרטן – מנהל מרפאת ראש העין ב"שירותי בריאות כללית", ומשתמש בשירות המתורגמנות. מרצה וחוקר בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב.
7. גברת צביה לויך – אחות מוסמכת במרפאת "שיכון עממי" של "שירותי בריאות כללית" בפתח תקווה, אשר נכללה בשלב הגישוש של הפרוייקט. גבי לויך הינה גם מתרגמת אנגלית-עברית.
8. ד"ר דיאן לויך-זמיר – ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות ב"שירותי בריאות כללית". המרואיינת פועלת מול "טנא בריאות" כמעט מראשיתה, ומביאה את נקודת המבט המקצועית של קידום בריאות יחד עם נקודת המבט הממסדית של קופת החולים הגדולה בישראל.
9. גברת רות ויינשטיין – ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. מציגה נקודת מבט ממסדית ברמת משרד ממשלתי, במקביל לתפיסת עולם מקצועית של קידום בריאות ועבודה רבת-שנים בפרוייקטים לקידום בריאות יוצאי אתיופיה.
10. ד"ר נורית גוטמן – מרצה במחלקה לתקשורת באוניברסיטת תל-אביב, ליוותה את פרוייקט "טנא בריאות" בשנות פעילותו הראשונות וחיברה בין הפרוייקט לבין גורמים בממסד הבריאותי ובאקדמיה. לפיכך, מעניקה ד"ר גוטמן תובנה ברמת המקרו, על תהליך שבו ארגון קהילתי מנסה לפעול בתוך ממסד בריאותי.

בראיון, נשאל כל מרואיין על תפקידו, ועל הקשר שלו לעולי אתיופיה, לעמותת "טנא בריאות" ולשירות המתורגמנות "קול לבריאות". בחלק המובנה-למחצה של הראיון, התבקשו המרואיינים

לתאר בפירוט את השלבים בהקמת שירות המתורגמות, ולהתייחס לעתידו של השירות. כשאלה מסכמת, התבקשו המרואיינים להתייחס לעתידה של ההנגשה הלשונית לשירותי בריאות באופן כללי – האם תיתכן בעתיד הנגשה לשונית של מערכת הבריאות, כיצד תיראה מערכת ההנגשה, מי יפעיל אותה, ומי יממן אותה. המרואיינים שהשתייכו לצוות העמותה (מרואיינים 1 – 5) התבקשו להתייחס בפירוט לקשיים שבפניהם ניצבה העמותה בהטמעת שירות המתורגמות, אם לא התייחסו לקשיים אלה ביוזמתם.

הראיונות הוקלטו², תומללו, ונותחו לשם הוצאת תמות בולטות. בניתוח נעשה ניסיון לנסח את התימות במילים שבהן השתמשו המרואיינים עצמם³. מתוך "קטגוריות הגרעין" (core codes) (Glaser and Strauss, 1967) הוצאו התימות הבאות:

1. תהליכים שהובילו להקמת שירות המתורגמות.
 2. גורמים שעודדו את הקמת שירות המתורגמות וגורמים שעיכבו את תהליך ההקמה.
- בנוסף לראיונות המובנים-למחצה, נוהלה תקשורת אישית (בכתב ובעל-פה), בנושאים ספציפיים, עם פרופ' ליאון אפשטיין ממכון טאוב לחקר מדיניות, ד"ר אמתי זיו (מנהל המרכז לסימולציה רפואית – מס"ר בתל השומר), גבי ליאורה ולינסקי (רמ"ח קידום בריאות ב"מכבי" שירותי בריאות), מר רונן רגב-כביר (סמנכ"ל ארגון "אמון הציבור), וגבי מדליין צ'פמן (אחראית הלימה תרבותית בשירותי הבריאות של ניו-סאות' וילס, אוסטרליה).

1.3.2.3 ניתוח התיעוד החזותי

התיעוד החזותי של הכשרת המתורגמים בספטמבר 2006 סיפק מידע אודות תכני ההכשרה. בהכשרה הוקלטו ההרצאות התיאורטיות, משחקי התפקיד ודיונים שהתקיימו בעקבותיהם. בבחינת הנושאים, נערך דיון משווה עם נושאי לימוד בהכשרות מתורגמים קהילתיים בעולם, בעיות, קשיים ופתרונות שעלו בהכשרת המתורגמים של "טנא בריאות", ותובנות רטרוספקטיביות באשר להכשרה.

1.3.3 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר בעבודה זו כללה את כל בעלי התפקידים ואת כל המוסדות המעורבים בתכנון, בהקמה ובהפעלה של השירות, החל מ 2004, ועד מאי 2008. המאורע שממנו מתחילה בחינת האירועים במחקר הנוכחי הוא פרסום מחקר שיזמה העמותה ושהמליץ על יסוּם פתרונות לייעול התקשורת בטיפול הרפואי (טולדנו ואח' 2005). נקודת הסיום היא המעבר של עמותת "טנא

² הראיון עם ד"ר דיאן לויין-זמיר נערך פעמיים, בשל תקלה טכנית בהקלטה.

³ מקרא לתמלול השיחות: [...] – מלל שלא שובץ בטקסט.
[מילה] הערה או הוספה של החוקרת
(מילה) (...) – מילה לא ברורה
מילה - הדגשה קולית של המרואיין

בריאות" למשרד קבוע, עובדה שהשפיעה באופן מהותי על אופן מתן השירות מאותה העת ואילך, והושפעה מלקחים שהפיק הצוות אודות מתן השירות עד אז. הגורמים הנחקרים כללו את צוות עמותת "טנא בריאות", הוועד המנהל והאסיפה הכללית של העמותה, וכן גורמים חיצוניים לעמותה: משרד הבריאות, קופות החולים, חברות כלכליות, חברי כנסת, וגורמי מימון.

1.3.3.1 הסכמת המשתתפים

משתתפי תכנית ההכשרה התבקשו לאשר (בכתב או בעל פה) את השימוש בחומרים שצולמו בקורס לצורך מחקר, ללא ציון פרטים מזהים. כל המשתתפים למעט שלושה שלא אותרו בטלפון או בפניה בכתב, אישרו את השימוש בחומרים.

1.4 מגבלות מחקריות

1.4.1 החוקר כמשתתף

בדיון על שיטת המחקר יש לתת את הדעת לעובדה שהחוקרת השתתפה ברבים מן התהליכים המתוארים להקמת השירות, ובעת כתיבת המחקר גם ניהלה אותו. לפיכך, קיים, לכאורה, סיכון שהחוקרת לא תנתח את המידע בצורה אובייקטיבית, או שהיא תיטה לבצע ניתוח בראייה של אקטיביזם חברתי ולא בראייה אקדמית. עם זאת, מצב שבו החוקר לוקח חלק פעיל בשדה המחקר מקובל בשיטת המחקר המשתתף (participatory research) בתחום מדעי החברה. מחקר משתתף הוא פילוסופיה המזוהה לרוב עם חקר פעולות לשינוי חברתי ועם תחום זכויות האדם. במדינות המפותחות עוסקים במחקר מסוג זה בדרך כלל חוקרים המחויבים לשילוב בין אחריות אקדמית לבין עבודה קהילתית, לרבות ניתוח מבוסס-קהילה של בעיות חברתיות ושינוי חברתי באמצעות נתונים מדעיים (Kemmis and McTaggart, 2000, p. 568). במחקר הנוכחי, החוקרת רתמה את הידע האקדמי שרכשה בנושא מתורגמות קהילתית ורפואית, לטובת הקמת שירות מתורגמות בארגון שטח, ומאוחר יותר השתמשה בנתונים מהשטח על מנת לנתח את התהליך. המחקר הנוכחי מהווה אפוא דוגמה לאתנוגרפיה יישומית (applied ethnography) שבמסגרתה נקראים חוקרים לקחת חלק בעיצובו של פרוייקט ובהערכה שלו על סמך התמחותם המקצועית (Chambers, 2004, p. 858). גם במחקרי חקר מקרה (case study) במדעי החברה והחינוך קורה שהחוקר עצמו מעורב באופן פעיל בשדה המחקר. כך, מנהל עשוי לכתוב על תכנית חינוכית שיושמה בבית-ספרו, ופסיכולוג עשוי לנתח מקרה טיפולי ייחודי. זוהי דוגמה למעורבות גורמי אקדמיה בפעילות שטח-קהילה (grassroots), סוגיה שתידון בהרחבה בעבודה (סעיף 7.3.3.2). חוקר יכול להיות מעורב בשדה המחקר גם במקרים שבהם הוא כותב על ארגון, קבוצה או קהילה חברתית שהוא משתייך אליהם. במצבים כאלה עלול החוקר לחוש אי-נוחות בפרסום ממצאים בלתי מחמיאים אודות מושאי המחקר שלו (Rier, Schwartzbaum and Heller, 2007). היושרה האקדמית מחייבת דיון בממצאים שיעלו מהניתוח, אך מבלי להתעלם ממקומו של החוקר בשדה המחקר ובתהליכים הנדונים.

ההשפעה של גורמים לא-מדעיים (דעות אישיות או פוליטיות למשל) על בחירת הנתונים שעל פיהם יוסקו מסקנות המחקר עלולה ליצור מתח בין קודים אתיים של חוקרים לבין המניעים האישיים שלהם (Rier, Schwartzbaum and Heller, 2007, p. 10). כך למשל, עלולה להתעורר בעיה בפרסום מסקנות שאינן מחמיאות למושאי המחקר הנוכחי (עמותת "טנא בריאות" או אחד מהגופים העובדים עם העמותה) או לגורמים המעורבים בה באופן אישי. עם זאת, יש חוקרים הדוחים את הטענה שאובייקטיביות מחייבת את החוקרים להיות ניטרליים או אדישים כלפי מושאי המחקר שלהם. נדרשת מחוקרים יושרה: עליהם לומר את האמת ואת כל האמת למרות מעורבותם (Kanaaneh, 1997).

אופן הבדיקה חייב את החוקרת להגדיר שוב ושוב את מקומה בעת תהליך הבדיקה. כך, למשל, כאשר במהלך אחד הראיונות הועלו הצעות לשיפור הפצת המידע על השירות, אשר כוונו ישירות לחוקרת, בתפקידה כמנהלת השירות, היה עליה לזכור לקבל את המידע ולנתחו כחוקרת ולא כפעילה בשדה המחקר. את הדיון או הוויכוח על הצעות אלה היה עליה לשמור לשדה הפעילות עצמו ולא למהלך הריאיון.

1.4.2 החוקר כמי שאינו משתייך לקהילה הנחקרת

החוקרת אינה משתייכת לקהילת יוצאי אתיופיה ואינה דוברת אמהרית. אי-ידיעת השפה האמהרית לא אפשרה לחוקרת לנתח בעצמה שיחות מתורגמות ולעמוד על ההתאמות או החריגות בהעברת המסר משפה לשפה. בשל מגבלה זו, החליטה החוקרת להתמקד בתהליכים סוציולוגיים של הכשרת מתורגמנים והפעלת השירות, ולא בחקר-שיח של חומרים מתורגמים. במקרים המעטים שבהם נדרש ניתוח חומרים באמהרית, תודרכה המתרגמת לתרגם את הנאמר בדיוק מרבי, ללא הגבהה או הנמכה של המשלב ותוך שמירה על המבנה והתוכן המקוריים. התכנים שתורגמו מאמהרית לצורך עבודה זו נלקחו מההכשרה הבסיסית של מחזור המתורגמנים הראשון (סעי' 5.2.5) ומהשתלמויות ההמשך.

1.5 הגדרות תפעוליות

לפני שנדון בסוגיות התקשורת בין מיעוטים לשוניים לבין אנשי מקצועות הבריאות השונים, עלינו להגדיר מהו טיפול רפואי, מיהו מטפל, מהי הנגשה לשונית בטיפול הרפואי ומיהו מתורגמן רפואי.

לצורך המחקר הנוכחי, "טיפול רפואי" הוא מתן שירותים המסייעים לאדם לשמור על מצב בריאותי מיטבי, בכל מצב או שלב בחייו (US Department of Health and Human Services). בהגדרה זו נכללים שירותי רפואה, סיעוד ומקצועות פארה-רפואיים.

מאחר שהמחקר הנוכחי עוסק בטיפול רפואי במערכת הבריאות בישראל, לקוחה הגדרת המושג "מטפל" מתפיסת העבודה של משרד הבריאות:

מטפל הינו בעל מקצוע בתחום הטיפול שהוכר כמטפל לעניין חוק זכויות החולה, ובכלל זה רופא, רופא שיניים, סטאזיר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג, וכך רשימה נוספת של מקצועות הבריאות, שהוכרו כמטפלים לעניין החוק, ובהם רוקחים, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, עובדים סוציאליים במוסדות רפואיים ועוד (משרד הבריאות, חוזר מנהל רפואה מס' 29, שנת 1998).

”הנגשה” היא אפשר גישה פיזית או שימוש בשירות, לאנשים בעלי מוגבלויות, על מנת לאפשר להן להשתלב בחברה בשוויון, בזכות, בכבוד ובעצמאות מרבית (שילה, 2007). הנגשה לשונית בטיפול הרפואי מתייחסת לאמצעים שנוקט מוסד רפואי על מנת לאפשר לאנשים שאינם דוברים את שפת הרוב במדינה לצרוך את הטיפולים והשירותים שהוא מציע. הנגשה לשונית ותרבותית כוללת של מוסד רפואי, פירושה, בין השאר, איסוף מידע על השפות שדוברים המטופלים, גיוס ואיתור של צוות דו-לשוני, כולל רופאים, ארגון ומימון של שירותי מתורגמנות, והדרכת הצוות לשימוש בשירותי המתורגמנות (Brach, Fraser and Paez., 2005).

”מיעוט לשוני” - על פי סימפסון, שפת מיעוט מתאפיינת בכמה מאפיינים, שהמשותף להם הוא הסיכון ששפה זו תיכחד (Simpson, 2001). יש לציין, כי שפת מיעוט במדינה אחת יכולה להיות שפה דומיננטית במדינה שניה (שם). בשל הקשר בין שונות לשונית של קבוצה לבין ייחודה התרבותי ומאבקן של קבוצות אלה להכיר בהן כקבוצות מיעוט תרבותיות או לאומיות (מדינת ישראל, בג”צ, עתירה בנושא שילוט בערים מעורבות, תיק 4112/99), יצוינו ההבחנות בין המונחים ”מיעוט ילידי” (indigenous minority) או ”מיעוט לאומי” (national minority), לבין המונח ”מיעוט מהגר” (immigrant minority) (Kymlicka, 1995; May, 2001). מיעוטים ילידיים בישראל הוא, למשל, הערבים אזרחי ישראל, ומיעוטים מהגרים הינם עולים, מהגרי עבודה או פליטים.

בהקשר המשפטי, יצוין המונח האמריקאי LEP (Limited English Proficiency), מונח משפטי המציין רמת שליטה באנגלית שאינה מספיקה להבטיח נגישות שווה לשירותי ציבור, הניתנים באנגלית, ללא סיוע מתורגמן (NCIHC, 2008).

”מתורגמנות קהילתית” – תיווך לשוני המתרחש בשירות הציבורי, ומטרתו לסייע לתקשורת בין עובדי הממסד לבין אנשים מהשורה. (Baker, 1998, pp. 33-34). למונח מתארים מקבילים רבים, שאין ביניהם חפיפה מוחלטת: ”מתורגמנות במוסדות ציבור” (public service interpreting), מתורגמנות דיאלוג (dialogue interpreting) מתורגמנות תרבותית (cultural interpreting), מתורגמנות קישור (liaison interpreting) (Roberts, 1997, p. 8). מתורגמנות רפואית, מתורגמנות משפטית, מתורגמנות בשירותי הרווחה, ומתורגמנות חינוכית הינן ענפי-משנה של המתורגמנות הקהילתית. מתורגמנות קהילתית היא מטבעה דו-כיוונית (משפה א' לשפה ב' ולהפך) ומתבצעת לרוב באופן עוקב. מתורגמן קהילתי עובד פנים-אל-פנים מול הצדדים העיקריים לשיח, או מתרגם מרחוק

“**מתורגמנות רפואית**” הינה ענף של המתורגמנות הקהילתית, והיא מתייחסת לסוג התרגום בעל-פה המיועד לסייע לתקשורת בין עובד מוסד רפואי לבין הפונה או משפחתו. מתורגמנות רפואית מתבצעת בבתי-חולים, בקליניקות פרטיות, בביקורי בית, ובמסגרת התייעצויות עם מטפלים מתחום הבריאות כגון קלינאיות תקשורת, דיאטניות או פיזיותרפיסטיות (Hale, 2007, p. 36; NCIHC, 2008) וכן במרפאות קהילתיות. **מתורגמן רפואי** הוא אדם דו-לשוני (שרמתו נבחנה ונמצאה מתאימה), שעבר הכשרה, המקשר בין איש המוסד הרפואי, דובר שפת הרוב, לבין הפונה דובר שפת המיעוט. צורת השיחה היא, בדרך-כלל, ריאיון בין המטפל לבין המטופל ומשפחתו. (Agger-Gupta, 2001; NCIHC, 2008).

“**מתורגמנות באמצעות הטלפון**” – מתורגמנות המתבצעת מרחוק, כאשר המתורגמן משוחח עם הצדדים בטלפון. במתורגמנות רפואית טלפונית המטפל והמטופל נמצאים לרוב באותו החדר (NCIHC, 2008).

“**מתורגמן לעת-מצוא**” הינו אדם דובר שתי שפות או יותר ברמה לא-מאובחנת וללא הכשרה במתורגמנות, הנקרא לשמש כמתורגמן במפגשים נקודתיים בין נותן השירות לבין מקבלו.

“**מטפל דו-לשוני**” הינו אדם בעל שליטה ביותר משפה אחת שיכול לתת שירות רפואי באופן ישיר למטופלים בני מיעוט לשוני, בשפת-אימם. מטפל דו-לשוני אינו בהכרח מוכשר ומיומן לשמש כמתורגמן רפואי (NCIHC, 2008).

1.6 מבנה העבודה

השער הראשון של העבודה מציג סקירת ספרות, הכוללת שלושה חלקים:

הפרק השני מציג רקע תיאורטי להבנת שירות המתורגמנות הרפואית כמענה אפשרי לקשיים הנובעים מפערי שפה ותרבות במערכת הבריאות. פרק זה מחולק לשני תת-חלקים, שיש בינם הקבלה: בתחילה, תיסקר ספרות אודות הבעיות המאפיינות תקשורת עם מיעוטים לשוניים בטיפול הרפואי, ההשלכות של אי-מתן פתרון ממוסד ומקצועי לבעיות אלה ופתרונות ממוסדים להנגשה לשונית. בסוף פרק זה תובא סקירה רחבה אודות שירותי מתורגמנות טלפונית במדינות אחרות. בתת-הפרק השני (סעיף 2.5-2.6) תיסקר ספרות אודות מיעוטים לשוניים והטיפול הרפואי בישראל, פתרונות להנגשה לשונית ותרבותית – בדגש על תוכניות לקליטת בריאות אצל יוצאי אתיופיה, ובסיום הפרק תוצג סקירה על עמותת “טנא בריאות” שבמסגרתה הוקם השירות.

בפרק השלישי מוצגת סקירה של מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים. הסקירה מחולקת לנושאים, שעל פיהם ינותחו, בפרק הדיון, תוכניות ההכשרה והשתלמויות ההמשך של מתורגמני “קול לבריאות”, כתוצר של שותפות בין ארגון שטח לבין גורמים שהביאו עמם ידע אקדמי בנושא (סעיף 5.2.5).

בפרק הרביעי מובאת ספרות מתחום הסוציולוגיה הארגונית בנושא ארגונים ומערכת יחסי-הגומלין שהם מקיימים עם הסביבה. יוסבר מושג המגזר השלישי וארגוני מגזר שלישי, ויתוארו עבודות המתארות שירותי מתורגמנות כארגונים. סקירה זו תשמש לדיון בתפקידם של הגורמים השונים הקשורים להקמת שירותי המתורגמנות ולהפעלתו (פרק ה').

השער השני של המחקר (פרקים 5 – 8) מציג את הממצאים ממקרה המבחן ודן בהם :

הפרק החמישי עוסק בשלבי הקמת שירותי המתורגמנות מאז הועלתה ההצעה להקימו במסגרת מחקר שיזמה העמותה ב-2004 ועד לאפריל 2008. הדיון מתבסס על תיאוריות של ארגון וסביבה, המאתרות ומנתחות את גישתם של הגורמים המעורבים בהקמת השירות ובעיצובו, ואת מידת השפעתם עליו, בכלל זה: גורמי חקיקה, מוסדות בריאות, צוותי בריאות, גורמים כלכליים, וגורמי-מימון.

בפרק השישי מוצגים הגורמים שדחפו להקמת שירותי המתורגמנות הטלפונית הראשון בישראל, והגורמים שעיקבו את תהליך ההקמה וההפעלה. בנוסף, מוצגות התייחסויות המרואיינים באשר לעתיד ההנגשה הלשונית של שירותי בריאות בישראל.

בפרק השביעי מוצע מודל מכליל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל, על סמך התובנות שעלו מהפעלת שירותי המתורגמנות "קול לבריאות" ועל סמך הידוע על הנגשה לשונית בחלק ממוסדות הציבור עד לכתובת המחקר.

הפרק השמיני מסכם את התובנות שעלו בעבודה זו ומציג הצעות למחקרים עתידיים בתחום ההנגשה הלשונית של שירותי ציבור.

שער ראשון: סקירת ספרות

פרק 2: הנגשה לשונית ותרבותית של שירותי בריאות:

בעיות ופתרונות

קשיי תקשורת בין קבוצות מיעוט לשוני לבין הצוות המטפל זוכים להכרה כגורם העלול למנוע מתן טיפול רפואי הולם ויעיל (Burbano-O'leary, Federico and Hampers, 2003; Flores et al., 2003; Goldman, Amin, and McPherson, 2006; Hampers et al., 1999; Hampers and al., 2003; James, Bourgeois and Shannon, 2005). הכרה זו מביאה להגברת המודעות בצורך באיש מקצוע שימש כמתווך לשוני בטיפול הרפואי, כחלופה לשימוש באנשים דו-לשוניים שלא הוכשרו לתפקיד זה או לאי-שימוש במתורגמנים כלל. כיום ניתן למצוא בעולם כמה פתרונות ממוסדים להנגשה לשונית, בכלל זה העסקת מתורגמנים קבועים במוסדות הבריאות, העסקת מתורגמנים עצמאיים, הכשרות אנשי צוות דו-לשוניים כמתורגמנים ושימוש בשירותי מתורגמנות טלפונים.

בישראל חיות קבוצות מיעוט לשוניות ותרבותיות רבות. הקשר בין פערי השפה בטיפול הרפואי לבין איכות הטיפול מתגלה במחקרים ובהכרה הציבורית (המובעת, למשל, בתקשורת או בדיונים ציבוריים), אולם ההכרה בצורך להכשיר ולהשתמש במתווכים לשוניים מקצועיים נמצאת רק בראשיתה. אין בישראל חקיקה הקובעת חובת שימוש במתורגמן מקצועי בתחום הבריאות, ולא קיימות מסגרות מקצועיות רחבות-היקף להנגשה לשונית בטיפול הרפואי.

בסקירת הספרות נסקור תחילה (סעיף 2.1 ו 2.2) את הצורך במתורגמנות רפואית ואת הסיבות ליישומם של פתרונות קבועים לפערי שפה ותרבות בטיפול הרפואי. בעיות תקשורת ואי-הבנות נפוצות בשיח הרפואי, אולם הן שכיחות יותר במקרים שבהם יש קשיי שפה ופערי תרבות בין נותן הטיפול לבין המטופל (סעיף 2.3). הבנת הפערים והשלכותיהם על הטיפול, ההכרה שטיפול רפואי בשפה המובנת למטופל הינה זכותו, וחישובי העלויות הכלכליות שנוספות לטיפול במיעוטים לשוניים בשל קשיי שפה, הביאו לפיתוח מודלים ממוסדים לנגישות לשונית במספר הולך וגדל של מדינות⁴. בסעיף 2.4 נסקור כמה סוגים של פתרונות להנגשה לשונית רפואית, בכלל זה התאמה לשונית בין מטפל לבין מטופל, שירות מתורגמני-בית, ושירות מתורגמנות טלפונים – שלו תוקדש סקירה מעמיקה. בסעיף 2.5 ייסקרו מחקרים העוסקים בטיפול במיעוטים לשוניים בישראל בכלל, ובסעיף 2.6 יפורטו בעיות בקליטת יהודי אתיופיה במערכת הבריאות ויוצגו דוגמאות לתוכניות לשיפור קליטה זו. בסיכומו של פרק זה תוצג פעילות עמותת "טנא בריאות" לקידום בריאותם של יוצאי אתיופיה בישראל – העמותה אשר יזמה והניעה את שירות המתורגמנות הטלפונים "קול לבריאות", המשמש לתיאור המקרה.

⁴ יצוין, כי רוב הספרות המחקרית בנושא מתורגמנות קהילתית כתובה באנגלית, ומיעוטה בצרפתית, בגרמנית או בספרדית. לפיכך, אף כי ייתכן שקיימים פתרונות להנגשה לשונית במדינות אחרות, הרי ששפת פרסום המחקרים מגבילה את הסיקרה הכוללת בנושא.

2.1 תקשורת מטפל-מטופל והריאיון הרפואי

הצלחתו של טיפול רפואי תלויה במידה רבה בתקשורת המוצלחת בין מטפל לבין מטופל, והשפה ממלאת תפקיד מרכזי בתקשורת זו. תקשורת מוצלחת תלויה ביכולתו של המטפל לשאול שאלת בצורה יעילה, להקשיב בצורה אמפתית לדברי המטופל, כולל לרמזים עקיפים שיש בהם כדי להעמיק את ההבנה לבעייתו של המטופל ולבנות יחסים של שיתוף פעולה בין המטפל לבין המטופל (Zoppi and Epstein, 2002; מעוז ואחרים, 2004).

התקשורת בין נותן הטיפול הרפואי לבין המטופל זכתה בעשורים האחרונים למחקר בתחומי הרפואה, הסוציולוגיה של הרפואה, התקשורת והלשון. חלק מן המחקרים מתייחסים להיבטים התרבותיים והלשוניים בשיח הרפואי, המשפיעים על אופן הטיפול ואיכותו, וחלקם בודק באילו כלים לשוניים משתמשים הצדדים על מנת להשיג הישגים חברתיים (למשל, Hein and Wodak, 1987; Mishler, 1984).

שיח מטפל-מטופל משתייך לסוג השיח הממסדי, שבו צד אחד מבקש מידע ספציפי מהצד השני, והוא מאופיין לרוב במבנה א-סימטרי (Labov, 1984; Schiffrin, 1994). הריאיון הרפואי הינו כלי לשימוש של איש הצוות הרפואי. באמצעותו הוא אוסף מידע על המחלה הנוכחית, ההיסטוריה הרפואית, האישית והמשפחתית וכן פרטים על ההיסטוריה האישית והחברתית של המטופל (Levinson, 1987). מטרת הריאיון הרפואי הן:

1. לאסוף מידע על המטופל ומחלתו, שאינו זמין ממקורות אחרים.
 2. לבסס עם המטופל יחסים שיסייעו לאבחנה ולטיפול.
 3. לסייע למטופל להבין את מחלתו.
 4. להנחות את המטופל בטיפול ולתמוך בו, לספק סוג של תרפיה.
- (Enelow and Swisher, 1985; Froelich and Bishop, 1977).

הריאיון הרפואי אינו רק נחלתו של הרופא, ומשתמשים בו גם אנשי סיעוד, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים (Enelow and Swisher, 1985). מבנהו של הריאיון הרפואי מושפע במידה רבה מתפיסות ומתיאוריות המתארות את יחסי המטפל והמטופל ואת אופי התקשורת ביניהם, כפונקציה של יחסי הכוח והשליטה (Mishler, 1984; Parsons, 1951; Roberts and Sarangi, 2005). יחסים אלה השתנו במשך השנים, ומושפעים גם ממגמות עכשוויות הרואות במטופל שותף לקבלת החלטות לגבי הטיפול הרפואי ומנסות לאתר גורמים נפשיים, חברתיים וסביבתיים המשפיעים על מצב בריאותו (Engel, 1977). מבנה הריאיון הרפואי מושפע גם מאילוצים חיצוניים שמכתיבה כלכלת הבריאות. כיום, בנוסף על תפקידו בטיפול בפונים, על הרופא לשמש לעתים גם כ"שומר סף" למערכת הבריאות, הקובע מי יקבל את הטיפולים הכלולים בסל הבריאות או בסל קופות החולים. זמנו של הרופא לשיחה עם המטופל מוגבל, וזמני האשפוז קצרים יותר מבעבר (Levinson, 1987).

ריאיון רפואי הינו סוג מובנה של שיח, שבו חייבים המשתתפים לציית לכללי מעמד, ולסביבה שבה הם פועלים (Fisher, 1984). שיחת מטפל-מטופל נכללת בקטגוריות השיח הממסדי (institutional talk/discourse) אשר נחקר בשלושים השנים האחרונות במגוון דיסציפלינות, בעיקר הסוציו-לינגוויסטיקה, האתנוגרפיה, חקר השיח וחקר השיחה (Drew and Sorjonen, 1997). מבנה הריאיון הרפואי מהגישה המודרנית של רפואה מבוססת-ראיות (evidence-based medicine), שעל פיה לכל מחלה יש גורם, ולפיכך לאבחנה ולהצעת הטיפול קודמת סדרת שאלות על הרקע למחלה ובדיקה פיזית. כלי התקשורת המעורבים בריאיון הרפואי הינם תקשורת מילולית, תקשורת בלתי-מילולית, שאלות פתוחות ושאלות ממוקדות (Levinson, 1987).

שלבי הריאיון הרפואי הינם:

1. קבלת פרטים אודות ההיסטוריה הרפואית של המטופל
2. בדיקה פיזית
3. אבחנה/הערכה
4. המלצות לטיפול

על פי דיסציפלינת חקר השיח ניתן לחלק את השיחה בין איש הצוות למטופל לחלקים הבאים (Tebble, 1999; ten Have, 1995):

1. ברכות, הצגה עצמית⁵
2. הצגת הבעיה
3. הצגת העובדות – לקיחת היסטוריה רפואית, בדיקה פיזית
4. אקספוזיציה – הרופא מסביר מהי האבחנה ומהו הטיפול
5. מקום לשאלות נוספות, סיכום
6. סיום

הריאיון הרפואי הוא, לפיכך, שיחה מורכבת אשר המוקד בה הוא המטופל, מאחר שהבעיה היא שלו וגם הפתרון תלוי בו במידה רבה. מאידך, מי ששולט בידע הרפואי ובכלים לרפא את המטופל, הינו הרופא או האחות (ten Have, 1995). למטופל ולמטפל יש זהויות אישיות וחברתיות, אשר עשויות לצוץ במהלך השיחה. אופי ההתייחסות למטופל מצד המטפל השתנה במהלך השנים, ומכאן גם אופי התקשורת בין הצדדים. בעבר, זיהו חוקרים דפוסי של "שואל ועונה, דובר ונמען" (Peräkylä and Silverman, 1991). בניית שיחות מטפל-מטופל, שלטה "קולה של הביו-רפואה", ומפעם לפעם היה צץ "קול היום-יום" כסיפור הנרטיב של המטופל (Mishler, 1984; Waitzkin, 1991). כיום, פועלות אסכולות של רופאים ואנשי תקשורת המלמדים כיצד ליצור תקשורת טובה יותר בריאיון הרפואי, ולאפשר דו-שיח יותר מאשר שיחה חד צדדית של המטפל

⁵ טבל (Tebble, 2003) שניתחה את השיח הרפואי בהשתתפות מתורגמן, הוסיפה שלב נוסף, בין שלב 1 ל 2 - הצגת המתורגמן.

(מעוז ואח', 2004). עם זאת, ככלל, המטופל הוא זה שנדרש למסור מידע בפתיחת השיחה, בייחוד בפניה ראשונית. בביקורים חוזרים או בביקורים שבהן נמסרות תוצאות של בדיקות, מאורגנת השיחה מעט אחרת, אף שלעתים המטופלים מתבקשים למסור עדכון אודות מצבם (Heath, 1992).

הבחירות הלשוניות של המשתתפים בשיח הרפואי מושפעות גם הן מהעובדה שמדובר בשיח ממסדי. כך למשל, ניתן לזהות דפוסים ספציפיים לסיטואציה זו: שימוש בשם גוף (רופאים נוטים להשתמש בגוף ראשון רבים: "נשלח אותך לבדיקות"), בחירות לקסיקליות (שימוש במינוח רפואי), מבנים דקדוקיים (שאלות/תשובות, שימוש בציווי או במשפטים שהוראתם ציווי "אתה צריך לרדת במשקל"), נטילת תורות, וצורות פנייה (למשל, המוסכמה למענה על השאלה "מה שלומך" בתחילת שיחה רפואית שונה מזו של שיחה בין חברים (Drew and Sorjonen, 1997, pp. 96-104).

תצפיות על רופאים מראות שהם נוהגים לקבל מידע בסגנון הישיר ביותר האפשרי – באמצעות הפניית שאלות רבות. לרופא יש "רשימה" ארוכה של פריטים שלגביהם הוא מעוניין במידע. כל מידע שמסר לו המטופל מביא לעוד שאלות ספציפיות. שאלות סגורות ומפורטות הן המחשה לרמת שליטה גבוהה של המטפל בשיחה. בצורת הריאיון המובנה המטופל נוטה להיות פסיבי למדי. למרות שחלק מהמטופלים נוטים להעלות דאגות ונושאים אישיים, הם נכנעים לצורת הריאיון הישירה ומתמקדים במענה על השאלות (Enelow and Swishler, 1985, p. 17).

בניתוח סוציו-לינגוויסטי של שיח מטפל-מטופל, רואים כי רופאים משיגים את השליטה בשיחה בין היתר באמצעות מבנה חילופי הדברים בינם לבין המטופלים. כך, למשל, הם המסמנים פתיחה של נושא והם אלה שסוגרים אותו ופונים לשלב הבא בשיחה, הם מחליטים מתי המטופל ידבר ומתי ישתוק, והם הקובעים את תוכן השיחה בהגיבם להצהרות מסוימות ובהתעלמות מאחרות (Mishler, 1994). הפעולות התקשורתיות "הפעילות" מצד המטופל כוללות הבעת חשש, העלאת בקשה לשירות או שיטת טיפול, מתן הסבר למצבו, והעלאת שאלות ואלה זוכות למענק, אם כי לא תמיד למענה ישיר, מיידי או מעמיק (Kim, Reinhart and Kols, 2004).

המחקר הנוכחי עוסק בטיפול רפואי המתווך באמצעות מתורגמן, ולפיכך בריאיון הרפואי משתתפים שלושה משתתפים, ולא שניים. יש הסבורים כי בריאיון רפואי באמצעות מתורגמן, עלולה מערכת היחסים בין המטפל למטופל להיות מבלבלת, מאחר שקל יותר למטפל ליצור קשר עם המתווך הלשוני מאשר עם המטופל (Enelow and Swishler, 1985, p. 75). לכן מומלץ למטפל להתמקד קודם כל במטופל ורק אחר כך בתהליך התקשורת. רצוי גם שהמטפל יביט במטופל תוך כדי השיחה המתורגמת, מאחר שזה עשוי לתת רמזים בלתי-מילוליים שעליהם יוכל המטפל להגיב (שם). רצוי שהמתורגמן הרפואי יכיר את מבנה הריאיון הרפואי (Tebble, 2003), לא רק כאמצעי להעברת מידע מהמטפל למטופל, אלא גם כקורפוס המכיל רמזים חברתיים ונפשיים עבור המטפל (Hale, 2007). יתר על כן, חוקרים המכירים במשקלו של המתורגמן

הרפואי בריאיון הרפואי המתורגם ציינו את תרומתו לשיח (Bolden, 2000; Mason, 2001;)
 (Merlini and Favaron, 2005; Wadensjö, 1992). מרליני ופברון (Merlini and Favaron, 2005)
 (2005) אף טבעו את המושג "קול המתורגמן", (על משקל מושג "קול הרפואה" ו"קול היום-היום"
 של מישלר (Mishler, 1984), לציון חלקו של המתורגמן בשיחה כמשתתף עצמאי, "קול" המתבטא
 באמצעות בחירות לשוניות, האצה או האטה בקצב הדיבור, ותוספות של ביטויי אמפתיה
 והסברים (Merlini and Favaron, 2005). בהיעדר מודעות ומיומנות – מצד המטפל והמתורגמן
 כאחד - נשמע "קולו" של המטופל פחות, מאחר שהמתורגמנים מסננים את דבריו ומעבירים
 לרופא רק את הפרטים הטכניים-אובייקטיביים (Bolden, 2000).

2.2 הצגת הבעיה: אי-הבנות בתקשורת בטיפול הרפואי

בעיות בתקשורת אופיינו כאחד המכשולים לטיפול רפואי יעיל במיעוטים לשוניים. המונח "בעיות
 בתקשורת" (miscommunication) הוא מונח רחב לתיאור הפרעות ברצף התקשורת בין אנשים.
 הפרעות כאלה נגרמות, למשל, בשל אי-הסכמה, בלבול, הנחות שגויות או שונות ואי-הבנות
 (Mortensen, 1997) או בשל פערי בידע או בהנחות בין הדוברים (Blum-Kulka and Weizman,
 1998; Yus Ramos, 1998). אי-הבנות עלולות להיגרם גם באופן מכוון לצורך ערפול המסר, או
 לחיזוק הדומיננטיות והדימוי החיובי של המוען מול תחושת חולשה ומגננה של הנמען
 (Goffman, 1959; Hinnenkamp, 2003; Yus Ramos, 1998). נושא אי-ההבנות בתקשורת הינו
 נושא רחב, שרבות נכתב עליו (Blum-Kulka and Weizman, 1988; Goffman, 1959;
 1998; Yus Ramos, 1998; Hinnenkamp, 2003; Grimshaw, 1980; Goffman, 1967). מחקרים אלו
 מתארים בעיות בתקשורת בהקשרים מגוונים ורחבים, ואינם מתמקדים דווקא בתחום הבריאות.
 התיאוריות וההגדרות שטבעו חוקרים אלה, הכותבים בעיקר מדיסציפלינות של מדעי החברה
 וחקר השיח, מסייעות לנו להבין מהן אי-הבנות בטיפול הרפואי. על פי הגדרות אלה, נוכל להבין
 איך דוברים מאתרים אי-הבנה בשיחה (Blum-Kulka and Weizman, 1988, Hinnenkamp,
 2003) איך הם מתמודדים איתה (שם) ומתי הם בוחרים להתעלם ממנה.

אי הבנות בתחום הרפואי עלולות להשליך על תוצאות התקשורת בין המטפל למטופל, ובכך על
 בריאותו של המטופל. אי-הבנות וטעויות בהבנת האבחנה, בנטילת תרופות, ובהוראות הטיפול,
 נפוצות גם בקרב מטופלים שאינם משתייכים לקבוצת מיעוט לשוני (Davis et al., 2006).
 היננקאמפ (2003) טען כי תקשורת לקויה בכלל ואי-הבנות בפרט, הפכו למאפיין הבולט ביותר של
 תקשורת בין-תרבותית. לדבריו, צמד המושגים "תקשורת בין תרבותית" ו"אי הבנה" הפכו למלים
 נרדפות בספרות המחקרית. אי-הבנות בין-תרבותיות מתגלות במגוון תחומים – החל מתקשורת
 עסקית וכלה ביחסים בין-לאומיים. במגעים בין תרבות הרוב לתרבות המיעוט עלולות בעיות
 בתקשורת להוביל לאי-שוויון במתן שירותים (Ashton et al., 2003), לאפליה ולפגיעה בזכויות
 בעבודה, בדיור ובבריאות.

המחקר הנוכחי מציג שירות אשר נועד לסייע למטופלים להבין טוב יותר את מצבם ואת הוראות הטיפול. לפיכך, יוצגו להלן בקצרה מספר מחקרים מישראל אשר בודקים את מידת ההבנה של מטופלים, עם סיום הטיפול במוסד הרפואי. מחקר שבדק רמות חרדה והבנה של הורים, עם קבלתם למחלקה לרפואה דחופה ולאחר השחרור ממנה. נמצא שכ-20% מההורים אינם מבינים את הוראות השחרור (Waisman et al., 2003). רמות הבנה אלה דומות לרמות ההבנה שנמצאו אצל מטופלים מבוגרים המשתחררים מהמחלקה לרפואה דחופה, במקומות אחרים בעולם (Spandofe et al., 1995; Logan et al., 1996). וייסמן ועמיתיו מצאו שרק ב-6% מהמקרים היוותה השפה מחסום להבנה, שיעור נמוך יותר מזה של מחקרים דומים שנערכו בחו"ל. עם זאת, לא ברור כמה מהנבדקים במחקר אינם דוברי עברית כשפת-אם, ולכן קשה לפרש את התוצאה, ולהסיק ממנה לגבי הקשר שבין שפת-האם של ההורה והשפעתה, אם בכלל, על רמות החרדה וההבנה. תוצאות דומות עולות גם במחקר שבוצע במחלקה לרפואה דחופה בבית-החולים הדסה עין-כרם (הנדלר, 2003) – 28% מהנשאלים הבינו ושחזרו את האבחנה שלהם באופן חלקי או כלל לא, 51% זכרו חלקית או כלל לא זכרו את הוראות החזרה למיון במקרה הצורך ו-31% זכרו באופן חלקי או כלל לא שכרו את הוראות המעקב. 60% זכרו באופן חלקי או כלל לא הוראות אחרות כגון מנוחה או פיזיותרפיה. גם במחקר זה לא נמצא קשר מובהק בין מוצאו של המטופל לבין רמות שחזור המידע, אם כי יש לציין שהראיונות היו סלקטיביים, נערכו בעברית בלבד, וכללו רק 10 מטופלים ממוצא ערבי מתוך 101 נשאלים.

תוצאות המחקר של וייסמן ועמיתיו מראות שהגורם הראשי לאי-ההבנות מצד ההורים הוא השימוש הרב במינוח רפואי מקצועי. פתרון אפשרי לשיפור ההבנה, על פי המשיבים, הוא הסבר נוסף של אחות בשלב השחרור, בשילוב דפי-מידע. הנדלר (2003) סבורה שיש צורך לשפר את התקשורת המילולית והכתובה בין המטפל לבין המטופל, לחזור על מידע חשוב, והיא אף הציגה שיטות להציג את המידע באופן שישפר את יכולת הזכירה של המטופל המשתחרר. בהיבט הלשוני, הכירה החוקרת בעובדה שלא כל המטופלים קוראים עברית או אנגלית, ובמידת הצורך יש לכתוב מכתב שחרור בשפה המובנת לו (שם, עמ' 28). הנדלר לא הרחיבה בסוגיה זו מאחר שהיא אינה מהווה את מוקד המחקר שלה, אך סוגית שפתו של המטופל היא סוגיה מורכבת שאין לה בהכרח מענה מיידי. כך לדוגמה, דוברי שפות מסוימות אינם בהכרח יודעים לקרוא ולכתוב בשפת אימם, כך שטופסי שחרור או הסבר בשפת המטופל לא בהכרח יתרמו לשיפור ההבנה שלו.

בסעיף 2.3 נסקור את המאפיינים הבולטים בטיפול רפואי במיעוטים לשוניים, ונתמקד בקשיי התקשורת עמם.

2.3 הבעיות הנובעות מטיפול רפואי במיעוטים לשוניים ותרבותיים

אחת ההגדרות המצוטטות ביותר לתיאור תרבות היא הגדרתו של האנתרופולוג טיילור (1871): "תרבות היא המכלול המורחב הכולל ידע, אמונות, אומנות, מוסר, חוקים, מנהגים וכל יכולת או נוהג אחר שאדם רוכש כחלק מהחברה." (Katan, 1999, p.16).

לתרבותם של הפונים לטיפול רפואי יש השפעה על האופן שבו הם ממשיגים את מחלתם ומפרשים אותה. אין מדובר רק במוצא האתני של המטופל, אלא במשתנים כמו מין, גיל, השכלה, עיסוק ודת. התרבות מכתובה גם את מה שנחשב לסימפטום של מחלה, מתי ללכת לקבל יעוץ רפואי, ומאילו גורמים (Brown and Weston, 1995). כאשר המטפל והמטופל אינה חולקים את אותו רקע תרבותי ורפואי, קיים סיכון שהמטופל לא יבין את המידע המועבר אליו בשיחה. היעדר תפיסות משותפות בין הרופא למטופל עלול לפגוע במילוי הוראות הטיפול אף בקרב מטופלים המוכנים לשתף פעולה.

אי-הבנות בטיפול הרפואי הן תופעה הטבועה בתקשורת מטפל-מטופל גם ללא קשר לזהות המשוחחים (ראו 2.2), אולם הן מאפיינות במיוחד את התקשורת בין מטופלים בני מיעוט לשוני לבין הצוות הרפואי שאינו דובר את שפת המיעוט. יש לציין שרוב המחקרים בנושא תקשורת מטפל-מטופל בן מיעוט לשוני מקורם בארצות הברית, והמיעוטים הנבדקים בהם הינם לרוב המיעוט ההיספאני על-תת-קבוצותיו. לפיכך, המסקנות הנובעות מהן אינן תקפות בהכרח לגבי תקשורת מטפל-מטופל מקבוצות מיעוט אחרות.

ניתן לחלק את המחקרים בנושא הטיפול הרפואי במיעוטים לשוניים לכמה קטגוריות:

- מאפיינים קליניים של הטיפול בקבוצות מיעוט
- אי-שוויון בטיפול הרפואי
- ההשלכות הכלכליות של הטיפול במיעוטים לשוניים
- מאפייני אי-ההבנות ובעיות תקשורת בטיפול הרפואי.

מחקרים מהקטגוריה הראשונה לא ייסקרו להלן, בשל האופי הרפואי-קליני שלהם, ויצוינו רק אם יש להם השלכה ישירה על אוכלוסיית המחקר הנוכחי.

אי-השוויון בטיפול הרפואי הוא נושא שזוכה לאחרונה לתשומת לב מחקרית וציבורית. מדובר בנושא רחב מאוד, שאין מקום לסקירה מקפת שלו במסגרת המחקר הנוכחי. ראוי לציין מחקרים שונים המקשרים בין המוצא האתני של המטופל (Ignaski and Mason, 2002) או השפה המדוברת בבית (Flores and Tomany-Korman, 2008) לבין איכות הטיפול וזמינותו. במדינות כמו ארצות-הברית, שבה הביטוח הרפואי אינו חובה על פי חוק, ניתן לראות כי מטופלים מקבוצות מיעוט אתניות או לשוניות אינם מבוטחים כלל או מבוטחים ביטוח בסיסי בלבד, וכן אינם מבצעים פעילות מניעתית בבריאות (Flores and Tomany-Korman, 2008). גם כאשר

מטופלים מקבוצות אלה מגיעות לקבל טיפול, הם סובלים מפערים בנגישות ובזמינות של הטיפול הרפואי בהשוואה למטופלים מקבוצות שאינן מיעוטים. בשנת 2005 נבדקו בארצות הברית נתוני ההמתנה והקבלה למחלקה לרפואה דחופה, של כ-21 אלף ילדים ומשפחותיהם משלוש קבוצות – אמריקאים לא-היספאנים, אמריקאים היספאנים, ואפרו-אמריקאים. נמצא שההורים וילדיהם מקבוצות המיעוט חיכו זמן רב יותר במיון מאשר הורים וילדים שאינם מקבוצות מיעוט (James et al., 2005). תוצאות דומות התקבלו בבית-חולים לילדים בטורונטו קנדה – משפחות שאינן דוברות אנגלית כשפת-אם שהו זמן רב יותר במיון, הגיעו בשל מקרים פחות אקוטיים, והגיעו למיון במהלך ימי השבוע יותר מאשר המשפחות שאינן מקבוצות מיעוט (Goldman et al., 2006). מסקנת המחקר בהקשר זה ממליצות להעסיק אנשי צוות דוברי שפות זרות, כמתורגמנים אשר יסייעו לקיצור זמני ההמתנה ולטיוב הטיפול בילדים. יצוין, כי המחקר הקנדי בוצע בבית-חולים אשר מפעיל שירותי תרגום למעלה מ-30 שנה (מתורגמני בית ומתורגמנים טלפוניים), עובדה אשר לא צוינה במאמר ולא ברור מהי השפעתה על תוצאותיו.

מאחר שהרפואה כיום מושפעת רבות מגורמים כלכליים (ביטוח רפואי, עלויות אשפוז, תקציבי בריאות וכולי), מתפרסמים בשנים האחרונות מחקרים אודות ההשלכות הכלכליות של הטיפול במיעוטים לשוניים. מחד, ישנם מחקרים המראים תת-ניצול של שירותים. מאידך, מתפרסמים מחקרים המראים כי מטופלים מקבוצות מיעוט "יקרים" יותר למערכת הבריאות לאור חוסר התקשורת עמם – זמני ההמתנה במיון והאשפוז ארוכים יותר, בדיקות מיותרות נרשמות בשל חוסר תקשורת ועוד. (Flores et al., 2003; Goldman et al., 2006; Hampers et al., 1999; James et al., 2005). מחקר שהשווה בין עלויות הטיפול וזמני השהות במחלקה לרפואה דחופה בין מטופלים ששוחחו עם רופאים דו-לשוניים או מתורגמנים מקצועיים לבין מטופלים שלא זכו להנגשה לשונית (או קיבלו שירותים באמצעות הנגשה לא מקצועית), מגלה שהמטופלים שלא זכו להנגשה לשונית מקצועית, נשלחו ליותר בדיקות, ולבדיקות יקרות יותר, טופלו באופן שמרני יותר, ונשלחו לאשפוז בשיעור גבוה יותר מאשר מטופלים מהקבוצה הראשונה (Hampers and McNulty, 2002).

אחד הגורמים המקשים על מתן טיפול שוויוני ויעיל לקבוצות המיעוט הוא קשיי שפה ופערי תרבות בין המטופלים למטופלים. במחקר שבדק את הבנת הוראות השחרור מחדר המיון בקרב דוברי אנגלית וספרדית בארצות-הברית (Crane, 1997), נמצא כי אלה האחרונים התקשו להבין את הוראות השחרור הרבה יותר מאשר דוברי האנגלית, על אף שרובם המוחלט ציין שהרופאים הסבירו להם כהלכה את ההוראות, ושהחומר הכתוב שנמסר להם היה יעיל. גם רופאים שרואיינו לאחר שחרור חולים בני מיעוט לשוני ציינו כי לדעתם המטופל והמשפחה לא הבינו, או שהבינו רק לעתים את האבחנה, את הוראות נטילת התרופות והטיפול הנדרש (Burbano-O'leary, Federico, and Hampers, 2003). רופאים דיווחו כי התקשו להבין מהם הסימפטומים שמהם סבלו המטופלים, להסביר את הטיפול ולהבין מהן העדפות המטופל לגבי הטיפול. הרופאים גם סברו שהיעדר ידע אודות תרבותו של המטופל פגעה ביכולתם לספק טיפול רפואי איכותי (Karliner et al., 2004). הרופאים ציינו כי לעתים הם נמנעו בכוונה מלשוחח עם המיעוטים הלשוניים

המטופלים במוסדם, שאינם דוברי אנגלית כלל, בשל קשיי השפה (Burbano-O'leary, Federico and Hampers, 2003). רופאים באוקלנד, ניו-זילנד אף חששו יותר מטיפול במיעוטים ששולטים במידה מסוימת באנגלית, מאשר בטיפול במטופלים שאינם דוברי אנגלית כלל (Wearn et al., 2007), ככל הנראה בשל אי-הוודאות עד כמה המטופל הבין אותם. לעומתם, חוקרים אחרים (דוגמת Enguidanos and Rosen, 1997) לא סברו כי השפה הינה משתנה בעל משקל במילוי ההוראות שלאחר השחרור מחדר המיון. להערכתם רופא טוב, ללא קשר לשפה שהוא דובר, הינו הערובה הטובה ביותר למילוי אחר ההוראות.

רוב המחקרים אודות קשיי תקשורת ואי-הבנות בין מטופלים בני מיעוט לשוני לבין הצוותים הרפואיים בוצעו בשיטות כמותיות. להלן מספר מחקרים הבודקים דפוסי תקשורת בשיטות איכותניות כגון חקר השיח או מיצוי תמות מתוך טקסט. יש לציין, שחלק מהחוקרים משתמשים כיום בכלי ניתוח הידוע בשם RIAS (Roter Interactional Analysis System) המשמש לניתוח ממוחשב של מאפייני תקשורת מטפל-מטופל (וראו למשל Neal et al., 2006).

ונטולה (Ventola, 1987) אפיינה, במחקר יישומי, את דפוסי התקשורת בין נותן שירות למקבלו. היא טבעה את המושג "שיח זרים"⁶ (foreigner talk) – שיחה בין דובר ילידי לדובר שלא בשפת אימו. המונח בא לתאר את סוג הדיבור שבו משתמש דובר ילידי לדיבור עם בן מיעוט לשוני או עליו (שם, עמ' 233), לעתים מכנים אופן דיבור זה גם "משלב מפושט" (simplified register) מאחר ונמצא כי הדוברים הילדיים מפשטים מבנים דקדוקיים, משמיטים חלקי דיבר, חוזרים על מבעים, משתמשים בלקסמות פשוטות וכדומה.

ניתוח בלשני של שיחות בין רופאים למטופלים בני-מיעוט לשוני בלונדון (Roberts, Sarangi and Moss, 2004; Roberts et al., 2005; Roberts and Sarangi, 2005) ותיאור הסימפטומים אצל מטופלים שהיו בני מיעוט לשוני, ושדיברו עם רופאיהם אנגלית, חרגה ממבנה הריאיון השיטתי הנלמד בלימודי הרפואה, והקשתה על בניית היחסים בתחילתו של הריאיון הרפואי. החוקרים סברו שמבנה הריאיון הרפואי, השיטתי לכאורה, התעלם משונותם הלשונית והתרבותית של מטופלים (Roberts, Sarangi and Moss, 2004). מחקר אחר, מאותו הקורפוס, התמקד באי-הבנות בטיפול הרפואי בסביבה רב-תרבותית (Roberts et al., 2005). בכ-20% מתוך 232 התצפיות שהקליטו החוקרים, השתתפו מטופלים שאנגלית אינה שפת אימם. 71 תצפיות מתוך סך התצפיות הכילו אי-הבנות מסומנות. מתוכן, 52 תצפיות (שהן 20% מכלל התצפיות) היו של מטופלים שאנגלית אינה שפת אימם. אי-ההבנות מול מטופלים דוברי אנגלית ילידיים היו שכיחות פחות, ונבעו בעיקר משימוש בשפה רפואית (נתון התואם לתוצאות המחקר של וייסמן ואח', 2003), ומטעויות בשמיעה, ולרוב הובהרו לאחר תור אחד (כלומר מהלך אחד של שאלה ותשובה).

⁶ המונח בעברית הינו תרגום של החוקרת

החוקרים זיהו ארבע קטגוריות עיקריות שבהן מבעי המטופל תרמו לאי-הבנות – 1) הגיה, 2) אינטונציה והגשה, 3) דקדוק, אוצר מילים וחוסר בידע הקשרי ו 4) סגנון. בניתוח הנתונים, מצאו החוקרים רק שלושה מקרים שבהם הועלו אמונות בריאותיות תלויות-תרבות (Roberts et al., 2005).

2.4 פתרונות לתיווך לשוני בטיפול הרפואי

העסקת מתורגמנים רפואיים מקצועיים הינה פרקטיקה בת פחות משלושים שנים. גם כיום, הפתרון הנפוץ ביותר לתיווך לשוני הוא שימוש בבני משפחה - במיוחד בילדים, באנשי צוות דו-לשוניים שלא עברו הכשרה, ובעוברי אורח. השימוש במתורגמנים מזדמנים אלה קיים גם במקומות שבהם מציעים שירותי תרגום מקצועיים, בשל הקלות והזמינות של פתרונות אלה, יחסית להיערכות הנדרשת להזמנת מתורגמן מוסמך. במדינות שבהן אין חקיקה ופרקטיקה להסדרת שירותי מתורגמנות מקצועית, משתמשים אנשי הצוות במתורגמנים המזדמנים מחוסר ידיעה על ההשלכות, מהיעדר אלטרנטיבות מקצועיות ומאחר שמערכת הבריאות אינה מתעדפת פתרונות ממוסדים יותר.

2.4.1 מתורגמנים לא-מקצועיים

בני-משפחה הם המתורגמנים השכיחים ביותר בתקשורת בין מיעוטים לשוניים לממסד הרפואי (Baker et al., 1998; Pöchhacker, 2000; Rosenberg et al., 2007). במיוחד משמשים בתפקיד זה ילדיהם של המטופלים, בשל העובדה שצעירים לומדים את השפה מהר יותר ומתערים טוב יותר בתרבות הקולטת (Kuo et al., 2007; Weissman et al., 2006). אחריהם בתדירות נקראים לתרגם צוות דו-לשוני, מתורגמנים מקצועיים, ומתורגמנים טלפוניים (שם). השימוש בבני-משפחה נפוץ גם כאשר קיימים פתרונות ממוסדים, אולם בשנים האחרונות נערכים מחקרים שבודקים את השפעתם של מתורגמנים אלה על הטיפול, כמו גם את תפיסתם שלהם לגבי תפקידם כמגשרים לשוניים בטיפול הרפואי. כבר ב-1964 הופיע מאמר השולל את השימוש בבני-משפחה, בייחוד בילדים, כמתורגמנים (Richie, 1964).

באנגליה נבדקו 76 ילדים ובני נוער (בגילאים 10 - 18) אשר שימשו כמתורגמנים עבור משפחותיהם (Green et al., 2005). ראיונות עם ה"מתורגמנים" חשפו מציאות מורכבת – ה"מתורגמנים" היו מודעים לקושי שבתרגום מונחים טכניים רפואיים, וכן לעובדה שהם ביצעו יותר מתרגום – פעמים רבות הם שימשו כמגשרים וכסנגורים. לעתים הם נקלעו למצבים שבהם היה ניגוד בין מצבם כילדי המטופלים, לבין תפקידם כמתווכים לשוניים, והיה עליהם להגן על מקומם במערכת היחסים הא-סימטרית בין נותני הטיפול הרפואי למטופלים – בני משפחותיהם. מאידך, חשו ה"מתורגמנים" תחושות של גאווה על העזרה שהגישו למשפחותיהם, והגדירו עצמם כמתווכים מיומנים המצליחים לגשר על אי-הבנות בין בני המשפחה לאנשי הצוות. למרות שתופעת השימוש בילדים כמתורגמנים באנגליה עדיין רווחת, מראים ראיונות של רופאים כי הולכת וגוברת ההתנגדות לשימוש בילדים כמתורגמנים, התנגדות הנובעת ממניעים מוסריים הקשורים לתמימות הילד ולשחרורו מדאגות (Cohen, Mora-Ellis and Smaje, 2001).

בארצות הברית, נערך מחקר בשיטת קבוצות מיקוד בקרב סטודנטים ששימשו ומשמשים כמתווכים לשוניים עבור הוריהם (De Ment, Buriel and Villanueva, 2004). רגשות הגאווה והמסוגלות העצמית שעלו בקרב הנבדקים האנגלים הופיעו גם אצל הנבדקים האמריקאים.

אולם, כל הנבדקים במחקר האמריקאי גילו תסכול באשר לתפקידם: קושי התפקיד וגם הציפייה ההורית שיהיו זמינים תמיד לתפקידי תרגום ותיווך. שני המחקרים הציגו את ההשלכות של האחריות והמתח הכרוכים בתיווך הלשוני אצל ילדים ומתבגרים. יצוין, כי במדינת קליפורניה נחקק ב 2005 חוק AB-775, האוסר על השימוש בילדים מתחת לגיל 15 כמתורגמנים במוסדות רפואיים הזוכים למימון ציבורי (Official California Legislative Information, 2005).

גם כאשר קיים שירות מתורגמנות מקצועי (Weissman et al., 2006) במוסד הרפואי, רופאים אינם תמיד מזהים את הצורך במתורגמן אצל המטופל (Bonacruz- Kazzi and Cooper, 2003). הם אינם מודעים לסכנות שבשימוש במתורגמן הלא מיומן, כולל השלכות משפטיות וסוגיות הנוגעות לזכויות המטופל, ואינם זוכים להכשרה מספקת כיצד להשתמש במתורגמן בצורה יעילה, ברוב המקרים - בשל שיקולי תקציב (Weissman et al., 2006).⁷

בנוסף, מחקרים מראים כי מטופלים מקבוצות אתניות שונות מעדיפים לרוב להשתמש בבני-משפחה ובמכרים כמתורגמנים בתחום הקהילתי (או לא להשתמש במתורגמן כלל) מאשר להשתמש במתורגמנים מקצועיים (Bonacruz-Kazzi and Cooper, 2003; Edwards, Temple and Alexander., 2005). המטופלים העדיפו להשתמש בבני-משפחה או במכרים כמתורגמנים בשל יכולתם של אלה להבין את צרכיהם, ומשום שהם זמינים יותר, לכאורה, ממתורגמנים מקצועיים. קבוצות המיעוט העריכו יותר מתורגמנים שעמם נפגשו יותר מפעם אחת, וסוגיית האמון במתורגמן עלתה כסוגיה מרכזית להערכה הכללית של מתורגמנים מקצועיים או בלתי מקצועיים. כאשר לא היתה תחושת אמון בין הצדדים, נטו בני-המיעוט לחשוך במיומנויות השפה של המתורגמן ופקפקו ביכולתו לשמור על סודיות פרטי המקרה. החוקרים המליצו במסקנותיהם שתי המלצות: יש להעביר הכשרות מעשיות, ממוקדות, בקרב דו-לשוניים המשמשים ממילא כמתורגמנים לעת-מצוא, וכן להפוך את תפקיד המתורגמן ליותר סגור מאשר ניטרלי (Edwards et al., 2005), כלומר, לאפשר למתורגמן לנקוט עמדה פעילה בשיחה, שמשמעה בדרך כלל הגנה על מיצוי זכויותיו של המטופל.

לעתים, גם כאשר נוכח מתורגמן מקצועי בעת המפגש הרפואי, קורה שבן המשפחה לוקח על עצמו את תפקיד המתורגמן. קסטיו-גרסיה וטאיבי (Castillo García and Taibi, 2005) תיארו מצבים שבהם בני-משפחה התעקשו לשמש כמתורגמנים גם כאשר היה מתורגמן בחדר. במצב כזה, המתורגמן נדחק ידחק לשולי המפגש, ונאלץ להגן על עמדת המטפל. המתורגמן התערב בשיחה רק כדי להבהיר אי-הבנות לשוניות ולהרגיע את הרוחות.

⁷ מסקנה דומה עולה מראיונות שערכה הכותבת בעת ביקור בשירות המתורגמנות בבית-החולים לילדים בטורונטו (Hospital for Sick Kids), באוקטובר 2007. אנשי הצוות בבית-החולים מקבלים מידע על אופן קבלת השירות, אך משיקולי תקציב וכוח-אדם הם אינם מקבלים הדרכה כיצד להשתמש בו ביעילות ומדוע כדאי להם להעדיף אותו על פני חלופות אחרות.

במקרה שתיארו קסטיו-גרסיה וטאיבי (2005) בלט הבידוד של המתורגמן במפגש הרפואי. הכותבים סברו שמאחר שהמוסד הרפואי זימן את המתורגמן לעבוד, היה עליו להבהיר למטופל ולמשפחתו שתפקידו של המתורגמן הוא לתרגם בשיחה.

פרט לבני משפחה, עדיין קיים השימוש במתורגמנים מתנדבים – בין אם בשל רצון לחסוך בהעסקת מתורגמן בשכר, ובין אם בשל היעדר דרישה להכשרה ולהתמקצעות של העיסוק בתרגום. מתורגמנים אלה לא זוכים להכשרה כלשהי, ואינם מודעים לכך שמתורגמנות היא מקצוע. הם מתבקשים לבצע משימות שאינן תרגום גרידא, ואינם מודעים לגבולות התפקיד (Valero-Garces, 2008). במדינות, דוגמת קנדה, שבהן חלה התקדמות בהכרת העיסוק מקצועי, זוכים המתנדבים להכשרה מטעם המוסד הרפואי (שוסטר, 2007).

2.4.1.1 השלכות השימוש במתורגמן לא מקצועי

בסעיף זה ייסקרו ההשלכות של שימוש במתורגמן לא מקצועי על התקשורת בין המטפל והמטופל – היחסים בין המשתתפים בשיחה המתווכת, מידת ההבנה של המטפל והמטופל, והטעויות העוללות להיגרם מתרגום כזה.

על פי ממצאיו של פשהאקר (Pöchhacker, 1999, 2000), 91% מן הרופאים בבתי-חולים בווינה אשר השתמשו בשירותי תרגום של מתורגמנים לא-מקצועיים, לא היו בטוחים אם מטופליהם אכן הבינו אותם. הרופאים, אשר השתמשו לצורך ביצוע התרגום בבני משפחתו של המטופל (73%), במנקים (61%) או באחיות (44%), הוטרדו בעיקר מהעובדה שהמתורגמנים לא הכירו מונחים רפואיים וחסר להם ידע בתחום הרפואה, וכן, מההשמטות והקיצורים הרבים שבתרגום. הרופאים היו מרוצים יותר מהתרגום שמתבצע על ידי אנשי הצוות הרפואי והפרה-רפואי, אולם ציינו כי אלה עסוקים בעבודתם ותכופות אינם פנויים לעזור בתרגום.

מתורגמנים לא מקצועיים עלולים, שלא במודע, להוסיף מידע, להשמיט מידע, להחליף ולערוך מידע, וליעץ יעוץ עצמאי (Flores et al., 2003; Meyer, 2001; Pöchhacker and Kadric, 1991; Rosenberg, 2001). הגורמים לכך הם חוסר היכרות עם הנהלים הרפואיים, אי-ידיעת מונחים רפואיים ותרגומם הנכון לשפה השנייה, והיעדר הבנה של תפקיד המתורגמן הרפואי ושל גבולות התפקיד (Cambridge, 1999).

פלורס ואחרים (Flores et al., 2003) בדקו טעויות בתרגום אצל מתורגמנים מזדמנים ומתורגמנים מקצועיים, דוברי ספרדית ברפואת ילדים. ל-63% מהטעויות בתרגום היו השלכות קליניות, בייחוד אצל המתורגמנים הלא-מקצועיים. בין השאר, לא תורגמו שאלות הנוגעות לרגישות לתרופות או הוראות לנטילת תרופות אנטיביוטיות, תרגום שגוי של שימוש במשחת הידרוקורטיזון, יעוץ עצמאי לאם וכן יעוץ לא לענות על שאלות אישיות.

במטא-מחקר שבדק מאמרים שפורסמו בשנים 1996-2005, נמצאו 21 מחקרים המשווים את יעילותם של מתורגמנים מיומנים מול מתורגמנים אד-הוק. בכל המחקרים נמצא שהשימוש

במתורגמנים מקצועיים היה יעיל יותר, בהשוואה לשיחה באמצעות מתורגמנים לא מקצועיים, בארבעת ההיבטים הבאים:

1. תקשורת (טעויות והבנה)
2. ניצול שירותי בריאות
3. תוצאות קליניות של הטיפול
4. שביעות רצון של המטופלים

ממצאים דומים עולים גם כאשר משווים שתי קבוצות, אחת המטופלת בסיוע שירותי מתורגמנות מקצועית והשנייה ללא סיוע מתורגמן (Jacobs et al., 2001). השימוש במתורגמן מקצועי גם הביא לכך שרמת הטיפול הרפואי שקיבלו מיעוטים לשוניים היתה דומה, או שווה, לרמת הטיפול שקיבלו מטופלים שלא סבלו מפערי שפה (Brach et al., 2005; Karliner et al., 2007).

2.4.2 פתרונות ממוסדים להנגשה לשונית בטיפול הרפואי

פתרונות ממוסדים להנגשה לשונית הינם פתרונות קבועים וזמינים שנוקט מוסד רפואי או מערכת-בריאות לשם גישור על פערי שפה ותרבות. פתרונות אלה כוללים לרוב העסקת מתורגמנים קהילתיים או רפואיים, שעברו הכשרה ייעודית. הנגשה לשונית ותרבותית כוללת של מוסד, פירושה, בין השאר, איסוף מידע על השפות שדוברים המטופלים, גיוס ואיתור של צוות דו-לשוני, כולל רופאים, ארגון ומימון של שירותי מתורגמנות, והדרכת הצוות לשימוש בשירותי המתורגמנות. (Brach et al., 2005)

הנגשה לשונית של המוסד הרפואי כוללת גם חומרים כתובים (לפרט ולקבוצת המיעוט) וכן שילוט בשפות הנפוצות ביותר בקרב המטופלים. עם זאת, מאחר שמוקד המחקר הנוכחי הינו מתורגמנות (קרי תרגום בעל-פה) ולא תרגום (העברה של מידע משפה א' לשפה ב' באופן כתוב), נתייחס רק להיבטים הדבורים של ההנגשה הלשונית.⁸ לפני שנדון בפתרונות להנגשה לשונית של הטיפול הרפואי, נגדיר מהו מקצוע המתורגמנות הקהילתית, שמתורגמנות רפואית היא ענף שלו.

המונח "מתורגמנות קהילתית" (Community Interpreting) מתייחס לסוג התרגום המתנהל בשירות הציבורי והמיועד לסייע לתקשורת בין עובד הציבור לאדם מן השורה. מכאן, שהמאיך "קהילה" מתייחס גם לחברה (הזרם המרכזי) וגם לאחת מתת-הקהילות שלה (קהילה אתנית או ילידית, מיעוט לשוני וכולי) (Pöchhacker, 1999, pp. 126-7). לעתים זוכה ענף זה גם לשם "מתורגמנות דיאלוג" (dialogue interpreting), או "מתורגמנות במוסדות ציבור" (public service interpreting). מתורגמנות קהילתית היא מטבעה דו-כיוונית, ומתבצעת בשיטת התרגום העוקב. היא כוללת תרגום במצבי שיחה פנים-אל-פנים וכן באמצעות הטלפון, והינה, ככל-

⁸ במקרים שבהם תהיה התייחסות למתורגמנות לשפת סימנים, יצוין הדבר במפורש.

הנראה, סוג התרגום הנפוץ ביותר בעולם (Wadensjö, 1998). המונח "מתורגמות קהילתית" נכנס לשימוש באוסטרליה בשנות ה-70 של המאה שעברה (Chesher, 1997), ובבריטניה נכנס המונח המקביל – "מתורגמות במוסדות ציבור", בשנות ה-80 של המאה שעברה (Shackman, 1984).

מתורגמות קהילתיות נוגעת בהיבטים האישיים של חיי אדם (Hale, 2007, p. 25). בניגוד למתורגמות ועידות, שם מדברים נציגים רבים בשפתם כאקט פוליטי או סמלי, ולא רק בשל היעדר שליטה בשפות (Viaggio, 2004), הדוברים בסיטואציות שבהן נדרשת מתורגמות קהילתית אינם יכולים לשוחח זה עם זה ללא מתורגמן. המתורגמות הקהילתית מתאפיינת:

1. בריבוי משלבים,
 2. בדו-כיווניות,
 3. בקרבה פיזית אל הדוברים שמשמעה לעתים מעורבות באינטראקציה.
 4. ההשלכות של תרגום לא-מדויק קשורות לחיי האדם ולרווחתו.
 5. מספר המתורגמים באינטראקציה הינו אחד ולא שניים כפי שנהוג במתורגמות ועידות, משתכרים מתורגמים קהילתיים פחות מאשר מתורגמי ועידות ומעמדם המקצועי נחות יותר.
- (Hale, 2007, pp. 31-33).

מתורגמות רפואית, שהיא ענף של המתורגמות הקהילתית, מתבצעת בבתי-חולים, בקליניקות פרטיות, ובהתייעצויות עם מטפלים מתחום הבריאות כגון קלינאית תקשורת, דיאטנית או פיזיותרפיסטית (Hale, 2007, p. 36).

אין גישה אחידה באשר לצורך בשירותי מתורגמות קהילתית ורפואית ומימונם. יש מדינות שבהם מוסדות הבריאות אינם מודעים לצורך במתורגמים מקצועיים ויש המודעות אך מתכחשות לצורך, בחלק מהמדינות מסתמכים המוסדות על שירותים מקומיים או מזדמנים, ושירותי מתורגמות גנריים, ויש מדינות שמעגנות את ההנגשה הלשונית בחקיקה ובמדיניות, בהכשרה ובהסמכה (Ozolins, 2000). ברבות ממדינות המערב קיימים כיום פתרונות ממוסדים לטיפול באוכלוסיות מיעוט. הפתרונות מעוגנים בחוק, בתקנות או בהוכחות של כדאיות כלכלית. בארצות הברית, למשל, נקבע כי כל מוסד רפואי אשר מקבל מימון פדראלי, חייב להוכיח כי ביכולתו לספק פתרונות לתיווך לשוני, לקבוצות מיעוט המטופלות במוסד – על פי אחוז מסוים, תדירות הביקור והמשאבים הקיימים.⁹ עם זאת, הממשל אינו מתקצב שירותי מתורגמות או התאמה לשונית, ועלויות אלה הינן חלק מהתקציב הכללי של המוסד הרפואי. אחד התמריצים הבולטים ביותר בארצות הברית לשימוש במתורגמים מקצועיים הוא תמריץ כלכלי: מחד, רצון

⁹ עוד בנושא ראו דיווח של ההסתדרות הרפואית האמריקאית על ה"חובה ללא מימון" של מתן שירותי תרגום, והשינויים שחלו בממשל בוש הבן בנושא <http://www.ama-assn.org/amednews/2003/10/13/gv111013.htm>

למשוך מטופלים למוסד הרפואי, ומאידך, פחד מתביעות על רשלנות רפואית שנגרמה, לכאורה, בשל אי-הבנות לשוניות ותרבותיות.

המעבר משלב פתרונות אד-הוק להנגשה לשונית, והיעדר חקיקה ותקינה להסדרת שירותי מתורגמנות, לשלב של עליה במודעות ועליה בהתמקצעות קשור גם לאופיים של גלי ההגירה למדינה הקולטת, ולתדירותם. כך למשל, באיטליה, נמצאת ההגירה ב"שלב יציב" שלה, ולא מוגדרת כמצב חירום, ולפיכך פתרונות אד-הוק לגישור לשוני אינם הכרח והממסד צריך לחשוב על פתרונות יציבים יותר ביחס למתורגמנות בשירותי ציבור (Schuster, 2005).

ברבות מן המדינות שבהם פועלים מתורגמנים מקצועיים קיים קוד אתי המגדיר את תפקידו של המתורגמן הקהילתי ואת גבולותיו. קודים מפורסמים הם הקודים של אגודת המתורגמנים והמתרגמים באוסטרליה (AUSIT – Australian Institute of Interpreters and Translators), אגודת המתורגמנים הרפואיים בקליפורניה (CHIA – California Healthcare Interpreting Association), ורשת המתורגמנים הרפואיים בקנדה (HIN – Health Interpretation Network). חלק משמעותי אחר מתהליכי ההתמקצעות של המתורגמנים הקהילתיים הוא התפתחות של מסגרות הכשרה והסמכה. אורכה ואיכותה של ההכשרה במסגרות אלה משתנה ממדינה למדינה (ראו פרק ד').

לצורך המחקר הנוכחי, נגדיר פתרון ממוסד להנגשה לשונית ככלי זמין, קבוע ומקצועי, לגישור על פערי שפה בטיפול הרפואי. בין הפתרונות מסוג זה ניתן למנות:

1. התאמה לשונית בין מטפל לבין מטופל.
2. מתורגמנים מקרב אנשי הצוות שעברו הכשרה בתרגום רפואי.
3. מתורגמני-בית – מתורגמנים שהינם עובדים קבועים של המוסד הרפואי
4. מתורגמנים עצמאיים, או "בנק מתורגמנים".
5. מתורגמנים טלפוניים.

2.4.2.1 התאמה לשונית/אתנית בין מטפל למטופל

אחד הפתרונות האפשריים לגישור על פערי שפה ותרבות בבריאות הוא התאמה בין תרבותו או לשונו של המטפל לזו של המטופל. במקרה אלה, נותן טיפול דו-לשוני (Bilingual Provider) יכול לשוחח ישירות עם מטופל בן מיעוט לשוני, בשפת המיעוט (National Council on Interpreting in Health Care, 2008). שימוש בעובדים דו-לשוניים לתקשורת ישירה עם מטופלים מצריך היערכות מערכתית לגיוון בכוח האדם כך שישקף את אוכלוסיית המטופלים. יש מוסדות (דוגמת המוסד לבריאות הנפש ולטיפול בהתמכרויות Centre for Addiction and Mental Health – CAMH – בטורונטו שבקנדה) הקובעים מדיניות העסקה של אוכלוסייה מגוונת מבחינה אתנית. מוסדות אחרים מציעים למטופל לבחור מטפל הדובר את שפתו מבין רשימה של מטופלים. עם זאת, לעתים פתרון זה אינו ישים. מחקר אמריקאי משנת 2004 הראה

את חוסר האיזון בין שיעורי המטופלים השייכים לקבוצות מיעוט אתני לבין אחוז הרופאים מאותן קבוצות (25% מכלל המטופלים מול 6% רופאים ו-9% אחיות). על-פי המחקר, מטופלים בני מיעוט אתני טופלו באמצעות אנשי מקצוע, בסוג יחסים של אי-התאמה גזעית (race discordant relationship) (Johnson, Roter, Cooper and Powe., 2004). גם בישראל ניתן למצוא קבוצות אוכלוסייה שאין להן נציגים במקצועות טיפוליים שונים. כך למשל, במשך תקופה ארוכה היה חוסר בקלינאיות תקשורת דוברות ערבית (סיני, 2003), ועד היום מספר הרופאים יוצאי אתיופיה קטן בהרבה לעומת מספר המטופלים.

מחקרים שהשוו בין קבוצות שבהן היתה התאמה אתנית בין מטפל למטופל, לבין קבוצות ללא-התאמה כזו, מצאו שהמטופלים שרופאיהם השתייכו לקבוצה האתנית שלהם סברו שתהליך קבלת ההחלטות של הרופא היה יותר משתף, והיו שבעי רצון יותר מהטיפול מאשר מטופלים שטופלו על-ידי רופאים מקבוצה אתנית שונה מהם. קופר ופאו (Cooper and Powe, 2004) הגדירו "התאמה" (concordance) – כ"מצב של הסכמה, הרמוניה". מטפלים ומטופלים יכולים להתאים במספר היבטים: מין, מעמד חברתי, גיל, מוצא אתני, שפה, נטייה מינית, אמונות לגבי תפקיד, אמונות לגבי חולי ובריאות, ערכים, והחלטות בריאותיות בפועל" (עמ' 8). מחקר משנת 2003 מצא כי ביקורים של מטופלים אצל מטפלים מאותה קבוצה אתנית היו ארוכים יותר, והמטופלים היו מרוצים יותר מהרופאים – ללא קשר לאופי התקשורת בפועל (Cooper et al., 2003).

במחקר בהולנד נמצא שבהן לא היתה התאמה אתנית בין המטפל למטופל היתה פחות "שיחה חברתית" בין הצדדים, מטופלים מקבוצות דיווחו על פחות הבנה הדדית (בראית המטופלים), פחות שביעות רצון מהתקשורת בין הצדדים, ויותר בעיות עם הרופאים. במחקר הוכח היעדר ההבנה ההדדית בין הצדדים גרמה לבעיות בהיענות לטיפול (Van Wieringen et al., 2002). מחקר אחר הראה שבעיות תקשורת בין הורים לתינוקות לבין צוותי מרפאות להתפתחות הילד, שיוחסו לאי-התאמה אתנית, נעלמו עם הזמן, כאשר נוצרה המשכיות ביחסי מטפל-מטופל. המחקר הראה, שהורים אשר טופלו באמצעות איש צוות שאינו מהקבוצה האתנית שלהם, נטו, בתחילה, לשוחח פחות על נושאים פסיכו-סוציאליים (כגון תחושות המטופל, ענייני משפחה וכולי) מאשר הורים שמטפליהם השתייכו לקבוצה האתנית שלהם עצמם, אך פער זה הצטמצם בחלוף שנה (Wissow et al., 2003).

באשר להתאמה לשונית – נמצא שמטופלים דוברי ספרדית, שרופאיהם דיברו בשפתם, שאלו יותר שאלות וזכרו יותר פרטים על ההמלצות לטיפול מאשר מטופלים שרופאיהם לא דיברו ספרדית (Seijo, Gomez and Freidenberg 1991). יחד עם זאת, לא ברור מהמחקר אם ספרדית היא שפת האם של הרופא או שמדובר ברופא הדובר ספרדית כשפה שנייה, או מטפל שלמד מספר מצומצם של מונחים רפואיים בשפה זו.

נמצאו מחקרים מעטים בלבד המצביעים על הקשר שבין התאמה לשונית לבין מצבו הבריאותי של המטופל (Cooper and Powe, 2004). פרז-סטייבל ואחרים (Perez-Stable et al., 1997)

מצאו שהתאמה לשונית בין מטופלים שסבלו מיתר לחץ דם או מסוכרת לבין מטפליהם תרמה באופן מובהק לכל ארבעת מדדי הבריאות המדווחים: תפקוד פיזי, רווחה פסיכולוגית, תפיסות בריאות וכאב. עם זאת, המחקר לא מצא קשר מובהק בין התאמה לשונית לשיעור רצון המטופל או לניצול שירותי בריאות.

2.4.2.2 אנשי צוות כמתורגמנים רפואיים

שימוש באנשי צוות כמתורגמנים לעת-מצוא הוא נפוץ מאוד (Pöchhacker, 1999, 2000) Elderkin-Thompson et al., 2001; Neal et al., 2006). זהו למעשה הפתרון הזמין ביותר לבעיות התקשורת בין מטופלים לבין מטופלים, ולכאורה עונה על הדרישה שלא להשתמש בבני משפחה כמתורגמנים. אולם ללא הכשרה, עלול השימוש באנשי הצוות להיות בעייתי. אנשי צוות שלא עברו הדרכה במתורגמות רפואית עלולים, בדומה לאנשים דו-לשוניים אחרים שלא עברו הכשרה, להשמיט מידע, להוסיף מידע, לייצג יעוץ אישי וכדומה. במחקר שנערך באחד מבתי-החולים של קליפורניה, עלה כי בכמחצית מהמפגשים שבהם שימשו אחיות כמתורגמות, ללא הכשרה קודמת, התגלו בעיות תקשורת חמורות בין הרופאים לבין המטופלים (Elderkin-Thompson et al., 2001). בעיות התגלו בעיקר בתפר שבין תפקודן המקצועי כאחיות, לבין תפקודן כמתווכות לשוניות. כך, ערכו האחיות את המידע שמסר המטופל כך שיתאים להשערה ששיער הרופא, לכאורה. הן העבירו את המידע הערוך למרות שחלק מהמטופלים חלקו עליהן. החוקרים משערים שהתנהגות האחיות נעוצה ביכולתן נעוץ ביכולתן של אחיות לתרגם בקלות מידע העונה על תבניות המקובלות ברפואה המערבית, וקושי לאחזר ולתרגם מידע שאינו עולה בקנה אחד עם התפיסה הרפואית המערבית (שם, עמ' 1354). במקרים אחרים, עלולה האחות לדבר בשם המטופל, או לתת משקל שיחתי נמוך יותר להערותיו ולשאלותיו ולא לאפשר לו ליזום שאלות הבהרה. במקומות שבהם אין קביעה מפורשת לגבי זהותו והסמכתו של המתורגמן הרפואי, ניתן להכשיר את אנשי הצוות לשמש כמתורגמנים בעת הצורך (Sevilla-Matrir and Willis, 2004). במקומות אחרים, יש המשתמשים בסטודנטים לרפואה או במתמחים (Brown University, 2004).¹⁰ הנחיה חשובה לעובדי סיעוד המשמשים כמתורגמנים היא להימנע מהשתתפות בשיחה, ובמקום זאת לאפשר או לעודד את הדיון בין המטפל לבין המטופל (Sevilla-Matrir and Willis, 2004). במקביל, יש להכשיר את שאר אנשי הצוות כיצד להשתמש בעמיתיהם ביעילות כמתווכים לשוניים, בעיקר בכל הנוגע לצורך לתרגם את כל הנאמר בשיחה, ללא תוספות, השמטות או שינויים.

2.4.2.3 מתורגמני בית במוסדות בריאות

מתורגמני-בית (in-house interpreters) הם מתורגמנים העובדים במוסד הרפואי. לרוב, כאשר מועסקים מתורגמני-בית במוסד רפואי גדול, הם משתייכים ליחידה מקצועית נפרדת, למשל "המשרד לשירותי מתורגמות" (Interpreting Services) או "המשרד לעניינים רב-תרבותיים"

¹⁰ על-פי תקשורת אישית עם המרכז הרפואי "סרוקה" בבאר-שבע משנת 2008, משמשים סטודנטים לרפואה מחו"ל הלומדים בבית הספר לרפואה בבאר-שבע, כמתורגמנים בבית-החולים.

(Multi-Cultural Affairs). משרד זה אחראי לשבץ את המתורגמנים למשימות על-פי שעות הפעילות של השירות, תוך תיעודף המשימות על פי דחיפות; מטפל בתשלומים למתורגמנים עצמאיים המוזמנים על פי הצורך למשימות תרגום, מבצע בקרת שביעות רצון ואיכות, והוא מהווה כתובת לפיתוח מקצועי של המתורגמנים. בנוסף, מבצע המשרד הדרכות לאנשי הצוות הטיפולי על השימוש במתורגמנים ועל סוגיות בין-תרבותיות בטיפול. הדרכות אלה כוללות יידוע באמצעים כתובים על השירותים הלשוניים של המוסד הרפואי, כרטיסי "אני דובר..." למטופלים שאינם דוברי עברית, הדרכות בקבלת עובדים חדשים למוסד הרפואי, או הדרכות בישיבות צוות על התקשורת באמצעות מתורגמן (Brach et al., 2005). נמצא שהדרכות מקדימות לאנשי צוות מגבירות את השימוש במתורגמנים רפואיים מקצועיים (Karliner et al., 2004). סקירה בנושא הדרכות אנשי צוות תובא בסעיף 2.4.2.6.

למרות זאת, בסקר שבוצע בארצות הברית נמצא שרופאים סירבו להשתמש בשירותי מתורגמנות ואף לא הסכימו לאשר תכנית שלפיה הם יתוגמלו בכל פעם שישתמשו במתורגמן. בבדיקת הסיבות לכך עלה כי קיימים פערי ידע ותפיסות מוטעות בקרב הרופאים, באשר לשירותי המתורגמנות. חלק מהרופאים לא היו מודעים לצורך במתורגמן, והאמינו שמיומנותם בשפה כלשהי מספיקה לתקשורת, או שהשימוש בבני משפחה או חברים כמתורגמנים הינו פרקטיקה הולמת. רופאים אחרים היו מודעים לצורך, אולם לא ידעו כיצד להשתמש בשירותי המתורגמנות שהוצעו להם (Brach et al., 2005).

2.4.2.4 מתורגמנים רפואיים עצמאיים

בשל הקושי לספק תקנים למתורגמנים, או לענות על הצורך בתרגום לשפות שאינן נפוצות, משתמשים מוסדות בריאות במתורגמנים עצמאיים או בבנק מתורגמנים (שוסטר, 2007; Brach et al., 2005). התשלום מתבצע לפי שעת עבודה (בארצות הברית התשלום הממוצע לשעה הוא בין 20 – 25 דולר אמריקאי, על פי סקר שערכה האגודה הבין-לאומית למתורגמני בריאות בשנת 2008). במדינות מסוימות נדרשים המוסדות לשלם עבור מינימום שעות למפגש מתורגם, ועבור הנסיעות למפגש וממנו. השימוש בבנק מתורגמנים נפוץ יותר מאשר השימוש במתורגמנים עצמאיים, משום שהוא מאפשר בקרה על איכות המתורגמנים ורמת ההכשרה שלהם. בקנדה, זוהתה מגמה של מוסדות בריאות שעברו לשימוש במאגרי-מתורגמנים שלהם בלבד, במקום בבנק מרכזי (Carr, 1997).

2.4.2.5 מתורגמנות טלפונית

שירותי מתורגמנות רפואית טלפונית הינם מוקד המחקר הנוכחי, ולכן יתוארו להלן בהרחבה. יש לציין, שלא בוצעו מחקרים רבים בתחום מאז סוף שנות ה-90 של המאה הקודמת, ולא מוכר לחוקרת מחקר המתאר חקר מקרה של שירות מתורגמנות טלפוני, ואת התנאים והשיקולים להתאמתו.

ניתן לחלק את המחקרים בנושא מתורגמנות טלפונית לכמה תחומים :

1. תיאור שירות מתורגמנות טלפונית.
2. השוואה בין מתורגמנות טלפונית לאופנויות מתורגמנות אחרות :
 - א. מאפייני השיחה (אורך) והשיח (רצף תקשורתי, קוהרנטיות)
 - ב. שביעות רצון הצדדים מהשיחה
 - ג. הבנת המידע
3. הדרכות למשתמשים במתורגמנות טלפונית.
4. הכשרות למתורגמנים טלפוניים.

בסעיף זה יוסברו מהותו של התרגום הטלפוני ומאפייניו העיקריים, וייסקרו מחקרים בולטים בתחום. מתורגמנות טלפונית מוגדרת כשירות לשוני בזמן-אמת, אשר מאפשר לדוברי שפות שונות לתקשר ביניהם באמצעות מתורגמן, דרך שיחת ועידה (אתר אגודת AHC). מתורגמנות טלפונית משתייכת לשיטת ה"מתורגמנות מרחוק" – RI (remote interpreting). השיחה מתנהלת כאשר נותן השירות, מקבל השירות והמתורגמן נמצאים על אותו הקו, ויכולים לשמוע זה את זה.

שירותי מתורגמנות באמצעות הטלפון מוכרים כבר משנות החמישים של המאה שעברה (Bischoff, 2006). באוסטרליה החלו להפעיל שירות מתורגמנות טלפונית לטיפול במקרי חירום כבר בשנת 1973 (Ozolins, 1998). בדנמרק, הפעיל המשרד לשירותי רווחה "קו חם" לשירותי מתורגמנות טלפוניים באמצע שנות ה-70 (Hamerik and Martinsen, 2000) עם זאת, השימוש הנרחב במתורגמנות טלפונית, בכלל זה בשירותי בריאות ובמשטרה, החל בשנות ה-80 וה-90 (Pöchhacker, 2004). כיום עושים שימוש נרחב במתורגמנות טלפונית במוסדות ציבור כגון : משטרה, מוסדות בריאות ורווחה, מוסדות המטפלים בפליטים ובמהגרים, ועוד. בין המדינות שבהן משתמשים במתורגמנות טלפונית במוסדות ציבור ניתן למנות את ארצות-הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו-זילנד¹¹, דרום-אפריקה, שוודיה, אנגליה ואירלנד.

בארצות הברית התרחב השימוש בשירותי מתורגמנות טלפונית בעקבות חוק משנת 2000 שחייב מתן נגישות לשונית שווה לשירותי ציבור (Executive Oder 13166), וסוכנויות ממשלתיות רבות החלו להשתמש בו כאלטרנטיבה לתרגום פנים-אל-פנים.

שירותי מתורגמנות פועלים בכמה שיטות : שירות ממשלתי, שירות עסקי, ובמידה פחותה גם עמותות, אם כי אלה מספקות את השירות הטלפוני בנוסף לשירותי מתורגמנות פנים-אל-פנים ורק כאשר לא ניתן לתרגם פנים-אל-פנים. כמו כן, ניתן למצוא שירותי מתורגמנות טלפונית

¹¹ לממשלת ניו-זילנד שירות מתורגמנות טלפונית עצמאי, הפועל בימי העבודה ושייך למשרד לעניינים אתניים. אם יש צורך בתרגום מחוץ לימי העבודה, משתמשים הניו-זילנדים בשירות המתורגמנות הטלפוני של אוסטרליה שכתם. www.ethnicaffairs.gov.nz/oeawebsite.nsf/wpg_url/language-line-Index

כחלק מהשירותים שמציעים מוסדות (בכלל זה מוסדות רפואיים), על מנת למשוך אליהם לקוחות (Bischoff, 2006).

שירותי המתורגמנות ניתנים ממוקדי שירות, או מבתי המתורגמנים. בשנים האחרונות ניתן למצוא מרכזים טלפוניים גם מחוץ לגבולות המדינה. כך, למשל, ניתן למצוא מוקדי שירות מתורגמנות לשפה הספרדית, הפועלים ממדינות אמריקה הלטינית ומשרתים את השוק האמריקאי (Kelly, 2008).

שירותי התרגום והמתורגמנות (TIS - Translating and Interpreting Services) באוסטרליה נוסדו ב-1974. הם משרתים בעיקר גופים ממשלתיים אך נגישים לכל פרט או חברה עסקית. במקביל, פועלים בפרובינציית ניו-סאות' ויילס (וייתכן שאף בפרובינציות אחרות) שירותי מתורגמנות טלפונית שהם חלק אורגני משירותי המתורגמנות של מחלקת הבריאות באזור סידיני (HCIS – Health Care Interpreting Services). במדינות מערביות, ובעיקר בארצות-הברית, פועלות חברות המספקות שירותי מתורגמנות בשפות רבות, דוגמת AT&T Language Lines. יש לציין, ששירותי מתורגמנות מסחריים באמצעות הטלפון אינם בלעדיים לתחום הציבורי או הרפואי אלא משרתים את התחום המסחרי והכלכלי.

עם זאת, גם במדינות כגון אוסטרליה, שבה פועלים שירותי המתורגמנות מאז 1973, אנשי הצוות הרפואי לא מודעים, לעתים קרובות, לקיומם של שירותי מתורגמנות טלפונית (הקרויים Doctor Priority Line) ומעדיפים להשתמש בבני-משפחה כמתורגמנים. כשליש מרופאי המשפחה שנבדקו בסקר שנערך באוסטרליה, לא השתמשו מעולם במתורגמנות טלפונית (Atkin, 2008). יש רופאים המתנגדים מפורשות לשימוש במתורגמנות טלפונית, על אף הצורך בתיווך לשוני זמין. חלקם נרתעים בשל המורכבות הטכנולוגית הכרוכה בהיערכות לשיחה ובקיומה, למשל, הצורך בטלפון אלחוטי ליד מיטת המטופל (Cioffi, 2003).

עם התפתחות הטכנולוגיה, הוכנסו בשנים האחרונות שיטות מתורגמנות דוגמת תרגום וידאו¹², תרגום באמצעות האינטרנט – תרגום אודיו, תרגום קולי וחזותי, או תרגום בציט (Connel, 2006; Ko, 2006). תרגום בתחנות טלפוניות ניידות, ועוד. התפתחויות אלה מאפשרות שימוש במתורגמנות טלפונית גם בתרגום עבור אנשים חירשים (באמצעות שירותי ממסר או מתורגמנות בוידאו) (Dickinson, 2000; Timm, 2000).

שיטה חדשה יחסית היא התרגום הסימולטני מרחוק. בשיטה זו מרכיבים המטפל והמטופל אוזניות ומיקרופון, ומאזינים למתורגמן הטלפוני, אשר מתרגם סימולטנית את דבריהם (בניגוד לתרגום עוקב, שהוא השיטה הנפוצה יותר לתרגום באמצעות הטלפון). שיטה זו מחייבת שימוש

¹² יתרונות השימוש בוידאו יחסית לשימוש בטלפון לתרגום הינם: התקשורת החזותית מפצה על היעדר נוכחות המתורגמן בחדר, ועם זאת חוסכת זמן ומשאבים. עם זאת, ייתכן שהאנונימיות שאפיינה את התקשורת הטלפונית פוחתת – והדבר משמעותי במיוחד בקהילות אתניות קטנות שבהם המתורגמנים מוכרים למטופלים.

במתורגמנים המיומנים בתרגום סימולטני, ובציוד מיוחד, אך יתרונה הבולט הוא קיצור זמן המפגש (Gany et al., 2007)¹³.

סיבה נוספת לעליה בשיעור השימוש במתורגמנות טלפונית היא הוזלת עלות שיחות החוץ, והתחלת השימוש במספרי גישה ללא תשלום (toll-free numbers) (Kelly, 2008). הסיבה השלישית קשורה למעבר למתן שירותים באמצעות הטלפון, בתחומים שבעבר ניתנו פנים-אל-פנים, כגון תשלומים באינטרנט או בטלפון, מוקדי חירום, "חדרי רופא" ועוד (שם).

2.4.2.5.1 יתרונות וחסרונות השימוש במתורגמנות טלפונית

מתורגמנות טלפונית הינה רק אחת מהשיטות לתקשורת מתווכת בין נותן שירות לבין הפונה. עם התפתחות ההתמחות בשיטות השונות, ניתן להבחין ביתרונות וחסרונות הגלומים בכל שיטה. להלן סקירה של יתרונות וחסרות התרגום הטלפוני, כפי שמופיעים בספרות:

- 1) למתורגמנות טלפונית יש יתרון של זמינות ומיידיות, כשלב ראשוני בהיערכות להנגשה לשונית לקהילה חדשה - למשל קהילת מהגרים שעוברת מהמרכז לפריפריה (Connel, 2006). מתורגמנות טלפונית יעילה במצבים טראומטיים. מאחר שהיעדר קשר העין עם מקום האירוע מסייע למתורגמן לשמור על מיקוד, מאחר שאינו נחשף למראות קשים.
- 2) במתורגמנות טלפונית מרחוק, נמנעת האפשרות שהמתורגמן יישאר לבדו עם אחד הצדדים, ואז עלול להתקל במצבים בעייתיים מבחינת הגדרת תפקידו (בקשת ייעוץ, הלשנה, וכולי).
- 3) מסייע לשמירת ריחוק מקצועי ומפחית מעורבות רגשית.
- 4) חסכוני בזמן ובכסף - חוסך זמן נסיעות, מאפשר לעסוק בו כעבודה נוספת.
- 5) מאפשר עבודה למתורגמנים בעלי מוגבלויות (למשל עיוורים או מוגבלים פיזית) (Connel, 2006).
- 6) מתורגמנות טלפונית מפחיתה את מבוכת המטופל (בשל הצורך להיחשף או לשתף אדם זר במידע אינטימי).
- 7) מסייעת לשמור על אנונימיות ולפיכך על חיסיון (סוגיה זו רלוונטית במיוחד בטיפול במקרים רגישים – אלימות במשפחה, בעיות בתפקוד מיני וכולי).

2.4.2.5.2 חסרונות התרגום הטלפוני לעומת תרגום פנים-אל-פנים

- 1) חיסיון - במתורגמנות טלפונית אי-אפשר לדעת מי נמצא ליד המתורגמן (וראו גם Connel, 2006). לפיכך, מומלץ לקבוע כללים למקום שבו מתנהלת השיחה, ולאסור על

¹³ מחקרם של גייני ואחרים (Gany et al., 2007) השווה נתונים בין 16 מפגשים בלבד, אולם הוא המחקר היחיד שהשווה בין שיטת התרגום הסימולטני מרחוק לבין שיטות מתורגמנות אחרות.

- קבלת שיחה במקום ציבורי. יש מדינות, דוגמת שוודיה, שבהן אסור לתרגם דרך טלפון סלולרי או אלחוטי, כדי למנוע ציתות (Niska, 1998).
- (2) הפסד של מידע לא מילולי – היעדר קשר עין בין המתרגם למטופל ולמטפל, והיעדר מידע חזותי עלולים לגרום לאי-הבנות שכן המתורגמן אינו עושה שימוש במידע המתקבל משפת הגוף ופריטים דאיקטיים (הצבעה על איבר גוף, למשל), כך אובד מידע בלתי-מילולי (כגון חיוך).
- (3) היעדר קשר אישי עם בני-השיח עלול לפגוע באמון שחשים למתורגמן וביכולתו לשפר את התקשורת בין הצדדים
- (4) חוסר התמחות במתורגמות רפואית (כאשר מדובר בחברה כלכלית) (Jones and Paramjit, 1998) עלול לפגוע באיכות התרגום.
- (5) מתורגמות טלפונית קשה לשימוש מול אוכלוסיות מסוימות – ילדים, קשישים או אנשים חירשים.
- (6) מתורגמות טלפונית לא נותנת מענה נאות לתקשורת שדרושים בה אלמנטים חזותיים (למשל, הדרכה למדידת רמת סוכר).
- (7) במתורגמות טלפונית קיימים קשיים טכניים כמו: רעש בקו, רעשי רקע, חוסר בציוד באיכות טובה, שימוש ברמקול במקום בטלפון המותאם לשני דוברים, ניתוקים.
- (8) במתורגמות טלפונית המתורגמן עלול להתקשות לנהל את התורות בין הדוברים.
- (9) מתורגמות טלפונית פוגמת בשטף השיחה: נמצא שמתורגמות טלפונית קולח פחות מתרגום פנים-אל-פנים. לעומת זאת, כמות המלל בשיטה זו רבה יותר, מהירות הדיבור גבוהה יותר, ופרק הזמן שבו מדבר כל אחד מהמשתתפים בתורו ארוך יותר מאשר בתרגום פנים-אל-פנים.
- (10) שיחה במתורגמות טלפונית ארוכה יותר משיחה בתרגום פנים-אל-פנים, ולכן מועדפת פחות במפגשים מורכבים, בעלי אופי אינטראקטיבי (Lannoy and Van Gucht, 2006).
- (11) הסטה בתפקיד המתורגמן – לעתים המתורגמן מקבל תפקיד של "שליח", כאשר איש הממסד מבקש ממנו לשאול את הפונה סדרה של שאלות, ואז מעביר את הטלפון לפונה.
- (12) בתרגום הטלפוני עלול המתורגמן לסבול ממצוקה נפשית – הוא עובד לבדו, ולכן אינו יכול לבצע אוורור רגשי מיד לאחר סיום השיחה.
- (13) המתורגמות באמצעות הטלפון מעייפת יותר ממתורגמות פנים-אל-פנים (Fors, 1999; Kurz, 1999).
- (14) במקרים שבהם מבוצע התרגום מבית המתורגמן, עלולים היעדר ההפרדה בין מקום העבודה לבין הבית, והיעדר סביבה מקצועית זמינה להוות חיסרון (Connel, 2006).

2.4.2.5.3 שיטות למתן שירותי מתורגמות טלפונית

בעשורים האחרונים חלה עלייה חדה בשימוש בשירותי מתורגמות טלפונית (Kelly, 2007). כפי שצוין בסעיף זה, קיימים כמה מודלים לקבלת שירותי מתורגמות מרחוק. להלן יסקרו שני

דגמים בולטים – שירות טלפוני ממשלתי, דוגמת שירות TIS האוסטרלי, ושירות מסחרי דוגמת AT&T Language Line האמריקאי.

המידע המופיע להלן מובא מתוך אתרי האינטרנט של שירות AT&T Language Lines ושל Translating and Interpreting Services, אלא אם צוין אחרת.

שירות TIS – Translating and Interpreting Service האוסטרלי הינו גוף ממשלתי, השייך למשרד לענייני הגירה ואזרחות באוסטרליה. המחלקה מספקת "את השירות לאנשים אשר אינם דוברים אנגלית, ועבור דוברי האנגלית אשר צריכים לתקשר עמם". ההגדרה הרחבה מצביעה על תפיסה שלפיה שני הצדדים, בן המיעוט הלשוני ודובר שפת הרוב, זקוקים באותה המידה לסיוע. השירות מספק תרגום ביותר מ-120 שפות, באמצעות כ-1,300 מתורגמנים עצמאיים ברחבי אוסטרליה, והוא זמין 24 שעות ביממה לכל אדם או ארגון. ניתנת עדיפות למתורגמנים שעברו את מבחני ההסמכה של רשות ההסמכה למתרגמים NAATI - National Accreditation (Authority for Translators and Interpreters).¹⁴ המתורגמנים עברו בדיקה לשלילת עבר פלילי, והם מחויבים לפעול על פי הקוד האתי של אגודת המתרגמים והמתורגמנים AUSIT. שירות המתורגמנות החל כשירות מתורגמנות טלפונית ב-1973, אולם כיום הוא מספק גם שירותי מתורגמנות פנים-אל-פנים ואף תרגום בכתב של תעודות רשמיות עבור מיעוטים, בשנתיים הראשונות למגוריהם באוסטרליה.¹⁵ ארגונים ממשלתיים אשר משתמשים בשירותים אלה צריכים לכלול את עלויותיהם בתקציבם, כלומר בבקשת המימון מהמדינה.¹⁶ השירות ניתן בחינם למיעוטים הלשוניים בכל התקשרות לסוכנות או לשירות ממשלתיים, וכן לשירותים קהילתיים בחירום, לחברי פרלמנט, ולתחומים שונים במנהל הרשויות המקומיות.

שירותי המתורגמנות הטלפונית של TIS פועלים דרך מוקד טלפוני מאויש, הממוקם במלבורן, ונותן שירותים לכל אוסטרליה ואף לניו-זילנד. המתקשר מבקש מתורגמן בשפה הרצויה, והמוקדן מעביר את השיחה למתורגמן על פי רשימה שמופיעה לפניו, המבוססת על זמינות המתורגמנים באותה העת ועל סדר עדיפות פנימי בהתאם לרמת ההסמכה של המתורגמן (משמע, שמתורגמן שרמת ההסמכה שלו ב NAATI גבוהה יותר, יועדף וימוקם גבוה יותר ברשימה). על מנת ליעל את השירות ולחסוך זמן, הוקם בשנים האחרונות Automated Telephone - ATIS - Interpreting Service – אשר מאפשר לנותן השירות להתקשר ישירות למתורגמן. השירות ניתן ב-18 השפות הנפוצות ביותר, והוא מציע עשרה אחוזי הנחה למשתמש. שכלול זה בשירות מעיד

¹⁴ NAATI מציעה הסמכה רק לכ-60 שפות, ולשפות נוספות היא מציעה מעמד של "הכרה", משום שאין לה משאבים לבצע מבחני הסמכה. www.naati.com.au.

¹⁵ עלות 15 דקות של מתורגמנות טלפונית בשעות העבודה הינה 22.40 דולר אוסטרלי (נכון ליוני 2008 אלא שווים ל 71.77 ש"ח, כלומר כ- 4.78 ש"ח לדקת שיחה).

http://www.immi.gov.au/living-in-australia/help-with-english/help_with_translating/service-charges.htm

¹⁶ מקור: תקשורת אישית עם מדליין צ'פמן, אחראית עניינים רב-תרבותיים במשרד הבריאות של פרובינציית ניו סאות' ויילס (2008).

על השתרשות השימוש במתורגמנות טלפונית או על העומס על המוקד הטלפוני האנושי, כלומר על ביקוש רב לשירות.

שירות נלווה נוסף במסגרת TIS הוא ה- Doctors Priority Line, הוא שירות טלפוני שנועד לסייע לאנשי צוות רפואי לתקשר עם מיעוטים לשוניים. החוקרת משערת שהצורך בערוץ ייעודי למטפלים בלבד, נובע מאילוצי הזמן והדחיות בסביבה זו, ואולי אף מחוסר נכונותם של רופאים להשתמש בשירותי תרגום. שירות זה נגיש גם לרופאים פרטיים אשר מטפלים במיעוטים לשוניים.

שירותים טלפוניים באמצעות חברות כלכליות באוסטרליה דומים בשיטת התפעול שלהם לזו של השירות הממשלתי. עלות השיחה גבוהה יותר בשירות העסקי, בשל הצורך שהפעילות תהיה רווחית.

שירות המתורגמנות AT&T Language Line, שהוקם בשנת 1984 בארצות-הברית, הוא ככל הנראה שירות המתורגמנות הטלפונית הגדול ביותר בעולם. החברה טוענת כי היצע המתורגמנים שלה, ב-170 שפות, עונה על הצרכים ביותר מ-98% מהשפות המבוקשות לתרגום. החברה אף משווקת מכשיר טלפון ייחודי, בעל שתי שפופרות – לשני הדוברים המשוחחים עם המתורגמן. הבקשה לקבל שירות מתורגמנות מתבצעת באופן אוטומטי (בשיטת זיהוי קולי אוטומטי IVR), ולפיכך נחסכת עלות המוקדן האנושי.

על פי הפרסום באתר, החברה מכשירה ומסמיכה¹⁷ מתורגמנים רפואיים טלפוניים ב-22 שפות, והיא החברה היחידה שיש לה תהליך הכשרה והסמכה לתחום הזה. לחברה מנגנוני בקרת איכות על המתורגמנים באמצעות משובים ממתורגמן בכיר, המאזין לשיחה בעת התנהלותה (ככל הנראה על-פי מדגם), וכן באמצעות משוב של הלקוחות. באתר החברה לא צויין האם היא מקליטה את השיחות לצורך בקרת איכות.

2.4.2.5.4 חקר שירותי מתורגמנות רפואית באמצעות הטלפון

מאז סוף שנות ה-90 החלו להתפרסם מחקרים ומאמרים בתחום התרגום הטלפוני. על פי קו (Ko, 2006, p. 325), לא נערכו עדיין מחקרי אורך לבדיקת סוגיות במתורגמנות טלפונית. רוב הממצאים מבוססים על רשמים אישיים וניסויים קצרי-טווח באשר למאפייני מתורגמנות טלפונית. ייתכן שהיעדר מחקרי אורך בתחום זה נובע מאילוצי חיסיון המידע והסודיות העסקית שנוקטות חברות המציעות שירותי מתורגמנות בטלפון.

רוב המחקרים העוסקים במתורגמנות טלפונית מאז שנת 2000 השוו את יתרונותיה של שיטת תרגום זו לשיטות מתורגמנות אחרות, דוגמת מתורגמנות פנים-אל-פנים, שימוש באנשי צוות דו

¹⁷קונל (Conell, 2006, p. 316) טען שבאתר חברת Language Line מצוין שהמתורגמנים מוכשרים ומוסמכים (לאו דווקא על-ידי החברה) ולפיכך יש להם לכל הפחות תואר או דיפלומה במתורגמנות במוסדות ציבור. היעדר הפירוט באתר לגבי אופי בקרת האיכות שעוברים המתורגמנים הינו מכוון לדעתו, ומופיע גם באתרי אינטרנט של חברות אחרות בתחום.

לשוניים, התאמה לשונית בין מטפל לבין מטופל או אי-שימוש בתרגום. יש לציין שחלק מהמחקרים סותרים זה את זה. ייתכן שהסיבה נעוצה בשיטות המחקר השונות, אופי אוכלוסיות המחקר וגודלה (Bischoff, 2006), ושדה המחקר.

מטא-מחקר בנושא מתורגמות מרחוק מצא 9 מאמרים (בלבד) שבהם נבדק השימוש בשיטה זו (תרגום טלפוני או בוידאו) כמשתנה בטיפול הרפואי. במחקרים שנסקרו לא נמצאו הבדלים עקביים באשר לאורך הביקור במרפאה. כמו כן נמצא במחקר זה כי המשתמשים בשתי צורות התרגום – פנים-אל-פנים ובאמצעות הטלפון - היו שבעי רצון במידה דומה (Azarmina and Wallace, 2005).

בהיבטי שביעות רצון מהשיחה ומהטיפול, נמצא כי רמות שביעות הרצון של המטופלים היו דומות כאשר השתמשו במתורגמן פנים-אל פנים, במתורגמן טלפוני או במתורגמן באמצעות וידאו, אם כי בקבוצה שהשתמשה בשירות הוידאו התגלו בעיות בהבנה (Jones et al., 2003). רמות שביעות רצון דומות התגלו גם כאשר השווו שיחות מתורגמות טלפונית לשיחות שבהן היתה התאמה לשונית בין מטפל למטופל (Lee et al., 2002). במחקר אחר נמצא כי הצדדים העיקריים בשיח העדיפו את השימוש במתורגמות טלפונית על פני מתורגמות פנים-אל-פנים, וכי המסרים הועברו בדיוק רב יותר בשיטה הראשונה. הצדדים שאלו יותר שאלות והוקדש זמן רב יותר להסברים (Hornberger et al., 1996). עם זאת, בסיטואציות מסוימות, כגון תקשורת בחדר מיון ברפואת ילדים, נמצא כי המטופלים היו שבעי רצון יותר מהתקשורת עם הצוות באמצעות מתורגמנים פנים-אל-פנים מאשר באמצעות מתורגמנים טלפוניים (Garcia et al., 2004).

מבחינת אורך השיחה המתורגמת, מציגים המחקרים נתונים סותרים. מחקר אחד מצא כי מתורגמות טלפונית מאריכה את זמן המפגש ואורך הביקור במרפאה, בהשוואה לשימוש במתורגמי בית או בהיעדר תרגום (Fagan et al., 2003). יש להתייחס בזהירות לתוצאותיו של מחקר זה, בשל כמה סיבות: מספר הנבדקים קטן יחסית, היעדר מידע על סיבת הביקור, ועריכת המחקר במרפאה אחת בלבד. החוקרים עצמם ציינו שחלק מתוצאות המחקר סותרות מחקרים דומים קודמים, והסבירו חלק מההבדלים בכך שתפקידם של מתורגמי-הבית במרפאה הספציפית כולל סיכום מובנה של המפגש, ולפיכך התנהלו המפגשים בתיוכם ביעילות רבה יותר מאשר מפגשים עם מתורגמנים טלפוניים חיצוניים (שם). מחקרם של גייני ואחרים מצא שמתורגמות טלפונית סימולטנית מקצרת את משך השיחה כדי קרוב למחצית בהשוואה למתורגמות טלפונית עוקב (12.72 דקות לעומת 23.7 דקות) וכי הוא מקצר את משך השיחה במידה משמעותית גם בהשוואה לתרגום מקצועי פנים-אל פנים (12.72 לעומת 19.62 דקות) (Gany et al., 2007). בשיטת התרגום הסימולטני בטלפון התגלו פחות טעויות בתרגום מאשר בתרגום פנים-אל-פנים, מתורגמות טלפונית עוקב והיעדר תרגום מקצועי. החוקרים משערים שהדבר נובע מהעובדה שהמתורגמנים צריכים לזכור פחות מידע בזמן נתון, ושהיעדר "מרווחי זמן" בין המבעים אינו לא מנע מהמתורגמנים מצבים שבהם היו צריכים לערוך את המידע או

לשמש כסנגורים, דבר שעלול היה להאריך את משך המפגש (שם). חשוב לחזור ולציין שגם במחקר זה מספר השיחות שנבדקו היה מצומצם ביותר.

הממד האנושי בתרגום הטלפוני נחקר מעט יחסית¹⁸. חלק מהמתורגמנים הטלפוניים עובדים בעבודה זו בנוסף על עבודתם בתרגום או מתורגמנות בשיטות אחרות. ממחקרים שנערכו באוסטרליה (Chesher et al., 2003; Lee, 2007) שבה שירותי המתורגמנות הטלפונית מפותחים מאוד, עלה כי רוב המתורגמנים הטלפוניים לא עבדו בתפקיד זה במשרה מלאה, כלומר 5 ימים בשבוע. חלקם עבדו במתורגמנות טלפונית בנוסף על מתורגמנות פנים-אל-פנים, וכולם נתנו שירותי באמצעות יותר משירות מתורגמנות אחד (Lee, 2007, p. 237). בסקר שערכה לי (Lee, 2007) בקרב מתורגמנים טלפוניים קוריאניים באוסטרליה, עלה כי מתורגמנים טלפוניים לא היו בעלי הערכה מקצועית גבוהה, וחלקם חשבו לפרוש מהעבודה. ניתן ליחס את ממצאי המחקר לתגמול הנמוך, יחסית לאתגרים הרבים הכרוכים בשיטה זו של מתורגמנות. מבחינת מאפייני התקשורת בשיחה, עלה כי מתורגמנים טלפוניים נטו לתרגם בגוף שלישי יותר מאשר בתרגום פנים-אל-פנים, לאור התפקיד הפעיל שהם מילאו בניהול התקשורת בהיעדר רמזים ויזואליים. באשר לשימוש בשירות, העריכו מתורגמנים כי רבים מהמשתמשים לא הכירו את כללי השימוש במתורגמנות טלפונית, בעיקר בני המיעוט הלשוני, ומאחר שרק מתורגמנים רבים נהגו להציג את עצמם, את תפקידם ואת כללי התקשורת בתחילת השיחה, הרי שהגדרות השיח לא היו ברורות.

קלי (Kelly, 2008) מנתה תכונות אחדות הנדרשות ממתורגמן טלפוני: ורסטיליות, סבלנות, ניסיון במתן שירות, במתורגמנות בתחום הקהילתי, ובתרגום עוקב. בשל הצורך להכיר תחומים רבים ולשלוט במינוח שלהם, פועלות חברות רבות בשיטה מדורגת: המתורגמנים הטלפוניים נחשפים בהדרגה לתחומי עבודה, על מנת שיצברו ביטחון, יכירו את המערכות והתכנים וישלטו במאגר המונחים הרלוונטיים לכל תחום (שם).

2.4.2.5.5 מאפייני שיח של מתורגמנות טלפונית

ככלל, בוצעו מחקרים מעטים בלבד המנתחים את הקורפוס במתורגמנות טלפונית. יש לשער, שהדבר נובע מהקושי לקבל את הקלטת השיחות לצורך מחקר. עם זאת, עולים מן המחקרים שנבדקו לצורך הסקירה כמה מאפיינים בולטים המייחדים מתורגמנות טלפונית לעומת אופנויות המתורגמנות האחרות:

1. שימוש בגוף שלישי לבני-השיח העיקריים, ושימוש בגוף ראשון בהתייחסות למתורגמן עצמו. הפרקטיקה האמורה שונה מהנלמד במקצוע המתורגמנות, וגם בענפים השונים של המתורגמנות הקהילתית, לפיו יש לתרגם בגוף ראשון (Oviatt and Cohen, 1992).

¹⁸ מחקר אודות ההשפעות הפסיכולוגיות של תרגום-מרחוק בתחום מתורגמנות הועידות (ראו Moser-Mercer, 2003) גילה שבתרגום מרחוק, בהיעדר מידע חזותי - גברו הלחץ הנפשי והשחיקה של המתורגמנים, בהשוואה למתורגמנות במקום האירוע.

2. בקשות רבות מצד המשוחחים לוודא כי הבינו את הנאמר (31.5% מכלל המלל) (Niska, 1998).
3. במתורגמות טלפונית קשה יותר לשמור על שטף שיחה ועל תיאום, בהשוואה לתרגום פנים-אל-פנים (Wadensjö, 1999), בשל חוסר בידע הקשרי של המתורגמן, ולעתים גם של מקבל השיחה, אם אינו נמצא באותו החדר עם יוזם השיחה (Rosenberg, 2007).
4. במתורגמות טלפונית קיימים יותר nonrenditions (מבעים של המתורגמן עצמו) או zero renditions (מבעים שאינם מתורגמים) – שאינם טעויות אלא מבעים שהצורך בהם נובע מעצם הסיטואציה של תרגום מרחוק. כמו למשל העברות של הטלפון, הוראות להמתנה, או מבעים שלא תורגמו כתוצאה משמע לקוי (Rosenberg, 2007).

2.4.2.5.6 אופי השימוש בשירות מתורגמות טלפונית

מתורגמות באמצעות הטלפון מורכבת יותר מבחינה תקשורתית וטכנית ממתורגמות פנים-אל-פנים. לפיכך, ניתן למצוא כיום מדריכים לשימוש יעיל במתורגמות טלפונית, המסבירים את הייחוד שבאופנות תרגום זו, את ההיבטים הטכניים הכרוכים בה וכללים לניהול תקשורת יעילה באמצעות מתורגמן שלא נמצא עם המשוחחים העיקריים. במדריך שהוציאה מערכת בתי המשפט של ניו-ג'רזי (New Jersey Judiciary, 2001) – מתבקש המשתמש לוודא את רמת ההסמכה של המתורגמן, להשביע אותו, ולהסביר לו את ההליך שעומד להתנהל.

יש לציין, שמדריכים רבים מתייחסים למצב התקשורת הרצוי, שמסתמך במידה רבה על תרגום לא טלפוני, מבלי לתת את הדעת למורכבות שבשיטה זו. כך, למשל, מתבקשים המתקשרים לדבר בגוף ראשון אל הפונה, ולא בגוף שלישי דרך המתורגמן. המציאות מוכיחה שפניה בגוף שלישי נפוצה הרבה יותר במתורגמות טלפונית מאשר בתרגום פנים-אל-פנים. חלק מהמדריכים מתייחסים להיבטים הטכניים שבתרגום – הצורך לוודא שהמכשיר תקין, שהסביבה שקטה, ושהדוברים מדברים בביטחון. המתורגמים אף מונחים להתריע על בעיות הנוגעות לערוץ התקשורת – למשל, קושי לשמוע את אחד הדוברים, דיבור בו-זמני של שני משתתפים או יותר, או דובר המדבר במקטעים ארוכים מדי, דבר שמקשה, על פי המדריך, על המתורגמן לזכור את הנאמר ולתרגמו במדויק (New Jersey Judiciary, 2001).

2.4.2.5.7 סוגיות טכניות

באופן אידיאלי, אם נותן השירות ומקבלו יושבים באותו החדר, יש להשתמש במכשיר טלפון קווי באיכות טובה, שיש לו שתי שפופרות. מומלץ שגם המתורגמן ישתמש במכשיר קווי מאיכות טובה, שיש לו כפתור השתקה, שליטה בעוצמת הקול, ויכולת לחבר אוזניה ורמקול על מנת שידיו יהיו פנויות לרשום הערות. שימוש בטלפון אלחוטי אינו מומלץ, לאור איכות השמע, והסיכון

שהסוללה תיגמר בעת השיחה (Kelly, 2008a).¹⁹ לא למותר לציין כי גם איכות הקו צריכה להיות טובה.

עם התפתחות הטכנולוגיה, קיימים סוגים רבים של מכשירים המשמשים לתרגום מרחוק: טלפונים קוויים, אלחוטיים, טלפונים עם רמקול, טלפונים ניידים, וסטנטופונים (Ko, 2006). ההבדלים בין המכשירים נעוצים באיכות השמע וכן ביכולתם לאפשר למשתמשים לעשות דברים אחרים בעודם משוחחים (כגון לבדוק את המטופל או לרשום) (שם, עמ' 332). נמצא קשר בין הציוד שהמתורגמן השתמש בו לבין הערכתו את יכולת הריכוז ואיכות התרגום שלו. כלומר, מתורגמנים שהשתמשו בטלפונים ללא מערכת ראש הכוללת אוזניות ומיקרופון, התלוננו שהתרגום היה קשה, מאחר שלא יכלו לרשום הערות בעודם מתרגמים.

מחקרים שנערכו במרכז רפואי בקליפורניה בשנת 1997 (Niska, 1998) הראו העדפה ברורה, אצל כל השותפים לשיחה, לשימוש במערכת ראש הכוללת אוזניה ומיקרופון על פני השימוש ברמקול שבמכשיר הטלפון. המתורגמנים במיוחד, מצאו שבשימוש בהתקן זה השמע טוב יותר, ויש פחות רעשי-רקע שמפריעים לתרגום. התרגום האיכותי ביותר הושג כאשר מתאפשר שימוש בציוד טלפוני אלחוטי (שמועיל במיוחד בשיחה תוך כדי תנועה בחדר, למשל לצורך בדיקה).

2.4.2.6 הדרכת אנשי צוות לשימוש במתורגמנים רפואיים

כפי שצוין בסעיף 2.4.2.3, נמצא שהדרכה מקדימה לאנשי צוות, מגבירה את השימוש במתורגמנים רפואיים מקצועיים (Karliner et al., 2004). הדרכה כזאת יכולה להתנהל במספר שיטות (כגון הרצאה, שיחה, או תרגול) ולכלול יידוע באמצעים כתובים על השירותים הלשוניים של המוסד הרפואי ועל כרטיסי "אני דובר..."²⁰ למטופלים שאינם דוברי שפת הרוב, הדרכה בקבלת עובדים חדשים, או הדרכה נפרדת על התקשורת באמצעות מתורגמן (Brach et al., 2005).

בשנים האחרונות מתפרסמים בעולם הנחיות לשימוש במתורגמן רפואי וכלים שונים להכשרת אנשי צוות לשימוש במתורגמנים: חוברות או מדריכים (Kelly, 2008; Association of American Medical Colleges, 2008 Massachusetts General Hospital, 2008), לימוד באתר האינטרנט, קלטות/דיסקים לצפייה מודרכת (וראו למשל קלטת הוידאו מ-1998 שהפיקו אוניברסיטת דיקין ו Language Australia (Tebble, 2003)), הרצאות בישיבות צוות או בימי קליטה (שוסטר, 2007), או סדנאות פעילות הכוללות תרגול (Tebble, 2003). ההדרכות

¹⁹ קלי המשילה את השימוש במכשיר סלולרי למתורגמנות טלפונית - לנהיגה במכונית שיש בה ליקויים - התרגום עלול לצאת משליטה ולסכן אחרים (Kelly, 2008a).

²⁰ כרטיס I speak הוא כרטיס, או טופס המחולק לבני מיעוטים לשוניים המעוניינים בשירותי מתורגמנות קהילתית. על הכרטיס שפת הפונה ומספר הטלפון להזמנת שירותי מתורגמנות. ראו כרטיסים להזמנת שירותי מתורגמנות בשירותים הסוציאליים של מדינת קליפורניה: <http://www.usdoj.gov/crt/cor/Pubs/ISpeakCards.pdf>

מתבססות על ממצאי מחקרים, שלפיהם, ישנם יותר שלבים במבנה הריאיון הרפואי המתורגם מאשר בשיחה חד-לשונית בין מטפל למטופל, והוא מורכב יותר, ובהיעדר הדרכה עלול להישמט משליטת המטפל (Aranguri, Davidson and Ramirez, 2006). המטפלים שאינם זוכים להכשרה לשימוש במתורגמנים, נוטים להעביר, באופן לא מודע, את האחריות למסירת 'בשורות רעות' לידי המתורגמנים (Tebble, 2003, p. 83) ומתקשים ליצור יחסים משמעותיים עם המטופלים בני המיעוט הלשוני (Aranguri et al., 2006). הכשרת הרופאים לשימוש במתורגמנים נותנת להם כלים לוודא העברה נכונה של המידע ושליטה בשיחה המשולשת. הכשרת הצוותים נועדה קודם כל לספק מידע על שירותי המתורגמנות הזמינים למטפלים, על החוק המחייב אותם, אם קיים כזה, ועל דרכים לשימוש יעיל במתורגמן. נמצא, שהדרכות לצוותי בריאות אודות השימוש במתורגמן, הגבירו את השימוש במתורגמנים מקצועיים, ואת שביעות רצון המטפלים מהטיפול הרפואי שהוענק (Karliner et al., 2004).

2.5 טיפול רפואי במיעוטים לשוניים ותרבותיים בישראל

בישראל חיות קבוצות מיעוט אתניות ולשוניות רבות: המיעוט הילידי הערבי על קבוצותיו האתניות השונות (מוסלמים, נוצרים, דרוזים, בדואים), עולים, ומהגרי עבודה מכ-100 מדינות²¹. יש הכוללים בין קבוצות המיעוט התרבותי אף את היהודים החרדים, שחלקם דוברי עברית וחלקם דוברי יידיש אבל הם פועלים על פי קודים תרבותיים שונים מאשר הזרם העיקרי בישראל.

במערכת הבריאות קיימות תכניות לקידום בריאות המותאמות לאוכלוסיות שונות בישראל. מחקר זה מתמקד בסוגיית ההנגשה הלשונית של הטיפול, ולפיכך יעסוק בהיבט זה בלבד. פרויקטים ממשלתיים, ארוכי-טווח, לשיפור ההנגשה הלשונית לטיפול הרפואי הינם ספורים, וקיימים בעיקר מול יוצאי אתיופיה. פירוט לגבי תכניות אלה יובא בסעיף 2.5.1. במוסדות הבריאות נעשו בשנים האחרונות ניסיונות למצוא פתרונות קבועים יותר לבעיות השפה, אך אלו בפתרונות מקומיים, שלא היתה עליהם בקרה מן ההיבט הלשוני. פתרונות אלה כוללים: ריכוז רשימת אנשי צוות או מתנדבים דוברי שפות לשימוש בעת-הצורך²², הרצאות ותכניות התערבות בנושא הטיפול באוכלוסיות ספציפיות, קורסי שפה מדוברת לשימוש הצוות, העסקת עובדים דו-לשוניים מקצועיים באופן מכוון, ושימוש קבוע בדו-לשוניים כמתווכים במוסד הרפואי (סעיף 7.1). בין הפרוייקטים להכנסת מתווכים לשוניים קבועים ניתן למנות שימוש ביוצאות אתיופיה, סטודנטיות לסיעוד, בבית-החולים "זיו" בצפת, העסקת בנות שירות לאומי דוברות ערבית מלוד בטיפול במטופלים מהרשות הפלסטינית במחלקה לטיפול נמרץ ילדים בבית-החולים "הדסה" עין-כרם בירושלים. יש לציין כי המתווכים הלשוניים בשני המקרים עוזבים את תפקידם לאחר שנה או שנתיים, והמוסד צריך לאתר מתורגמנים חדשים.

²¹ על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2005, הגיעו 95% מהמהגרים מ-12 מדינות, והשאר ממדינות רבות ושונות. בשנה זו הגיעו רוב המהגרים מתאילנד, הפיליפינים, סין, רומניה ונפאל.

²² לחוקרת ידוע כי רשימות כאלה נאספו במרכז הרפואי ע"ש סוראסקי בתל-אביב, המרכז הרפואי "בילינסון" בפתח-תקווה, והמרכז הרפואי "מאיר" בכפר סבא.

בסעיף זה יסקרו מחקרים ומסמכי-עמדה בנושא הטיפול הרפואי במיעוטים לשוניים בישראל. ניתן לחלק אותם לכמה תחומים:

1. אי-שוויון במתן שירותי בריאות ובצריכתם.
2. מאפיינים קליניים של הטיפול הרפואי בקבוצה מסוימת.
3. מאפיינים סוציולוגיים ותרבותיים של טיפול באוכלוסיות מיעוט.

מחקרים מעטים בלבד מתייחסים לנושא השפה כפקטור משפיע על הטיפול הרפואי. מחקרים בנושא שפה ותרגום מעטים ביותר, והם יסקרו בפירוט להלן, בסעיף 2.5.1.

המושג "אי-שוויון בבריאות" (health inequality, health disparity) מתייחס להבדלים במצב הבריאות בין קבוצות אוכלוסיה שונות. למשל, פערים בתוחלת חיים, בתחלואה, בתמותת תינוקות, בהתנהגות מקדמת בריאות או מסכנת בריאות, וכן בנגישות לשירותי בריאות וניצולם. יש להבדיל בין מושג זה לבין המושג "אי-צדק בבריאות" (health Inequity), שיש לו מימד מוסרי ואתי²³. על פי התפיסה שעומדת מאחורי מושג זה, ההבדלים בנגישות ובניצול שירותי בריאות, כמו גם הפערים במצב הבריאותי, אינם צודקים ואינם הוגנים, הם אינם מחויבי המציאות וניתן למנוע אותם (Whitehead, 1990,1998).

המיעוט האתני הגדול ביותר בישראל הוא המיעוט הערבי, הסובל מפערים בנתוני הבריאות בהשוואה ליהודים בישראל. נתונים מצביעים על כך ששיעורי התחלואה והתמותה בקרב ערביי ישראל, הינם גבוהים מאלה של היהודים. גם שיעור תמותת התינוקות באוכלוסיה הערבית, אף שהוא יורד בהתמדה, עומד כיום על 7.7 לכל 1,000 לידות חי, פי 2.5 משיעור תמותת התינוקות באוכלוסיה היהודית (אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2005). המיעוט הערבי זוכה לפחות שירותים רפואיים, בכלל זה הסברה לרפואה מונעת (זך, 2002; אלקרינאוי, 2001). אחת ההשערות לגבי הסיבות לחוסר השוויון בין האוכלוסייה היהודית לערבית מתייחסת לבעיות בתקשורת, לרבות חוסר בנותני שירותים דוברי ערבית (וראו גם Galil, Lubetzky and Heiman, 2001). לבנת ואחרים (2000), שחקרו דפוסי פניה של אוכלוסיות שונות בנגב למחלקה לרפואה דחופה, מצאו כי שיעור הפונים הבדואים למחלקה זו גבוה מזה של הפונים היהודים, ושיערו שהדבר נובע, בין השאר, מתקשורת לקויה עם הרופא הראשוני בקהילה, אשר מובילה לקשיים בהבנת צרכי הפונה ובעיותיו והפנייתו לבית-החולים לבדיקות נוספות. במחקר אודות צריכת השירותים עבור ילודים בסיכון גבוה באוכלוסיה הבדואית והיהודית, נמצא שתינוקות בדואים מאושפזים לפרקי זמן ארוכים יותר, ולפיכך עולים יותר למערכת הבריאות (משאלי, לנדאו ושוהם-ורדי, 2007). נתונים אלה דומים לנתונים העולים ממחקרים העוסקים במיעוטים לשוניים בעולם (Hampers and McNulty, 2002). עם זאת, בשונה ממחקרם של גליל ואחרים, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות במידת ההיענות להמלצות השחרור מבית-החולים (משאלי ואח', 2007).

²³ החוקרת מודה לפרופ' ליאון אפשטיין על ההבחנה בין המושגים.

אי-שוויון בבריאות זוכה בשנים האחרונות למחקר ולחשיפה ציבורית. קידום המודעות לנושא זה מתבצעת באמצעות מחקרים אקדמיים, הרצאות וניירות עמדה, רבות מהן בהובלת פרופ' ליאון אפשטיין, ממכון טאוב לחקר מדיניות (אפשטיין, גולדווג, אסמעיל, גרינשטיין ורוזן, 2008; ההסתדרות הרפואית בישראל, 2008). עם זאת, אנשי המקצוע ומקבלי ההחלטות בתחום הבריאות עדיין אינם מודעים להיקף הבעיה ולעומקה. מראיונות שנערכו בשנים 2003 - 2004 עם מנהלים וקובעי מדיניות במערכת הבריאות, עולה כי רוב המרואיינים מודעים לקיום אי-שוויון בבריאות, אף כי הם מופתעים מהיקפו. בין הבעיות שצוינו ניתן למנות את השונות באיכות, בזמינות ובנגישות של שירותים באזורים שונים או לקבוצות אוכלוסיה שונות, היעדר שירותים שהותאמו תרבותית, והיעדר ישוג והשקעה במניעה ובקידום בריאות (אפשטיין ואח', 2006: 19). היוזמות שהכירו משתתפי המחקר היו מוגבלות לאזור גיאוגרפי או לפלח אוכלוסייה מוגדר, למשל: הרחבה של שירותי התחנות לבריאות המשפחה במגזר הערבי, הכשרת אחיות בדוויות בנגב, הפעלת תכניות לקידום בריאות בקרב עולים חדשים, מאמצים להפחתת תמותת תינוקות ותמריצים לרופאים העובדים באזורי פריפריה (שם, עמ' 23). המרואיינים במחקר מאמינים שיש לתקצב את הטיפול באי-השוויון, אולם הם סבורים שצמצום אי-השוויון אינו בראש סדר העדיפויות (שם). המחקר אינו מתמקד בקבוצה חלשה זו או אחרת, ומציג המלצות אסטרטגיות לצמצום אי-השוויון, בין השאר ישום תכניות התערבות ממוקדות באוכלוסיות פגיעות, הכשרת אנשי צוות והגברת המוטיבציה לטיפול באי-שוויון – בכלל זה הכשרה לרגישות תרבותית, והגדלת תמריצים למוסדות בריאות לצמצום אי-השוויון. כפי שצוין, מאז 2003 מתנהלים מאמצים להעלאת סוגיית אי-השוויון בבריאות לסדר היום הציבורי והרפואי. סדנה בין-לאומית בנושא ההלימה התרבותית של הטיפול הרפואי התקיימה בקיסריה באוקטובר 2007, בחסות המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות. בפברואר 2008, פרסמה ההסתדרות הרפואית בישראל מסמך בנושא צמצום אי-שוויון בבריאות. המסמך סוקר אי-שוויון בתחומי בריאות שונים בישראל, ומציג דרכים לצמצום הפערים. המסמך מכיר בהשפעתם של פערי שפה ותרבות על אי-השוויון, בצורך בהתאמה תרבותית של הטיפול הרפואי הניתן לאוכלוסיות היעד בכלל, ובצורך בשירותי מתורגמנות בפרט (ההסתדרות הרפואית, 2008: 13 – 14). חוקרים ישראלים נוספים מצביעים על הצורך בטיפולים מותאמים תרבותית למגזרים שונים בישראל, בכלל זה עולים מברית המועצות, ערבים וחרדים – באמצעות תוכניות התערבות ממוקדות אוכלוסיה לשיפור בריאות המיעוטים, הכשרות לצוותים בסוגיות בין-תרבותיות, וייחוד זמן רב יותר למפגשים שאחד הצדדים בהם הוא בן מיעוט תרבותי (איגר-דרייפוס, 2007; אלקרינאוי, 2002; בראון-אפל ואחרים, 2008; לשם ורואר-סטריאר, 2003)

מחקרים בתחום הטיפול הרפואי בקבוצות אתניות ולשוניות שונות בישראל נכתבו בראייה רפואית או סוציולוגית. חלקם מתייחסים לנושא התקשורת והשפה כמכשול, אולם אינם בודקים סוגיה זו לעומק. השוני הבין-תרבותי והשפעותיו על מתן טיפול רפואי נחקר בישראל לגבי אוכלוסיות מיעוטים שונות: המגזר הערבי (אסמעיל ורוזן, 2006), יוצאי אתיופיה (בורגנה, 1987; מכון פאלק-גיוינט ישראל, 1994; מרציאנו, 1994; נודלמן, 1986; ניראל ואח', 2000; ניראל ואח', 2002; סבר וגור, 2001; Reiff, Zakut and Weingarten, 1999; Reiff, 1997) ויוצאי חבר העמים (בר-צורי והנדלס, 1993; קפלן, פרימוביץ' וסיקרון, 2007; רוזן ואוטנשטיין, 1994;

רמניק, 1995; Eger-Dreyfuss, 2006). לגבי האחרונים בדקו המחקרים בעיקר תפיסות ביחס לשירותי הבריאות ושביעות הרצון מהם ובמיוחד שביעות רצון מהאינטראקציה עם הרופאים, הרגלי בריאות ומחלות נפוצות. פערי השפה של עולי חבר העמים נזכרים בעקיפין רק במחקר אחד²⁴, ייתכן בשל העובדה שרבים מהעולים מברה"מ לשעבר מועסקים במוסדות הבריאות ולפיכך, לפחות לכאורה, קשיי התקשורת של המטופלים ממוצא זה פחותים מאלו של מיעוטים לשוניים אחרים²⁵. במחקר שהשווה בין מצב הבריאות המדווח של בני נוער עולים וילידים ישראל, לא נמצאו הבדלים מהותיים במדדי הבריאות בין שתי הקבוצות. עם זאת, נמצא שהעולים מעורבים בשיעור גבוה יותר בהתנהגויות מסכנות בריאות כמו שתית אלכוהול, צריכת סמים, מעורבות בקטטות, וביקורים פחותים אצל רופא השיניים (קפלן ואח' 2007).

בבדיקת התייחסויות, אם היו כאלה, להיבטים הלשוניים במפגש של העולים עם הממסד הרפואי בישראל, עולה תמונה דומה למצב בעולם, שלפיה הבנה לקויה של תרבות המטופל ודפוסי התקשורת שלו עלולה להביא לאי-הבנה של הרופאים לגבי מחלות תלויות-תרבות (מרציאנו, 1994), אי-הבנה של ההיסטוריה הרפואית ואף לחיכוכים בין העולים לבין ציבור המטופלים בהם. רייף ואחרים (1999), מצאו כי שיעור גדול יותר של אי-הבנות התגלה במקרים שבהם המטופלים סבלו ממחלות שאין להם הגדרה ביו-רפואית (מערבית) מדויקת.

בבדיקת הספרות הרלוונטית, נמצאו מחקרים מעטים בלבד הבודקים את מילוי הוראות הטיפול כפונקציה של שפת המטופלים בישראל. גליל ואחרים (Galil et al., 2001) גילו הבדלים ניכרים בין מידת ביצוע תרגילי פיזיותרפיה בבית ושיעור הביקורים במרפאה בקרב הורים ממשפחות בדואיות בהשוואה למשפחות יהודיות. כך למשל, ענו רק 22% מההורים הבדואים שהם מבצעים עם ילדיהם את התרגילים בבית, לעומת 89% מההורים הישראלים. שיעור ההגעה הנמוך יחסית של המשפחות הבדואיות לפגישות מעקב במרכז הרפואי יוחס לקשיים בנגישות פיזית ולשונית לטיפול. החוקרים הסיקו שאחת הדרכים העיקריות לשיפור המצב היא שיפור התקשורת עם הורי המטופלים, שבתורה תגביר את מידת ההבנה שלהם לגבי הטיפול ואת שביעות רצונם. כאשר ניתן להורים תרגום מפורט לערבית במהלך הפגישות. עלה שיעור ההגעה לטיפולים בקרב המשפחות הבדואיות, שיעור שהתקרב לאחר מכן לזה של המשפחות היהודיות.

אוכלוסיית הנשים הבדואיות סובלת במיוחד מבעיות נגישות בשל פערי שפה. רוב הצוות הרפואי ב-11 המרפאות המעניקות שירותים ליותר מ-80,000 תושבי הכפרים, דובר עברית בלבד. למעלה מ-60% מהמטופלות חסרות אוריינות עברית וכמעט מחציתן אינן מבינות או דוברות עברית. מכשול זה פוגע בנגישות המטופלות לטיפול וביעילותו (גוטליב, 2008).

²⁴ רמניק (1995: 13-14, 18-19) ציינה כי קשיי השפה בין מטופלים לבין מטופלים יוצאי חבר המדינות עלולים לגרום לביטול או לדחיית הביקור אצל הרופא. עם זאת, כאשר סבלו מבעיה רצינית, לתפיסתם, רצו המטופלים יוצאי חבר העמים "רופא טוב, לא חשוב המוצא". המטופלים סברו שהרופאים הישראלים אינם אהבים לשוחח באמצעות מתורגמן, כפי הנראה עקב תחושה של בזוז זמן.

²⁵ רמניק (1995) מעירה שעולים רבים סבורים שהרופאים הישראלים קרים, מנוכרים ובעלי גישה צרה יותר מעמיתיהם בברית המועצות לשעבר.

ממחקר שנערך בקרב חולי סוכרת, עולה ששיעור החולים האתיופים המצהירים כי הם מבינים את הסברי הצוות הרפואי נמוך באופן משמעותי לעומת החולים האחרים - רק 48% הצהירו כי הם מבינים את כל הסברי הרופא לעומת 92% בקרב הנבדקים האחרים (טולדנו ואח', 2004). מחברי המחקר ממליצים להשקיע בשיפור הנגישות של שירותי הבריאות לעולי אתיופיה, בהדרכת הצוותים להכרת התרבות האתיופית ובהדרכת החולים עצמם. אחת מהמלצות מחקר זה היתה להקים שירות מתורגמנות לשיפור התקשורת בין מטפלים לבין מטופלים. המלצה זו היוותה בסיס ותמריץ להקמתו של שירות המתורגמנות הטלפונית בעמותת "טנא בריאות".

נתונים דומים עולים ממחקר שנערך בקרב יוצאי חבר המדינות. עולים חדשים מחבר המדינות פונים פחות לרפואה דחופה ולרפואה מקצועית, ושיעור האשפוז, השימוש בתרופות וביצוע בדיקות שונות נמוך אצלם בהשוואה למבוטחים ותיקים (דוידוביץ' ואח', 2005). לגבי רוב המשתנים, לא חלה "ישראליות" של דפוסי ניצול שירותי הבריאות גם לאחר עשר שנות קליטה בישראל. יש לציין, כי מחקר עדכני (בראון-אפל, גרתי-סנדלון וגרין, 2008) שמבוסס על נתונים מהשנים 2003 – 2004 קובע כי בניגוד למחקרים הקודמים, עולים מברית המועצות צורכים כיום שירותי בריאות בדפוסים דומים לאלה של הישראלים הותיקים, למעט שיעורי אשפוז, ושיעורי פניה לרפואה מונעת, שהיו נמוכים יותר בקרב העולים. החוקרים משערים שלאחר עשור ויותר, למדו העולים את התרבות והשפה, וכן את דפוסי הפעילות של מערכת הבריאות.

בישראל, בדומה למדינות המערב, אם כי באיחור-מה, מתחיל בשנים האחרונות שיח בנושא השונות התרבותית של חלקים מהאוכלוסייה, ובצורך בתוכניות אשר יעניקו שירות שהוא "כשיר תרבותית" (culturally competent) לאותן אוכלוסיות – בין אם באמצעות פרוייקטים של גישור בין-תרבותי (ניראל ואח', 2000; סבר וגור, 2001; שמר ובר גיא, 2001), בין אם בתכניות ייחודיות להסברה ולטיפול בקהילות השונות (ניראל ואח', 2002; רוזן ואח', 2004) והפעלת מנחים-מטפלים הבקיאיים בקודים התרבותיים השונים (אלקרינאוי, 2002; בקר, 2002), ובין אם בהכשרת צוותים מטפלים לרגישות תרבותית. אלקרינאוי (2001) חוקר טיפול במגזר הבדווי, פועל על פי המודל המסביר של קליינמן (1980), וטוען שמטפל צריך להכיר את קבוצת ההשתייכות של המטופל כדי להעניק לו טיפול הולם. כמו כן, הוא סבור שעל מנת להבין את המבנה התרבותי של בעיה, על המטפל להיות מודע למגבלות התרבותיות שלו עצמו. המטפל גם יכול להפיק תועלת רבה מהמשאבים התרבותיים של הקהילה המקומית (מרפאים מסורתיים, למשל), ולכלול בעבודתו סטנדרטים תרבותיים מקומיים אשר אינם סותרים עקרונות אוניברסליים המבוססים על צדק חברתי. כך למשל, המליצו בראון-אפל ואחרים (2008) לבנות תוכניות התערבות המתואמות לאוכלוסיות העולים ולהתייחס לצרכיהם, לעמדותיהם ולבעיות הטכניות העומדות בפניהם.

יחד עם זאת, בתחומים טיפוליים רבים נראה שלמרות המודעות, לא קיימים פתרונות ממוסדים לגישור על פערים תרבותיים ולשוניים. על הצורך בהפניית תשומת-לב ומשאבים לטיפול מותאם תרבותית ניתן ללמוד ממסקנות המחקר של אפשטיין ואחרים בנושא אי-שוויון בבריאות:

"הכשרת אנשי מקצוע בתחום הבריאות ל'כשירות תרבותית' אין פירושה אך ורק הכרה בצרכים השונים של אוכלוסיות שונות או בצורך בשירותי תרגום. נדרשת הקניה של הבנת האופן [שבנו] הרקע התרבותי או הדתי משפיע על תפיסת הבריאות והמחלה של אנשים שונים, כמו גם על מידת הכרתם באפשרות לשנות את מהלך המחלה [...] ניתן להשיג זאת באמצעות תכנון הכשרות בכל הרמות (בזמן הלימודים, בתקופת ההתמחות ותוך שירות) [...] על מוסדות הבריאות לאמץ מדיניות ותכניות שיסייעו להם להפוך לספקי שירותי בריאות בעלי כשירות תרבותית.
(אפשטיין ואחי 2004).

2.5.1 טיפול רפואי במיעוטים – סוגיות שפה והנגשה לשונית

פערי שפה ותרבות בטיפול הרפואי זוכים רק בשנים האחרונות להכרה בקרב אנשי צוות הרפואי והפרא-רפואי בישראל. כפי שצוין, אין בישראל מערכת ממוסדת להנגשה לשונית, ואנשי הצוות מסתמכים לרוב על אחת משיטות התקשורת הבאות:

1. הסתפקות בתקשורת לא-מילולית
2. שימוש בעזרים גרפיים להמחשה
3. שיחה בעברית מפושטת (reduced Hebrew)
4. תקשורת מופחתת בשפה שלישית, לרוב באנגלית. התאמה בין מטפל לבין מטופל על בסיס שפה
5. שימוש בקרוב משפחה או במלווה אחר של המטופל, המסייע לתקשורת עימו
6. שימוש באחד מאנשי הצוות הרפואי, הפארה-רפואי או המנהלי כמתורגמן
7. שימוש באדם דו-לשוני שאינו נוכח במקום ומתרגם באמצעות הטלפון. (שוסטר, Shlesinger and Carmel, 2002; 2003).

לאי-ההכרה בצורך בפתרונות ממוסדים להנגשה לשונית תורמים שיקולי תקציב, שיקולים פוליטיים, אך גם חוסר הידיעה שקיימת אפשרות לפתרונות מקצועיים יותר מהפתרונות המאולתרים שצוינו בסעיף זה לעיל.

בנוסף על המגזרים הרבים של מיעוטים לשוניים ואתניים כמטופלים, עובדים בישראל אנשי צוות מטפל הנמנים אף הם על מגזרים אלה. לעתים, עלולה אי-ההתאמה בין המוצא האתני של המטפל ושל המטופל לגרום לבעיות בתקשורת ולחכוכים. במחקר שבוצע במרכז הרפואי "בני ציון" בחיפה, נמצא שהתקשורת הבעייתית ביותר בין מטופלים לבין לרופאים מתקיימת בין רופאים ערבים לבין מטופלים עולים מחבר המדינות, על פי תפיסתם של הצדדים את התקשורת. באותו מחקר, התלוננו גם מטופלים יהודים על קשיי תקשורת עם רופאים עולים מחבר המדינות (Eger-Dreyfuss, 2005)

תקדים בהכרת הממסד בהשלכות פערי השפה על בריאותו של אדם נקבע בינואר 2007, כאשר זוג דוברי ערבית זכה בתביעה נגד בית-החולים "פוריה", אשר צוותו התרשל במתן הסברים לאישה ההרה, ובכך תרם למות עובריה. (תיק 2564/05 דלאשה ואח' נגד מדינת ישראל):

לסיכום, עמדתי כי היה על הנתבעת לספק לתובעים את הוראות הטיפול בעת שחרורה של מהא מבית-החולים באופן שיובן לה ובמקרה זה לא היה די בכך שההסבר ניתן לסלים בעברית כדי שיתרגם אותו אלא בהתחשב בכך שמהא עצמה אינה שולטת בעברית ושליטתו של סלים בעברית חלקית היה על הנתבעת לדאוג למתן ההסבר על ידי איש צוות דובר השפה הערבית. (סיכום השופט דראל, עמ' 10, סעיף 49)

בפסק דין דלאשה ואחרים נגד מדינת ישראל נקבעה אמנם אחריותו של המוסד הרפואי לוודא את מידת ההבנה של המטופל, אולם הוא אינו מתייחס לצורך להשתמש במתורגמן מיומן ולתרומתו של זה לתקשורת התקינה בין הצדדים. תמונה דומה ניתן לקבל גם ממחקרים שבוצעו בישראל, המתייחסים לסוגית השפה. פערי השפה ופתרונותיהם מוזכרים אמנם בחלק מן המחקרים, אולם הם מוצגים כאחד המרכיבים של הטיפול ואינם מהווים את מוקד המחקר. במחקרה של בורגנה (1987) הוזכרו "מדריכים-מתורגמנים", אולם אלה הוגדרו כמלווי המטופל, ולא נבדק תפקודם כגורם עצמאי באינטראקציה. במחקריהם של גליל ואחרים (Galil et al., 2001), ורייף ואחרים (Reiff et al., 1999), מועלית המלצה לשלב מתורגמנים שעברו הכשרה, על מנת להפחית את מספר אי-ההבנות ולהעלות את שביעות רצון המטופלים ומילוי אחר הוראות הטיפול. מחקרים ומאמרים שמתפרסמים בישראל מציגים, לעתים, את חוסר ההיכרות עם מקצוע המתורגמות הרפואי. בעבודת דוקטורט שהתפרסמה בשנת 2007, הועסקו מתורגמנים רפואיים בתיווך בין משפחות דוברות ערבית לבין המטפלים, ומידת ההבנה ושביעות הרצון שלהן הושוותה לקבוצת דוברי ערבית שלא זכו להנגשה לשונית (רינאוי, 2007). אמנם, נמצא שהשימוש במתורגמן רפואי מגביר באופן מובהק את ההבנה של ההורים ומידת שביעות רצונם, ומכאן הסיק החוקר שיש להשתמש במתורגמן רפואי כחלק מהטיפול הרפואי. אולם, ברור של החוקרת מול אחד מהחוקרים המעורבים בפרסום המאמר שיצא בעקבות העבודה, מעלה כי המתורגמנים הינם דוברי ערבית, בוגרי בית ספר לסיעוד חסרי רישיון ישראלי לעסוק בסיעוד, אשר התנדבו להשתתף במחקר. לפיכך, משערת החוקרת לא התקיים סינון לשוני למועמדים לשמש כמתורגמנים במחקר. דוגמה זו ממחישה את השימוש במושג "מתורגמן רפואי" לציון כל מתווך דו-לשוני שהוא בטיפול הרפואי.

כמה עבודות שנכתבו במחלקה לתרגום וחקר התרגום באוניברסיטת בר-אילן, מציבות את סוגית השפה והתרגום במוקד התקשורת בטיפול הרפואי. עבודות אלה התמקדו בתיאור הבעיות הקיימות בהנגשה לשונית בטיפול הרפואי, מנקודת מבטם של רופאים, מתמחים (סרי, 2006; רובנובסקי, 2005; שוסטר, 2003), מגשרות בריאות (סרי, 2006) ומתורגמנים מתנדבים (שוסטר, 2003). במסגרת מחקר בנושא פערי שפה ותרגום בטיפול הרפואי (רובנובסקי, 2005), התבקשו רופאים ומתמחים למלא שאלון אודות המצב במקום עבודתם. רבים הגיבו במילים: "מה זאת אומרת תרגום בבתי-חולים? אין אצלנו דבר כזה". כשנשאלו האם אין הם פוגשים מטופלים

שאינם דוברי עברית, הודו הרופאים כי אכן ישנם מטופלים כאלו, אולם אם אין בנמצא אחות או מנקה ש"יסיבירו" להם, "אז מסתדרים עם הידיים".

עדות לתפיסה הרווחת בקרב נותני השירות הרפואי בישראל ניתן למצוא בדו"ח מצב על הבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, שפרסמה עמותת "רופאים לזכויות אדם" ביולי 2003 (אלמי, 2003) הדו"ח מתייחס, בין השאר, גם לבעיות בתקשורת בין הצוות הרפואי והמטופלים:

אחת הבעיות העיקריות במרפאות בכפרים הבלתי מוכרים היא השפה. רוב הנשים, אשר מגיעות דווקא למרפאות אלו בלא ליווי בזכות מיקומן של המרפאות בתוך הכפר, אינן דוברות עברית. שבעה מטופלים, מבוגרים ונשים, דיווחו על בעיות שפה ותקשורת. רובם מתקשים להבין את ההסברים, ונעזרים באדם נוסף, מטופל או איש צוות. ברוב המרפאות עובד לפחות דובר ערבית אחד, לפחות באופן חלקי... בשאר המרפאות 'מסתדרים'. בחלק מן המרפאות הרופא/ה הינו/ה עולה חדש/ה אשר אינו/ה שולט/ת בשפה העברית, מה שמקשה עוד יותר על ההבנה. אחד מאנשי הצוות תיאר את עבודת הרופא/ה מול המטופלים כיבדיקה וטרינרית, דהיינו, בלא הסבר מילולי נלווה לבדיקה. לרוב העובדים לא הוצע קורס לימוד ערבית, אם כי למיעוטם כן. במקרה אחד הוצע הקורס לאחר שאי-הבנה כמעט גרמה למוות. [...]

[...] לפני כשלוש שנים הגיעה למרפאה באחד הכפרים הבלתי-מוכרים אישה עם תלונה על כאבים בכל הגוף. האישה לא דיברה כלל עברית, אך חזרה על מילה אחת פעמים רבות: 'חססיה' (רגישות/אלרגיה). המילה לא היתה מוכרת לצוות המרפאה, ועדיין לא הועברו כל התיקים למרפאה, שלא היתה ממוחשבת בזמנו. הרופא, האחיות והמזכירה ניסו להבין האם קיימת רגישות, ואף נופפו בקופסת האקמול מול המטופלת בניסיון להבין את רגישותה, מתוך תקווה שתכיר את הקופסה. לבסוף, נתן לה הרופא אופטלגין להקלת הכאבים, אשר נלקח במקום. לאחר מספר דקות החלה האישה לרעוד בכל גופה, נפלה על הרצפה, איבדה את הכרתה, ואף הגיעה למצב של מוות קליני. אמבולנס הוזמן במהירות, הרופא ביצע בינתיים פעולות החיאה רלוונטיות, האישה הובהלה לבית-החולים במצב זה, וטופלה שם. כיום האישה בריאה, ורגישויות חולים מודגשות בכל התיקים למנוע הישנות מצב זה. למרות חומרת הסיפור ולמרות שהמקרה קרה לפני מספר שנים ובמרפאה בכפר בלתי מוכר, בשלוש מרפאות אחרות לא הכירו אנשי הצוות את המושג. (אלמי, 2003)

במקרה הבא, המתואר באותו דוח של "רופאים לזכויות אדם", לא עמדה בריאותו של המטופל בסכנת חיים, אולם הטעות יכולה היתה להימנע אם צוות המרפאה היה עושה שימוש בשפה הערבית, שפתם של כל המטופלים באותה מרפאה:

בסוף 2001 נלקח נג'ואן אבו טראש בן השלושה חודשים לתחנת טיפת חלב בלקייה על מנת לקבל חיסון. באותה הפעם לקחה אותו אימו, שאינה יודעת קרוא וכתוב, ודוברת מעט עברית, לטיפת חלב. הילד קיבל חיסון וחזר עם אימו לביתו. כאשר בדק האב את

פנקס החיסונים, התברר כי [הילד] קיבל חיסון נגד שיתוק ילדים, אשר ניתן בדרך-כלל בגיל שנתיים. מבירור מול משרד הבריאות עלה כי עקב טעות, הוצא תיק של ילד אחר ועל-פיו ניתנה הזריקה. עוד טען משרד הבריאות כי לתינוק לא נגרם כל נזק וכי 'אין זה משנה' שקיבל בגיל צעיר חיסון המיועד לגיל מבוגר יותר. [...] לו יכלה האם לקרוא בעברית, היתה מזהה כי השם על התיק אינו שם בנה ולו היו השמות כתובים בשתי השפות, גם בלא ידיעת העברית היתה מסוגלת לעמוד על הטעות ולתקנה.²⁶

הד"ר טלב אבו חמאד, שבעת כתיבת הדוח של "רופאים לזכויות אדם" היה אחראי לרפואה ראשונית במחוז דרום של "שירותי בריאות כללית", הגיב:

לתקשורת טובה בין מטופל וצוות מטפל השלכות על איכות טיפול רפואי, לכן ניתן למצוא רופאים בני המגזר הבדואי העובדים במרפאות המגזר כמו גם בפזורה. מחוז דרום של "שירותי בריאות כללית" מקיים קורסים כל שנה ללימוד השפה²⁷ של בני המגזר לעובדים שלנו שאינם דוברי השפה. הצוותים שלנו בפזורה הבדואית (הכפרים הבלתי מוכרים) מחויבים לשירות מקצועי ברמה גבוהה [...] היינו מצפים שהלקוחות ייקחו גם אחריות על בריאותם ובאותם המקרים שהלקוח מתקשה בעברית, שידאג לקרוב משפחה שיתרגם בעבורו כפי שנעשה באוכלוסייה האתיופית ואוכלוסיית העולים דוברי הרוסית.

מכתבו של ד"ר אבו חמאד הדגיש את חוסר המודעות לצורך בפתרון ממוסד לבעיות התקשורת עם מיעוטים לשוניים. הוא עצמו, רופא בן מיעוט לשוני המטפל במיעוטים לשוניים, קרא לחולים להביא עמם "מתורגמנים" ובכך הנציח את המורכבות הכרוכה במצבים אלה.

בשל העמימות בנוגע לתפקיד הנדרש ממתורגמן רפואי, ניתן לראות שגם כאשר מועסק אדם דו לשוני כמתווך בין איש הצוות למטופל, הוא אינו זוכה להכשרה, מיומנויותיו בשפה אינן נבדקות, ואין לו תמיכה מקצועית שוטפת. בשל כך, מרגישים אותם מתווכים לשוניים בלבול באשר לתפקידם כמתורגמנים ולגבולותיו. בנוסף, בהיעדר מסגרת עבודה מסודרת, קיים פער בין ציפיות הרופא מהמתורגמן, לבין הדרך שבה זה תופס את תפקידו במפגש הרפואי (סרי, 2006).

יש לציין, שבשנים האחרונות גובר הסיקור העיתונאי לבעייתיות ולא-השוויון בהנגשת שירותי בריאות למיעוטים לשוניים – בנושא בריאות בכלל ("הארץ" 2004); "מעריב" (2004), "ידיעות אחרונות" (2007), וטיפול בהפרעות תקשורת ("הארץ" 2003), ובריאות הנפש ("נענע 10" 2006)) בפרט.

חוק זכויות החולה בישראל משנת 1996 מתייחס לאיסור לתת טיפול רפואי אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי ההוראות המפורטות בחוק: "לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור

²⁶ הערה אחרונה זו לכאורה אינה מדויקת שכן קודם לכן צוין שהאם אינה יודעת קרוא וכתוב. דוגמה זו הוצגה בכל זאת, מאחר שהיא ממחישה בעיית תקשורת קונקרטי. ²⁷ הדגשה במקור.

המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, **באורח סביר**²⁸, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע; לעניין זה, "מידע רפואי", לרבות: הדיאגנוזה והפרוגנוזה של מצבו הרפואי של המטופל; תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע; הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי-נוחות; סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של היעדר טיפול רפואי; ועובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני."

החוק אינו מציין מהו אותו "אורח סביר" שהמטפל נדרש לנקוט על מנת שהמטופל יבין. התייחסות רשמית ראשונה לסוגיית השפה בחוק זכויות המטופל עולה, עשר שנים לאחר פרסום החוק, בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 9/06 מתאריך, 03/04/2006, סעיף 2.11. סעיף זה דן בסוגיית ההסכמה מדעת, וקובע כי:

"על ההסבר להתייחס לצרכיו הייחודיים של המטופל, הן מבחינת השפה והן מבחינת מידת ההבנה שהוא מגלה והשאלות שהוא מעלה (במידת הצורך ובהסכמת המטופל – ניתן להיעזר במתורגמן)."

משרד הבריאות קבע את היכולת להיעזר במתורגמן, אך לא קבע חובה לכך ולא הגדיר את הדרישות המקצועיות מאותו מתורגמן, כגון שליטה מוכחת בעברית ובשפת העבודה השנייה, קורס הכשרה וכולי.

המלצה נוספת להשתמש במתורגמן עולה בחוזר משרד הבריאות בנושא קליטה בריאותית של יוצאי אתיופיה (וראו סעיף 2.5.1 להלן). פרט לשני מסמכים אלה, טרם נקבעה מדיניות כוללת להנגשה לשונית, אם כי ניכרים מאמצים לעורר מודעות בנושא. הסתדרות הרופאים, למשל, מציעה למטפלים תרגום ל-4 שפות של למעלה מ-200 טפסי הסבר והסכמה לבדיקות רפואיות²⁹, ובפברואר 2008 הפיצה לרופאים חברי ההסתדרות חוברת בנושא אי-שוויון בבריאות.

2.6 עליית יהודי אתיופיה וקליטתם בישראל

מקרה המבחן במחקר זה - שירות המתורגמנות "קול לבריאות" - הוקם בעמותה לקידום בריאות יוצאי אתיופיה, ומיועד לסייע לשיפור ההנגשה הלשונית של שירותי הבריאות עבורם, ועבור הצוות הרפואי. בחלק זה יסקרו המאפיינים הבולטים של עליית יהודי אתיופיה, בדגש על קליטת העלייה בתחום הבריאות.

עליית יהודי אתיופיה לישראל התבצעה בשני גלים עיקריים. בתחילת שנות ה-80 החלו יהודי אתיופיה לעלות לארץ באופן עצמאי דרך סודאן. משם הובאו העולים בטיסה או בדרך הים. עד 1984 עלו בדרך זו מאתיופיה כ-7000 יהודים. ב-1984 החל מבצע חילוץ המוני שנודע בשם "מבצע משה", שבו הוטסו יהודים מחרטום לאירופה ומשם לישראל. במבצע זה הועלו לישראל כ-8,000 איש. בסה"כ הגיעו לישראל בשנות השמונים כ-16 אלף עולים. בסוף שנות ה-80, עם פתיחת

²⁸ הדגשה של החוקרת.

²⁹ האגודה לזכויות החולה בישראל מעניקה זה מספר שנים יעוץ ומידע כתוב, בכמה שפות, אודות זכויות המטופל.

נציגות ישראלית באדיס אבבה, נאמר למשפחות היהודיות להגיע לבירה ולפנות לשגרירות בבקשה לעלות. במאי 1991 הופעלה רכבת אווירית שבמהלכה הועלו 14,000 איש במשך 48 שעות, במהלך הקרוי "מבצע שלמה". לאחר "מבצע שלמה" עלו לישראל עוד 6,000 איש (הסוכנות היהודית). בשנים האחרונות עולים לארץ בקבוצות קטנות ה"פּלשמוּרה" - אתיופים ממוצא יהודי שהתנצרו במהלך השנים. בשנת 1997 החליטה הממשלה על מבצע העלייה 'האחרון והסופי', כהגדרתה, ובמסגרתו עלו כארבעת אלפים מאנשי הפלשמורה ששהו באדיס אבבה (האגודה הישראלית למען יהודי אתיופיה). למעשה, עולים בשנים האחרונות, טיפין-טיפין, כ-3,600 מבני הפלשמורה מדי שנה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה), ולמרות שבאוגוסט 2008 יצאה הודעה על הפסקת העלייה, מפעילים יוצאי אתיופיה לחץ פוליטי להעלות קרובי משפחתם שנשארו באתיופיה (איחוד הארגונים של יוצאי אתיופיה).

נכון לשנת 2008 מתגוררים בישראל כ-116,000 יוצאי אתיופיה. חלק ניכר מעולי אתיופיה לא ידע לקרוא ולכתוב בשפת אמם בעת העלייה, ובעיות באוריינות היו נפוצות גם בעברית. נכון לשנת 2001, 45% מן העולים המבוגרים מאתיופיה לא היו מסוגלים לנהל שיחה פשוטה בעברית (והאחוז גבוה יותר בקרב קשישים), ו-75% לא היו מסוגלים לכתוב מכתב פשוט בעברית (מכון ברוקדייל, 2001).

העולים מאתיופיה הביאו עמם משאבים חברתיים וכלכליים מוגבלים לקליטה במדינה מערבית (חוסר בהשכלה רשמית, חוסר היכרות עם מערכות חינוך ותעסוקה מערביות). כתוצאה מהפער בין ארץ המוצא לארץ הקולטת, ומהמאפיינים החברתיים הייחודיים לקהילה, התקשו חלק מהעולים ללמוד את השפה העברית. בנוסף, רוב העולים נקלטו באזורים חלשים, שאפשרויות החינוך והתעסוקה בהם היו דלות ממילא. לפיכך, הקליטה של עולי אתיופיה התאפיינה בקשיים רבים, בכלל זה הקליטה הבריאותית. על כך נוספו מחלות גופניות ונפשיות שלא היו מוכרות בארץ המוצא, והופיעו אצל העולים לאחר ההגעה לישראל – עקב התנאים הסביבתיים שבהם היו העולים נתונים, עקב המעבר למדינה אחרת ועקב אובדנים שחוו העולים בדרך לישראל, (בורגנה, 2007).

משרדי הממשלה השונים השקיעו רבות בקליטתם של יוצאי אתיופיה. בקליטה היו מעורבים משרד הקליטה, הסוכנות היהודית, משרד הבריאות, קופות החולים, משרד השיכון, משרד החינוך לשכות הרווחה, וארגוני המגזר השלישי (בורגנה, 2007; וועדת העלייה הקליטה והתפוצות, 2006). במשרד הקליטה אף פועלת מחלקה שכל פעילותה ממוקדת בקליטת יוצאי אתיופיה. עם זאת, בתכנית החומש שהובילו המשרד לקליטת עלייה ומשרד ראש הממשלה, לא צוינה קליטתם הבריאותית של יוצאי אתיופיה כיעד (המשרד לקליטת עלייה, 2008)

בסעיף 2.6.1 ייסקרו תכניות אחדות לתמיכה ולקליטה של יוצאי אתיופיה במערכת הבריאות.

2.6.1 תכניות לקליטת-בריאות של עולי אתיופיה

מקשיי הקליטה שבהם נתקלו עולי אתיופיה בבואם לישראל, ניתן להקיש על הקושי שבו נתקלו בשימוש במערכת הבריאות. על אף שבעת הקליטה לא נבחרה בריאותם של העולים כנושא מועדף לטיפול, היה ברור כי תחום זה מחייב פעולה מיידית (אולמן, 2007). מערכת הבריאות באתיופיה אינה מפותחת, ורוב האוכלוסייה אינה אוריינית בתחום זה. באתיופיה קיימת מערכת מסורתית מסועפת של רפואות ומרפאים, השונה ממערכת האמונות וההנחות של הרפואה המערבית (אולמן, 2007; בורגנה, 1987).

חבלי הקליטה בכלל, תפיסות תרבותיות שונות ביחס לתקשורת עם מטפלים (בן-עזר, 1992), והאמונות על בריאות וחולי בפרט, הקשו על עולי אתיופיה לצרוך באופן יעיל את שירותי הבריאות, בעיקר שירותי הבריאות בקהילה (אולמן, 2007). בארץ חלו יוצאי אתיופיה במחלות שלא הכירו בארץ מולדתם, והם התקשו להתמודד עמן ולטפל בהן. בעיקר מדובר במחלות כרוניות כגון סוכרת ואסתמה ומחלות סגנון החיים המערבי, כגון השמנה. שיעור הסוכרת בקרב יוצאי אתיופיה גבוה כיום פי שלושה מהממוצע בחברות מערביות, ועומד על כ-17% (יפה, ורדי, לויט ואלקלעי, 2002), יחסית לשכיחות של כמעט 0% בעת העליה לישראל.

צוותי הבריאות שטיפלו ביוצאי אתיופיה התלוננו על אי-הבנות בין הדדים, בשל הבדלי שפה ותרבות. אי-ההבנות גרמו לקשיים באבחון הבעיה הרפואית שהמטופל העלה. הקשיים באבחון מדויק גררו אחריהם קשיים בטיפול. המטופלים-העולים חשו תסכול וחוסר שביעות רצון מאחר שבראייתם לא קיבלו מענה לבעייתם. גם הצוות הרפואי חש תסכול כי לא תמיד ידע לתת את המענה הראוי ביותר לסוגיות שעלו במפגש הטיפולי (אולמן, 2007).

לנוכח מחקרים אלו, ולאור הקשיים שחוו מטפלים בשטח, נדרשה מערכת הבריאות, בסיוע ארגונים שאינם מתחום הבריאות (כגון הגיוינט והסוכנות היהודית) לחשיבה ומציאת פתרון של גישור בין מערכת הבריאות לבין המטופלים יוצאי אתיופיה. הפערים בידע, השוני בין מערכת האמונות על בריאות וחולי, וכן העליה בשיעור המחלות של העולם המערבי (מחלות התלויות באורח חיים), הביאו להקמת תכניות רבות לתמיכה ולקליטה של יוצאי אתיופיה במערכת הבריאות הישראלית. חלק מהתכניות התקיימו במסגרות מצומצמות ובמשך שנים ספורות, וחלקן פעילות עד היום. פעילות הפרוייקטים נעה בין סיוע וגישור במרפאות הקהילתיות (באמצעות מגשרים), תמיכה קהילתית רחבה יותר לכלל המשפחה (הרכיב הבריאותי ב"תכנית עצמאות"), או קידום בריאות, הסברה ומניעה בתחומים שונים כגון – HIV / איידס (באמצעות מתאמי טיפול³⁰), חינוך מיני, בריאות השן, בריאות הנפש וכולי. ארגון הגיוינט היה מעורב במספר תכניות בריאות רבות במהלך שנות ה-80 וה-90, אולם בשנת 2001 החליט להעביר את האחריות לתחום הבריאות - לטיפול משרד הבריאות וקופות החולים (אולמן, 2007).

³⁰ על ההבחנה בין תפקידי המגשר, המתאם והמתורגמן הרפואי ראו (Shlesinger, 2007: 77).

ההכרה בייחודיות הטיפול ביוצאי אתיופיה עלתה ממסמך מטעם משרד הבריאות בשנת 2008. "נוהל לקליטה בריאותית של יוצאי אתיופיה בישראל" (2006, סעיף 8.17) התייחס לחינוך ולקידום בריאות בקרב יוצאי אתיופיה:

"מומלץ לעסוק בחינוך וקידום לבריאות בנושאים בעלי השלכה על בריאות העולים ועל קיצור תהליך הקליטה [...] הפעילות וההדרכה מתחילות בתחנת טיפת חלב באתיופיה וממשיכות במרכזי הקליטה... חשוב לבצע פעילות הדרכתית בשיתוף מתורגמן" (ההדגשה במקור).

מהמסמך עולה כי אנשי משרד הבריאות מודעים לחשיבותה של תקשורת באמצעות מתווך בין העולים לבין הצוות המטפל. עם זאת, מאחר שאין בישראל מערכת של מתורגמנים מוסמכים, ניתן להניח שהמתורגמנים המוזכרים בחוזר הינם אנשי מרכזי הקליטה, עולים ותיקים אחרים, או אולי מגשרי בריאות. כאמור, אותם מתווכים לשוניים לא עברו הכשרה ייעודית בתרגום ומיומנותם הלשונית לא נבדקה (במיוחד נכון הדבר לגבי צעירים יוצאי אתיופיה שלעיתים שליטתם באמהרית מוגבלת). גישתו של מסמך זה דומה לגישה המוצגת בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 9/06 מתאריך 03/04/2006, (ראה סעיף 2.5.1 לעיל), בנושא אפשרות השימוש במתורגמן להשגת הסכמה מדעת לטיפול רפואי.

כפי שניתן לראות בסעיף זה, פעילות עמותת "טנא בריאות" לא צמחה בחלל ריק. קדמו לה תכניות לקליטה בריאותית של יוצאי אתיופיה, החל משנות ה-80 של המאה שעברה. התכניות כוללות את שיפור הקליטה הבריאותית של יוצאי אתיופיה במערכת הבריאות ככלל, וכן הסברה טיפול ומניעה בתחומי בריאות ספציפיים כגון: בריאות השן, בריאות הנפש, שחפת, ואיידס. להלן ייסקרו שתי תכניות לקידום הקליטה הבריאותית של עולי אתיופיה: תכנית "רפואה שלמה" שהחלה כשיתוף פעולה בין ארגון הגוינט למשרד הבריאות ושירותי הבריאות, ו"התכנית הלאומית למניעת איידס בקרב יוצאי אתיופיה" - תכנית ממשלתית בסוף הפרק, בסעיף 2.6.1.3 תיסקר פעילותה של עמותת "טנא בריאות" - שבמסגרתה פועל שירות המתורגמנות הטלפוני. שלוש תכניות אלה משקפות גישות שונות לטיפול בסוגית ההנגשה הלשונית בתחום שירותי הבריאות, גישות הקיימות עד היום בשטח - פרויקט בחסות ממשלתית, פרויקט חוצה-ארגונים ופרוייקט קהילתי. סקירת הפרוייקטים השונים תתרום להבנת הרקע לצמיחת עמותת "טנא בריאות" ושירות המתורגמנות, שהינו השירות הראשון מסוגו בארץ, אף שקדמו לו אמצעים להנגשת טיפול רפואי במערכת הבריאות ליוצאי אתיופיה. לסוגיה זו היתה השלכה על פתיחותם של צוותי בריאות לפתרונות של הנגשה לשונית מחד, אך מאידך, טמון בה גם סיכון לבלבול בין תפקידי המגשרים, המתאמים והמתורגמנים הטלפוניים.

2.6.1.1 תכנית "רפואה שלמה"

אחת התכניות לשיפור קליטתם של יוצאי אתיופיה בתחום הבריאות היא תכנית "רפואה שלמה" של הגוינט ומשרד הבריאות. ראשיתה של התכנית ב-1996, ביוזמה של ארגון הגוינט שחברו לה

"שירותי בריאות כללית"³¹, והיא החלה לפעול בשנת 1998. שותפים לפרוייקט בשלב מאוחר יותר היו קופות החולים השונות, משרד הבריאות, משרד הקליטה והמוסד לביטוח לאומי (אולמן, 2007). מטרת התכנית היתה לענות על הבעיות שיוצאי אתיופיה נתקלים בהן במפגש עם מערכת הרפואה המערבית ועם נותני השירות במרפאות הראשוניות (ניראל ואח', 2002). לצורך כך, מועסקים מגשרי-בריאות המתווכים בין המטופלים לבין צוותי הבריאות, ועורכים פעילויות הסברה לקהילה ולצוותים (שם).

מערך ההשתלמויות שהועבר למגשרים נבנה על בסיס השתלמויות קודמות בארגון הג'וינט. נוסף על ההכשרות למגשרים, נבנו סדנאות לצוותים המקצועיים תוכננו ונבנו לאור הניסיון שנרכש בג'וינט בארגון סדנאות בנושאים אלו (אולמן, 2007).

במחקר שבדק את השפעת תכנית "רפואה שלמה" על הקשר שבין הרופא לבין החולה, על התמצאות בקבלת השירותים בקופה ועל תפיסת זמינות השירותים ונגישותם, נמצא שכשליש מיוצאי אתיופיה נעזרו במגשרים שבמרפאות, אשר נתפסו כחלק אינטגרלי מאנשי הצוות. השירות שיפר את איכות התקשורת בין המטופל לבין הרופא הראשוני מבלי להעלות את ההוצאה על מטופלים מקבוצה זו (ניראל ואח', 2000). בשלב השני של המחקר, נמצא שבקרב חולי אסטמה אשר נעזרו בשירות היתה הפחתה בשיעור האשפוזים, אם כי לא בהיבטים מדווחים אחרים של הטיפול כגון תדירות ההתקף, ידע אודות המחלה, ומידת יעילות הטיפול בה. בקרב חולי סוכרת נמצא שיפור בשמירה על תזונה נכונה, משקל רצוי ובביצוע פעילות גופנית מדווחת (ניראל ואח', 2002). עם זאת, הסיקו החוקרים כי תכנית הדרכה כללית דוגמת "רפואה שלמה" לא הספיקה לטיפול במחלות כרוניות ויש צורך בפעילות ייחודית לשיפור מצב הבריאות ותפיסת הבריאות של המטופלים (שם). מן המחקר עלה שככל שהקשר של המטופל עם המגשר אינטנסיבי יותר, כך הקשר עם הרופא פחות טוב. לכאורה, ציינו ניראל ואחרים, מדובר בפרדוקס, שהרי מטרת המגשרים היא לשפר את הקשר בין הצדדים. למסקנה זו הוצעו כמה הסברים, ביניהם הסברה שהרופאים מעבירים למגשרים את האחריות לתקשורת עם מטופלים שהתקשורת עמם קשה. תובנה נוספת שהעלו החוקרים קשורה לתפקידו של המגשר ולגבולותיו. על פי המחקר, ייתכן שהעצמת מטופלים באמצעות מידע מהמגשר אינה מתאימה לתפיסת המחלה שלהם, שלפיה אם אדם חולה הוא אינו אמור לעשות דבר בעצמו והסביבה החיצונית היא שצריכה לעזור לו (התופעה נקראת מוקד שליטה חיצוני. עוד על הבדלי תפיסות בריאות וחולי ראו בסעיף 2.2 לעיל). לפיכך, ייתכן שיש להגדיר מחדש את תפקיד המגשר ולמקד אותו בתמיכה, ליווי וחיזוק רגשי (ניראל ואח', 2002). יצויין שמאז עריכת המחקר עברו כשש שנים, וייתכן שאכן חלו שינויים בהגדרת תפקיד המגשר ומשימותיו במרפאות הקהילתיות.

כיום, פועלות 14 מגשרות של תכנית "רפואה שלמה" ושל תכנית "עצמאות" שהינה תכנית לקליטת עולי אתיופיה בתחומי המשפחה, התעסוקה והחינוך. מגשרת אחת פועלת במרפאה של "מכבי שירותי בריאות" והשאר במרפאות של "שירותי בריאות כללית". במקביל, עובדות בקופות החולים מגשרות שאינן חלק מתכנית "רפואה שלמה" או "עצמאות" ושייכות לחברות

³¹ האחראית לתכנון הפרוייקט ולהטמעתו במרפאות שירותי בריאות כללית היא ד"ר דיאן לוי-זמיר, אשר מהווה גורם מרכזי גם בתכנון ובהפעלת שירות המתורגמנות "קול לבריאות" – נושא המחקר הנוכחי.

כוח-אדם (סרי, 2006) או למחלקות הרווחה בעיריות השונות. בניגוד לתכניות "רפואה שלמה" ו"עצמאות", מגשרות שעובדות במסגרות אחרות אינן מקבלות הדרכה מקצועית מסודרת.

2.6.1.2 התכנית הלאומית למניעת איידס בקרב יוצאי אתיופיה

התכנית הלאומית למניעת איידס בקרב יוצאי אתיופיה הוקמה בשנת 1994, עם הגילוי, שבקרב יוצאי אתיופיה היו נשאים וחולי איידס בשיעור גבוה יחסית לשיעור ההידבקות בכלל האוכלוסייה³², ובשל הבנת המורכבות התרבותית בטיפול במחלה ובמניעתה.

לתכנית שני מרכיבים – מרכיב הסברתי ומרכיב טיפולי. המרכיב ההסברתי של התכנית כולל הסברה באמצעות מסרים המותאמים, מבחינה חברתית ותרבותית, ליוצאי אתיופיה. ההסברה נעשית באמצעות תקשורת המונים, עלונים ופלקטים, הסברה ישירה באמצעות עובדי קהילה ומנהגי העדה, קלטות שמע ווידאו, תיאטרון קהילתי והדרכת צוותי בריאות ישראלים (אולמן, 2007; רוזן ואח', 2004).

הרכיב הטיפולי בתכנית, תכנית "מתאמי הטיפול" היא יוזמה של ארגון הג'וינט, שאימץ משרד הבריאות. מתאמי הטיפול מתפקדים כמגשרים בין הנשאים והחולים יוצאי העדה לבין הצוותים הרפואיים הפועלים במרכזי איידס הנמצאים בשמונה בתי-חולים בישראל (אולמן, 2007). מטרתם להגביר את היענותם של הנשאים והחולים למעקב ולטיפול ולתמוך בהם מבחינה רגשית (רוזן ואח', 2004). המתאמים היו אחראיים לאתר את איתור הנשאים בקרב קהילת יוצאי אתיופיה ולהביאם לטיפול, לגשר בין הרופא לחולה תוך פענוח מושגים בלתי ברורים לשני הצדדים, להבהיר והסברה של הטעון בירור, ובנוסף, לבצע עבודת הסברה בנושאי הבריאות והמשפחה בכלל, כמו: חיי שיתוף בין בני הזוג, התנהגות עקבית בכל מה שקשור לביקורים סדירים במרפאות, ביצוע מוקפד של הוראות הרופא נטילת התרופות והתנהגות מינית אחראית (אולמן, 2007). יש לציין, כי לאור העדינות והסודיות הנדרשת בטיפול בנשאים ובחולים יוצאי אתיופיה, קיים קושי מסוים להשיג נתונים אודות התכנית. האופי המדויק של עבודת המתאמים אינו מפורסם ברבים, על מנת שלא ליצור זיהוי בינם לבין המטופלים הנשאים.

תכנית ההכשרה של המתאמים ניתנה באופן מדורג וחולקה לכמה שלבים. בשלב הראשון, עברו המתאמים הכשרה בסיסית, בנושא ההיבטים ההסברתיים בתחום HIV/איידס. בשלב השני, נערכו השתלמויות מיוחדות למתאמי הטיפול. כיום, ניתנים על-ידי משרד הבריאות קורסי הכשרה משותפים לצוותים הרפואיים, לעובדים סוציאליים ולמתאמי טיפול של משרד הבריאות.

אחריותו של ארגון הג'וינט לתכנית מתאמי טיפול נמשכה עד לשנת 1996, על אף ההבטחה של משרד הבריאות כי ייטול על עצמו את האחריות על התכנית מיד עם צאתה לדרך. התכנית עברה

³² משנת 1998 עד 2003 היה שיעור הימצאות הנגיף 6% – 8%, אך נתונים מאוחרים יותר מראים על ירידה בשיעור זה עד לרמה של 5% (רוזן ואח', 2004).

לאחריותם המלאה של שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות רק בשנת 1998, עקב בעיות של תקציב וסדרי עדיפויות. הגורם שדחף להגברת מעורבות הממשלה בנושא האיידס היה "פרשת מנות הדם" בשנת 1996 ומסקנות וועדת לבון שהוקמה בעקבותיה (אולמן, 2007), עובדה שממחישה את כוחו של לחץ ציבורי להשקעת משאבים בבריאותו של מגזר ספציפי (שם).

במשך השנים שעברו מהשקת התכנית ועד להעברתה לאחריות ממשלתית, נתקל ארגון הגוינט בקשיים לשלב את משרד הבריאות בתפעול התכנית, בהרחבתה ובהוספת תקנים.

ככל הידוע לחוקרת, בגיוס המגשרים ובהכשרתם לא הושם דגש על ההיבט הלשוני של התפקיד. המגשרים נבחרו כדוגמה לקליטה מוצלחת בישראל וכן על פי מיומנויות התקשורת הבין-אישיות שלהם. סדנה ראשונה במיומנויות תרגום נערכה למגשרים ולמתאמים הותיקים רק בנובמבר 2006, כשמונה שנים לאחר שהתכניות החלו לפעול.

2.6.1.3 עמותת "טנא בריאות" לקידום בריאות בקרב יוצאי אתיופיה

פרוייקט "טנא בריאות" (פירוש המילה Tena באמהרית הוא בריאות) הוקם בשנת 1998, ביוזמתה של ד"ר ענת יפה, רופאה במחלקה האנדוקרינולוגית בבית-החולים "הלל יפה" בחדרה. ד"ר יפה התקשתה לתת טיפול עקבי לנערה חולת סוכרת. גם השימוש במתורגמן דובר אמהרית לא פתר את הבעיה, משום שהרופאה לא הצליחה להסביר לנערה ולמשפחתה, שהתגלו בה חולים נוספים בסוכרת, את הצורך במעקב ובטיפול-העצמי המתמיד. המקרה חידד את הצורך בנקיטת גישה קהילתית כלפי מחלת הסוכרת, וכלפי מחלות כרוניות בכלל. במהלך השנים התרחבה פעילות הפרוייקט לכל רחבי הארץ, וכיום ניתנות הרצאות ומועברות סדנאות בריאות קבוצתיות בתחומי בריאות נוספים, כגון תזונה, בריאות השן, פעילות גופנית ועוד. בשנת 2004 בוצעה הערכה חיצונית לפרוייקט, שקבעה כי רוב משתתפי ההרצאות סברו כי הן מעניינות ומועילות מבחינת הסברה ומתן מידע לשמירה על הבריאות (שבתאי ואזרחי, 2004). בסוף שנת 2006 הפך הפרוייקט לעמותה עצמאית, בין השאר בשל רצון הפעילים להקים את שירות התרגום הטלפוני אמהרית-עברית ובשל סירובו של בית-החולים "הלל יפה" לארח פרוייקט זה.

פעילי העמותה הם אנשי צוות סיעודי, מקדמי בריאות, עובדים סוציאליים, רופאת שיניים, ומורה לחינוך גופני. העמותה פועלת בכמה מישורים:

1. פעילות חינוך והסברה בקהילות – העמותה מעבירה הרצאות וסדנאות בישובים שבהם יש קהילות של יוצאי אתיופיה, וכן במרכזי קליטה. בתכניות מושם דגש על הקניית מיומנויות להטמעה בריאה של מזון מערבי, שמירה על רמת פעילות הדומה לזו שהיתה נהוגה באתיופיה, לימוד על הקשר בין אורח חיים לבין בריאות, והכרת המושג "חולי כרוני".
2. הסברה באמצעות תכנית רדיו – העמותה מפיקה ומשדרת תכנית רדיו חודשית (המשודרת פעמיים בחודש) ברק"ע – קול ישראל לעולים. בתכנית משתתפים מומחים

- העונים על שאלות המאזינים. סקר טלפוני מצא ששיעורי ההאזנה לתכנית גבוהים, וכי קיימת נכונות לשנות הרגלי בריאות בעקבות המסרים המושמעים בה.
3. פיתוח חומרי הסברה ייחודיים לקהילת יוצאי אתיופיה – העמותה מפיקה מצגות, סרטונים, חוברות וקלטות וידאו בנושאי בריאות. בין השאר, הופק סרט קומי על השמנה ופעילות גופנית. ביצירת החומר ההסברתי נעשה שימוש בדימויים ובמשלים מהמסורת האתיופית.
4. פעילות הסברה לצוותים רפואיים – העמותה מעבירה הרצאות בבתי ספר לרפואה ולסיעוד, וכן לצוותי מרפאות המטפלים ביוצאי אתיופיה. בנוסף, הופקה חוברות הדרכה (בשם "לא על האינג'רה לבדה") על התזונה האתיופית המסורתית. הדגש בפעילות זו מושם על הכרת מושגים בסיסיים באמונות בריאות וחולי של הקהילה, הכרת מחקרים אודות תחלואה בקהילה וכן דגשים על תקשורת ורגישות בין-תרבותית בטיפול בקהילה. במשך השנים הכשירו אנשי העמותה גם את מגשרות הבריאות של תכנית "רפואה שלמה", העובדות עם הקהילה בחיי היום-יום.
5. מחקרים בנושא בריאות יוצאי אתיופיה - העמותה היתה שותפה לכמה מחקרים, ביניהם מחקר על שכירות של סוכרת וגורמי סיכון למחלות לב וכלי דם באוכלוסיית יוצאי אתיופיה בישראל. מחקר על עמדות וידע בנושא תחלואה כרונית ומחקר על ניצול שירותי הבריאות על-ידי סוכרתיים יוצאי אתיופיה בהשוואה למטופלים שאינם יוצאי אתיופיה (טולדנו ואח', 2005). הנתונים ממחקרי העמותה הוצגו בפורומים שונים כגון כנסים ומפגשים במשרדי ממשלה.
6. סינגור – העמותה משתמשת במחקרים ובנתונים מהשטח כדי לשפר את הניצול ההולם של שירותי הבריאות אצל יוצאי הקהילה.
7. שירות המתורגמנות הטלפוני "קול לבריאות" – שירות שמתווך בזמן אמת, מרחוק, בין מטופלים יוצאי אתיופיה לבין הצוותים המטפלים בהם.
- תמונה ארגונית מפורטת של העמותה, על בעלי התפקידים שבה, תוצג בפרק הדיון (פרק ה')

2.7 סיכום

מחקר זה בודק את הגורמים והתהליכים שהיו כרוכים בהקמת שירות מתורגמנות רפואית באמצעות הטלפון, לשיפור התקשורת בין מטופלים יוצאי אתיופיה לבין הצוותים המטפלים. בתחילת פרק זה הוצגה סקירת הספרות המחקרית והסוגיות הייחודיות שנחקרו בנושא הטיפול במיעוטים לשוניים בעולם ובישראל, מאחר שאלה הן הסוגיות שעליהן יש צורך לתת מענה בהנגשה לשונית. בהמשך הפרק, הוצגו הפתרונות האפשריים להנגשה לשונית: אי-שימוש במתורגמנים, שימוש במתורגמנים מזדמנים ושימוש בשירותי מתורגמנות מקצועיים. הושם דגש על ההנגשה הלשונית המקצועית, הממוסדת, אשר הוכחה כיעילה יותר- הן מבחינה תקשורתית והן מבחינה קלינית - בהשוואה לשימוש במתווכים מזדמנים או לאי-שימוש במתווכים לשוניים. בעיקר, התמקדה סקירת הספרות בשימוש במתורגמנים רפואיים כאמצעי להנגשה לשונית בטיפול הרפואי. מחקרים אודות מתורגמני בריאות נכתבו בדיסציפלינות שונות, בכלל זה רפואה

ומדעי הבריאות, הסוציולוגיה של הרפואה והבלשנות וחקר השיח. החל משנות ה-90 של המאה הקודמת החלו מתורגמנים לכתוב מחקרים בנושא מתורגמנות קהילתית ורפואית. המחקר הבולט הראשון שנכתב על-ידי מתורגמנית והבליט את תפקידו של המתורגמן הקהילתי, היה זה של ודנשו (Wadensjö, 1992). מספר החוקרים והמאמרים מתחום המתורגמנות גדל מאז, כמו גם הגיוון בשיטות המחקר. כתבי-עת בתחום התרגום מקדישים גיליונות מיוחדים למחקרים אודות מתורגמנות קהילתית ורפואית (דוגמת גיליון מספר 7 של כתב העת *Interpreting*), עובדה שמשקפת את העלייה במודעות לחשיבות תפקידם של מתורגמנים רפואיים ולמורכבותו, וכן את הצורך בהרחבת הכתיבה המחקרית בתחום זה. יש לציין, עם זאת, שמאמרים רבים אינם מחקרים לשמם, הבודקים תופעה בכלים מדעיים, אלא סקירות של מצב ההנגשה הלשונית או תוכניות להנגשה לשונית במדינות שונות (Abraham and Oda, 2000; Corsellis, 2005; Mizuno, 2006; Straker and Watts, 2003).

עם זאת, מעטים עדיין המחקרים העוסקים בשיקולי עלות מול תועלת של מתורגמנות רפואית מקצועית וגם היתרונות הכלכליים שבשימוש בשירותים אלה טרם נחקרו לעומק (Jacobs et al., 2006; Pöchhacker, 2006). מחקרים אלה מצריכים נתונים שלא תמיד זמינים לחוקרים, ביחוד חוקרים מחוץ למערכת הבריאות, והם מחייבים שיתוף פעולה עם כלכלני בריאות.

כמו כן, למרות שקבוצות מיעוט ילידיות ומהגרות מתגוררות במדינות רבות בעולם, מעטים המחקרים אודות מדיניות ארצית להנגשת שירותי בריאות, או מחקרים אודות ההיבטים הארגוניים של הקמת שירותי מתורגמנות והערכת תכניות (בין המעטים הקיימים, ניתן למנות את פרויקט ההנגשה הלשונית של שירותי הבריאות (SAPHC – Strengthening Access to Primary Health Care), והנגשה לשונית של ההליך הפלילי (Carr, 1997), שניהם בקנדה, וראו בסעיף 4.4).

בפרק 2.4.2.5, נבחנו בפירוט השיטה למתן שירותי מתורגמנות באמצעות הטלפון, ואוזכרו מחקרים הבודקים היבטים שונים בשירותים אלה. כפי שצוין, לא נמצאו בספרות מחקרים המתארים את השיקולים להקמת שירות מתורגמנות רפואית במודל דומה לזה של "קול לבריאות" ולא מחקרים המתארים תהליכים דומים בהפעלת שירות כזה.

סעיף 2.6 בסקירת הספרות התמקד באוכלוסיית העולים מאתיופיה, ש אותם נועד שירות "קול לבריאות" לשרת. נבחנו הבעיות הייחודיות לקליטה של אוכלוסייה זו במערכת הבריאות, והוצגו שתי תכניות לשיפור קליטה זו – התכנית הממשלתית ותכנית של שיתוף פעולה בין ארגון חוץ-ממשלתי לבין מערכת הבריאות והרווחה. בסוף חלק זה הוצגה פעילותה של עמותת "טנא בריאות", כדוגמה לפרוייקט קהילתי שנועד לשפר את בריאותם של יוצאי אתיופיה בישראל.

פרק 3: הכשרת מתורגמנים קהילתיים

אחד מהתהליכים שיתוארו בעבודה זו הוא תהליך המיון וההכשרה של מתורגמנים רפואיים טלפוניים (סעיף 5.2.5) כחלק משירות מתורגמות מקצועי.

התמקצעות היא תהליך שבאמצעותו ממוסדת התמחות (Séguinot, 2008). התמקצעות בתחום המתורגמות הקהילתית פירושה מכלול של מאמצים, של מתורגמנים יחידים ושל קבוצות, הכוללים מאבקים להשגת מעמד חברתי, הצעות להגדרת סטנדרטים להתנהלות הטובה ביותר, לשליטה על הנגישות לידע מקצועי, בניית מודלים תיאורטיים ומיומנויות מעשיות וכן שליטה ובקרה על אפשרויות החינוך והעבודה (Wadensjö, 2007, p. 2).

כתיבת חומרי לימוד והכשרה של מתורגמנים קהילתיים, ובהתאמה גם המחקר בתחום ההדרכה וההכשרה הולכים ומתעשרים, כחלק מתהליך ההתמקצעות של תרגום ומתורגמות בכלל (Niska, 2005) והמתורגמות הקהילתית בפרט (Pöchhacker, 1999, 2006; Wadensjö, 2007). תהליכי ההתמקצעות הפכו להכרח לאור הצמיחה הניכרת במשימות תרגום ומתורגמות, בעיקר במחצית השנייה של המאה העשרים, עם העלייה בהיקף ההגירה הגלובלית לצרכי עבודה, תנועת פליטים, והמסחר הבין-לאומי. כיום גוברת התפיסה שהמתווכים הלשוניים בשירותי ציבור צריכים לעבוד במסגרת מקצועית מוסדרת, ממש כמו עמיתיהם באותם המוסדות (הרופאים, עורכי-הדין, או האחיות), מאותן הסיבות (Corsellis, 2002, p. 154). עם זאת, בניגוד לגל ההתמקצעות שעובר תחום מתורגמות הועידות החל משנות ה-50 של המאה העשרים, נראה כי תהליך ההתמקצעות של מתורגמות הקהילתית נראה כמו דפוס של אדוות (Pöchhacker, 2004).

ההתמקצעות המוגבלת בענף המתורגמות הקהילתית נובעת מההיצע המוגבל של מסגרות ושל תכני הכשרה וכן בשל העובדה שהמעסיקים אינם דורשים מהמתורגמנים הכשרה ברמה גבוהה (Séguinot, 2008). מאמרים בנושאי הכשרת מתורגמנים קהילתיים התפרסמו מאמצע שנות ה-90 של המאה הקודמת (Fiola, 2000; Mikkelsen and Mintz, 1997; Penney and Sammons, 1997) ומספרם הולך ומתרבה עם התחזקות הקשר בין התמקצעות העיסוק לבין הכשרות מתאימות.

בפרק זה יוצגו מספר מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים על פי הספרות המוכרת, הקשיים המאפיינים הכשרות ממין זה, והתכנים הבולטים בהכשרות.

3.1 מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים

התמקצעות בתחום המתורגמנות כוללת יצירת תהליכים ברורים, שקופים, ואחידים לסינון מועמדים, הכשרה והסמכה, שמתאימים לאחריות הנובעת מהמשימות המבוצעות. בתחילת המאה העשרים ואחת, פועלים בעולם כ-230 מוסדות להכשרת מתורגמנים (ברמות אקדמיות שונות) ביותר משישים מדינות (Niska, 2005). מסגרות ההכשרה למתורגמנות קהילתית הן מגוונות – במשכן, בגוף המארגן אותן ובקשר שלהן להסמכות מטעם המדינה. להלן כמה דוגמאות למסגרות להכשרת מתורגמנים, הממוינות על פי הגוף המארגן אותן³³.

1. הכשרה מעשית במתורגמנות קהילתית, שמארגנים מוסדות ציבור המעניקים שירותי מתורגמנות, למשל בתי-חולים או שירותי משטרה (Abraham and Oda, 2000).
2. הכשרה מעשית מטעם עמותות המציעות שירותי מתורגמנות למוסדות. לעתים, מארגנים את ההכשרה ארגונים קהילתיים בשיתוף אוניברסיטאות (דוגמת עמותת Praxis באנגליה ועמותת Access Alliance בטורונטו),
3. הכשרה מעשית שמציעות חברות למתן שירותי מתורגמנות בכלל ומתורגמנות טלפונית בפרט קהילתית. למשל, חברת NICEM באירלנד, וחברת Ragir Consulting בארצות הברית, מציעות קורסי הכשרה למתורגמנים קהילתיים או רפואיים. קורסים אלה מתקיימים בשיתוף עם מסגרות הכשרה, כגון מכללות, והתלמידים המסיימים בהצלחה את הקורס יכולים להיכלל במאגר המתורגמנים של הארגון. חברת AT&T Language Lines, המציגה את עצמה כשירות המתורגמנות הטלפוני הגדול בעולם, ציינה באתר האינטרנט שלה כי היא מספקת הכשרה למתורגמניה, בעיקר בנושאי מינוח, היכרות עם נהלי המשטרה ושירותי החירום (911), ומיומנויות שירות לקוחות.
4. הכשרות חוץ-אוניברסיטאיות במסגרות לחינוך מבוגרים: בשוודיה אורכו של קורס כזה כשמונים שעות (Niska, 2005), ובדנמרק הוצע ב-1999 קורס בן 34 שבועות (Dubsloff and Martinsen, 2003);
5. קורס, או אשכול קורסים במסגרת אוניברסיטאית – באוניברסיטת הבסקים, מציעה המחלקה לבלשנות, גיאוגרפיה והיסטוריה אשכול קורסים במתורגמנות קהילתית, בהיקף של 7 נקודות זכות. מסגרת הכשרה זו הוקמה לאור פניה מהרשות המקומית באשר לצורך לשפר את רמת שירותי המתורגמנות. עם התפתחות הלימודים המתקדמים, ניתן למצוא קורסי הכשרה מקוונים [לדוגמה, קורס מתקדם במתורגמנות רפואית באוניברסיטת אמהרסט בארצות הברית, (וראו גם Ko, 2006b)]. מספר אוניברסיטאות מציעות קורסים המתמקדים במתורגמנות טלפונית (דוגמת ה-London Metropolitan University).
6. תעודות דיפלומה אוניברסיטאית - Vancouver Community College מציע תעודה במתורגמנות קהילתית או מתורגמנות משפטית, והקולג' של צ'רלסטון, בוורג'יניה

³³ לסקירה מפורטת יותר של מסגרות להכשרת מתורגמנים ראו נספח מס' 3.

הדרומית בארצות-הברית, מציע קורסים במתורגמות רפואית, כהשלמה לתואר שני במתורגמות משפטית.

7. תואר אקדמי במתורגמות קהילתית – באוסטרליה ובאנגליה קיים תואר ראשון, שאורכו כשלוש שנות לימוד. אוניברסיטת אלקלה (מדריד) בספרד מציעות תואר שני במתורגמות קהילתית. הלימודים כוללים התמחות בת חמישים שעות במוסד רפואי כלשהו. (Valero-Garcés, 2008)



תרשים מס' 1: מסגרות להכשרת מתורגמים קהילתיים

כפי שצוין, היבט ההכשרה בתהליך ההתמקצעות של המתורגמות הקהילתית מפגר אחרי תהליכי התמקצעות בשאר מקצועות התרגום, המציעים יותר מסגרות הכשרה באוניברסיטאות, עליה בסטנדרטים, עליה באורך ההכשרה והעסקת מורים במשרה מלאה (Séguinot, 2008, p. 3). בתחום המתורגמות הקהילתית עדיין ניתן למצוא קורסים רבים שמשכם מוגבל, שאינם במסגרת אוניברסיטאית, ושהמורים בהם חסרי ניסיון בהכשרת מתורגמים קהילתיים.

במדינות מערב אירופה נפוץ מודל האוניברסיטאי להכשרת מתורגמנים הכולל שנתיים של לימודים כלליים בתרגום³⁴ ושנתיים נוספות של התמחות במתורגמנות. בבריטניה קשה לאפיין מודל הכשרה אחיד בכלל המוסדות, בעוד שבאוסטרליה ובניו-זילנד ישנה הומוגניות גדולה יחסית ביחס לאורכן של ההכשרות ולתכניהן (Niska, 2005, p. 39). המודל הסקנדינבי מאפשר, פרט ללימודים אוניברסיטאיים בתרגום, גם הכשרה במסגרות חוץ-אוניברסיטאיות להשכלת מבוגרים. תכנית הלימודים אינה קבועה, אך המכון ללימודי מתורגמנות ותרגום באוניברסיטת סטוקהולם מפרסם המלצות באשר לתכנית הקורס, מפקח על ההכשרה ומחלק את המימון הממשלתי לקורסים. בשבדיה אסור גם לערוך בחינות רשמיות אך מטרת הקורס הינה לעמוד בבחינות³⁵ של הממשלה לאחר סיום הקורס.

תהליך ההתגבשות של שיטות הוראה והסמכה בתחום המתורגמנות הקהילתית טרם הגיע לידי מיצוי, ולפיכך קיימים הבדלים רבים בדרישות הקבלה ובשיטות הסינון לתארים ולקורסים השונים. הסוגיות הייחודיות לאיתור מועמדים מתאימים וסינונם בהכשרות מתורגמנים קהילתיים יידונו בהמשך הפרק.

להלן ייסקרו כמה תכניות הכשרה מרחבי העולם. מטרת הסקירה לעמוד על התפיסות והתיאוריות שבבסיסן, על אופני הגיוס והסינון, מבחני ההסמכה (אם ישנם) ועל הקשר בין ההכשרה לבין העבודה בשטח. השוואות אלה ישמשו מאוחר יותר (פרק ו') לבחון את קורס ההכשרה של מתורגמני "קול לבריאות", ולבניית מודל תיאורטי של סינון והכשרת מתורגמנים קהילתיים בישראל, בהתאם לאילוצים ולמשאבים המקומיים (פרק ז').

3.2 הקשיים שבהכשרת מתורגמנים קהילתיים

הייל (Hale, 2007) טוענת שהכשרת מתורגמנים קהילתיים היא קרוב לוודאי אחד ההיבטים הבעייתיים ביותר במקצוע המתורגמנות. הקשיים בהכשרת מתורגמנים קהילתיים נובעים מכמה גורמים:

1. היעדר הכרה בצורך להכשיר מתורגמנים,
2. הכשרה אינה מהווה תנאי מקדים לעבודה,
3. מחסור בתכניות מתאימות להכשרה,
4. איכות ההכשרה ויעילותה.

כל ההיבטים קשורים זה בזה משום שללא הכרה בצורך להכשרה, היא לא תהיה תנאי מקדים לעבודה, הדרישה לקורסים תהיה מוגבלת ולכן תהיינה פשרות באשר לתכנים ולאיכות. הכשרות

³⁴ בדוח המועצה האירופית לענייני שפה משנת 1999 מוסברת הדרישה ללימודי תרגום כתנאי קבלה להכשרת מתורגמנים. סוגיה זו תמוהה מעט שכן על אף ששני העיסוקים – תרגום ומתורגמנות – עניינם העברת מסר משפה א' לשפה ב', הרי שהכישורים הנדרשים לתרגום שונים מאוד מאלה של מתורגמנות.

³⁵ certification – מתן תעודה מטעם המוסד המכשיר. accreditation – מתן הסמכה לעיסוק במקצוע מטעם רשות ממשלתית

באיכות בינונית תשפעה על יעילותן בשיפור מיומנות ולכן תחלשנה את התפיסה שיש צורך בהכשרות (שם).

התגמול הכספי הנמוך, יחסית, המשולם למתורגמנים קהילתיים, מהווה גם הוא גורם משמעותי באופן התפתחות המקצוע. מתורגמנים שמשתכרים מעט אינם מוכנים להתחייב ללימודים במסלול ארוך ותובעני; לפיכך, לאוניברסיטאות אין די תלמידים על מנת לפתוח מסלולי לימוד לתואר מתורגמנות קהילתית; גם העובדה שאין מספיק מחקרים בתחום המתורגמנות הקהילתית משפיעה על איכות ההכשרה ועל איכות העבודה בשטח (Pöchhacker, 2004).

הספרות מונה כמה אתגרים באיתור ובהכשרה של מתורגמנים קהילתיים (Corsellis, 2005; Dubslaff and Martinsen, 2003; Fiola, 1999, 2003; Gonzáles and Azumendi, 2005; Niska, 2005; Niska, 2007; Straker and Watts, 2003)

1. רמות שליטה שונות בשפה ב' של התלמידים יוצרת חוסר אחידות ברמת הלימוד. פתרון אפשרי הוא להציע קורסי שפה או חיזוק לשוני, ולאפשר קורסים באורך גמיש בהתאם לרקע של התלמידים.
2. לעתים, המועמדים לקורס חסרי השכלה רשמית או שחלקם אינם יודעי קרוא וכתוב – בשפתם או בשפת העבודה. השפות הילידיות באזור הארקטי של קנדה, למשל, לא נלמדו עד סוף שנות ה-70 של המאה. גם לאחר ששימור השפות הילידיות עוגן בחוק, לא היו מספיק מורים מיומנים או תוכניות מסודרות להוראת שפות אלה (Penney and Sammons, 1997).
3. חלק מהמשתתפים בהכשרות כבר עבדו כמתורגמנים קהילתיים מבלי שעברו הכשרה קודמת, ולפיכך היה קשה יותר להכשיר אותם משום שפיתחו מיומנויות שגויות או בלתי-מספקות.
4. לחלק מהמתורגמנים הפעילים לא בוצעה הערכה שפתית בעבר.
5. קיימת אי-הלימה בין הדרישות האוניברסיטאיות לקבלה לקורסי מתורגמנות לבין אופי המועמדים וכישוריהם. רבים מהמועמדים לקורסים למתורגמנות קהילתית אינם יכולים לעבור את מבחני הסף במסגרות אוניברסיטאיות. במאמרו, תהה ניסקה (Niska, 2005) האם למוסדות אוניברסיטאיים יש את הגמישות המתבקשת לאור הקושי שתואר, או שמא יש לבצע את ההכשרה במסגרת אחרת, כגון מרכזים לחינוך מבוגרים או אוניברסיטה פתוחה.
6. במוסדות ההכשרה קיים מחסור במרצים למתורגמנות קהילתית ובמיוחד כשמדובר בשפות נדירות. חלק מהמרצים הינם מתורגמנים בפועל, אולם ללא ניסיון בהוראת מתורגמנות קהילתית.
7. שיטות לימוד שונות בתרבויות שונות – בחלק מהתרבויות מקובל להגיש ביחד מטלה, על אף הדרישה האוניברסיטאית לעבודה עצמית.

8. מוסדות הכשרה צריכים, מטבעם, לקיים קורסים באופן סדיר, אולם בתחום המתורגמנות הקהילתית יש צורך להתאים את כמות המתורגמנים הקהילתיים לגלי ההגירה, כלומר לצרכי השוק. האתגר הוא לפתח את הגמישות הנדרשת בהכשרת מתורגמנים קהילתיים לאור השינוי בזרמי ההגירה. אחד מהאתגרים של מוסדות הלימוד יהיה לבנות מסגרת גמישה לפתיחת קורסים ברגע שעולה הצורך³⁶.
9. בהמשך לסעיף הקודם, קיים גם צורך להתגמש בנושא שפות התרגום שיילמדו, על פי דרישות השוק. כלומר, באילו שפות ייפתחו קורסים, מה תהיה שפת ההוראה, מהו המספר המינימלי של המשתתפים ומהם תנאי הסף.
10. לעתים, לאחת משפות העבודה אין ספרות כתובה, וספרות בנושאי בלשנות ומתורגמנות בפרט.
11. ייתכנו קשיים בהכשרות למתורגמנות בין שפות שיש ביניהן פער תרבותי גדול.
12. בהכשרת מתורגמנים קהילתיים יש צורך ביצירת שיתופי פעולה עם מחלקות למשפטים, כלכלה ופסיכולוגיה, כדי לשלב בתכנית הלימודים הרצאות אורח מהתחומים שהמתורגמנים יתקלו בהם עם צאתם לשטח (רופאים, שוטרים, נציגי איגודי עובדים וכולי).

לחלק מן הקשיים ניתן מענה באמצעות שיטות יצירתיות, לא-אקדמיות, לסינון להכשרה ולהערכה של התלמידים. אלה יידונו בפירוט בסעיפים שלהלן.

3.3 סינון מועמדים להכשרות מתורגמנים קהילתיים

בשונה ממתורגמנות ועידות שבה תהליך ההתמקצעות מובנה יותר, והמוסדות המכשירים יכולים לקבוע תנאי סף ברורים, וגבוהים, הרי שבתחום המתורגמנות הקהילתית קיים קושי בסינון מועמדים, בעיקר בכל הנוגע להכשרה במסגרת אוניברסיטאית.

דרישות הקבלה ואופני הסינון להכשרות במתורגמנות קהילתית ברחבי העולם משתנות ממסגרת למסגרת, ומושפעות ממעמדה של שפת המיעוט במדינה, משיקולי היצע וביקוש וכן מאופי המוסד המבצע אותם. בשוודיה, למשל, שבה ניתן ללמוד לתואר אקדמי במתורגמנות קהילתית, תנאי הקבלה הינם תואר ראשון ממוסד אקדמי מוכר, שליטה מצוינת בשפת האם (שפה א') במגוון רחב של תחומים ומשלבים, ידע מעמיק בשפות העבודה (שפות ב' ג'), ידע כללי על המצב הכלכלי, החברתי, התרבותי והבין-לאומי של המדינות שבהן מדוברת שפת העבודה. בנוסף, נדרשת מהמועמדים יכולת ניתוח וסינתזה, מיומנויות תקשורת, גמישות, ויכולת עבודה תחת לחץ (Niska, 2005). יש לציין שמסגרות להכשרת מתורגמנים למהגרים קיימות בשוודיה מאז 1968, ומסגרת אוניברסיטאית פועלת מאז 1986 כגוף האחראי להכשרת מתורגמנים (Niska, 2007, p. 302).

³⁶ עמותת "Access Alliance" בטורונטו, קנדה, יזמה "הכשרת חירום" למתורגמנים קהילתיים עם בוא גל הגירה בלתי-צפוי. בקהילה אותרו סטודנטים דוברי השפה, אשר הוכשרו במהלך חמישה סופי-שבוע וקיבלו תשלום עבור ההכשרה (שוסטר, 2007).

בשונה מכך, באירלנד, קורס דיפלומה סמסטריאלי (12 שבועות) למתורגמנים קהילתיים ב-City of Dublin College, פתוח למתורגמנים בעלי תואר ראשון, אך גם למועמדים בעלי ידע בשפות שיכולים לספק הוכחות ליכולתם לתרגם יכולים לגשת לבחינת הכניסה. מועמדים שהינם דוברי אנגלית כשפת-אם צריכים להיות בעלי תואר אקדמי בשפה הזרה, ואלה שאינם בעלי תואר אקדמי צריכים להוכיח שליטה בשפה הזרה, ברמה מקבילה לרמת תואר. דוברי אנגלית כשפה שניה צריכים להיות בעלי רמה גבוהה ומוגדרת מראש של אנגלית (על פי בחינות שפה מקובלות), ויש מקום להגשת בקשות חריגות. בחירת המועמדים מבוססת על כישוריהם ובמקרים מסוימים על ריאיון ומבחן בכתב. כמו כן, ניתן לקבל סטודנטים מחו"ל המבקשים ללמוד בקורס זה. באתר הקורס לא מצוינת הדרישה להכיר מערכות ציבוריות באירלנד או להוכיח בקיאות בסוגיות חברתיות והומניטריות (City of Dublin College).

מתורגמנים שעוברים הכשרה במסגרת מוסד ציבורי כלשהו, נדרשים למיומנויות המשקפות את העבודה בשטח, בכלל זה היכרות וידע עם נושאים שאינם תלויי שפה כמו חברה, משפט, תרבות, וזכויות-אדם. כך למשל, מתורגמנים שנבחרו לעבור הכשרה בתכנית לטיפול באלימות במשפחה בטורונטו, קנדה, היו צריכים לעבור מבחן הערכה למיומנויות מתורגמות (CILISAT – Cultural Interpreter Language and Interpreting Skills Assessment Tool)³⁷, לעבור הכשרה בסיסית על התכנית לטיפול באלימות במשפחה, להוכיח ניסיון קודם בעבודה במערכות משפטיות, לגור בקרבה לבתי משפט ותחנות משטרה ולהיות מוכנים לקבל עבודות בין השעות 8 בערב ל 8 בבוקר (Abraham and Oda, 2000). בנוסף, היה על המועמדים להיות בעלי ידע כללי נרחב, היכרות עם מערכת הבריאות, המשפט והרווחה הקנדית, היכרות עם סוגיות הנוגעות לאלימות נגד נשים – מצד הקורבן והתוקף כאחד, היכרות וכיבוד אספקטים תרבותיים של תרבויות הלקוחות, הבנה של הזכויות והאפשרויות העומדות בפני בן המיעוט הלשוני, מודעות לסוגיות של שוויון ונגישות, מודעות לנושאי הגירה ופליטים, והבנת התפקיד ותחומי האחריות של נותני השירות העובדים בתכנית. מבחינת מיומנויות תרגום, נדרשו המועמדים להבין את תהליך התרגום ואתגריו.

שיטת סינון זו אינה בוחנת רק את המיומנויות הלשוניות של המועמד, אלא את שליטתו בסוגיות של זכויות אדם, בין-תרבותיות ועוד. תפיסה זו תואמת את ראייתה של אנג'ילי (Angelelli, 2005), לפיה השיטה הרצויה ליצירת דורות חדשים של מתורגמנים היא חינוך (education) מעמיק של מתורגמנים ולא הכשרה (training) במובן הטכני של המילה, הינו השיטה הרצויה ליצירת דורות חדשים של מתורגמנים. בשל אורכם המוגבל של הקורסים, טוענת אנג'ילי, מושם בהם הדגש על הקניית מיומנויות תרגום במובן הצר של המושג, ופחות על חינוכם של אנשים האמונים לסייע לשני אנשים מתרבויות שונות לתקשר זה עם זה.

³⁷ לאור שינוי התפיסה לגבי תפקידו של המתורגמן הקהילתי, והשמטת תפקידי תיווך תרבותי, שונתה מעט הבחינה, ושונה גם שמה ל ILISAT

סוגיית רמת הדו-לשוניות בסינון מועמדים להכשרות במתורגמות קהילתית עולה אצל הכותבים כבעיה מעשית וכהגדרה תיאורטית שייתכן ויש לבחון מחדש (Fiola, 2003; Niska, 2005). בשל הקשיים הכרוכים בהכשרות מתורגמים קהילתיים, בכלל זה: מיעוט מסגרות הכשרה ברמות אוניברסיטאיות, מעמד מקצועי נמוך יחסית של המתורגמים, וכן בשל תופעות חברתיות הנוגעות ליחסי שפת הרוב ושפת המיעוט ושימורה של האחרונה, קיים קושי לאתר מועמדים השולטים שליטה מצויינת בשתי השפות. ניתן ללמוד על תופעה זו ממצב הדו-לשוניות ביוקון שבקנדה (Fiola, 2003). במצב הדיגלוסיה בפרובינציה זו, משתמשים התושבים הילידיים משתמשים באנגלית בחברה הכללית ובשפה הילידית רק בבית. לפיכך למועמדים לקורסי מתורגמות, בייחוד הצעירים, יש שליטה חלקית בלבד בשפת האם. מאידך, המועמדים המבוגרים יותר, ששולטים בשפה הילידית, הם בעלי שליטה מוגבלת בלבד באנגלית. ניתן לאפיין קטגוריה שלישית, שפיולה מכנה "א-לשוניים". אלה דוברים שיש להם ידיעה פחות או יותר סימטרית בשתי השפות, אך היא נחותה יותר מידיעת שפת אם. כלומר, אנשים אלה אינם דוברים אף שפה ברמת שפת-אם, אלא שתי שפות ברמת שפה זרה. הם משתמשים בשפה אחת בבית ובשפה אחרת (אנגלית, במקרה זה) בכל מקום אחר. השפה הילידית היא השפה ה"עממית", והשנייה היא "תפקודית. הומלץ, לפיכך, להגדיר מחדש את המושג "דו-לשוניות" בכל הקשור למתורגמות קהילתית באוכלוסיות ילידיות (Fiola, 2003) וייתכן שאף לגבי מתורגמות בכלל. במיון להכשרת מתורגמים ילידיים ביוקון היה על המועמדים להיות בעלי מעמד מכובד בקהילת השפה שלהם. דרישה זו מתקשרת לתפקידו של המתורגמן בקהילת אתניות קטנות, וכן ליישום החוק הקנדי שלפיו מתורגמן משמש גם גורם לשימוש השפה הילידית (שם).

קורסליס (1990, 2005) הציעה שתי שיטות לסינון מועמדים, באופן שיהלום את צרכי השטח ותוך מודעות למגבלת בתהליך הסינון:

1. ריאיון על-ידי בוגרי אוניברסיטה שהינם דוברים ילידיים של שתי השפות הנדונות. הם יעריכו את רמת השפה של המועמד – כולל השימוש במשלבים, שטף התרגום, ומיומנויות תקשורת בין-אישית.
2. הערכה מעשית - משחק תפקידים מתורגם בנושא בלתי-מקצועי, בחינה בתרגום, לשתי השפות, של חומר בלתי-מקצועי, תרגום בעל-פה של טקסט כתוב (בשני הכיוונים), כתיבת חיבור, בשתי השפות, בנושא נבחר.

3.4 תכני תכניות ההכשרה

האתגרים שצוינו לעיל, בהכרה במקצוע המתורגמות הקהילתית, ובסינון מועמדים מתאימים לקורסים, משפיעים גם על תכני ההכשרות. להלן כמה מן הדיונים הבולטים באשר לתכני תוכניות להכשרת מתורגמים קהילתיים:

1. המשקל היחסי שיש לתת לתכנים תיאורטיים בהכשרת המתורגמים הקהילתיים – זהו אחד הדיונים הבולטים בספרות, לאור אורכם המוגבל של הקורסים הלל. מורי

הקורסים מנסים להעניק לתלמידים כלים מעשיים בסיסיים לעבודה, ומודעות להקשר שהם עובדים בו (Hale, 2007). מאידך, יש הטוענים שמרצים טובים הם אלה המבססים את ההוראה שלהם על תיאוריה ועל מחקר (Roy, 2000). הייל מסכימה עם טענתה של רוי (2000) שרק לימוד באמצעות תיאוריות מאפשר לתלמידים להבין מדוע הבחירות שלהם נחשבות למוצדקות או למוטעות, והמרצים יכולים להעריך באמצעות תיאוריות הערכה שיטתית יותר של התלמידים (Hale, 2007). ריבוי ומורכבות הנושאים הרלוונטיים להכשרת מתורגמנים קהילתיים והמיומנויות הנדרשות ממתורגמן, כמו גם מורכבותם של נושאים אלה, מסבירים את העובדה שרוב תכניות ההכשרה מטפלות במיומנויות ובנושאים באופן שטחי יחסית (שם).

2. המשקל היחסי לשיעורים לחיזוק מיומנויות השפות בהכשרות מתורגמנות. כאשר מספר המועמדים להכשרת מתורגמנים מועט, בשל היעדר מאגר גדול של אנשים דו-לשוניים המתאימים לתפקיד, לא ניתן לעתים לדחות מועמדים להכשרה. שילוב מודולות לשיפור מיומנויות השפה בקורס מפחית מהזמן שמוקדש להוראת תרגום, אולם משרת מטרות כגון חיזוק השפה הילידית (Fiola, 2003).
3. הצורך לכלול כמות גדולה של תכנים חינוכיים רבים, בתכניות אוניברסיטאיות, כאשר למועמדים אין רקע השכלתי קודם (למשל בקולג' הארקטי בקנדה שם לחלק מהמועמדים אין השכלה תיכונית מלאה). כך שתכנית הלימוד היא 4 סמסטרים מורחבים (כל סמסטר בן 15 שבועות במקום 12) 5 ימים בשבוע שבע וחצי שעות (Penney and Sammons, 1997).

הייל (Hale, 2007) מנתה את המיומנויות והנושאים הנפוצים ביותר בהכשרת מתורגמנים קהילתיים:

1. חיזוק מיומנויות השפה
2. מינוח
3. פיתוח זיכרון
4. תרגול הבנה
5. רישום
6. מיומנויות מתורגמנות דיאלוג/מתורגמנות קהילתית
7. ניהול תקשורת מתווכת
8. תרגום בעל-פה של טקסט כתוב
9. תרגום עוקב של מקטעים ארוכים
10. תרגום סימולטני
11. סוגיות אתיות.

קורסליס המליצה (Corsellis, 2005) כי על מנת ליצור סביבה לימודית יעילה, על המדריכים להיות מודעים לסוגיות ולהמלצות הבאות:

1. לחלק מהמודרכים, שאולי לא למדו במסגרת החינוך של המדינה הקולטת, יש שיטות למידה שונות (שינון, למשל), מה שידרוש סוג מסוים של משא ומתן על אופן הלמידה.
2. יש לספק מידע מדויק וברור אודות הקורס ותכניו, בייחוד עבור התלמידים שאינם מכירים די הצורך את מערכת החינוך המקומית. המידע צריך לכלול: מטרות ויעדי הקורס, תוכן, לוח-זמנים, שמות המדריכים ותהליכי ההערכה.
3. יש לעודד את המודרכים ללמידה פעילה, בכלל זה: לזהות את המיומנויות שיידרשו מהם, לזהות את נקודות החוזק והחולשה שלהם במקצוע (למשל, מיומנויות כתיבה בשפה ב'), לקבוע את שיטת הלימוד הטובה ביותר עבורם ולבצע הערכה-עצמית.
4. מומלץ, לפיכך, לקבוע הסכם עם הכיתה, ולתעד אותו, בנוגע לשיטת הלימוד המועדפת.

קורסליס סברה שקורס להכשרת מתורגמנים צריך לכלול יחידות נושאיות, שבכל אחת מהן תתבצע הכשרה בחמשת התחומים הבאים: 1. מידע – הכרת הקונטקסט וההקשר (למשל אם נושא המודולה הוא איידס, ילמד חומר על המחלה, המוסדות הציבוריים המטפלים בה, הפרוצדורות הכרוכות בטיפול ובמעקב וכולי); 2. שטף במינוח הרלוונטי בשתי השפות; 3. טכניקות מתורגמנות ומיומנויות תרגום; 4. קוד אתי וקיום מנחים להתנהלות מקצועית; 5. פיתוח אישי והכשרות המשך.

שיטות ההוראה שקורסליס המליצה עליהן מסתמכות בעיקר על התנסויות מעשיות:

1. הרצאה של איש מקצוע מהתחום.
2. ביקורים בשטח – מומלץ לתת לסטודנטים משימות הכנה (מינוח רלוונטי, בעלי תפקידים במוסד וכולי). בביקור עצמו מומלץ לבקש מהמודרכים לרשום הערותיהם בדף תצפית.
3. הכנת חומר רקע למשימה מסוימת (למשל, מילוי טפסים).
4. תרגילים באחזור מידע במהירות.
5. פיתוח מאגר של אינפורמנטים ומקורות מידע בתחום (עריכת רשימה של אינפורמנטים, הכרת מאגרי מידע מקוונים וספריות).

מתורגמנים קהילתיים נתקלים כמעט מדי יום במצבים עדינים ובעייתיים. הקוד האתי של מתורגמנים קהילתיים אמור לספק להם כלים להתמודדות עם דילמות במצבי לחץ (Corsellis, 2005). כללי עבודה אינם מחייבים כמו קוד אתי אבל רצוי לעבוד לפיהם. המתורגמנים צריכים להכיר את הכללים המנחים בשירותים שהם מתרגמים עבורם (משטרה, בריאות וכולי). רצוי לתרגל את עקרונות הקוד האתי במהלך משחקי התפקידים ותרגילי התרגום, או בסמינרים בין-תחומיים.

הכשרות ההמשך חשובות בכל מקצוע, ולא פחות מכך במתורגמנות הקהילתית. לאחר הכשרות הבסיס יוצאים המתורגמנים לעבודה בשטח, והכשרות ההמשך נותנות מקום להתמודד עם בעיות ולחצים שהם נתקלים בהם בעבודה בשטח, כמו למשל תגובות הלקוחות לאופי הדו-לשוני

של התקשורת (Corsellis, 2005, p. 168). הכשרות המשך מאפשרות לשוחח על מצבים מורכבים רגשית כמו תרגום למקרי אונס, מקרי מוות, או לידות. ההתמודדות הרגשית שונה מתרבות לתרבות אך רצוי להכיר ברגשות ויש חשיבות להתמודדות עמם בצורה אחראית ורגישה. ניתן ורצוי לשלב בהכשרות אלה מדריכים ויועצים מקרב עובדי השירות הציבורי.

להלן ייסקרו ארבע מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים, ויודגשו נקודות הדמיון והשוני בינן. שלושת הסעיפים הראשונים מתארים מסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים, והסעיף הרביעי מתמקד בהכשרת מתורגמנים באמצעות הטלפון.

3.4.1 הכשרת מתורגמנים קהילתיים במוסדות המעסיקים

אחד הקורסים הראשונים שנפתחו בקנדה להכשרת מתורגמנים קהילתיים, שבאותה עת כונו "מתורגמנים תרבותיים", נבנה עבור תכנית לטיפול באלימות במשפחה.³⁸ תכנית ההכשרה, בת 35 שעות לימוד, כללה את התכנים הבאים:

1. פיתוח מיומנויות טכניות (תרגום עוקב, לחשנות, מתורגמנות טלפונית, תרגום בעל פה של טקסט כתוב)
2. היכרות עם פרוטוקולים של מתן שירות
3. היכרות עם מערכת המשפט
4. היכרות עם התכנית
5. מינוח רלוונטי
6. תפקיד, תחומי אחריות וקוד אתי של מתורגמנים
7. תפקיד, תחומי אחריות וקוד אתי של שוטרים
8. טכניקות במתורגמנות: מתורגמנות טלפונית, תרגום בעל פה של טקסט כתוב, כללי רישום, שיטות לשיפור הזיכרון
9. סימולציות ומשחקי תפקיד
10. כלים בשימוש המתורגמן – אינטרנט, טלפון סלולרי, בדיקת תיקים פליליים כהכנה לתרגום ועוד
11. הערכה מעשית של המיומנויות, בהקשר של התכנית (בדיקת שליטה באנגלית ובשפה הנוספת, זיכרון טוב לטווח קצר, דיבור במינימום היסוס, העברת המסר ללא תוספות, השמטות או שינוי המסר, דיבור ברור (גם מבחינת השמע), תרגום תכנים בעלי אופי מגונה.
12. ביקורי שטח בתחנות משטרה ובבתי-משפט (Abraham and Oda, 2000; Oda and Joyette, 2003).

³⁸ מאז השתנתה התפיסה בקנדה ורוב אנשי השטח והחוקרים בתחום סוברים כי אל לאיש הממסד לצפות מהמתורגמן שיהיה מומחה לתרבותו (מתוך שיחות אישיות עם מתורגמנים קהילתיים וחוקרי מתורגמנות בקנדה)..

מבנה ההכשרה המתואר לעיל משקף את אופי העבודה הנדרש מהמתורגמן בשטח, ומנסה להעניק למודרך כלים מעשיים (שאינם לשוניים בלבד) להתמודדות עם עבודה רגישה זו.

בבריטניה, נפתח בשנת 1990 קורס הכשרה ראשון מסוגו למתורגמנים שעבדו במערכת בתי-המשפט והמשטרה הבריטית, עם עליית המודעות לחשיבות ההכשרה לתפקיד זה. מאה וחמישים שעות ההכשרה כללו את הנושאים הבאים:

1. נהלים ותהליכים במשטרה ובבתי המשפט, עבודת שירות המבחן.
2. שיפור מיומנויות התרגום המדויק, שיש לו משמעות הרת-גורל בהליך המשפטי (ההבדל בין הריגה לבין רצח, למשל).
3. טכניקות בתרגום – תרגום עוקב, תרגום בלחיש, תרגום בכתב של טקסטים קצרים.
4. קוד אתי בעבודת המשטרה ובתי המשפט, וכללים בעבודת המתורגמן.
5. ביקורים בתחנות משטרה ובבתי משפט
6. סימולציות עם אנשי החוק והמשפט – האמור לא רק מדמה מצב אמיתי, אלא גם נותן לאנשי הממסד להתאמן בעבודה עם מתורגמנים.

על פי התרשמות החוקרת, תכני ההכשרה הבריטית דומים לתכני הכשרה הקנדית למתורגמנים בתכנית לטיפול באלימות במשפחה, וייתכן כי בבסיסן היתה התפיסה כי מתורגמן צריך לקבל לא רק כלים טכניים כגון שיטות ומינוח, אלא גם ללמוד על המערכת שהוא יפעל בה, בכלל זה בעלי התפקידים, הנהלים, וכללי האתיקה של אנשי המקצוע. כתוצאה מפרוייקט החלוץ שתואר, הוקמו מסגרות להדרכת מדריכים, שיוכלו להעביר קורסים דומים במוסדות להשכלה גבוהה. עם זאת, היעדר משאבים גרם לפתיחת קורסים בודדים מעטים בלבד

קורס נוסף שנפתח בבריטניה, הינו קורס אקדמי להכשרת מתורגמנים מקרב קבוצות פליטים בבריטניה (Straker and Watts, 2003). בכל קבוצה לשונית היו 6 תלמידים לכל הפחות, משלוש קבוצות שפה, הרבה שלדעת מתכנני הקורס עשוי להיות כר פורה ללמידה בין-תרבותית (שם, עמ' 169). לכל קבוצה מונו שני מתרגלים - אחד למיומנויות שפה והשני למיומנויות תרגום. נוסף על התכנים שצוינו בהכשרות שלעיל, למדו המודרכים גם סוגיות בלימודי פליטים, וכן אסטרטגיות עסקיות.

דוגמה אחרונה להכשרת מתורגמנים קהילתיים מארגון שטח, מובאת מקנדה. עמותת Access Alliance נועדה לתת מענה רפואי לצרכיהם של חסרי ביטוח (מהגרים חסרי אשרה, פליטים ומבקשי מקלט). עם השנים, התפתחה בעמותה מומחיות במתורגמנות קהילתית, וכיום הארגון מייצא את שירותי השפה שלו למוסדות וארגונים ברחבי טורונטו. מאתיים שבעים וחמישים המתורגמנים הרשומים בעמותה הינם מתורגמנים עצמאיים (למעט עובד שכיר דובר ספרדית ועובד נוסף דובר פרסית), אשר עוברים תהליך סינון, והכשרה פנימית בת שבעים שעות לימוד בעמותה. בנוסף, נדרשים המתורגמנים לעבור קורס מינוח רפואי בהיקף עשרים ושש שעות

לימוד, אשר מועבר ביורק קולג' (York College), במהלך השנה הראשונה לעבודתם בעמותה (שוסטר, 2007)

בסעיף זה נסקרו ארבע מסגרות הכשרה המשלבות תפיסות אקדמיות עם הצרכים בשטח, חלקן בשיתוף הממסד. להלן כמה דוגמאות לקורסים במסגרות אוניברסיטאיות או במוסדות לחינוך מבוגרים.

3.4.2 תוכניות הכשרה במוסדות לחינוך מבוגרים

בשוודיה, שבה פועלת הכשרת מתורגמנים מאז שנות ה-60 של המאה הקודמת, ניתן למצוא תוכניות לימוד לתארים אקדמיים במתורגמנות קהילתית לצד תוכניות לימוד והכשרה במוסדות לחינוך מבוגרים. אלה גם אלה נמצאים בפיקוח המכון ללימודי תרגום ומתורגמנות באוניברסיטת סטוקהולם. תואר במתורגמנות קהילתית כולל שנת לימודים אחת של קורסי מבוא ושנה נוספת של התמחות במתורגמנות רפואית או משפטית. עם סיום הלימודים נערכת בחינת גמר, שמובילה להסמכה ממשלתית. בלימודים לתואר נכללים קורסים בשפה השוודית ובשפה הזרה (דקדוק, נורמות, ז'רגונים), מינוח רלוונטי, שיעורים אודות המוסדות החברתיים, המשפטיים והרפואיים בהם נדרש שירות התרגום, וכן התחום התעסוקתי, אתיקה של מתורגמנים, טכניקות מתורגמנות ותרגילים (Niska, 2007).

קורסים לא-אוניברסיטאיים להכשרת מתורגמנים קהילתיים נערכים בכ-200 מוסדות שונים בשוודיה. אורכם משתנה, ורובם מוצעים בשפה השוודית. החל מ-2007 ניתן ללמוד גם בלמידה מרחוק, באמצעות האינטרנט. מטרת ההכשרה המעשית דומת לאלה האוניברסיטאיות, אך מושם דגש רב יותר על כלים מעשיים לעבודת המתורגמן, כולל כלים ללמידה עצמית ולהשגת מידע באופן עצמאי. רוב התלמידים בקורסים הלא-אוניברסיטאיים בשוודיה הינם מתורגמנים פעילים או דו-לשוניים שהגישו מועמדות לתפקיד זה (Niska, 2007).

המצב בשוודיה דומה למדי למצב שהיה קיים בדנמרק בתחילת המילניום, שם נועדו הקורסים במסגרות לחינוך מבוגרים לסייע למובטלים בני מיעוט לשוני למצוא עבודה, ולכן לא היו מודולות שהתמקדו בתרגום. כמו כן, לא נערכו בחינות סיכום בסוף הקורס (Dubsloff and Martinsen, 2003). במקביל, קיים בדנמרק תואר למתורגמנים קהילתיים מוסמכים, אך הוא מוצע באוניברסיטאות בלבד.

3.4.3 תוכניות הכשרה במוסדות אוניברסיטאיים

בגרמניה, ניתן ללמוד לתואר ראשון במתורגמנות קהילתית באוניברסיטת מגדבורג. מתוך שבעה סמסטרים, לומדים הסטודנטים שני סמסטרים בחו"ל, ומתמחים כמה שבועות במוסדות ציבור

(Niska, 2005; Magdeburg-Stendal Hochschule). הסטודנטים לומדים קורס בפסיכולוגיה, ביסודות המשפט, ובהלימה תרבותית.

באירלנד מציע City of Dublin College קורס סמסטריאלי ללימודי תעודה במתורגמנות קהילתית. הקורס כולל נושאים דומים לאלה שצוינו לעיל, בכלל זה:

1. מבוא למתורגמנות
2. אתיקה ומתורגמנות
3. מינוח
4. מיומנויות תרגום בשפות השונות.

אוניברסיטת אמהרסט בארצות הברית, מציעה, מאז 2003, קורס מתורגמנות רפואית ללמידה מרחוק – באמצעות האינטרנט (Gracia-García, 2008). שיטת הלימוד בקורס זה מתבססת על עבודה עצמית, הגשת מטלות וקיום דיונים באמצעות האינטרנט. בין המטלות, בניית מונחון רפואי דו-לשוני, מונחון לתהליכים בבריאות, והגשת הקלטות של מטלות מתורגמות. אחת המטרות המוצהרות של הקורס היא היכרות עם אנשים מרקע שונה והחלפת דעות בסוגיות בולטות בתחום המתורגמנות (שם).

המחלקה לבלשנות, גיאוגרפיה והיסטוריה באוניברסיטת חבל הבסקים בספרד, מציעה אשכול לימודי מתורגמנות קהילתית, בהיקף של 7 נקודות זכות, הכולל את התכנים הבאים:

1. תיאוריה של מתורגמנות קהילתית
2. הכשרה באופנויות התרגום השונות
3. תרגילי רישום וזיכרון
4. מינוח – התמקדות במינוח רפואי ומשפטי
5. תרבויות העולם – הבדלים בין תרבויות. התמקדות בתרבויות המהגרים הקיימות באזור – צפון אפריקה, המזרח התיכון, מזרח אירופה וסין.
6. גיאוגרפיה לשונית/תרבותית וסוגיות בהגירה
7. הכשרה מעשית וסימולציות בשיתוף רופאה ממרכז לבריאות מהגרים
8. סמינריונים בשיתוף מנחים מרחבי ספרד

בנוסף לשליטה במשלב הרשמי של שתי שפות העבודה, על המתורגמנים לשלוט במגוון רחב של משלבים ודיאלקטים בשפות אלה, כמו גם במינוח מקצועי ובלתי מקצועי הנוגע לתחום התרגום, מיומנויות תרגום ומתורגמנות.

מתורגמנים קהילתיים הינם לרוב מתורגמנים עצמאיים. לפיכך, המליצה קורסליס להקנות להם את המיומנויות העסקיות הנוגעות לכך, כמו כתיבת חוזים, ביטוח, מיסוי, ניהול זמן ויומנים וכולי.

3.4 הכשרת מתורגמנים טלפוניים

מוסדות האקדמיה ומוסדות הציבור מתחילים להכיר בתחום המתורגמנות הטלפונית כתת-תחום מקצועי שיש לבנות עבורו הכשרות ייעודיות (Niska 2005, p. 58). הכרה זו באה במקביל להתפתחויות הטכנולוגיות שמאפשרות מתן תרגום מרחוק. חלק מהכותבים שתיארו קורסים להכשרת מתורגמנים קהילתיים התייחסו אמנם לשיטת תרגום מתפתחת זו, אך לא ציינו מהן המיומנויות שיש לתרגל לשם ביצוע מתורגמנות טלפונית, ובאילו שיטות הן יתורגלו (Corsellis, 2005; Niska, 2005). לא נמצאו בספרות תיאורים רבים של קורסים למתורגמנים טלפוניים, ואופנות תרגום זו אינה נכללת ברוב התכניות הסטנדרטיות להכשרת מתורגמנים (Kelly, 2008b). מתורגמנות טלפונית משמשת אמנם בסיטואציות קהילתיות, אך היא אינה ייחודית להן. לפיכך, קורסים במתורגמנות טלפונית עוסקים לעתים קרובות גם במתורגמנות בסיטואציות עסקיות. עובדה זו גורמת לפער בין עבודת המתורגמנים הטלפונים לבין ההכשרה שהם זוכים לה (שם).

בסקירת מסגרות הכשרה למתורגמנים טלפוניים, אותרו הכשרות ברמות שונות. ניתן למצוא קורסים אוניברסיטאיים בהיקף של כמה עשרות עד כמה מאות שעות, מודולות לימוד בתוך קורסים למתורגמנות קהילתית, או הכשרות מעשיות במסגרת חברות למתורגמנות טלפונית. ככלל, מתמקדות ההכשרות במתורגמנות טלפונית בפיצוי על היעדר קשר העין ואיבוד הרמזים הבלתי מילוליים שבתקשורת פנים-אל-פנים. כך, למשל, הקורס בהיקף 200 שעות שמציעה באנגליה ה-London City University חושף את המשתתפים למשימות הכלליות שבמתורגמנות מרחוק ואינו מתמקד במתורגמנות קהילתית.

מודל להכשרת מתורגמנים טלפוניים שיתואר בפירוט להלן מתייחס לתרגום שפת הסימנים (Pollitt and Haddon., 2005). לכאורה, שפת סימנים אינה שפה דבורה, וההכשרה למתורגמניה אמורה להיות שונה מההכשרה למתורגמני שפות דבורות. אלא שבין מתורגמנות שפת-סימנים לבין מתורגמנות קהילתית קיים דמיון רב באשר למגזרי הפעולה (המגזר הציבורי בעיקר), ולתפיסת אנשים חירשים כמיעוט לשוני ותרבותי ולא כמגבלה פיזית. בכמה מקומות בעולם חלה התקדמות במיסוד המתורגמנות הקהילתית בשפות דבורות לאור ההישגים בתחום התרגום לשפת הסימנים (בהקשר זה ראו משפט אלדריג', 1997 – אצל שוסטר ושלזינגר, 2007, עמ' 640 - 641). מתורגמנות שפת סימנים ניתנת לביצוע מרחוק באמצעים טכנולוגיים ההולכים ומתפתחים – אמצעי כתיבה ממוחשבים (text-phone relay), טלפון ו-וידאו. לפיכך, ניתן ללמוד רבות על מודל ההכשרה שמציעים פוליט ועמיתיה, שמתמודדים עם האתגרים שמציב תרגום באמצעי קולי לאנשים חירשים.

בקריאת המאמר עולה כי תרגום לשפת סימנים מרחוק עוסק באותם אתגרים שעמם מתמודד המתורגמן הטלפוני לשפות דבורות. כך למשל, מתארים הכותבים כיצד משפיעה העובדה שהצדדים אינם נוכחים באותו החדר, על התקשורת. יתרה מזאת, לאור העובדה שהאדם החירש (בן המיעוט הלשוני לצורך העניין) חייב לראות את המתורגמן, והמשוחח השלישי לא יכול לראות

את הצדדים, הרי שמתקיימים שני סטים של ציפיות לעבודה: האדם החירש מצפה להתנהלות המאפיינת תרגום פנים-אל-פנים, בעוד שהאדם השומע מצפה לכללי שיחה המאפיינים מתורגמות טלפונית. להבדלים תפיסתיים אלה יש השלכות בכל הנוגע ליחסי הכוחות בין הדוברים (שם, עמ' 188).

הקורס שהציגו פוליט ועמיתיה הוצע להדרכת מתורגמנים חדשים או מיומנים, או לקבוצה משולבת של השניים. ההדרכה בקורס הסתמכה על דיונים מבוססי מקרה, תוך בחינה ביקורתית של הספרות התיאורטית בנושא התרגום הטלפוני:

1. קריאה ביקורתית של הספרות הנוגעת למתורגמות טלפונית בין שפה דבורה לשפה מסומנת.
2. קישור החומר התיאורטי למקרים המוכרים לתלמידים. החוקרת סבורה כי שיטה זו, של קריאה ביקורתית וקישורה לנעשה בפועל, מייחדת קורס זה מקורסים אחרים להכשרת מתורגמנים קהילתיים.
3. סימולציות – הומלץ לכל סטודנט להתנסות בכל אחד משלושת התפקידים: אדם חרש, מתורגמן ואדם שומע. האדם השומע צריך לאתגר את המתורגמן באמצעות "מוקשים שיחתיים" (unnatural aspects of the exchange). מוצע להשתמש לתרגול באדם שומע שלא התנסה במתורגמות טלפונית, ולאחר הסימולציה לשמוע את המשוב שלו.
4. שמיעה של שיחות טלפון מתורגמות, תוך הדגשת התנהגויות המתורגמן הנובעות מהתנהגות הטבעית של משתמש במכשיר הטלפון (לאו דווקא לצרכי תרגום). הומלץ להתמקד בהיבטים התקשורתיים של פתיחת השיחה, אישור (confirmations) וסיום השיחה, באמצעות דוגמאות שמעלים המשתתפים עצמם וניתוחם באמצעות מודלים של חקר שיח ביקורתי.
5. למידה מאופן ההתנהלות של עובדי מוקדים טלפוניים כאנשי מקצוע העובדים באמצעות הטלפון. ניתן לצפות בחומרים המשמשים להדרכת נציגי שירות טלפוניים.
6. דיון על המורכבות שבשימוש בגוף ראשון בשיחות מתורגמות באמצעות הטלפון. יתרונות וחסרונות השיטה מבחינה שיחתית, תרגומית וחברתית.
7. דיון על הדרכים להשיג תיווך תקשורתי יעיל, ועל גבולותיו של המתורגמן.
8. דיון על היבטים התקשורתיים של השיחה הטלפונית על מנת ליצור מודל למבנה מתאים לשיחה מסוג זה. בין ההיבטים שהוצעו לדיון: מרווחי הזמן בין הטקסט המקורי לתוצר המתורגם, ביטויים פאתיים, תרגום פעולות, צחוק או רמזים תקשורתיים אחרים, שימוש נכון בגוף ראשון או שלישי וכיצד לסמן את המעבר בין השניים, סימנים לניהול תורות, דיבור חופף, הפרעות, יחסי המתורגמן עם האדם השומע ויחסיו עם האדם החרש, אמצעי תקשורת אחרים (למשל שימוש בעט ובנייר) וכולי.
9. ניסוח המלצות מעשיות לשיפור התרגום הטלפוני (למשל תיאום ציפיות מוקדם עם המשתמשים, עריכת הדרכות למשתמשים החירשים והשומעים וכולי).

לסיכום, מודל ההכשרה למתורגמנים טלפוניים בשפת הסימנים הבריטית מיועד למתורגמנים שכבר התנסו בשיטה זו של תרגום. עיקר ההכשרה מתבססת על ניתוח ביקורתי של חוויות, תוך שימוש בתיאוריות שנלמדות בתחילתה. מאידך, הקורס לא התמקד בתרגום רפואי, שיש לו מאפיינים ייחודיים, כגון מינוח ספציפי, עבודה בלחץ זמן והיעדר קשר עין.

3.5 הערכות בהכשרת מתורגמנים קהילתיים

הערכה מובנה מהווה חלק מהותי מכל תכנית הכשרה. ברוב המסגרות להכשרת מתורגמנים שנסקרו לעיל צויין שלב של הערכה או בחינה מסכמת. בדרך כלל, מתבצעת ההערכה באמצעות משחק תפקידים, ולעיתים גם בחינה בכתב. בחלק מן המדינות, שבהן מתורגמנים נדרשים לעבור בחינת הסמכה על מנת לעבוד בפועל, מתבצעת ההערכה מחוץ למסגרת ההכשרה (כמו למשל מבחני הרשות האוסטרלית להסמכת מתרגמים ומתורגמנים NAATI, ומבחני CILISAT הנהוגים באונטריו, קנדה). במדינות אחרות, מותנית העבודה בשטח בבחינה של המוסד המעסיק או בניסיון מעשי במתורגמנות, ולא בתעודת הסמכה מטעם מוסד אקדמי או מטעם המדינה (Séguinot, 2008).

יש חוקרים הסבורים כי איכות בתרגום בעל-פה נמדדת על פי קריטריונים של דיוק או נאמנות של טקסט היעד לטקסט המקור (Gile, 1991), בהירות, המתייחסת בדרך כלל לקוהרנטיות ולמידת ההבנה של הטקסט באוזני השומע (Pöchhacker, 2001), ולמידת ההצלחה התקשורתית של האירוע המתורגם (Viezzi, 1996). ניתן לבצע הערכה על-ידי המתורגמנים, או המשתמשים, במגוון שיטות בדיקה: שיטות ניתוח בחקר השיח (איתור טעויות, למשל), חקר מקרה, סקרים וראיונות.

יש לציין כי בניגוד לספרות ולפרקטיקה מפותחים בהערכת איכות של מתורגמני ועידות, הרי שהערכת איכות במתורגמנות קהילתית זכתה לתשומת לב מחקרית מעטה יחסית (Pöchhacker, 2001). לפיכך, ככל הנראה, לא אותרו מחקרים רבים המתייחסים להערכת איכות ההכשרות של המתורגמנים הקהילתיים או לבחינות הגמר שלהם.

פאולר (Fowler, 2007) הציעה שיטות הערכה להערכת בהכשרת מתורגמנים קהילתיים, המבוססות על הערכת עמיתים ועל הערכה עצמית. המעריך (שהינו המוערך בהזדמנויות אחרות) צריך להבין את תהליך התרגום – כלומר, כיצד מעבירים רעיונות ותפיסות, ולא רק מילים, משפה לשפה. עליו להבין את היחסים המשולשים בשיחה, את כללי ההערכה, ואופן קבלת ומתן הערכה בעל-פה ובכתב. ניתן להשתמש בכלים אלה להערכת סימולציות, בעזרת דף תצפית מובנה, שבעזרתו אפשר להעריך גם היבטים שאינם קשורים ישירות להעברה המילולית של המסר (כמו היחסים בין המתורגמן לצדדים, שימוש בדיבור ישיר, תרגום בהתאם לכללי האתיקה של המתורגמן הקהילתי וכולי). ראשית, צריך המתורגמן עצמו לתת משוב על תפקודו. לאחר מכן מתבצעת הערכת עמיתים על פי הקריטריונים שנקבעו וניתנו להם, ולאחר מכן מוסיף

המתרגל את הערותיו ומסכם, בהערכה חיובית. רצוי לצלם בוידאו, ובכל מקרה לרשום את ההערות.

הבחינה בקורס המקוון במתורגמות רפואית באוניברסיטת אמהרסט בארה"ב כוללת שני חלקים נושאים. הראשון דן באתיקה ובמקצוענות. השני בוחן על נושאים "מעשיים" כגון נגזרות מילים, אופנויות תרגום, תפיסות במתורגמות ועוד (Medical Interpreting Online Manual).

בנושא הסמכת מתורגמים, קיימות תפיסות שונות באשר לנוהלי ההסמכה של בוגרי הקורסים. בחלק מהמדינות קיימת בחינת הסמכה ממשלתית (חובה או רשות), אם כי לא לכל השפות קיימים המשאבים לערוך בחינת הסמכה (וראו הדיון בתהליכי ההסמכה וההכרה של אגודת המתרגמים והמתורגמים, NAATI, באוסטרליה באתר www.naati.com.au).

כפי שציינה הייל (2007), קיים קשר ישיר בין אופי ההכשרה, ההכרה הציבורית בה, ואפשרויות התעסוקה במתורגמות קהילתית. באוסטרליה ובשוודיה קשר זה חזק ביותר. במדינות אחרות יחסי הגומלין עדיין בראשית התהוותם.

3.6 מהכשרה להעסקה

אנג'לי (Angelelli, 2005) טענה כי בשל הצורך הדחוף להכשיר מתורגמים (בשל גלי הגירה לארצות-הברית, חקיקה להנגשה לשונית וכולי), לא קדם מחקר ליישום, ותיאוריה למעשה בהכשרת מתורגמים קהילתיים. לפיכך, היא קובעת, זכו מתורגמים קהילתיים ל"הכשרה" ולא ל"חינוך" – שמשקף תפיסה מעמיק יותר של תפקיד המתורגמן כמקשר בין שתי תרבויות שונות. כך, למשל, ביקרה אנג'לי את הוראת המינוח הרפואי כשימת מילים המנותקות מהקשרן. היא סברה שהוראת סוגיות בסוציו-לינגוויסטיקה וחקר השיח עשויה לעורר אצל המשתתפים מחשבות באשר לתפקידם בשיח ולהבניית משמעויות בו. קורסים על סביבת העבודה (יחסי כוח, אתיקה, תרבויות ממסדיות) יחזקו את הכנת הסטודנטים לעבודה בשטח.

באירלנד, למשל, גובר בשנים האחרונות הצורך במתורגמים, לאור הגירת העבודה למדינה, במיוחד ממדינות מזרח ומרכז אירופה ומסין. עם זאת, עדיין לא קיימת מערכת מפותחת מאוד למתן שירותי מתורגמות, והדבר משתקף בהערה המופיעה באתר האינטרנט של הקולג' של דבלין והנוגעת לאפשרויות התעסוקה של תלמידי הקורס:

המועצה האירית של הרופאים הכלליים הביעה פעמים אחדות את דאגתה בנוגע למחסור במתורגמים שעברו הכשרה. רופאים כלליים רבים לא מודעים לכך שהם יכולים ליצור קשר עם מתורגמן, על מנת להבטיח תקשורת תקינה עם מטופלים ששליטתם באנגלית אינה טובה. בתי-חולים מסתמכים לעתים קרובות על חבריו או על קרוביו של המטופל שישמשו כמתורגמים. עם העלייה בהכרה בתפקידו של המתורגמן, תהיה דרישה גדולה יותר למתורגמים מקצועיים.

אמירה זו משקפת שאיפה של מסגרת ההכשרה, שעצם קיום ההכשרות יביא לשינוי חיובי בשטח. כלומר, ההכרה בחשיבות התפקיד תביא להכשרה מקצועית יותר ולפיכך ליותר העסקה של מתורגמנים מקצועיים.

גם במדינות שבהן יש מסגרות שונות להכשרת מתורגמנים, מועסקים מתורגמנים שלא עברו הכשרה מעולם, מאחר שהכשרה אינה תנאי מקדים לקבלה לעבודה (Dubsloff and Martinsen, 2003) וכנראה גם בשל הקושי להתקבל להכשרות במסגרות אוניברסיטאיות (Pöchhacker, 1999). במדינות שבהן יש התייחסות ממסדית מקיפה למתורגמנות קהילתית, כמו אוסטרליה ושוודיה, מתקיים קשר בין הכשרה להסמכה (Dubsloff and Martinsen, 2003) ולהעסקה. דבסלף ומרטינסן מצאו כי לקשר זה תפקיד חיוני משום שאנשים לא ירצו לעבור הכשרה אלא אם תובטח להם עבודה בתחום לאחר מכן. כמו כן הן טוענות, כי בדנמרק, ארצן, המתורגמן הקהילתי הטיפוסי מעוניין בהכשרה קצרה יחסית (עד שלושה חודשים, שעתיים עד חמד שעות לימוד בשבוע) שלא תחפוף את שעות העבודה המקובלות, שתזכה למימון ממשלתי ושתאפשר לו להשתכר טוב יותר לאחריה (שם).

על מנת שתהיה הלימה בין ההכשרות לבין העבודה בשטח, ועל מנת לעודד העסקת מתורגמנים קהילתיים מקצועיים, מציעות דובסלאף ומרטינסן מדנמרק:

1. לפעול להבטיח איכות ומקצוענות במתורגמנות ציבורית ועסקית באמצעות פתיחת קורסים אקדמיים או מודולות נפרדות במסגרת הכשרות המשך.
2. להבטיח איכות לגבי שיטות ההוראה וצוות ההוראה
3. לקבוע דרישות סף ומבחני קבלה, וכן בחינות או הערכות בגמר ההכשרה.
4. להעלות מודעות בקרב משתמשי השירותים במוסדות, ואצל המתורגמנים עצמם, בדבר חשיבות האיכות בשירותי המתורגמנות.
5. מומלץ שהממסד יתמוך בפיתוח ההכשרות על מנת להבטיח שירותי מתורגמנות איכותיים במגזר הציבורי (Dubsloff and Martinsen, 2003).

חלק מההתמקצעות כוללת, למשל, התאגדות. בוגרי הקורס בחבל הבסקים סברו שיש ליצור אגודה של מתורגמנים קהילתיים, על מנת להגביר את ההתמקצעות ואת ההכרה הציבורית במקצוע (Gonzales and Azumendi, 2005). איגוד עצמאי של מתורגמנים עשוי לקבוע את איכות השירות ואת תהליך ההתמקצעות. הצעה כזו הועלתה בניסיון למקצע את שירותי המתורגמנות בחבל פלנדריה שבבלגיה. על מנת להתקבל לאגודה, מציעים המחברים שמתורגמנים מתנדבים יעברו קורס הכשרה בסיסי להכרת טכניקות תרגום וכללי אתיקה של המקצוע. על מנת להירשם כמתורגמנים מקצועיים, על המועמדים לעמוד ב-72 שעות הכשרה, שתורחב בהמשך לקורס בן 200 שעות (Lannoy and Van Gucht, 2006, p. 199).

3.7 סיכום

בפרק זה נסקרו המסגרות השונות להכשרת מתורגמנים קהילתיים, במספר מדינות בעולם. הכשרות אלה ניתנות במסגרות אוניברסיטאיות כקורס או כלימודים לתואר, במסגרות לחינוך מבוגרים, בחברות מתורגמנות, בעמותות, או בשיתופי פעולה בין אקדמיה לארגוני מגזר שלישי ולמשלה. תנאי הקבלה ואורך ההכשרה שונים במדינות ובמסגרות השונות, ומוכתבים בעיקר על-ידי ההיצע והביקוש ועל-ידי המעמד המקצועי שיש לעיסוק זה. כלומר, ככל שמתורגמנות קהילתית ממוסדת יותר בחוק ובפרקטיקה, כך ניתן יהיה למצוא מסגרות הכשרה מגוונות יותר – תארים אקדמיים לצד הכשרות מקצועיות, וכן הכשרות ארוכות ומקיפות יותר. שיתופי פעולה אקדמיה-קהילה-משלה להכשרת מתורגמנים ייתכנו כאשר יש הכרה ממסדית בצורך להכשיר מתורגמנים מקצועיים, אשר ישתלבו לאחר מכן בשוק העבודה (Straker and Watts, 2003).

סוגיה שנדונה רק מעט בספרות (Fiola, 2003; Niska, 2005) נוגעת להכשרת מתורגמנים בשפות שהמרצים אינם שולטים בהן. לדיונים תיאורטיים בסוגיה זו חשיבות למחקר הנוכחי, שבו המרצות שהעבירו את רוב ההכשרה אינן יודעות אמהרית. הכשרות ממין זה מחייבות שילוב מורי שפה ואינפורמנטים, שאינם בהכרח בעלי ניסיון בהוראה בכלל ובהוראת תרגום בפרט. בהכשרת מתורגמנים ביוקון שותפו זקני הקהילה כאינפורמנטים של השפה. אלה תרמו רבות בהערות על הבחירות הלשוניות של התלמידים בתרגום. אלא שמאחר שהמבוגרים אינם דוברי אנגלית, השפה שבה התקיים הקורס, נוצר מצב שבו התלמידים תפקדו כמתורגמנים כבר במהלך הקורס. פתרון זה פתר מספר בעיות: היעדר תיעוד על שפות הילידים, תרגול המתורגמנים ושימור השפה. אולם גישה זו הצריכה גמישות בהוראה, וצורך לשכנע את אנשי המקצוע האחרים, שיכירו בחשיבות הזקנים כמשאב חיוני להתנהלות התקינה של חילופי הדברים המתורגמים. נדרשה הגדרת תפקיד מחודשת של המשתתפים בהדרכה, ובייחוד קבלת סמכותו של המבוגר דובר השפה הילידית כשותף להערכה הלשונית. המבוגר עצמו נדרש לציית לאותם עקרונות שהמתורגמן מציית להם, בכלל זה ניטרליות ושמירת סוד (Fiola, 2003).

יש לציין, כי לא אותרו בספרות מאמרים אודות הכשרת מתורגמנים שעיסוקם הראשי הוא במקצועות הבריאות (והם עתידים לעסוק בתרגום כעיסוק ראשי או משני) – שהוא פרופיל מתורגמני השירות הנדון במחקר זה. מוכרים בספרות מחקרים הממליצים על הכשרת אנשי צוות כמתורגמנים, אולם טרם נכתב מחקר נפרד על הכשרות ממין זה.

פרק 4: מודלים לבחינה ולניתוח של ארגונים

עבודה זו בודקת את הקמתו של שירות מתורגמנות בתוך ארגון קהילתי. עמותת "טנא בריאות" אינה פועלת בחלל ריק, והיא מושפעת מהסביבה ומשפיעה עליה. לפיכך, התהליכים הנוגעים להקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות" מושפעים במידה רבה מגורמים סביבתיים.

פרק זה ייחד לבחינת מודלים של התנהגות הארגון ויחסיו עם הסביבה החיצונית. התיאוריות שיוצגו לעיל לקוחות מתחום מדעי החברה – בעיקר סוציולוגיה ופסיכולוגיה ארגונית. בסעיף 4.3 נבחן מספר מודלים הקיימים בספרות להקמת שירותי מתורגמנות במוסדות ציבור, ונדון במגבלותיהם יחסית למודלים של תיאוריות ארגוניות. בדיון בממצאי המחקר (פרקים ה-ז) נשתמש בתובנות העולות ממודלים של התנהגות ארגון בתוך סביבה, ונציג את שירות המתורגמנות "קול לבריאות" כחלק מארגון – עמותת "טנא בריאות" – הפועל בתוך סביבה משתנה. נבחן מיהם הגורמים בסביבתו של השירות וכיצד משפיעים גורמים אלה על התהליכים השונים המתקיימים ביחס להקמת השירות ולהפעלתו.

4.1 מהו ארגון

בספרות המחקרית העוסקת בארגונים, מצויות הגדרות שונות למושג ארגון. ההבדלים בהגדרות נגזרים מהגישות התיאורטיות לחקר התופעה הארגונית ולהבנתה (סמואל, התשנ"ז). למחקר זה נשתמש בהגדרתו של סמואל (1996), המגדיר ארגון כמערכת חברתית העוסקת בהפקה שיטתית ומתמשכת של מוצרים ושירותים, באמצעות מחזורי פעילות תכליתית של בני-אדם, ומתקיימת כתוצאה מיחסי חליפין עם הסביבה שבמחיצתה היא פועלת. הגדרה זו עולה בקנה אחד עם הגישה התיאורטית הרואה בארגונים מערכות חברתיות פתוחות (שם). בין הכותבים המוגדרים כ"קלאסיים" בנושא ארגונים והתנהגותם ניתן למנות את אדם סמית' (Smith, 1776), קארל מרקס (1867), טיילור (Taylor, 1911) ומקס וובר (1924) אשר כתבו על ארגונים רק כחלק מהגותם, והושפעו מתיאוריות נוספות (Hatch, 1997³⁹) הכותבים המודרניים פרסמו את מחקריהם בין שנות החמישים והשישים של המאה שעברה, ואחריהם כתבו חוקרים שבחנו את היחסים בין ארגון לבין סביבה בעיניים פרשניות-סובייקטיביות וכן כותבים פוסט-מודרניים.

התיאוריות המסורתיות (למשל Taylor, 1911) של התנהגות ארגונית, הניחו שיש רציונליות גמורה בתהליכים ובקבלת ההחלטות, ושהמניע היחיד של עובדים בארגון הוא הרצון להרוויח יותר כסף. ניהול מדעי של תהליכים בארגון יביא למקסום היעילות והרווח. רעיונותיו של טיילור אינם מקובלים עוד, אולם יש חברות שעדיין משתמשות בשיטות הבדיקה שלו להתנהגות במקום העבודה (De Board, 1978, p. 3). מחקרים בנושא הסביבה הארגונית התרבו וזכו ליתר פופולריות בשנות ה-60 של המאה שעברה, בשל כמה מחקרים שהראו כיצד גורמים

³⁹ אצל הט"י (Hatch, 1997) ראו סימוכין מלאים לכתביהם של סמית', מרקס, טיילור ו-וובר.

בסביבתו של ארגון משפיעים על מבנה הארגון, על ביצועיו ועל שינויים שחלים בו (Davis and Powell, 1991).

אחת ההבחנות הבולטות בחקר ארגונים היא ההבחנה בין מערכות סגורות לבין מערכות פתוחות (Thompson, 1967), שהחלה החלה להתפרסם בשנות ה-60 של המאה שעברה. מערכת סגורה אינה תלויה בסביבה החיצונית. היא אוטונומית, מספקת את צרכי-עצמה ומנותקת מהעולם החיצוני. ניהול של ארגונים שהם מערכות סגורות אמור, לפיכך, להיות קל למדי מאחר שהסביבה צפויה ואינה מתערבת ויוצרת בעיות בארגון (Daft, 1989). מודלים שתיארו ארגון כמערכת סגורה (שהכללים להפעלתה מושאלים מחוקי הפיזיקה ובייחוד התרמו-דינמיקה) התגלו כבלתי מוצלחים, בעיקר לאור ההשפעה הרבה שיש לסביבה על הארגון.

ארגון במערכת פתוחה צריך לקיים קשרים עם הסביבה על מנת לשרוד. הוא צורך משאבים ומייצא משאבים לסביבה. הארגון מייבא אנרגיה, ממיר אותה ולאחר מכן מייצא את האנרגיה המוטמרת בחזרה לסביבה (Hatch, 1997). עליו להשתנות ולהתאים את עצמו לסביבה באופן מתמיד. היעילות הפנימית של הארגון הינה רק אחת מהסוגיות בניהול מערכות פתוחות. על הארגון למצוא ולהשיג את המשאבים הדרושים, להתאים עצמו לסביבה המשתנה, וכן לבקר ולתאם את הפעולות הפנימיות לאור ההפרעות ואי-הודאיות שמכתיבה הסביבה. במערכת פתוחה, נקבע הגבול של כל ארגון בראש ובראשונה סביב פעילויות היבוא, ההמרה והיצוא של משאבים ותוצרים, המייחדות אותו מארגונים אחרים (סמואל, התשנ"ז).

ייתכן מצב שבו חברי ארגון מסוים משתייכים לכמה ארגונים, ולכן יש להם כמה נאמנויות (Scott, 1992). תיאורטיקנים של מערכות פתוחות תפסו ארגונים כמערכת של פעילויות בעלות תלות-הדדית בדרגות חוזק משתנות (Scott, 1992). הארגון הוא, כאמור, ישות שנוצרה כדי להשיג מטרה כלשהי, אך עליו להתמודד עם טכנולוגיות וסביבות ברמות משתנות של אי-וודאות, שמגבילות את יכולת הארגון להשיג את מטרותיו. לפיכך, ניתן להבין חלק גדול מההתנהגות הארגונית כמאמצים ליישב את המתח בין אי-הוודאות לבין הרציונליות של הארגון (Thompson, 1967). קיימים בספרות מספר דימויים הבולטים לתיאור מערכות פתוחות, והם מדורגים על פי מידת מורכבותם: מערכת מסגרת, מערכת בקרה, מערכת ביולוגית ומערכת חברתית (Daft, 1989). מערכת מסגרת היא הפשוטה ביותר (אטום, גשר או בניין). יש במערכת תנועה, אולם היא לרוב צפויה ומוכרת. מערכות בקרה הן מערכות שמווסתות את עצמן, כמו תרמוסטט. מערכות ביולוגיות הן מערכות חיות שמקיימות ומתחזקות את עצמן, כמו צמחים וחיות. מערכות אלה מחליפות חומרים ומשאבים עם הסביבה ויכולות להתאים את עצמן לשינויים הסביבתיים. המערכת החברתית היא המורכבת מכולן, והיא מורכבת ממאפיינים שקיימים רק בקבוצות של בני-אדם ושהם לרוב בלתי-מוחשיים כגון ערכים, נורמות, מודעות-עצמית ותהליכי עיבוד מופשטים כמו שפה סמלים, ומערכות של משמעות.

4.2 הסביבה הארגונית

ארגון, כמו חברה יצרנית, הוא מערכת מורכבת של מחלקות, תהליכים ואנשים שקשורים אלה באלה. הארגון הוא מערכת פתוחה בכך שהוא מתקיים בתוך סביבה וחייב, באופן מתמיד, לייבא אנרגיה, חומרים ואנשים מהסביבה. מוצרי היבוא משמשים ליצר טובין או שירותים, אשר בתורם מיוצאים חזרה לסביבה עם ערך מוסף. כמו בכל המערכות הפתוחות, הארגון נשאר יציב רק כל עוד הוא משתנה בהתמדה ומתאים עצמו לכוחות שבחוץ. מבחינה עסקית, הארגון מתפתח ושומר על יעילות כל עוד הוא מגיב לצרכים המשתנים של השוק והחברה, באמצעות יצור המוצרים המתאימים (De Board, 1978, pp. 91-92).

על פי תיאוריות מודרניסטיות, הסביבה הארגונית נתפסת כמכלול הגורמים הנמצאים מחוץ לגבולות הארגון ומסוגלים להשפיע על מבנהו, על הרכבו, על תפקודו ועל שלמותו (Daft, 1995: 63; Hatch, 1997: 79). כל ארגון מתמקד בשדה פעולה מוגדר, המייצג רק מקטע מוגבל בסביבה החיצונית. מקטע זה, שהוא בעל ההשפעה הרבה יותר על מבנה הארגון ותפקודו מוגדר כ"תחום ארגוני" (organizational domain). תחום ארגוני הינו מכלול של גורמים סביבתיים שהארגון רוצה, או צריך לקיים עמם מגע ישיר ומתמשך, על מנת להשיג את מטרותיו הארגוניות (סמואל, התשנ"ז; Daft, 1989, p. 45). התחום הארגוני כולל את המוצרים שהארגון מציע לסביבה, את הלקוחות שהוא מעוניין לשרת ואת מגוון המשאבים שהוא משתדל ליצר לשם קיומו ולפעולותיו המכוונות להפקת תוצרים לסביבה (Thompson, 1967). גורמים אלה מקשרים את הארגון לסביבתו ומשפיעים על התנהגותו ועל התוצרים שהוא מייצר (Scott, 1992).

כל ארגון מוקף בכמה סביבות ארגוניות: סביבה טריטוריאלית, סביבה אנושית, סביבה פוליטית, סביבה חברתית, סביבה תרבותית ועוד (סמואל, התשנ"ז). הסביבה משפיעה על התפוקות הארגוניות בכך שהיא מציבה מגבלות ודורשת התאמות, במחיר שרידותו של הארגון. הארגון, מצידו, חווה אי-ודאות מסוימת באשר לדרישות הסביבה, וכן תלות בהיבטים השונים המרכיבים את הסביבה. כל ארגון נדרש לקיים יחסי חליפין עם הסביבה בשני מישורים עיקריים: משאבים ומידע (סמואל, התשנ"ז). היכולת של הארגון להבטיח לעצמו את המשאבים החיוניים לקיומו, קובעת את דרגת התלות שלו במשאבי הסביבה; ואילו יכולתו להשיג את המידע הדרוש לו לתכנון מהלכים ולביצוע פעולות קובעת את דרגת אי-הוודאות שלו ביחסיו עם הסביבה (שם). ככל שהתלות בהשגת משאבים גדולה יותר, וככל שדרגת אי-הוודאות גבוהה יותר, כן גדולים קשייו של הארגון ביחסיו עם הסביבה ופחותים סיכוייו לשרוד בה.

בסביבה החיצונית של ארגון ניתן למצוא את המגזר החברתי, התרבותי, המשפטי, הפוליטי, הכלכלי, הטכנולוגי והפיזי (Hatch, 1997 p. 68; Scott, 1992), ובמונחים של "סביבה תפקודית" (task environment) ניתן למנות בסביבתו של ארגון את כל אותם הגורמים העשויים להשפיע על פעולותיו: ספקים, משקיעים, קבלנים, מתווכים, שותפים, לקוחות וגורמי

ממשל (סמואל, התשנ"ז). המודל אינו קשיח וניתן להוסיף או לגרוע ממנו מרכיבים. כמו כן, ייתכן שהשפעתו של סקטור אחד על ארגון ספציפי גדולה יותר מאשר סקטורים אחרים. הבחנה נוספת, שמציעים מאייר וסקוט (Meyer and Scott, 1983) היא בין סביבה טכנית לסביבה מוסדית. סביבה טכנית היא סביבה שבה ארגונים מייצרים מוצג או שירות אשר נסחר בשוק שבו הארגון מתוגמל על יעילות ביצוע. סביבה טכנית תאמץ לחיקה ארגונים הפועלים ביעילות. סביבה מוסדית מתאפיינת בניסוח ובשכלול של כללים ודרישות, שבהם צריכים ארגונים לעמוד על מנת לזכות בלגיטימציה ובתמיכה. בסביבה מוסדית ארגונים מתוגמלים על יכולתם להשתמש נכונה במבנים ובתהליכים, ולא על פי כמות התוצר ואיכותו (Scott, 1992). ארגונים יכולים להימצא על ציר בין שתי סביבות אלה, ולא דווקא באחד הקצוות (שם). החל משנות ה-80 של המאה שעברה נכתבים יותר מחקרים הבודקים את הסביבה המוסדית של ארגון, ולא את הסביבה הטכנית.

ניתן להבין את סביבתו של ארגון אם מנתחים את המרחב שבו הוא מתקיים עם מגזרים חיצוניים לו.

4.3 ארגוני המגזר השלישי

רוב התיאוריות שתוארו לעיל מתייחסות לארגונים באופן כללי, ורבות מהן מיושמות בעיקר לניתוח התנהגותם של ארגונים כלכליים, המונעים ממטרות רווח. מאחר ש"קול לבריאות", מוקד המחקר הנוכחי, הינו שירות שמספק ארגון ללא כוונת רווח, ראוי לבחון בקצרה את תחום הארגונים ללא כוונת רווח, ואת הקשר שלהם עם ארגונים ממשלתיים וארגונים עסקיים.

מדעני החברה מחלקים ארגונים לשלושה סוגים, או מגזרים: המגזר הראשון – המגזר הממשלתי ובו גופים ושירותים עירוניים וארציים הפועלים במימון משלם המיסים. המגזר השני – המגזר העסקי שבו מושקע כסף פרטי לטובת הגדלת הרווחים. המגזר השלישי – מגזר העמותות, הקרוי גם החברה האזרחית. ההתייחסות לעמותות כאל קטגוריה מגזרית נובעת לנוכח הגידול שחל בעשורים האחרונים במספר העמותות, בהיקף פעילותם ובעובדה שמוטלים עליהם יותר ויותר תפקידים שבעבר מילא המגזר הציבורי (Gidron, Katz and Bar, 2000).

המניעים לפעילות ארגוני מגזר שלישי הינם, בדרך כלל, אינטרס ציבורי או תועלת לציבור מסוים (מדינה, 1998). ארגוני מגזר שלישי עוסקים בשלושה תחומים מרכזיים: הספקת שירותים, פעילות פוליטית המכוונת לשינוי חברתי, ומתן ביטוי לאינטרסים, לתחומי עניין או לזהות קולקטיבית (בר, 2006). הכנסותיהם של הארגונים במגזר השלישי מופנות לצמיחה ולשירותים ולא לרווחים (יפה, 2002). הכנסותיהן של עמותות מתבססות על מימון ציבורי, בצורת מענקים וחוזים ממשלתיים, הכנסות עצמאיות – מתשלומים מלקוחות ומצרכני שירותים, דמי חבר והכנסות מנכסים, ומתרומות של יחידים של חברות ושל קרנות. (שם)

לעתים, פועלים באותה סביבה ארגוני מגזר שלישי וארגונים עסקיים, העוסקים באותם תחומי שירות (טליאס, קטן וגדרון, 2000 : 21). שרידותם של ארגונים אלה וכשרם לתפקד בצורה יציבה מותניים במידה רבה ביכולתם לקבל חוזים מהממשלה, שיאפשרו להם לספק שירותים שהממשלה חייבת, או מעוניינת לספק, והן בהצלחתם למשוך אליהם לקוחות שיקנו את שירותיהם וכך יאפשרו להם לקבל תמיכה ממשלתית הנקבעת על פי מספר הפונים (כמו בשירותי הבריאות, למשל) (שם)

בישראל לא קיימת מדיניות מוצהרת וברורה של הממשלה כלפי המגזר השלישי, והמציאות בתחום זה עוצבה על-ידי תגובות לתהליכים, לאילוצים או ללחצים יותר מאשר על-ידי תפיסה כוללת ומגובשת בנושא (טליאס, קטן וגדרון, 2000). ניתן אמנם למצוא חוקים או תקנות המסדירים את פעילות המגזר השלישי ואת יחסים עם הרשויות הממשלתיות, אולם קשה לאתר מסמכי יסוד ששימשו בסיס לצמיחתם של נהלים אלה (שם). מידת שיתוף הפעולה בין המשרדים לארגוני המגזר השלישי משתנה ממשרד למשרד, בהתאם להעדפותיו ופרשנותו של הממסד. דפוסי התמיכה ושיתוף הפעולה בין המגזרים מגוונים, ומשקפים את העמימות המאפיינת את מדיניות הממשלה כלפי המגזר השלישי. מוכרים חמישה מודלים עיקריים לתיאור יחסי הגומלין בין הממשלה לבין ארגוני מגזר שלישי :

1. יחסי שותפות – הממשלה היא המממן העיקרי של העמותות, ושני המגזרים עובדים בהרמוניה. ההשפעה הממשלתית על העמותות נתפסת כגורם חיובי וחיוני.
2. פעילות העמותה במקום שירותים שהממשלה היתה אמורה למלא.
3. מדינת הצללים – שירותים חברתיים שזוכים למימון ממשלתי נכבד אך תחת פיקוח והתנייה כבדים מצד המדינה. העמותות הן למעשה זרוע של המדינה. למודל זה יתרונות וחסרונות.
4. שליטה ממשלתית מוחלטת – מודל זה שורר במשטרים טוטליטריים, החוששים מארגונים אזרחיים שאינם בשליטתם, ורואים בהם כאיום.
5. יחסים אמביוולנטיים אהבה-שנאה – על פי יפה (2002) אלו היחסים שמתקיימים בישראל כיום בין הממשל לבין ארגוני מגזר שלישי רבים. המדינה מבינה מחד שהממשלה אינה מסוגלת לספק או לממן את כל השירותים שהאזרחים צריכים או רוצים לקבל, ומכירה בכך שלעתים קל יותר לעמותות לספק שירותים אלה. מאידך, חוששת המדינה מהעמותות מסיבות שונות – שיקטינו את כוחה, שיחתרו תחתיה, ושיפעלו ממניעים עסקיים מוסווים.

יצויין, כי באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, פועל, מאז 1997 מרכז לחקר ארגוני המגזר השלישי. המרכז מנהל מסד נתונים על פעילות ארגונים אלה, ומפרסם מחקרים בנושא תרומה, התנדבות ומדיניות ממשלתית כלפי המגזר השלישי (המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי, 2007).

4.4 שירותי מתורגמנות כארגונים

בספרות אותרו מקרים ספורים שבחנו שירותי מתורגמנות מבחינה ארגונית. רובה מודלים בתחום המתורגמנות עסקו בתהליך השיח (אינטראקציה) או בתהליך הקוגניטיבי של התרגום. מעטים החוקרים אשר ניסחו מודלים ברמת המקרו על מתורגמנות במהלך ההיסטוריה, בחברה, או במוסדות שונים (Pöchhacker, 2004). מוכרים ספרי הדרכה להקמת שירותי מתורגמנות רפואית, אך פורסמו תיאוריות מעטות בלבד המתארות את השינוי האישי והארגוני המתרחש בתהליך הקמת שירותי מתורגמנות בתוך ארגוני בריאות (Agger-Gupta, 2001) או מחוץ להם. בסעיף זה יוצגו המחקרים שבנו מודלים לתיאור סוציולוגי של שירותי מתורגמנות, וכן כמה פרסומים שתיארו הקמת שירותי מתורגמנות, ללא ניסיון למודליזציה.

4.4.1 מודלים סוציולוגיים לתיאור שירותי מתורגמנות

התמקצעות העיסוק במתורגמנות ועידות, בראייה סוציולוגית, הוצגה במודל בן ארבעה שלבים. המודל התבסס על תיאורית השליטה המקצועית של פריידסון (Freidson, 1971) ותיאר מעבר משוק כאוטי (market disorder), דרך הסכמה ומחויבות, עד לאוטונומיה מקצועית. (Tseng, 1992). מודל זה שימש לתיאור תהליך ההתמקצעות גם במדינות מערביות נוספות (Pöchhacker, 2004).

מחקרו של אגר-גופטה (Agger-Gupta, 2001) התבסס על תפיסת התיאוריה המעוגנת בשדה, לבניית מודלים המציגים את השלבים בהקמת שירותי מתורגמנות רפואית ומבנים להתאמה תרבותית של הטיפול הרפואי, בבתי-חולים בקנדה ובמספר מדינות בארצות-הברית. שלושת השלבים במודל שהציג אגר-גופטה היו:

1. "מסתדרים" ("making do") – בשלב זה מוסדות הבריאות משתמשים במתווכים לשוניים מזדמנים וחסרי הכשרה בתרגום (בני משפחה, חברים, מתנדבים, ואנשי צוות דו לשוניים). בשלב זה, ההנהלה הבכירה במוסד הרפואי אינה סבורה שקשיי התקשורת הינם בעיה חמורה מספיק כדי לנקוט בשינוי.
 2. הקמה – הזרזים למעבר משלב "מסתדרים", לשלב ההקמה היו:
 - א. החלטה מלמעלה - מעורבות ותמיכה אישית של מנכ"ל המוסד הרפואי בהקמת שירותי מתורגמנות ובהתאמת בית-החולים למיעוטים תרבותיים,
 - ב. מעורבות ומחויבות של מנהלים בדרך בכיר ובדרג ביניים בהקמת השירות,
 - ג. מטפלים התומכים בהקמת השירות ודוחפים את ההנהלה לבצע צעד זה.
 - ד. מספר סף של מיעוטים לשוניים
 - ה. אקטיביזם קהילתי
 - ו. מדיניות ממשלתית.
- המכשולים למעבר לשלב ההקמה היו:

- א. התמקדות המוסד בשרידות פיננסית וביצירת רווחים. התמקדות זו גרמה לעתים לביטול שירותים מתמחים מכל הסוגים, בכלל זה שירותי מתורגמות. מכשול בולט הוא היעדר החזר כספי (reimbursement) לשירותי המתורגמות.
- ב. היעדר ההכרה בצורך בטיפול מותאם תרבותית.
- ג. תפיסת הרפואה ה"מחייה" (resurrection medicine) – ריפוי חולים באמצעים טכנולוגיים משוכללים, במקום להתמקד בקידום בריאות ובמניעת מחלות לטווח הרחוק (תפיסה שאותרה במוסדות האמריקאים שהשתתפו במחקר).
3. צמיחה נורמטיבית והבשלה – מעבר משלב פרויקט גישוש למיסוד שירותי המתורגמות. בשלב זה, אנשי הצוות הרפואי מתרגלים לשימוש בשירותי המתורגמות ומקבלים אותו כחלק אינהרנטי מהטיפול הרפואי. המוסד הרפואי מפעיל מערכת תמיכה ניהולית, מנהלית וטכנולוגית לשירותי המתורגמות. המתורגמן נתפס כחלק מהצוות, והמוסד קובע מדיניות לשימוש במתורגמן מקצועי ואיסור על שימוש בילדים כמתורגמנים.

האתגרים למימוש שלב השלישי היו:

- א. חוסר היכולת של מערכת הבריאות בארצות-הברית לשרת אוכלוסיות בסיכון ומטופלים שאינם יכולים לשלם את הוצאות הטיפול הרפואי. לפיכך, הביטוח הרפואי הציבורי בארצות הברית לא יכול לשלם על שירותי מתורגמות, והדבר מאלץ את מנהלי שירותי המתורגמות להסתגל לקיצוצים כספיים תוך ניסיון להמשיך לתת שירות מקצועי.
- ב. הקושי הפיננסי מקשה על מיסוד השירות ועל הגדרת מדיניות.
- ג. קושי לשכנע קובעי מדיניות בממשלה לקבוע סטנדרטים למתן שירותי מתורגמות.
- ד. צורך להגביר את מעורבות הקהילה בפיתוח שירותי המתורגמות.
- ה. צורך לבצע מחקרים על מנת להוכיח את הכדאיות הכלכלית והבריאותית של שירותי המתורגמות.

הזרזים למעבר לשלב זה, שנבעו מתוך הארגון, היו:

1. המשך קיומן של בעיות תקשורת בין מטופלים למטופלים בשל פערי שפה.
2. הכרת המוסד הרפואי בדמוגרפיה של המטופלים והתאמתה למטרות המוסד ולערכיו.
3. שיווק שירותי המתורגמות ככלי לצורך הגדלת ההכנסות והתחרות מול מוסדות בריאות אחרים.

הזרזים למעבר לשלב זה, שהתקיימו מחוץ לארגון, היו:

1. קיום מסגרת משפטית/חוקית לקיום שירותי המתורגמות - חוקים או מדיניות המחייבים מתן שירותים להתאמה לשונית או תרבותית, כללי אתיקה מקצועית וכו'.
2. חשש מתביעות או מקנסות עקב אי-טיפול הולם בשל היעדר תרגום.
3. לחץ מהקהילה ומארגוני סינגור למתן שירותי מתורגמות.

4. דרישה לעמידה במדדי איכות ובתהליכי בקרת איכות: מדדי בריאות מדדים למניעת מחלות, הפחתת עלויות תוך שיפור תוצאות בריאותיות, מדדים גופים המעניקים אקרדיטציה (דוגמת JACHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) וסטנדרטים של חברות הביטוח. אגר-גופטה גילה כי בחלק מהמקומות התבצע, לאחר השלב השלישי, מעבר ארגוני להתאמה תרבותית של הטיפול הרפואי. בארצות-הברית פורסמו בשנת 2000 כללים להתאמה תרבותית של הטיפול הרפואי - (CLAS – Culturally and Linguistically Appropriate Services) והם היוו בסיס לשינוי הארגוני של מוסדות הבריאות בתחום זה.

4.4.2 הקמת שירותי מתורגמנות קהילתית

בספרות נמצאו כמה מאמרים שתיארו הקמת שירותי מתורגמנות לשימוש מוסדות ציבור, אך לא נעשה בהם שימוש בתיאוריות ארגוניות על מנת להסביר את תהליכי ההקמה וההטמעה. להלן יוצגו מספר דוגמאות – מקנדה, מאנגליה ומארצות הברית, שתיארו הקמת שירותי מתורגמנות: שירות שקם מתוך הממסד, הכשרת מתורגמנים שהיתה תוצר של שיתוף פעולה של אקדמיה וקהילה.

בסוף שנות ה-80 של המאה שעברה הוחלט להקים בפרובינציית אונטריו שבקנדה שירות מתורגמנות כחלק מהתכנית לטיפול באלימות במשפחה (Abraham and Oda, 2000; Oda and Joyetter, 2003). על מנת להקים שירות שיתמודד עם האתגרים שבתרגום במצבים טעונים אלה (כאשר בן המיעוט הלשוני נאשם באלימות) בוצעה היערכות ממסדית לקראת הקמת השירות. כך, נאסף מידע מקיף אודות שירותי מתורגמנות דומים בעולם, הנושאים הנפוצים בתכנית, ציפיות שוטרים ועובדים אחרים בתכנית ממתורגמן קהילתי, ציפיות עובדי התביעה ממתורגמן קהילתי, מיומנויות ונושאים שהמתורגמן נדרש להכיר על מנת לתרגם טוב יותר, וכן נושאים הדורשים בחינה מחודשת ותיקון בקוד האתי המחייב את עובדי המשרד הממשלתי שהקים את השירות (כך למשל נקבע "חיסיון מוגבל" בכל הקשור למידע הנוגע לביטחונם של הנשים הנפגעות). נקבעו כללים לאוורור ולשיחות סיכום עם המתורגמנים, לאור הסיכון המוגבר שילקו בטראומה משנית, והנושא נכלל בהכשרת המתורגמנים (Oda and Joyette, 2003).

התכנית ניסחה תהליך לסינון מתורגמנים, על פי קריטריונים כגון היכרות עם תחום האלימות במשפחה, גישות בנושא זה, הבנת התפקיד ותחומי האחריות בעבודה ועוד. הראיונות בוצעו באמצעות הטלפון וכללו שאלות מקרים להתייחסות עבור כל קריטריון שנבדק. בהמשך נקבעו תנאי סף באשר למיומנויות הלשוניות וההכשרות הנדרשות על מנת להתקבל לתפקיד.

בהכשרה יושמו שיטות לחינוך מבוגרים, תוך שימוש בהרצאות, מצגות, עבודה בקבוצות קטנות, סימולציות ותרגילים להקניית מיומנויות. העובדים המקצועיים של התכנית היו מעורבים בהדרכות ובהצגת מסמכים שהמתורגמנים יידרשו לתרגם בעל פה במהלך העבודה (Ibid, p.

157). במקרים מסוימים, שולבו מומחי שפה לצורך תרגול מתורגמנות בלחישה ולקבלת משוב אודות רמתם הלשונית. בסוף התכנית ניתנה מטלה לכתובה בבית, ונדרש ציון מינימום של 70 על מנת להתקבל לתכנית.

פרוייקט Strengthening Access to Primary Health Care (SAPHC) הוקם בקנדה, בשנת 2003, על-ידי שתי רשתות בתחום המתורגמנות הקהילתית – Critical Link Canada ו-Healthcare Interpreting Network. הפרוייקט, שמימן משרד הבריאות הקנדי, ביצע מיפוי ארגוני של צרכי ההנגשה הלשונית, של שירותי המתורגמנות ושל הבסיס המשפטי להנגשה לשונית בפרובינציות אונטריו, קוויבק וקולומביה הבריטית. על בסיס הבדיקה, הוקמו תוכניות חלוץ למתן שירותי מתורגמנות מרכזיים, פותחו כלים לניהול סיכונים בטיפול באוכלוסיות שאינן דוברות אנגלית, ונכתבו חומרי הכשרה למתורגמנים רפואיים ולצוותים המשתמשים בהם (Hoen, Nielsen and Sasso, 2006).

שיתוף פעולה בין ארגון קהילתי המטפל בפליטים לבין אוניברסיטה וממשלת אנגליה, הוליד פרוייקט להכשרת מתורגמנים מקרב קהילות פליטים (Straker and Watts, 2003) במימון ממשלתי ואירופי. הארגון הקהילתי זכה ביתרונות שבקורס הכשרה ארוך, ברמה אוניברסיטאית, לפליטים, וכן בהזדמנות ליצור פרוייקט בר-קימא ומקצועי. האוניברסיטה, מצידה, קיבלה נגישות לסטודנטים מקהילות לא-אירופיות, והזדמנות לתרום למטרה חברתית.

קורסליס (Corsellis, 1997) היתה שותפה להקמת שירותי מתורגמנות במוסדות אכיפת החוק באנגליה, החל משנות ה-90 של המאה שעברה. היא תיארה מודל של התאמת שירותי ציבורי לאוכלוסיות מגוונות מבחינה לשונית ותרבותית, באמצעות השלבים הבאים:

1. מיפוי אוכלוסיית הצרכנים ודרישותיהם
2. תכנון השירות כך שיענה על הצרכים
3. הפצת מידע על השירות
4. חילופי מידע וקבלת החלטות משותפת עם צרכנים בודדים
5. מתן שירות
6. אבטחת איכות
7. מחקר ופיתוח

התהליך ההתאמה צריך להתבצע, לדעת קורסליס, באמצעות צוות רב-מקצועי שיכלול מומחים לתקשורת, למתן שירות, לניהול ולפיתוח. קורסליס דנה בהסתייגויות האפשרויות של עובדי המוסד הציבורי לתהליכי התאמה הלשונית, והציעה דרכים להתגבר על הסתייגויות אלה, בין השאר באמצעות גיוס דמויות בכירות ברשות המקומית לקידום הרעיון. עם זאת, תיאורה של קורסליס מתעלם ממספר מימדים, דוגמת: השפעת המגבלות שמציבה הסביבה על התאמת הארגון לאוכלוסייה רב-לשונית וכן השפעת התאמת המוסד להנגשת שירותי ציבור על רמת המקרו במדינה. בפרק ז' יוצג מודל שיתייחס לסוגיות המגבלות הסביבתיות והשפעת המוסד המותאם-לשונית על מוסדות אחרים במרחב הציבורי.

פואבלה-פורטייר (Puebla-Fortier, 1997) תיארה את הגורמים הדוחפים והמעכבים בשותפויות ממשלה-קהילה להבטחת שירותי מתורגמות רפואית. פורטייר אמנם לא השתמשה בתיאוריות מתחום הארגונים לניתוח המקרים שהציגה במאמרה, אולם היא מנתה מספר מכשולים ליישום השירותים:

1. חוסר במידע על היקף הבעיה, במידע על שירותים קיימים להנגשה לשונית ובמידע של המיעוטים הלשוניים על זכויותיהם.
 2. חסמים כלכליים: היעדר משאבים להקמת שירותים או לשכירת מתורגמים, היעדר ביטוח מקצועי למתורגמים והיעדר תקציב יעודי מוסדי לנושא התרגום (שאפשר לקבלו בחזרה באמצעות הביטוח או מהממשלה).
 3. חסמים בגישה: תפיסת שירותי מתורגמות כעול כלכלי במקום כמכשיר שיווקי, תפיסת שירותי תרגום בעדיפות נמוכה יחסית לצרכים האחרים במוסד; אווירה ציבורית המתנגדת להגירה.
- הגורמים להצלחת השותפות, כפי ששיערה פואבלה-פורטייר, היו:

1. פיתוח שותפויות יעילות: תרגום נכון של החששות והצרכים לכדי רציונל לבניית קואליציות בעלות משתתפים רבים ככל האפשר; שמירה יחסים טובים בין מנהיגי קהילות לבין גורמים בממשל.
2. שימוש במידע לצורך קידום השירות – שימוש במקרים בולטים כדי "להאניש" את סוגיית ההנגשה הלשונית; היכרות עם מודלים שזכו להצלחה במקומות אחרים; קבלת תשומת לב תקשורתית לסוגיית ההנגשה הלשונית.
3. היכרות עם ושימוש בכלים משפטיים (חוקים, יעוץ משפטי) להטמעת שירותי מתורגמות.

שער שני : ממצאים ודיון

פרק 5: גורמים ותהליכים בהקמת שירות המתורגמנות

"קול לבריאות"

בפרק זה נדון בשאלות המחקר :

1. מהם התהליכים שהביאו להקמת השירות
2. מיהם הגורמים שהשפיעו על הקמת השירות ועל עיצובו
3. מהם התהליכים המעודדים והמעכבים את הקמת השירות ואת הפעלתו

לצורך פרק זה נבחנו מסמכים פנימיים, ניירות עמדה, ותכתובות של העמותה עם גורמי-חוץ באשר להיבטים השונים של הקמת שירות המתורגמנות והפעלתו. לרשימה מלאה של המסמכים ראו בנספח מס' 2.

כעת נציג בקצרה את התפיסה התיאורטית שבבסיס ניתוח הגורמים ותהליכים בפרקים 5 – 6. אף בראייה פנים ארגונית-צרה מייצגים פעילי העמותה מגוון רחב של עמדות, דעות ואינטרסים. יו"ר העמותה, רופאה במקצועה, מכירה גם את הבירוקרטיה הרפואית הממסדית, ואת מגזר הרופאים בפרט – דרכי חשיבה, צרכים, מחסומים אפשריים וכולי; מנכ"ל העמותה, רכז הבריאות ורכזת השטח מכירים היטב את קהילת המיעוטים הלשוניים האמורה לצרוך את השירות, ואת הארגונים הרבים המטפלים בקהילה; ואילו מנהלת השירות מביאה את נקודת הראות האקדמית בנושא הנגשה לשונית של שירותים. חברי הוועד המנהל או תומכים חיצוניים בעמותה נמצאים לעתים קרובות על קו התפר שבין אקדמיה-ממסד-קהילה.

ניתוח הגורמים ותהליכים שבין העמותה בכלל ושירות המתורגמנות בפרט, לבין הסביבה החיצונית, התבצע על סמך תיאוריות בנושאי יחסי ארגון-סביבה מתחום הסוציולוגיה (פרק ד'). תיאוריות אלה מתארות את הסביבה כישות הנמצאת מחוץ לגבולות הארגון (Hatch, 1997: 63). הסביבה משפיעה על התוצאות או על התפוקות הארגוניות בכך שהיא מציבה מגבלות ודורשת התאמות, במחיר שרידותו של הארגון. הארגון, מצדו, חווה אי-ודאות מסויימת באשר לדרישות הסביבה, וכן תלות בהיבטים השונים המרכיבים את הסביבה. על-פי תיאורטיקנים ארגוניים מודרניים, התלות ואי-הוודאות של הארגון ביחס לסביבתו, מסבירים מבנים ארגוניים ופעולות של הארגון (סמואל, התשנ"ז). בסביבה החיצונית של ארגון ניתן למצוא את המגזר החברתי, התרבותי, המשפטי, הפוליטי, הכלכלי, הטכנולוגי והפיזי (Hatch, 1997: 68). המודל המתאר יחסי ארגון-סביבה אינו קשיח וניתן להוסיף או לגרוע ממנו מרכיבים, למשל עם השתנות התנאים במהלך תקופה מסוימת. כמו כן, ייתכן שהשפעתו של מגזר אחד על ארגון ספציפי גדולה יותר מאשר מגזרים אחרים.

בתהליך בחינת התהליכים שאפיינו את הקמת שירות המתורגמנות נעשה שימוש בתפיסת המודל הנטורליסטי להערכה (פרידמן, התשס"ה). המודל הנטורליסטי משמש כשאין עניין להתמקד רק

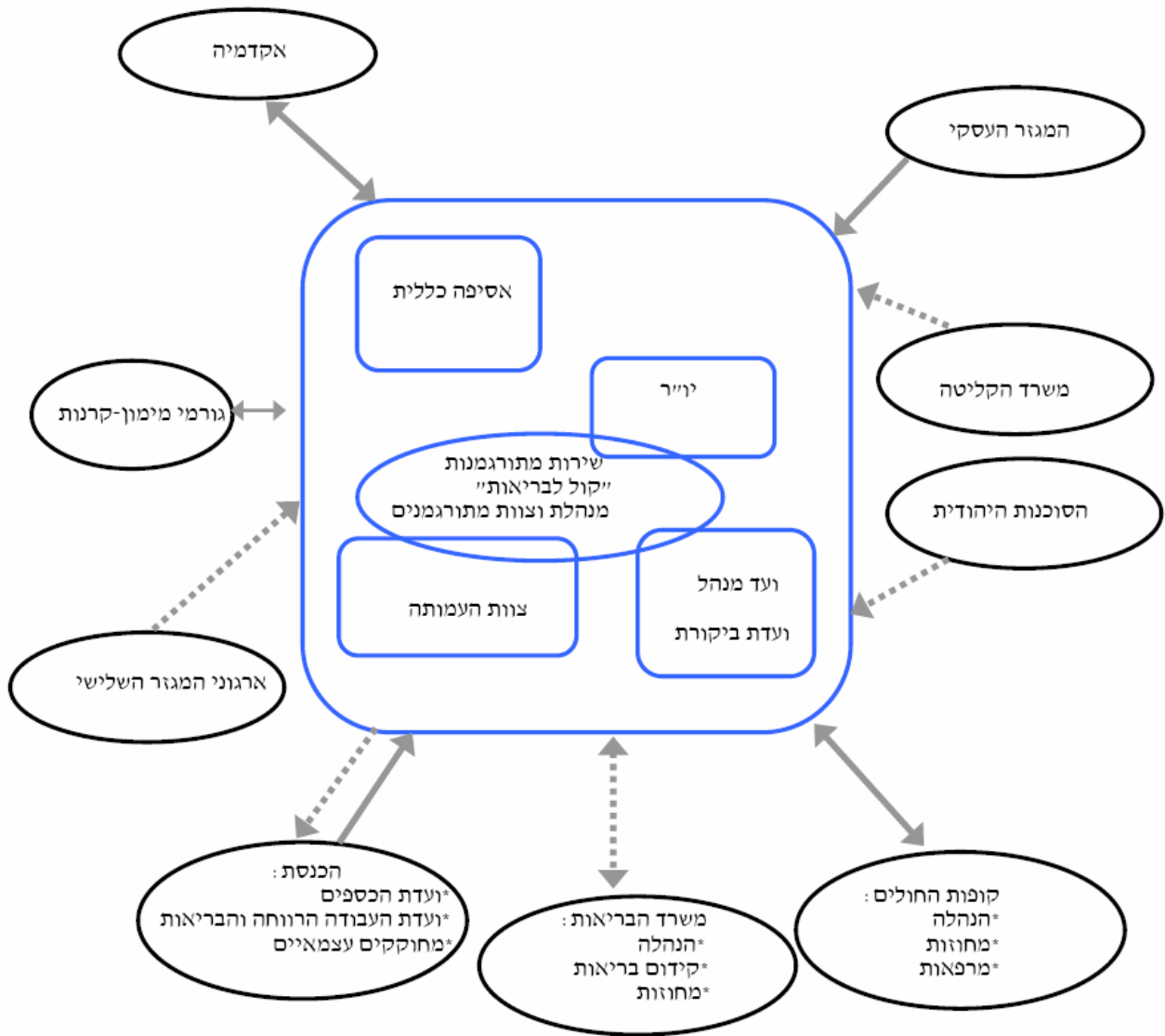
במטרותיה וביעדיה של תכנית, והחוקר מתעניין גם בעושר ובמגוון שלה; או כשמדובר בתכנית שלא נקבעו לה מטרות מגובשות וממוקדות, אלא מטרות פתוחות או "רחבות". במודל זה, החוקר גם אוסף את הנתונים, גם מנתח אותם וגם מסיק מסקנות, החוקר אינו משתמש בסקרים או בכלים פורמליים אחרים לאיסוף המידע ולעיבודו. על פי התפיסה הנטורליסטית, מבקש החוקר להבין הבנה מלאה את התכנית, את רצונותיהם של הנהנים ממנה, את הסביבה החברתית שהתכנית פועלת בה, ובהתבסס על כל אלה להעריך את הישגיה (שם, עמ' 61). אמנם מטרת מחקר זה אינה להעריך את הישגי שירות "קול לבריאות" באופן ישיר, אך נמצא שתפיסת ההערכה הנטורליסטית הולמת את אופי השירות, שנבנה על פי תכנית כללית בלבד, וכן מתוך עניין לבדוק את השירות לפרטי פרטים, מהיותו מקרה מבחן.

בניתוח יחסי "טנא בריאות" עם סביבתה בכל הנוגע לשירות המתורגמות, על פי תיאוריות המתארות יחסי ארגון-סביבה (פרק 4), מתגלה תמונה מורכבת, שבה ריבוי משתתפים ואינטרסים (תרשים מס' 2).

במרכז התרשים מופיעה עמותת "טנא בריאות" וגופיה השונים: הצוות בשכר, הוועד המנהל ויו"ר העמותה, והאסיפה הכללית. שירות "קול לבריאות", מוקד המחקר הנוכחי, מופיע במרכז התמונה, וקשריו לגופי העמותה השונים מתוארים באופן גרפי.

בסביבה הארגונית של "טנא בריאות" מופיעים הגופים הקשורים לעמותה ולשירות "קול לבריאות". גופים הקשורים בחץ רציף מקיימים קשרי גומלין עם העמותה בנוגע לשירות המתורגמות. לדוגמה: "שירותי בריאות כללית" מקבלת את שירות המתורגמות, מציבה הנחיות מקצועיות, משפטיות ומנהליות לעמותה, ומספקת את התשתית הטכנולוגית. ארגונים הקשורים בקו מקווקו לארגון מתארים קשר עם העמותה אך לא עם שירות המתורגמות. על ארגונים אלה נמנים משרד הבריאות, משרד הקליטה, הסוכנות היהודית וארגוני המגזר השלישי. חץ מקווקו בין העמותה לבין הכנסת מסמן ניסיון של העמותה להשפיע על קבלת החלטות וחקיקה בנושא הנגשה לשונית.

פרישת הגורמים המעורבים בתהליך, ובדיקת עמדותיהם השונות – אלה המוצהרות ואלה שננקטו בפועל - יוצרת מארג של צרכים, רצונות ואינטרסים שאינם בהכרח עולים בקנה אחד.



תרשים מס' 2: שירות "קול לבריאות" וסביבתו הארגונית

5.1 ממצאים: הצגת הארגון וסביבתו

5.1.1 הארגון: עמותת "טנא בריאות"

עמותת "טנא בריאות" הוקמה בסוף שנת 2006, לאחר כשמונה שנות פעילות כפרוייקט במסגרת המרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה (בתקופה זו קיבל הפרוייקט תרומות באמצעות קרן המחקרים של המרכז, אשר העניק גם תשתית מנהלית ובקרת תקציב). לעמותה מנהל וצוות בשכר, וועד מנהל הפועל בהתנדבות, ואסיפה כללית.

לפני הקמת העמותה, כלל הוועד המנהל 5 אחים ואחיות מקהילת יוצאי אתיופיה, וכן וועדת היגוי שכללה 7 - 10 אנשים (תקשורת אישית עם פקדו גדמו, 08/12/2008). בשנות פעילות הראשונות עסקה "טנא בריאות" בעיקר במתן הרצאות, באמצעות מעט משאבים וכוח אדם. עם התפתחות הפרוייקט עלו מספר רעיונות לפעילויות נוספות, ובין הועלה נושא שירות המתורגמות, בערך בשנת 2005 (שם).

ההכרה בצורך בגורם מתווך לשוני-תרבותי בין צוותי בריאות לבין מטופלים יוצאי אתיופיה קיימת בעמותה מתחילת פעילותה. הגורם המיידי להקמת הפרוייקט (שהפך לעמותה לאחר כמה שנים) היה קשיי תקשורת ופערי תרבות שחוותה מקימת העמותה, ד"ר ענת יפה, בניסיון לטפל בנערה חולת סוכרת ובתקשורת עם משפחתה. עם זאת, למייסדת הפרוייקט לא היו תכניות להקים עמותה, או אפילו פרוייקט רחב היקף:

הפעילות של העמותה התפתחה באופן מאוד הדרגתי [...] הרעיון היה למצוא פתרון גנרי אבל מקומי. [...] לי לא היו שום אמביציות. לא התכוונתי ללכת לפרוייקט. נתקלתי בסבל של ילדה [...] היא בערך היתה החולה השלישית שראיתי כשהגעתי לבית-החולים "הלל יפה", וסביר להניח שאני אתמודד במקרים אחרים כמותה, ובואו נמצא פתרון נכון.

עם השנים, צמחה פעילות הפרוייקט, ובסוף שנת 2006 הוא הפך לעמותה עצמאית. נכון לשנת 2008 עוסקת העמותה בעבודה בקהילה לקידום בריאות בנושא סוכרת, אסתמה, לחץ-דם, תזונה, פעילות גופנית ובריאות השן (מסמך מס' 69). בשנת 2008 הועברו מעל 250 סדנאות ליוצאי אתיופיה ולצוותים המטפלים בהם (תקשורת אישית עם פקדו גדמו, ינואר 2009). בנוסף, משדרת העמותה תכנית רדיו חודשית בנושא בריאות, בשפה האמהרית. במקביל לסדנאות בקהילה, עובדים אנשי העמותה במרפאות ועם אנשי מקצועות הבריאות, ומקבלים מהם מידע והתרשמויות אודות קשיי התקשורת בינם לבין מטופלים יוצאי אתיופיה.

5.1.1.1 צוות בשכר ובהתנדבות

- א. מנכ"ל העמותה – מר פקדו גדמו - יוצא אתיופיה, עובד סוציאלי בהכשרתו.
- ב. מנהלת הפרוייקט – החוקרת, גברת מיכל שוסטר - דוקטורנטית במחלקה לתרגום וחקר התרגום באוניברסיטת בר-אילן, מתמחה בתחום המתורגמות הרפואית.
- ג. רכזת שטח (גברת אתי גולסטאני, עזבה באפריל 2008 ; מאז, ממלאת אחת המתורגמות את תפקיד רכזת השטח).
- ד. רכז בריאות ארצי – ד"ר ספפה איצ'ק - אפידמיולוג הפעיל בעמותה מתחילתה, קיבל את התפקיד (שממומן על-ידי משרד הקליטה) בספטמבר 2007.
- ה. מר גדי לוי - מתנדב בנושאים טכניים, מנהליים ותקציביים.
- ו. מרצים בקהילה – מספרם של המרצים השתנה במשך השנים. חלק מהמרצים עובדים בהיקף רחב, וחלקם נותן מספר הרצאות מצומצם. מרצה אחת עובדת בהיקף משרה מוגדר, והשאר משתכרים עבור כל הרצאה בנפרד.
- ז. מתורגמים :
1. עד אפריל 2008 עבדו המתורגמים כעצמאיים, ונתנו את השירות מביתם. הצוות הצטמצם מ-18 מתורגמים שסיימו את קורס ההכשרה בספטמבר 2006, לכדי 10 שעבדו באופן קבוע, עד המעבר לשירות במספר יחיד.
 2. מאפריל 2008 – שלוש מתורגמות שעובדות ממשרדי העמותה, לסירוגין.

צוות העמותה נפגש אחת לשבועיים בממוצע לישיבות צוות. עד למעבר העמותה למשרד קבוע, התנהלו רוב ישיבות הצוות בהשתתפות יו"ר העמותה, במרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה.

5.1.1.2 הוועד המנהל

הוועד המנהל של העמותה הוקם לאחר הפיכת הפרוייקט לעמותה עצמאית. לפני כן, פעל וועד מנהל של הפרוייקט, בראשות ד"ר ספפה איצ'ק. עם הקמת העמותה נקבע כי מיסדת הפרוייקט – ד"ר ענת יפה - תשמש כיושבת-ראש למשך שנתיים, ולאחר מכן יפתח התפקיד לבחירה מחדש.

מחד גיסא, על פי הפרשנות הנהוגה לחוק העמותות (התש"מ), מקבלי שכר מהעמותה אינם יכולים להיות חברי-וועד מנהל, ולפיכך חברי הפרוייקט שקיבלו תשלום בעבור הרצאותיהם בקהילה לא יכלו לשבת בוועד⁴⁰. מאידך גיסא, מצב שבו חברי הוועד אינם מיוצאי הקהילה מנוגד לעיקרון שלפיו הקהילה צריכה לקבוע את האסטרטגיה הארגונית ולהיות אחראית עליה. לפיכך, נקבע שמקבלי השכר יקבלו מעמד של משקיפים, שיש להם זכות הצבעה, וללא נוכחות שלושה משקיפים לפחות לא תוכלנה להתקבל החלטות (תקנון עמותת "טנא בריאות", מסמך מס' 98). נכון לשנת 2008, חברים בוועד שלושה מיוצאי אתיופיה (אחד מהם שוהה זמנית בארצות-הברית)

⁴⁰ על פי סעיף 26 בחוק, ותיקונו מיוני 2007, נקבע כי שר המשפטים, באישור ועדת חוקה חוק ומשפט של הכנסת, יכול לקבוע שכר או גמול לחברי הוועד. יש לציין, שברובן המכריע של העמותות אין משלמים שכר לחברי הוועד והם עושים את תפקידם בהתנדבות.

וארבעה שאינם יוצאי אתיופיה (כולל יושבת הראש). אלה האחרונים הינם אנשי אקדמיה המעורבים בהיבטים שונים של זכויות אדם. פרט למשקיפים מהצוות השכיר הקבוע, רשומים בוועד 8 משקיפים יוצאי אתיופיה. בפועל, מכלל המשקיפים מגיעים לישיבות הוועד המנהל באופן מסודר בעיקר הצוות בשכר (מנכ"ל, רכזת שטח, מנהלת פרוייקט "קול לבריאות", רכז בריאות הקהילה ואחת המרצות).

בועדת הביקורת של העמותה מכהן ד"ר שמואל גבעון, רופא משפחה העובד ב"שירותי בריאות כללית". הוועד המנהל נפגש אחת לחודשיים-שלושה ומקבל החלטות אסטרטגיות בנוגע לדרכה של העמותה, מעורבותה בתחומים שונים וכדומה. חברי הוועד אמורים גם לפתוח דלתות לצוות השכיר במשרדי ממשלה, מוסדות בריאות, ומול תורמים פוטנציאליים.

5.1.1.3 האסיפה הכללית

באסיפה הכללית של העמותה, המונה מעל 40 אנשים, חברים בעיקר יוצאי אתיופיה. האסיפה מתכנסת אחת לשנה, מקבלת סקירה כללית על פעילות העמותה, מאשרת או דוחה את הצעת התקציב, ובוחרת את חברי הוועד המנהל. לאסיפה הכללית של העמותה לא היתה, עד כה, השפעה ממשית על דרכה ופעילותה או על בניית שירות המתורגמנות.

יצוין כי עם הקמת העמותה נעשה ניסיון לגייס חבר נאמנים - אנשים מתחום הרפואה, הקליטה, והמשפט שיתרמו מזמנם:

- לקדם פתרונות מעשיים למימוש הנגשת שירותי בריאות ברוח חוק בריאות ממלכתית וחוק זכויות החולה.
- להניע את הממסד לתמוך בפעולות אשר מאפשרות ליוצאי אתיופיה נגישות שווה לשירותי בריאות ודרכם גם למיעוטים אחרים בישראל. בכלל זה, מחויבות המדינה והקופות לממן "סל הנגשת בריאות" לעולים, שיכלול כלים להנגשה לשונית ותרבותית של הטיפול הרפואי.
- לקשור קשרים עם גורמים (ממסדיים ופרטיים) שיתמכו בפעילות העמותה. (מסמך מס' 104, 4)

מספר אנשים הביעו את הסכמתם להיכלל בחבר הנאמנים, אך פרט לקבלת עדכונים מהעמותה, באופן לא שוטף, לא הסתייעו בהם ובקשריהם לקידום פעילות העמותה.

5.1.2 הסביבה: שחקנים חוץ-ארגוניים

עמותת "טנא בריאות" - ארגון קהילתי שפועל לקידום בריאות יוצאי אתיופיה - אינה פועלת בריק ומקיימת קשרים עם מגוון גופים בסביבתה. ארגונים אלה כוללים את משרד הבריאות, המממן חלק מפעילות העמותה, משרד הקליטה ומוקדי הקליטה העירוניים וכן קופות החולים השונות. בנוסף לארגוני בריאות, קיים הפרוייקט בתחילת דרכו קשר עם כמה חברות תרופות, בעיקר חברות המייצרות תרופות למחלות הסוכרת והאסתמה (תכתובת אישית עם פקדו גדמו,

דצמבר 2008). עם זאת, לא כל הגופים שעמם מצויה העמותה בקשר גילו רצון להיות מעורבים בהקמת שירות המתורגמות הטלפוני. כמו כן, השירות הצריך קניית מוצרים ייחודיים, כגון מערכת טלפוניה, ולפיכך היה צורך לחפש שותפים חדשים.

במקרה הנחקר העניק גוף חוץ-ממסדי שירותים לגופי בריאות ממוסדים. לפיכך, לצד ההחלטות הפנים-ארגוניות שהתקבלו בעמותת "טנא בריאות", יש לבחון בצורה שיטתית את הגורמים והתהליכים החוץ-ארגוניים בנושא זה.

להלן יוצגו השחקנים החוץ-ארגוניים שהיו רלוונטיים להקמת שירות המתורגמות, בין אם במעורבות פעילה ובין אם בהיותם רלוונטיים, לכאורה, להקמת השירות. עם שחקנים אלה נמנים משרד הבריאות, שירותי הבריאות השונים ובראשם "שירותי בריאות כללית", המשרד לענייני עלייה וקליטה, הכנסת, הסוכנות היהודית, ארגונים קהילתיים, חברות כלכליות, שחקנים אקדמיים וכן קרנות וגופי מימון פרטיים.

5.1.2.1 משרד הבריאות

משרד הבריאות הוא הגוף הנושא באחריות להבטחת הבריאות לתושבי מדינת ישראל. המשרד קובע מדיניות בתחומי שירותי הבריאות והרפואה ועוסק בארגון, הפעלה ואספקה של שירותי מניעה, אבחון, טיפול, שיקום ומחקר, באופן ישיר או באמצעות מוסדות רפואיים. המשרד אחראי גם על שירותי רפואה מונעת ובריאות הציבור (משרד הבריאות www.health.gov.il).

משרד הבריאות מורכב משבע חטיבות שונות. המחלקה לשירותי בריאות הציבור, שלה קשר עם פרוייקט "טנא בריאות" מעת הקמתו, נמצאת תחת חטיבת הרפואה, ומטפלת באדם הבריא, בתחומי הרפואה המונעת האישית, הקהילתית והסביבתית, תוך הטמעת ערכי בריאות הציבור. תחת שירותי בריאות הציבור נמצאת המחלקה לחינוך לבריאות⁴¹.

כעמותה שעוסקת בבריאות בכלל ובקידום בריאות בפרט, מקיימת "טנא בריאות" קשרים עם המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות (מסמך מס' 43). יש להניח שקשריה של יו"ר העמותה, ד"ר ענת יפה כרופאה אנדוקרינולוגית ומנהלת מחלקה במרכז הרפואי "הלל יפה" סייעו לפרוייקט "טנא בריאות" מתחילת דרכו, עוד טרם הפך לעמותה. כך, כאשר נתקלה ד"ר ענת יפה בבעיה לטפל בנערה חולה סוכרת, יוצאת אתיופיה, היא פנתה לגורמים ממסדיים שנראו לה רלוונטיים להתמודדות עם הבעיה:

השלב הבא היה לנסות להתארגן עם אנשים מרכזיים בתחומים שנראו לי [הדגשה במקור] רלוונטיים לטיפול בעולה חדש, ילד, שלוקה במחלה כרונית. ולכן, כשאני ביקשתי לכנס פגישה אני ביקשתי את לשכת הבריאות המקומית, את מחלקת הרווחה של העירייה ושל בית-החולים. [...] וגם ביקשתי גם את הנציג של קופות חולים, בעיקר

⁴¹ האחראית על מגשרות "רפואה שלמה" שייכת ללשכת המשנה למנכ"ל משרד הבריאות. האחראית על מתאמות הטיפול בנשאי איידס שייכת למחלקה לחינוך וקידום בריאות (סעיף 2.6).

כללית, גם מהתחום הרפואי וגם מתחום קידום בריאות [...] נפגשנו בלשכת הבריאות של חדרה, ואני באתי פשוט עם סיפור. לא עם שום דבר. עם סיפור. אמרתי להם: הסיפור הזה הוא מקרה בודד של כלל. אני נכשלת, איך אנחנו מנסים ביחד מערכת שתצליח יותר טוב. (ד"ר ענת יפה)

לפיכך, המחלקה לקידום בריאות, והעומדת בראשה רות ויינשטיין, היו מעורבים בפעילות הפרוייקט מראשיתו. באשר לרעיון המתהווה של שירות המתורגמנות, גילתה המחלקה לקידום בריאות תמיכה עקרונית, אך ללא כל הבטחה לתקצוב.

העמותה ראתה במשרד הבריאות שותף טבעי לשירות המתורגמנות אשר יסופק למוסדות בריאות. עובדי העמותה ויושבת הראש שלה פנו פעמים אחדות לגורמים במשרד, על מנת להשיג את תמיכתו:

1. בדצמבר 2006 פנתה העמותה בבקשה לפגוש, או לשוחח טלפונית עם ד"ר בעז לב, סמנכ"ל משרד הבריאות, לצורך עדכון על השירות המתהווה וכדי להציג בקשה לקבל מימון עבורו, אך ניסיונות אלה כשלו (מסמך מס' 4).
2. בתחילת 2007 ניסתה העמותה לפנות ישירות למנכ"ל משרד הבריאות, על מנת שיתמוך בשירות ויקדם את הכנסתו לקופות חולים ולבתי-חולים ממשלתיים, וגם פה לא נשאו המאמצים פרי. (מסמכים 1 – 7)
3. בישיבת המועצה הלאומית לקידום בריאות בפברואר 2007 הוצג הפרוייקט המתוכנן, וכן ההצעה להעניק "ביטוח הנגשה" שינתן למי שעומד בקריטריונים שיקבע המשרד (גיל, מספר שנים לאחר העליה וכולי). התייחסות סמנכ"ל משרד הבריאות להצעה זו בסיכום הישיבה היתה מעורפלת:

תרגום והנגשה קריטיים גם לקבוצות נוספות אחרות. אנשי קידום הבריאות צריכים למנוע/להקטין את המצב המתפתח אצל העולים מאתיופיה. אנו צריכים לשאול עצמנו- איך אנו צריכים להתייחס לאוכלוסייה רב-תרבותית, לא ניתן לשנות אנשים, צריך להתאים את המערכות לאותן קבוצות אוכלוסייה. בארה"ב אין רישיון להפעלת שירות בריאותי ללא שירות תרגום (אשר לא מבוסס על בן משפחה). [...] יש פעילויות מאד חשובות [בקהילת יוצאי אתיופיה-מ.ש]: הגישור, והתרגום, והפעילות בנושא האיידס ויהיו פעילויות נוספות.

השאלה מי אחראי לתכלל את כל הפעילות הזו הנה מאוד משמעותית, משום שיש כאן פעילויות רב-מוקדיות וחלק מהסוגיה אשר צריך להתמודד עמה זה איך מרכזים פעילות כזו לפעילות הכי אפקטיבית.

אין פתרון אחד. [הפתרון] מורכב מהרבה בעלי עניין ו"משוגעים לדבר" ומהמבנה המורכב והבעייתי של הקהילה הזו. בוודאי שלמערכת הבריאות יש מה לעשות, אבל השאלה היא האם [...] מרכז הכובד הוא של מערכת הבריאות

או של גופים אחרים כמערכת החינוך, מערכת הרווחה והרשויות המקומיות. לא פתרנו את סוגיית האחריות. אולי הפתרון הוא בהרבה מאמצים רב כיווניים. (סיכום ישיבת המועצה הלאומית לקידום בריאות, מסמך מספר 65)

- בהמשך לישיבת המועצה, נשלחה שאילתה למנכ"ל משרד הבריאות באמצעות ח"כ חיים אורון ממפלגת מר"צ. סמנכ"ל המשרד, ד"ר בעז לב, השיב כי למרות שהמשרד סבור שיש להגביר את המאמצים להתאמה התרבותית של הטיפול ביוצאי אתיופיה, אין אפשרות לעשות זאת במסגרת המאמצים הקיימים, וכל סיוע יתקבל בברכה (מסמך מס' 66).
4. לאחר קיום קורס ההכשרה הראשון למתורגמני השירות, שרובם אנשי צוות סיעודי, ניהלה העמותה שורה של תכתובות עם מנהל הסיעוד במשרד הבריאות במטרה להכיר בקורס ההכשרה לגמול השתלמות. ד"ר שושנה ריבה, ראש מנהל הסיעוד, סירבה לאשר את הקורס כחלק מגמול השתלמות לאחים ולאחיות, בנימוקים אשר השתנו מתכתובת לתכתובת: אי הכרה בשעות הקורס שהתקיימו בסוף-השבוע, אי-קיום רצף לימודי (מסמכים מס' 20, 28), ועוד. השערת החוקרת היא שהקורס לא אושר גם בשל היעדר הכרה מצד משרד הבריאות בכלל, וממנהל הסיעוד בפרט, בקורס להכשרת מתורגמנים כמסגרת מקצועית. זאת, על אף שקורס קודם שקיימה "טנא בריאות", להכשרת נאמני בריאות, כן זכה להכרה כגמול השתלמות. למרות שהעמותה שלחה כמה ערעורים, בסיועה הפעיל של מתכנתת הקורס, פרופ' מרים שלזינגר מאוניברסיטת בר-אילן, לא אושרו השעות לגמול השתלמות. הסירוב גרם להתמרמרות משתתפי הקורס, שהם אנשי צוות סיעודי, מאחר שראו בשעות הקורס כגמול השתלמות מובטח.
5. משרד הבריאות סירב לתקצב את שירות המתורגמנות בשל סיבות שיפורטו להלן (סעיף 6.2) בשנת 2008 נשלחה בקשה רשמית לתקצוב שירות "קול לבריאות", בקשה שנענתה בשלילה (מסמך מס' 24).

לפיכך, בתרשים מס' 2 מתואר הקשר בין משרד הבריאות לבין פרויקט "קול לבריאות" כקשר פוטנציאלי בלבד, ללא תשומות ממשיות משני הצדדים. משרד הבריאות לא העביר מימון או תמיכה כלשהי לשירות המתורגמנות, לא הביע תמיכה פומבית בצורך בשירות, אך גם לא סיכל את הכנסתו למוסדות בריאות.

יצויין כי במאי 2007 נוצר קשר בין העמותה לבין תחנות לבריאות האם והילד באזור המרכז, לבדיקת מתן שירותי המתורגמנות. הפנייה לא הניבה תוצאות משמעותיות. באפריל 2008 פנתה שוב העמותה לשירותי בריאות הציבור המחוזיים במשרד הבריאות בהצעה להטמיע את השירות בתחנות לבריאות המשפחה. נכון לסוף שנת 2008 פועל שירות המתורגמנות בשתי תחנות לבריאות המשפחה (מסמך מס' 105).

"שירותי בריאות כללית", שהוקמו ב-1922 כקופת חולים כללית בשיתוף עם הסתדרות העובדים (דורון ושוורץ, 2005), הינם ארגון הבריאות הגדול בישראל. ב"שירותי בריאות כללית" כ-1,300 מרפאות, 14 בתי-חולים ומגוון שירותים משלימים.

במסגרת מחקר זה לא ניתן היה להשיג נתונים רשמיים לגבי מספר המבוטחים יוצאי אתיופיה ב"שירותי בריאות כללית". מנתונים שמסרה ד"ר דיאן לוי-זמיר, רמ"ח חינוך וקידום בריאות, עולה כי הקופה בודקת את מספר המבוטחים שאביהם נולד באתיופיה, משווה אותם לנתונים של כלל אוכלוסיות אתיופיה המתקבלים מארגון הג'וינט, ומסיקה מכך שרוב יוצאי אתיופיה בישראל מבוטחים ב"שירותי בריאות כללית" (תקשורת אישית עם ד"ר לוי זמיר, דצמבר 2008).

במסגרת המחלקה לחינוך וקידום בריאות מבוצעת התאמה תרבותית של התכנים והמסרים למגזרים השונים בישראל. ראש המחלקה, ד"ר דיאן לוי-זמיר, מעורבת בפעילות "טנא בריאות" שנים רבות, והיתה, מבחינת העמותה, אשת הקשר הטבעית בין "טנא בריאות" לבין הקופה, בכל הנוגע לקידום הטמעת שירות המתורגמנות במוסדותיה. יש לציין, כי "טנא בריאות" פנתה ל"שירותי בריאות כללית" בבקשה לדון, בין השאר, בהקמת שירות מתורגמנות, עוד בשנת 2005 (מסמך מס' 73). לא אותרו תכתובות המשך לפנייה זו.

הפתרונות שסיפקו "שירותי בריאות כללית" לנגישות טובה יותר של יוצאי אתיופיה לשירותי הבריאות, טרם הכנסת שירותי המתורגמנות הטלפוני, לא היו ברמה הארצית. בעבר, הועסקו במוקד המידע של הקופה נציגי שירות דוברי אמהרית, ובמוקד מידע בריאותי היה ניתן לשוחח עם אחות דוברת אמהרית. כיום אין אחיות דוברות אמהרית במוקד המידע הבריאותי, אך ניתן לשוחח עם נציגי שירות דוברי אמהרית בחלק משעות היום (תקשורת אישית עם ד"ר דיאן לוי-זמיר, דצמבר 2008)⁴². לצורך שיפור התקשורת במרפאות, הועסקו מגשרות בריאות ובנות שירות לאומי במרפאות. חלק מהמגשרות שייכות לתכנית "רפואה שלמה" של משרד הבריאות, ולפיכך הן עוברות הכשרה ויש להן תמיכה מקצועית. עם זאת, ההיבט הלשוני של עבודתן לא נבדק ולא מבוקר. במרפאות אחרות נשכרות מגשרות באמצעות חברות כוח אדם, ואין עליהן בקרה ופיקוח (ראו סרי, 2006). בעת הצורך, ולמעשה לעתים קרובות משתמשים עובדי המרפאות בבנות שירות-לאומי ממוצא אתיופי כמתורגמניות. בהיעדר מתווכות קבועות אלה, מסתייעים הצדדים במתווכים זמניים כגון מגשרות של העיריות, בבני-משפחה, או במטופלים אחרים יוצאי אתיופיה. באתר "שירותי בריאות כללית" אותרו רק שלושה רופאים דוברי אמהרית, אשר שניים מהם אינם דוברי אמהרית כשפת אם. יש לציין כי בקופה עובדות אחיות יוצאות אתיופיה ומספר רוקחים מקהילה זו.

⁴² בשנת 2008/2009 החליטה הנהלת הקופה לתרום לרווחת יוצאי אתיופיה גם בתחומים שאינם קשורים ישירות לתחום הבריאות, כגון בחינוך, בתעסוקה וכולי (תקשורת אישית עם ד"ר דיאן לוי-זמיר, דצמבר 2008)

בתרשים מס' 2 מתואר הקשר בין שירותי בריאות בכלל, ו"שירותי בריאות כללית" בפרט, לבין שירות "קול לבריאות" כקשר ישיר, דו צדדי. עוד על אופיו של הקשר בין השירות והעמותה לבין שירותי בריאות כללית בסעיף 5.6.4.1.

5.1.2.3 שירותי בריאות אחרים

בישראל פועלות עוד שלוש קופות חולים פרט ל"שירותי בריאות כללית" – "מכבי שירותי בריאות", "קופת חולים לאומית" ו"קופת חולים מאוחדת".

ב"מכבי שירותי בריאות" מבוטחים פחות יוצאי אתיופיה מאשר ב"שירותי בריאות כללית"⁴³. שיטת הביקור אצל רופאים שונה מעט, ודומה יותר לרפואה פרטית. מבוטחי הקופה יכולים לבחור בעצמם את רופא המשפחה, אשר לעתים מקבל את המטופלים בקליניקה פרטית ולא בסניף של הקופה. שירותי ההנגשה הלשונית לדוברי אמהרית מצומצמים – אין דוברי אמהרית במוקד הטלפוני של הקופה, ואין מגשרות בריאות העובדות במרפאות. (תקשורת אישית עם גבי ליאורה ולינסקי, רמ"ח קידום בריאות ב"מכבי שירותי בריאות", 18/12/2008)

בשל היעדר מגשרות בריאות בקופה, סברה "טנא בריאות" כי יש צורך לשלב, כבר בשלב הפיילוט של שירות המתורגמנות, גם מרפאות של "מכבי שירותי בריאות". בפברואר 2007, התקיימה פגישה עם ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות, עם אחראית קידום בריאות מחוז מרכז ועם מנהלים של שני סניפים במחוז המרכז (מסמך מס' 7).

ל"מכבי שירותי בריאות" לא היו נתונים מדויקים אודות כמות המטופלים יוצאי אתיופיה בסניפים שמנהליהם השתתפו בפגישה. לאור ההערכה כי מדובר במספר מטופלים מועט (משפחות ספורות) הוחלט בעמותה שלא להכניס מרפאות אלה לפיילוט. בסוף אפריל 2007 פנתה העמותה לאחראית קידום בריאות באזור ירושלים והשפלה, מתוך הערכה שבאזור זה עשויים להיות ריכוזי אוכלוסיה אתיופית המטופלים בקופה. העמותה לא קיבלה התייחסות לפנייה, ובדיעבד הסתבר שבשל חילופי-גברי הנושא לא טופל

בדצמבר 2007, נכנסו לשירות המתורגמנות מספר רופאים של "מכבי שירותי בריאות" במרפאה בראשון לציון. כלקח מהפעלת השירות במרפאות "שירותי בריאות כללית" עד אותו הזמן, נחתם מזכר הבנות על אופי ההתקשרות בין "מכבי שירותי בריאות" לבין העמותה (מסמך מס' 103).

נכון לסוף שנת 2008, משתמשים בשירותי המתורגמנות סניפים ספורים של "מכבי שירותי בריאות" (מסמך מס' 106).

"קופת חולים לאומית"

⁴³ כאמור בסעיף 5.1.2.2 לא הושגו נתונים מדויקים לגבי פילוח המטופלים יוצאי אתיופיה בין הקופות השונות.

עמותת "טנא בריאות" בחרה שלא להשקיע משאבים, בשלב הראשון, בגיוס מרפאות מקופה זו משתי סיבות: ראשית, מספר המטופלים יוצאי אתיופיה בקופה זו קטן יחסית; שנית, לעמותה לא היו קשרים ברמת ההנהלה ב"קופת חולים לאומית", ולכן היה קושי לקדם את הטמעת השירות באופן מערכת.

בפברואר 2008 פנתה "טנא בריאות" ל"קופת חולים לאומית" במחוז המרכז, לאחר שמתורגמנית המכירה את השטח ואת צרכי ההנגשה הלשונית, עברה בין מרפאות שבהן עבדה בעבר, וחילקה דפי מידע על שירות המתורגמנות. הסוגיה עברה לדיון בהנהלה, והאישור התקבל במהירות יחסית (בין השאר תודות לעובדה ש"שירותי בריאות כללית" כבר בדקו את הסוגיות המשפטיות ואישרו אותן עקרונית). נכון לסוף שנת 2008, מנויות על שירות המתורגמנות מרפאות ספורות בלבד של "קופת חולים לאומית" (מסמך מס' 106).

"קופת חולים מאוחדת"

ב"קופת חולים מאוחדת" אין משתמשים בשירותי המתורגמנות של העמותה. ניסיונות להציע את השירות למרפאות ספציפיות אשר מטפלות ביוצאי אתיופיה לא צלחו.

5.1.2.4 המשרד לקליטת העליה

המשרד לקליטת העליה אחראי לסיוע הניתן על-ידי מדינת ישראל, לעולים ולתושבים חוזרים. המשרד אחראי על סיוע ומעקב אחרי העולים, משלב ההתארגנות הראשונית ועד השתלבותם בכל תחומי החיים בחברה הישראלית. הסיוע בקליטה נעשה בגישה של דיאלוג ושיתוף פעולה עם העולים וארגוניהם. המשרד מנחה את מנהיגות העולים לפתח יכולת לעזרה עצמית ושירותים איכותיים, כדי להתמודד עם אתגרי הקליטה. (אתר המשרד לקליטת העליה www.moia.gov.il)

תחת לשכת המשנה למנכ"ל המשרד לקליטת העליה, פועלת מחלקה לעולי אתיופיה, שמיועדת לסייע להשתלבותם בשלבי הקליטה השונים: במרכזי הקליטה, במעבר לדיור קבע, ובמוקדי קליטה עירוניים. המשרד מציין באתר את תמיכתו במספר פרויקטים ארציים לקידום הקהילה, בין השאר בעמותת "טנא בריאות".

בסקירה באתר האינטרנט של המשרד מצוינים מספר אתגרים העומדים בפני קליטתם המוצלחת של יוצאי אתיופיה. נושא הבריאות אינו מוזכר במפורש, וכן לא נושא הנגישות הלשונית והתרבותית כגורם המקדם, או מונע, את ההשתלבות המוצלחת ואת צריכת השירותים הממסדיים.

לאור העובדה ש"טנא בריאות" הקימה שירות המקל על קליטתם של עולי אתיופיה במערכת הבריאות, הניחה "טנא בריאות" שהמשרד לקליטת עליה יהיה מעוניין להיות מעורב בהקמת

השירות ויתמוך בו כלכלית. אלא שפנייה מטעם "טנא בריאות" למשנה למנכ"ל המשרד, מר חנוך צמיר, בנובמבר 2005, לא נענתה 2005 (מסמך מס' 29, תקשורת אישית עם פקדו גדמו, דצמבר 2008). עם תחילת הפעלת השירות, פנתה עמותת "טנא בריאות" למוקדי קליטה (פרוייקט משותף של משרד הקליטה ושל הרשויות המקומיות), בערים שבהן הופעל שירות המתורגמות. במכתב הסבירה העמותה, בעברית ובאמהרית את מהות השירות, ציינה את כתובת המרפאות שבהן השירות ניתן, והדגישה את חיסיון המידע בשיחה המתורגמת (מסמך מס' 48*). בשל סדרי עדיפויות בעמותה, לא בוצע מעקב אחרי הנושא ולכן לא ברור אם הפנייה למוקדים סייעה להגביר את הביקוש לשירות מצידם של פונים יוצאי אתיופיה.

5.1.2.5 כנסת ישראל

מעורבותה של כנסת ישראל בפעילות עמותת "טנא בריאות", הלכה ולמעשה, מתבטאת במספר היבטים: הכנסת יכולה להעביר חקיקה המסדירה פתרונות של הנגשה לשונית ותרבותית בשירותי ציבור בכלל ושירותי בריאות בפרט, והיא יכולה לתקצב בפועל סכומים לפעילויות אלה.

בשנת 2005, העבירה ועדת הכספים של הכנסת, כ 450 אלף ₪ לפעילות קידום בריאות של "טנא בריאות", עוד בהיותה פרוייקט בתוך המרכז הרפואי "הלל יפה". סכום זה הועבר בסיועו של ח"כ אורון מסיעת מר"צ, בעקבות קשר שנוצר בין הפרוייקט לבינו. עם זאת, ח"כ אורון לא הצליח להפעיל לחצים פרלמנטריים ופוליטיים כדי לקדם את נושא ההנגשה התרבותית והלשונית בבית המחוקקים, במשרד הבריאות או ב"שירותי בריאות כללית". בשנת 2007, הכינה "טנא בריאות" מסמך רקע לדיון, בנושא ההנגשה התרבותית בטיפול הרפואי בישראל, מתוך תקווה שח"כ אורון יציג את הסוגייה בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת (מסמך מס' 47). בפועל, המסמך לא הובא לדיון.

לנוכח העובדה שנושאים רבים מקודמים בכנסת רק באמצעות לוביסטים מקצועיים, נבדקה ב"טנא בריאות" האפשרות לשכירת שירותי משרד לובי, לקידום נושא ההנגשה הלשונית והתרבותית בכנסת. הצעה זו נפסלה עקב העלות הגבוהה הכרוכה בשכירת השירות.

5.1.2.6 ארגוני המגזר השלישי

בפעילותה השוטפת, מקיימת "טנא בריאות" קשר עם מספר מועט של ארגונים מהמגזר השלישי. העמותה חברה באיחוד הארגונים של יוצאי אתיופיה, ואף זוכה למימון מסויים לטובת שירות המתורגמות, באמצעות ארגון זה.

שותפויות נוספות עם ארגונים קהילתיים מתקיימות על בסיס אד-הוק, לצורך פעילות או פרוייקט מסוים. בהקמת "קול לבריאות" בוצעה פנייה לעמותת "יד שרה", אשר מספקת ציוד ושירותים רפואיים, לצורך בדיקת שיתוף פעולה בהפעלת המוקד הטלפוני (מסמכים מס' 4, 25). פרט לכך, לא נקשרו שותפויות מהותיות עם ארגונים נוספים מהמגזר השלישי, לצורך קידום שירות "קול לבריאות"

5.1.2.7 הסוכנות היהודית

הסוכנות היהודית, שהיא הגורם הקולט את עולי אתיופיה עם בואם לארץ, היתה מעורב בעקיפין במימון שירות המתורגמנות, באמצעות איחוד הארגונים של יוצאי אתיופיה.

במרץ 2007, פנתה "טנא בריאות" לעובדים בכירים באגף הקליטה בסוכנות היהודית. הפנייה נעשתה מתוך רצון להטמיע את רעיון שירות המתורגמנות בקרב העולים, עוד בשהותם במרכזי הקליטה ולקראת מעברם למגורי קבע. להלן המחשה של הקושי שחווים העולים במעבר למגורי קבע, מתוך דיון שנערך בנושא בכנסת:

לפני שבועיים הייתי ביפו כיוון שהרבה משפחות נכנסו לשם ומצאתי אותם בבעיה קשה כי אין שם מתורגמנים, אין מי שיעזור להם. [...] אנשים צריכים להגיע ליפו, הם לא יודעים איך להגיע לשם. הליווי ממרכז הקליטה לדירי קבע הוא דבר חשוב מאוד. אנשים נשברים ונקלעים למשבר כשהם יוצאים מהחממה של מרכז קליטה, וצריכים להתמודד לבד.

(אברהם נגוסה, הפרוייקט הלאומי של יוצאי אתיופיה, פרוטוקול ועדת הקליטה של הכנסת, נובמבר 2006)

בפגישה עם מנהל אגף הקליטה בסוכנות היהודית, הועלה הרעיון לשלב את שירותי המתורגמנות במסגרת תכנית הסוכנות לסייע לעולים במעבר ממרכז הקליטה למגורי קבע. על פי הרעיון, יוצג שירות המתורגמנות הטלפוני לעולים עוד במרכז הקליטה, כך שיוכלו לדרוש אותו, ולנצלו, עם קליטתם במגורי קבע ובמרפאות קבועות. בפועל, הפגישה לא נשאה תוצאות ממשיות.

5.1.2.8 המגזר העסקי

קשרים בין ארגוני המגזר השני (המגזר העסקי) לארגוני המגזר השלישי, זוכים לתהודה גוברת מאז אמצע שנות התשעים של המאה שעברה. המושגים "אחריות חברתית", "תרומה לקהילה" ו"קשרי קהילה", משווקים בחברות, שחלקן אף ממנות לנושא עובד ייעודי. חברות תרומות מתוך רצון לקדם את הקהילה, מתוך רצון לזכות להכרה ציבורית, ומאחר שתרומות לחלק מהארגונים מוכרות לצרכי חישוב מס.

בתחילת פעילותה, נהתה "טנא בריאות" מתמיכה, בכסף או בשווי כסף, ממספר חברות תרופות. המימון שימש להפקת חומרי הסברה לקהילת יוצאי אתיופיה, לרכישת ציוד ולאירוח אירועים של הפרוייקט (תקשורת אישית עם פקדו גדמו וענת יפה, דצמבר 2008).

"טנא בריאות" פנתה למספר חברות עסקיות, בבקשת שיתוף פעולה להקמת שירות המתורגמנות. חלק מהמשאבים שהתבקשו היו שירותים וחלקם תרומות בכסף או בשווה כסף. כך, לדוגמה, פנתה העמותה לחברות המספקות שירותי טלפוניה סלולרית (תקשורת אישית בין

ד"ר ענת יפה לבין חברות סלולר, 2006), לחברות המספקות שירותי מוקד טלפוני או בונות מוקדים מסוג זה, וכן לגוף המתמחה. בהדרכת צוותי בריאות לשיפור מיומנויות תקשורת. בנוסף, פנתה העמותה לחברת תרופות, בבקשת תרומה. פרט לתרומה של הוצאות אירוח בהשתלמויות המתורגמנים, לא הצליחה "טנא בריאות" לקבל תרומות מהמגזר העסקי.

5.1.2.9 שחקנים אקדמיים

חוקרים ואנשי אקדמיה היו מעורבים בפעילות "טנא בריאות" מאז ייסוד הפרוייקט. ד"ר ענת יפה ציינה כי גורמי אקדמיה "הביאו ידע עצום, והיו שותפים למספר תהליכים ופעילויות של "טנא בריאות", בכלל זה בהפקת חומרי הסברה לקהילת יוצאי אתיופיה ולצוותי בריאות, במחקרים על מצבם הבריאותי ואופן צריכת שירותי הבריאות של העולים. ד"ר נורית גוטמן, שהיתה שותפה למספר פעילויות בשנים הראשונות לפעילות "טנא בריאות", ציינה:

[אני] לא יודעת מה תרמתי אבל ניסיתי שזה יהיה יותר סיסטמתי. ניסיתי להביא אנשים לחזק את הפן הזה [הקהילתי]. הצד האקדמי יכול לקדם כי הוא נייטרלי, בלי אינטרס. אפילו אינטרס אקדמי אין לי – אין לי פרסומים. אפילו אם תסתכלי מבחינת גרנטים בארצות הברית – הם נותנים לשותפויות אקדמיה-קהילה-ממשלה. אנחנו האקדמיה מביאים ערך מוסף. זה הפוך ממה שאומרים על מגדל השן. אנחנו רואים, מקשיבים, קשובים - אני מדברת על אנשים חברתיים, אנשים מתחום קידום בריאות ואקדמיה. אנשים טרודים בבירוקרטיה ואנחנו יכולים לבוא עם המודל שיכול לעזור. יש לנו מיומנויות, אנחנו יודעים להתנסח. לדעתי הרבה ארגונים קהילתיים משתפים אנשי מדעי-החברה. יש לנו בהחלט ערך מוסף. (ד"ר נורית גוטמן)

בניתוח חומרי המחקר, עולה כי מעורבות האקדמיה היתה גורם משמעותי בהתפתחות שירות המתורגמנות. שלושה פעילים בעמותה ציינו את המפגש עם האקדמיה כרגע שבו הוחלט ב"טנא בריאות" להוציא לפועל את רעיון שירות המתורגמנות, בשיתוף חוקרות מתחום התרגום:

הרעיון התגבש יותר כשהיינו בכנס בבר אילן שמיכל [שוסטר] ופרופסור מרים [שלזינגר] יזמו. הן באות מתחום התרגום. גייסנו אותן לרעיון וזה תפס תאוצה. הכשרנו 18 אחים/אחיות לתחום התרגום. (פקדו גדמו)

היתה הבקשה שלכן שאני אבוא לתת הרצאה, ונתתי את ההרצאה וגם השתתפתי בכנס ולמדתי בו המון. ואז זרקתי לכן את הכפפה שאתן הרמתן בקלילות. (ד"ר ענת יפה)

אף שהרעיון הועלה כשנה לפחות לפני קיום הכנס בנושא הנגשה לשונית לשירותי בריאות באוניברסיטת בר-אילן, זכרה רכזת השטח שהרעיון יצא לפועל כשהחוקרת הגיעה ל"טנא בריאות".

קול לבריאות קם כשאת [החוקרת] באת. אני לא חושבת שמישהו חשב על זה לפני כן.

כשהיינו בכנס בבר אילן עם פרופ' שלזינגר. אז זה התחיל. אף אחד לא חשב על קול לבריאות. יכול להיות שזה התבשל אצלה [אצל ד"ר ענת יפה] בראש, והיא דיברה עם 2 - 3 אחרים, ואז בכנס זה עלה למעלה. (אתי גולסטאני)

ייתכן שהמרוואיינת שכחה שרעיון שירות המתורגמנות הועלה כשנה לפני השתתפות פעילי "טנא בריאות" בכנס, אולם בנרטיב שלה, תחילת השירות מסומנת בהשתתפות בכנס "מה הגשר", גיבוש הרעיון, ובעקבותיו צירוף החוקרת לצוות הפרוייקט.

ד"ר ענת יפה התייחסה לאפשרות ש"טנא בריאות" לא היתה נחשפת לתחום המתורגמנות המקצועית:

את רוצה את התשובה האמיתית? אני אגיד לך את התשובה האמיתית – היינו עושים את זה. אבל היינו עושים את זה בצורה פחות מקצועית. כי בעצם, מהדברים שחשבנו שצריך לעשות אותם אחד אחד, עשינו את הכול. כשכתבנו במסקנות שצריך לעשות ככה וככה וככה, אנחנו הלכנו לפי המסקנות [...]. ידענו שאנחנו רוצים לעשות את זה. היינו עושים קורס מתורגמנים? מן הסתם לא. היינו עושים בקרת איכות? מן הסתם לא, האם היינו עושים ביטוח? מן הסתם לא.

גם מנכ"ל העמותה, פקדו גדמו, מסמן את המפגש עם האקדמיה כנקודת מפנה, לפחות בכל הנוגע להכשרת המתורגמנים. התקבלה החלטה להמשיך עצמאית, ללא תמיכה ישירה של הקופות או משרד הבריאות, ואז היתה הפגישה עם החוג לתרגום:

אז בסוף 2006 תחילת 2007 הוצאנו קורס. הרעיון התגבש אחרי שהיינו בכנס בבר אילן, שמיכל ופרופ' מרים יזמו. ככה נקשרנו לשתייהן – הן באות מתחום התרגום. גייסנו אותן לרעיון וככה זה בעצם קיבל תאוצה והכשרנו כ-18 אחים, אחיות ואנשים מתחום הרפואה כמתרגמים טלפוניים.

פירוט נוסף על מעורבות חוקרים מהאקדמיה, ראו בסעיף 5.2.5, אודות הכשרת המתורגמנים הטלפוניים.

5.1.2.10 קרנות וגופי מימון פרטיים

מאחר ש"טנא בריאות" לא הצליחה לזכות במימון מהממסד, להפעלת שירות המתורגמנות (פרט למימון הכללי שקיבלה מוועדת הכספים של הכנסת), היה עליה לגייס כספים מקרנות ומתורמים פרטיים. גיוס משאבים היו פעילות המצריכה ידע ומיומנות, ואלה לא היו בתחילה ברשות צוות העמותה (למעט ייעוץ מארגון שתי"ח שקיבלו, בנפרד, מנכ"ל העמותה ומנהלת שירות המתורגמנות).

התחרות בין ארגוני המגזר השלישי בישראל על הגופים התורמים גדולה מאוד. לעמותה לא היתה תשתית מספקת לגיוס כספים בחו"ל (פרט לגורם פרטי, אשר יכולתו לגייס כספים בהיקף

גדול היתה מוגבלת). במהלך השנה הראשונה להפעלת השירות בוצעה פנייה ל- 11 קרנות, ל- 4 חברות התומכות בפעילות בקהילה, חברות המספקות שירותי טלפוניה וכן לכמה תורמים פרטיים המתעניינים בקידום סוגיות בריאות בישראל:

טנא בריאות עומדת להפעיל, לראשונה בישראל, שירות מתורגמות באמצעות הטלפון, לשימוש מטופלים יוצאי אתיופיה והצוות הרפואי. מאחר שמדובר בשירות חדשני וניסיוני אנו זקוקים לתמיכה בשנה הראשונה לפעילותו, עד שנקבל תמיכה מגופים מוסדיים (בעיקר מקופות החולים ובאמצעות חקיקה בנושא). (מתוך פניה לקרן פרטית, שנת 2007)

מימון ראשוני מקרן פרטית אפשר לשירות לפעול בשנה הראשונה, אולם היה צורך לגייס תרומות נוספות. עוד על פעילויות הנוגעות למימון השירות, ראו בסעיף 5.2.3.

5.2 תהליכים בהקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות"

- בבחינת חומרי המחקר זהו שבעה תת-תהליכים עיקריים בתהליך הכולל של הקמת השירות. חלק מהנושאים חופפים מבחינה כרונולוגית, ולכן אין להתייחס אליהם כשלבם עוקבים.
1. העלאת הרעיון: פערי השפה והתרבות והשפעתם על הטיפול הרפואי ביוצאי אתיופיה היו נהירים לפעילי "טנא בריאות" מאז הקמת הפרוייקט ב-1998. מחקר שיזמה "טנא בריאות" הציג את השלכות פערי התקשורת בין מטפלים לבין מטופלים על איכות השירות, והמליץ, בין השאר, על הקמת שירות מתורגמנות. עם זאת, נדרשו מספר שנים לגיבוש מבנה השירות ומתווה הפעלתו.
 2. גיבוש מבנה שירות המתורגמנות וגיוס שותפים: על פי המתווה המקורי, היתה העמותה אמורה להעסיק שלושה מתורגמנים כוננים, אשר יענו בסדר אקראי, בטלפון נייד, על שיחות ממרפאות. המתורגמנים היו אמורים לשמש כמתווכים לשוניים אך גם לספק למטופלים ייעוץ בנושאים שאינם רפואיים ספציפיים. עם הזמן, ומעורבות גורמים נוספים בבניית הרעיון, שונה המתווה כמעט לחלוטין. "טנא בריאות" פנתה לשותפיה במערכת הבריאות, בכלל זה במשרד הבריאות ובקופות החולים, על מנת להקים ועדת היגוי לצורך הקמת השירות. בשל הבדלים בתפיסות בין הגופים, לא התקדם שיתוף הפעולה בקצב שהלם את צרכי העמותה ואת רצונותיה. גיוס השותפים נמשך לאורך כל תקופת הפעלת הפרוייקט
 3. מימון: "טנא בריאות" קיבלה מימון לתכניות קידום בריאות ליוצאי אתיופיה מועדת הכספים של הכנסת, והועידה חלק ממנו לשלבים הראשונים של שירות המתורגמנות. לאור העובדה שמשרדי ממשלה לא תמכו כלכלית בשירות המתורגמנות, היה צורך לגייס תרומות ממקורות אחרים.
 4. עיכובים בדרך להפעלת השירות: מאז שהתוותה העמותה את מבנה השירות וצורת הפעלתו ופנתה לשותפים פוטנציאליים, ועד להפעלת השירות בפועל, חלפה מעל לשנה. סעיף זה ינתח את תפיסות השחקנים השונים באשר לתקופה זו, ואת הסיבות לזמן שחלף מהפגישות הראשונות ועד להפעלת השירות במרפאה הראשונה.
 5. חבירה לאקדמיה והכשרת מתורגמנים: "טנא בריאות" חברה לחוקרות מתחום התרגום, תוך קבלת החלטה להפעיל את השירות באופן עצמאי, במקביל לתהליכי קבלת ההחלטות במוסדות הבריאות כיצד להטמיע את השירות ובאילו מרפאות. בוצע תהליך לאיתור מועמדים מתאימים, ונבנה קורס הכשרה בן 5 ימים, שתוכן והועבר על-ידי חוקרות ומרצות מתחום התרגום והמתורגמנות, בהשתתפות מומחים מתחום הרפואה, הסוציולוגיה והבלשנות. לאחר ההכשרה הראשונית עברו המתורגמנים, במהלך עבודתם, שלוש השתלמויות-המשך, וזכו לתמיכה מקצועית שוטפת. בפברואר 2008, בעקבות תהליכים שונים בעמותה (ראו סעיף 5.7) הוכשר צוות חדש של מתורגמנים, שהחלו לעבוד ממשרדי העמותה.
 6. הפעלת השירות בשלב החלוץ: "טנא בריאות" החליטה לספק את השירות למספר מצומצם של מרפאות למשך מספר חודשים. בחירת המרפאות נעשתה בחלקה על סמך

קשרים מקצועיים והתעניינות של מנהלי מרפאות בשירות, ובחלקה על פי המלצות הנהלת "שירותי בריאות כללית". שלב זה היה רצוף קשיים, חוסר-תיאום ואי-הבנות בין העמותה לבין הגופים השונים בשירותי הבריאות. שירות המתורגמנות החל לפעול, במתכונת ניסיונית, במאי 2007. שבע מרפאות של "שירותי בריאות כללית" הוכנסו בהדרגה לשירות. לפני הכניסה לשירות עבר הצוות שבכל מרפאה הדרכה קצרה אודות השירות והשימוש בו. עד אפריל 2008 בוצעה ההתקשרות ישירות לבתי המתורגמנים, ללא תיווך מוקד טלפוני כלשהו (מאויש או אוטומטי). המתורגמנים התבקשו למלא דוחות על כל שיחה, והצוות התבקש לתעד את השימוש במתורגמן בתיק המטופל או בטבלה. בחלק זה יתוארו תהליכים פנים-וחוץ ארגוניים בהפעלת השירות. ללא מערכת טלפונית המאפשרת בקרת שיחות, בוצעה הבקרה השוטפת על השירות באמצעות דוחות שמילאו המתורגמנים, שיחות משוב בעל-פה, ומשובים מהצוות המטפל. במקביל, ערכה העמותה הערכה מלווה לשירות. המחקר הנוכחי מתמקד בתהליכי הקמת השירות ולא יעסוק בהרחבה בהערכת הפרוייקט, שהיא נושא ראוי לבדיקה לכשעצמו.

7. התמסדות ארגונית: החל מאפריל 2008 פעלה העמותה משרד קבוע, דבר שאפשר תהליכי עבודה מקצועיים ומבוקרים יותר מבעבר. במסגרת זו הועסקו בעמותה מתורגמנים קבועים, שנתנו את השירות ממספר טלפון אחד במשרד העמותה. בנוסף, נקבע כי העמותה תנסה להרחיב את מעגל המשתמשים בשירות התרגום למרפאות נוספות ב"שירותי בריאות כללית", לשירותי בריאות נוספים ולמוסדות בריאות שאינם שייכים לקופות (כמו למשל תחנות לבריאות המשפחה, בתי-חולים ממשלתיים ופרטיים, ועוד).

בסעיפים הבאים יידונו השלבים 1 – 7 לעיל, תוך שימת דגש על הגופים המשתתפים, והגורמים הדוחפים והמעכבים בשלבי ההקמה.

5.2.1 הרקע להקמת שירות המתורגמנות

פערי התקשורת בין יוצאי אתיופיה לבין הממסד הרפואי מוכרים כמעט מיום העלייה לישראל, ומתועדים בסיפורים מהשטח ובמחקרים (אולמן 2007; בורגנה, 1987; מרציאנו, 1994; נודלמן, 1986; סרי, 2006), עם זאת, רוב המחקרים, למעט מחקרה של סרי (2006), אינם מעלים את הצורך בפתרונות מקצועיים לגישור על פערי השפה.

אחד המרואיינים ניסח את הקשיים שאפיינו את מתן השירותים ליוצאי אתיופיה:

אני תמיד חוזר ומזכיר שלקחו אנשים שחיו בתקופת אבותינו, שמו אותם במכונת זמן שקוראים לה הרקולס או בואינג ובארבע שעות הקפיצו אותם אלפיים שנה קדימה. והם צריכים לגשר על הפער וזה כמעט בלתי-אפשרי, בייחוד למבוגרים שביניהם. הצעירים כבר הדביקו את הפער. לדאבוננו יש הרבה בעיות. אבל המבוגרים לא מצליחים [...] ההורים נעשו תלויים בילדים במקום שהילדים יהיו תלויים בהם.

תפיסות העולם של המטופלים לא בהכרח דומות לתפיסות עולם של הרופאים. ואם הרופאים לא מתחברים לתפיסות העולם של המטופלים שלהם, אז הם מחמיצים כמובן לפעמים את [...] עיקר הבעיה מפני שלא מתחברים לעולם התוכן של המטופלים. על אחת כמה וכמה כשיש גם קשיי שפה. אז זה מכפיל ומשלב ומעצים את הקושי הזה. אה, ולכן שירות כזה של תרגום עשוי במידה זאת או אחרת לגשר על הפערים האלה. [...] ורופא המשפחה שמכבד את עצמו, ולמד במערכת שלנו, מנסה לזהות את זה. אז בוודאי כשיש קשיי שפה וקשיי, או פערים גדולים בתפיסות העולם, אז אם אין לו תקשורת ממש טובה עם המטופל אין סיכוי רב שהוא יזהה את זה. כך ששירות כזה בהחלט יכול לגשר על הפער. (ד"ר שמואל גבעון)

בניתוח החומרים במחקר הנוכחי עולה כי אין אחידות-דעות באשר לרגע המדויק שבו עלה הרעיון להקים את שירות המתורגמות.

5.2.1.1 הכרה אינטואיטיבית של הצורך בשירות מתורגמות

חלק מהמראיינים, בעיקר פעילי העמותה יוצאי אתיופיה, ציינו כי היו מודעים לצורך בשירותי מתורגמות מהיותם חלק מהקהילה שחוותה קשיים בנגישות לשונית, וכחלק מעבודתם מול אנשי הקהילה:

מבחינת מקצועית אני חשבתי שזה רעיון מאוד יפה. [...] אנשים צריכים לקבל את האינפורמציה על מחלות כרוניות אחד על אחד. הרבה פעמים הייתי הולכת להרצאות, עם מרצים והיו עולות שאלות. אני לא מבין את השפה.... אני אין לי כסף לתרופות...אין אני יכול לבצע את מה שהרופא אומר לי. כל מיני שאלות שצפו בשטח, ואנחנו לא יכולנו לעזור להם. עשינו כאילו לא שמענו. [למרות ש]כמובן שהתייחסנו לחלק מהשאלות. (אתי גולסטאני)

הרעיון עלה לפני כשנתיים וחצי-שלוש בערך [בשנת 2005-מ.ש.]. כל הפרוייקט הזה התחיל בנושא של סדנאות מניעה לסוכרת. ראינו שאנחנו לא מספיקים להגיע להרבה מאד אנשים גם כי אנחנו מוגבלים במשאבים וגם ביכולות שלנו להגיע לכל אחד ואחד. וחשבנו על איך אנחנו יכולים לתרום יותר כאשר אנחנו יודעים שיש רצון רב בקהילה לנושא של בריאות. אז חשבנו על הנושא של תקשורת המונית, שדרכה נוכל להגיע ליותר אנשים, וגם הגענו לנושא של תרגום כי נתקלנו בהרצאות באנשים שיש להם חוסר תקשורת עם הצוות המטפל, עם הרופאים. (פקדו גדמו)

הפער בשפה גדול ומשפיע מעל הכול על הקהילה. לכן לא מצליחים לנצל את שירותי הבריאות. גם הצוותים ואנשי המשרדים המטפלים הכירו את הבעיה. השפה כתרבות. העברת קודי התרבות לצוותי בריאות. יש הבדל עצום בין התרבות של יוצאי אתיופיה ותרבות והטכנולוגיה הישראלית. (ד"ר ספפה איצ'יק)

גם עבור ד"ר נורית גוטמן, שהיתה שותפה לקידום התכנים הקהילתיים של "טנא בריאות" היה החיבור לנושא המתורגמות טבעי, מעצם העבודה עם הקהילה, ובפעילויות משותפות עם מגשרי הבריאות:

מבחינת העמותה עצמה הם עבדו המון עם מגשרים של רפואה שלמה. חלק גדול מהפעילויות בקהילה נעשו בשיתוף עם המגשרים, שעבודתם כוללת תרגום וגיבור תרבותי. עקרונית כמובן שגם הצוות של טנא בריאות עצמו מודע וחי את המציאות הקשה של המגרים מאתיופיה שלא מכירים את השפה ועומדים מול הצוות הרפואי שלא מבין. זה אחד הרציונלים של טנא בריאות. מבחינת הקפיצה לתרגום, אני לא יודעת. אני כבר לא הייתי בקשר עם טנא בריאות. זה פתאום הפך ממשוהו קהילתי למשהו בין רופא לחולה למרות שזה השתלב עם כל הידע שהיה להם על איך לוקחים את ההויה והחיים של יוצאי אתיופיה ומפגישים עם משהו מאוד שונה. נראה לי שענת סחפה אבל נראה שזו רק התרשמות שלי. (ד"ר נורית גוטמן)

לדברי ד"ר נורית גוטמן, נראה שהעמותה שינתה כיוון פעילות במעבר מפעילות לקהלים גדולים, לסיוע לתקשורת בין מטופל למטופל ברמת הפרט, אולם גם שינוי זה הלם את תפיסת העולם של "טנא בריאות" שגישרה בין תרבות המטפל לתרבות המטופל

5.2.1.2 העלאת הצורך בשירותי מתורגמות כתוצאה ממחקרים

במחקר שיזמה עמותת טנא בריאות, לרגל עשור לחקיקת חוק בריאות ממלכתי, נבדקה צריכת שירותי בריאות על-ידי סוכרתיים יוצאי אתיופיה בהשוואה לסוכרתיים שאינם יוצאי הקהילה (טולדנו ואח', 2005). במחקר נערכו ראיונות עם צוותי בריאות ועם המטופלים. המחקר כלל בדיקה של מדדים בריאותיים מתוך תיקי מטופלים, וכן תצפיות וראיונות עם מטופלים, צוותי מרפאות ומגשרי בריאות. אחת ההמלצות בסיכום המחקר היתה הקמת שירות מתורגמות טלפוני, שיסייע לתקשורת בין המטופלים לבין המטופלים. להלן התייחסותה של יו"ר העמותה, ד"ר ענת יפה, באשר לקשר בין המחקר המדובר לבין הקמת שירות המתורגמות:

המחקר [לניצול שירותי בריאות של סוכרתיים יוצאי אתיופיה – החוקרת] קיבל אה מימון מהמכון הלאומי. ואז, למדנו מה היתרון של מגשרים וגם מה החסרונות של מגשרים. וחלק גדול מזה היה הנגישות, [ו]היה קושי מסוים [להיעזר בתקשורת ב]מישהי שיושבת בקהילה ונמצאת במקום, דבר נוסף היה, ההגדרה המאוד רחבה של התפקיד שלה, שלא אפשרה לה להתעסק בדיוק, בלהגיד לי, מה המטופל רוצה ממני ולמה הוא מצפה ממני ולהגיד לו מה אני רוצה ממנו. [...]ואז חלק מהמסקנות היה שצריך לעשות מתורגמות, זרקנו את הרעיון של מתורגמות באמצעות הטלפון. (ד"ר ענת יפה)

בשנת 2005/6, אסף סטודנט לרפואה עבור "טנא בריאות" נתונים איכותיים באשר לאופי הטיפול ביוצאי אתיופיה במספר מרפאות קהילתיות של "שירותי בריאות כללית".⁴⁴ להלן יובאו כמה התייחסויות לנושא התקשורת בין מטופלים למטפלים, אשר מציגות את הפערים בתקשורת ואת הפתרונות הרצויים והמצויים. ברוב המקרים מצוטטים דברי המרואיינים כלשונם, למעט תיקונים לשוניים וסגנוניים קלים (מסמך מס' 108).

מגשרות ואנשי צוות רפואי במרפאות מנו מספר תחומים שבהם מטופלים יוצאי אתיופיה נתקלים באי-הבנות מול המרפאה בכלל ומול הצוות בפרט:

1. מהות תפקידם של רופאים מומחים (למשל נוירולוג, רופא עיניים). באתיופיה לא הכירו הרופאים התמחויות שונות, וכל הרופאים היו רופאים כלליים. מטופל יוצא אתיופיה, בן 75, ציין שאינו מבין "למה הם לא יכולים לטפל בי במקום אחד", והנסיעה למקומות שונים (מוסדות בריאות) מעייפת אותו.
2. הוראות לפני בדיקות – בהקשר זה ניתנה הדוגמה הבאה: כדי לאבחן סוכרת, המטופל נדרש לצום 12 שעות לפני הבדיקה. המטופל לא אכל, אבל בבוקר הבדיקה שתה תה עם סוכר. כשהתוצאות היו חיוביות הרופא שאל את המטופל אם אכל משהו, והמטופל השיב שלא. הרופא שאל אם הוא שתה משהו בבוקר. החולה ענה ששתה תה. הרופא שאל האם הוסיף סוכר והוא אמר שכן.
3. פענוח תוצאות של בדיקות מעבדה.
4. קריאת הוראות על קופסאות תרופות.
5. טיפול על פי זמנים קבועים – משטר דיאטה, נטילת כדורים.
6. משטר תרופות ככלל – מטופלים שנוטלים יותר מדי אנטיביוטיקה או כלל לא נוטלים את התרופות שנרשמו להם.
7. טיפול במחלות כרוניות – מטופלים מתקשים להבין את מהותן של מחלות כרוניות, בניגוד למחלות אקוטיות. לדוגמה, אם שלא נתנה לבנה את התרופות לאסתמה כי לא רצתה שיתמכר להן; מטופל שסבור שהרופא אינו טוב מאחר שאינו מצליח לרפא אותו מאסתמה; מטופל שלא חידש את מלאי התרופות למחלתו הכרונית, משום שלא הבין שיש לקחתן באופן קבוע.
8. תפיסת הרפואה המונעת.
9. תיאור תלוי-תרבות של כאבים – מטופלים יוצאי אתיופיה מתארים אופן ותדירות של כאב בצורה שונה מתיאורים של מטופלים שאינם מהקהילה. מטפלים מציינים רבות את העובדה שמטופלים אינם מתארים את הכאב באופן ממוקד, אלא טוענים ש"כואב לי בכל הגוף", או במקום שונה מהמקום הפיזיולוגי הממשי של הבעיה. כך לדוגמה, איש שמתלונן על כאב במרכז החזה. הוא חושב שיש לו כאבי לב ומבקש טיפול. בבדיקה עולה שמקור הכאב בבטן, ועל המטופל להימנע מכמה מאכלים כדי לטפל בו. אך הוא מסרב להאמין שאין לו כאבי לב. כך גם עם כאבי פרקים כשאנשים מתלוננים על "שוברים לי

⁴⁴ הנתונים, שאסף סטודנט לרפואה, היו אמורים לשמש להפקת סרטון וידאו בנושא קשיי התקשורת בין יוצאי אתיופיה לבין צוותי המרפאות, אולם לבסוף לא נעשה בהם שימוש.

- עצמות" – תופעה שאין לה הסבר רפואי. או תיאור שבעיני הרפואה המערבית הינו כללי מדי (כואב לי כל הגוף, כואב לי כל הראש).
10. אמונות תלויות-תרבות באשר לגורמים לא-פיזיולוגיים של כאב (כישוף וכולי).
 11. מנהגי נימוס ודפוסי עקיפות שונים מאשר אלה שמכירים המטפלים. עם זאת, ניכר מהראיונות שהצוות כבר מכיר חלק מדפוסי העקיפות של המטופלים, כמו ביטויי ההסכמה כדי לרצות את המטפל⁴⁵, או מטופלים שאינם דורשים מידע נוסף על מנת להבין יותר.
 12. מחלות וסימפטומים שלא היו מוכרים ולא טופלו באתיופיה (דיכאון, למשל).
 13. חלוקת התפקידים במרפאה (מטופלים פונים לאחיות במטלות שאינן בהגדרת תפקידן; מטופלים שחושבים שכל אנשי הצוות במרפאה הם רופאים)
 14. אי הסבר מספיק על פעולתן של תרופות, או על שינוי משטר תרופות. אמונות שונות באשר ליעילותן של תרופות (כדורים בהשוואה לזריקות).
 15. אי-הבנה של מסמכים רפואיים (חוות דעת מקצועיות, מרשמים וכולי)
 16. תחושת קיפוח חזקה (ממשית או מדומה).
 17. שימוש בבנות שירות לאומי – אחד מהרופאים סבר שבנות השירות, אשר סייעו בתרגום, היו יותר מדי "ישראליות" ולא הבינו את המטופלים.
 18. קושי במילוי טפסים ושאלונים. טפסים שלא מועברים לרופא או לא חוזרים למטופל גורמים לעיכוב בתהליכים בירוקרטים, ומתסכלים את שני הצדדים.
 19. אי ידיעה של המשפחה על מחלת המטופל – אדם סירב לקחת תרופות לטיפול באיידס (מתוך אמונה שהכל מידי אלוהים) ונפטר. למשפחה נודע על מחלתו רק לאחר מותו, והם כעסו שהמרפאה לא מסרה להם את האבחנה.

הצוותים בראיונות אלה, שבוצעו ב-2004, השתמשו במגשרות, בבנות שירות לאומי, בעובדת המשק, במטופלים אחרים או בבני משפחה ובייחוד בילדים כמתורגמנים. נראה שחלק מאנשי הצוות היו מודעים לבעייתיות שבשימוש בילדים, וניסו להגביל אותה אם כי לא לאסור עליה כליל. רופא ילדים ציין היה צריך להסביר לילדים בני 6 – 7 כיצד להשתמש בתרופות שלהם, מאחר שלא הצליח לתקשר ביעילות עם ההורים. רופאה אחרת סיפרה כי היא משתמשת רק בילדים מעל גיל 12 כמתורגמנים, ו"אם יש משהו רגיש (כמו HIV) היא מבקשת שירותים ממישהו מבוגר יותר שאינו קרוב משפחה לתרגם". רופאה אחרת הביעה רוגז על כך שילדי המטופלים צריכים להיעדר מבית הספר על מנת לתרגם להוריהם.

המגשרת באחת המרפאות התייחסה לבעייתיות שבשימוש בילדים כמתורגמנים:

קשה לילדים לתרגם את המונחים, ויש קונפליקט כי הילדים רוצים שהוריהם יהיו בסדר. אז לא מגלים את כל הפרטים להוריהם. ההורים מתביישים לדבר על

⁴⁵ תופעה זו, שאנשי צוות רפואי מכנים לעתים "אישי, אישי" ("בסדר, בסדר" באמהרית) מוזכרת לעתים קרובות כאחת מבעיות התקשורת המהותיות בינם לבין מטופלים יוצאי אתיופיה.

בעיות רפואיות כמו חוסר תיפקוד מיני וכולי. מביך ומפחיד כי הילדים צעירים מדי להבין את מה שה"רופאה" עושה ("מה את עושה לאמא שלי?")

המרואיניים במחקר – מטפלים, מטופלים ומגשרות - ציינו את המקרים שבהם, לדעתם צריך להשתמש במתורגמן שזה תפקידו, אם כי בתשובותיהם ניכר כי השתמשו במונח "מתורגמן" בהתייחס למגשר או למגשרת, ולא לתפקיד המתורגמן הרפואי כפי שמוגדר ופועל במדינות אחרות.

- כל מטופל אתיופי צריך מתורגמן, אפילו לדובר עברית שלמרות יכולתו לא תמיד מבין את תפיסת מערכת הבריאות המערבית.
- סיוע לאמהות טריות.
- שכנוע בנחיצותו של טיפול מסויים (חשיבותה של דיאטה, למשל).
- הסבר אופן נטילת תרופות.
- פענוח תוצאות בדיקות.
- כלי לשכנוע לקבלת טיפול.
- מתן הסברים על הבירוקרטיה הישראלית, בקופת החולים (קביעת תורים, סל התרופות) אך גם מחוצה לה (המוסד לביטוח לאומי או העירייה, למשל)
- הדרכת צוותי הבריאות בדפוסי פניה וטיפול ביוצאי אתיופיה:
 - מגשרת מייעצת לרופאים להציע למטופלים אקמול או שתיית מים, אף אם אינם זקוקים לתרופת מרשם, על מנת שהמטופל ירגיש שהוא מקבל כבוד כבן-אדם.
 - ציפיות המטופל מהמטפל – מטופלים יוצאי אתיופיה מצפים שהרופא יבדוק אותם בדיקה מלאה (ולא על הבגדים), וכן שישתכלל בעיניו בעת הביקור.
 - אם יש מטופל שמבקש תרופה או זריקה, המגשרת מיידעת את הרופא עוד לפני הביקור כדי שהוא יידע להציע למטופל משהו, אפילו אקמול.

נראה, כי המגשרת במרפאות ביצעה תפקידים שהינם הרבה מעבר לתרגום גרידא. היא מסרה מידע (רפואי ואחר) אך גם ביצעה הדרכות, שכנוע ופיוס⁴⁶. לדברי החוקר, עובדת המשק, אשר הוזמנה לעתים לתרגם למרות שלא ראתה במטלה כחלק מתיאור תפקידה, ציינה, כי אם מטופלים מכעיסים אותה, היא לא עוזרת להם כי זה [תרגום] לא בדיוק התפקיד שלה.

על אף השימוש בסוגי מתווכים שונים, הרי שתחומים מסוימים לא נתפסו בתחום אחריותו של המתורגמן-המגשר:

⁴⁶ בעת עיצוב השירות התנהל דיון בין תפיסת העמותה, שנטתה ליחס למתורגמן גם תפקידי מידע, גישור וסינגור – מתוך ההסתכלות על המטרה הסופית של התרגום שהינה מטופל אשר ממלא את הוראות הטיפול ושומר על בריאות - לבין תפיסת העוסקות בתחום המתורגמות – אשר סבורות שיש להציב גבולות לתפקיד המתורגמן.

"הרופא מבקש מהמגשרת לקחת אחריות על המטופל הזה כדי שהוא יקבל את זריקתו. היא מסרבת ואומרת שזה לא התפקיד שלה – היא תשתדל אך לא רוצה אחריות"

"ילד ואמא נכנסים למגשרת. האם חוששת שיש לילד שלה ענבל יותר מדי גדול שחונק אותו. האם רוצה שהילד ייבדק, ואם לא היא תיקח את הילד לרופא מסורתי להסיר את הענבל. המגשרת ממליצה לה לתת לו אקמול ולא ללכת לרופא השני⁴⁷ [על פי המסורת הענבל יכול לחנוק את הילד או לגרום לו לאכל יותר או פחות מדי⁴⁸]

על פי התצפית, נראה שהמגשרת נטלה על עצמה תפקיד של רופאה ולא מעבירה את המידע לרופא.

באחת התצפיות, סופר על מגשרת שנתפסה בעיני הצוות כסנגורית של המטופלים ולא כנייטרלית או כאשת צוות ופוטרה. מגשרת אחרת נתקלה בביקורת מצד הצוות, בשל אותה הסיבה:

"... פיטרו אותה בגלל שהיא תמכה במטופלים יותר מדי. היא [המרואינת] חושבת שזה קרה כיוון שהיא הבינה את כאבם יותר בגלל שהקשיבה לתלונותיהם באמהרית." (רופאת משפחה)

"...היא לא מצאה חן בעיני הצוות בגלל ש'היא לקחה את הצד שלהם [המטופלים]'. היא... המליצה לעשות דברים, חלקה איתם [עם הצוות] על הטיפול – כולם לא היו תפקידה. בסוף פיטרו אותה. [...] המתורגמנית/מגשרת החדשה היא הרבה יותר טובה, אך לפעמים 'היא עושה אותו דבר – היא תומכת בהם במקום בנו'."

אחד הרופאים שרואיינו במחקר סבר שהמגשרת "רוצה שנעשה הרבה בדיקות וצילומים כדי שהם יקבלו כסף מהביטוח הלאומי". הוא הביע תסכול מהעובדה שהמגשרת מסרבת לרשום את שמה לצד תלונות של מטופלים, שהיא תרגמה. בגלל שהיא חוששת מבעיות משפטיות. הרופא סבר שהוא מגן על המגשרת בהיותה חלק בצוות, ושאלם היא סירבה, משמע שהיא "לא בצד של הצוות".

לסיכום, הנתונים האיכותניים מהמחקר שביצעה העמותה בשנת 2004 מראים בבירור קשיי תקשורת ופערי תרבות בין נותני הטיפול למטופלים יוצאי אתיופיה. כמו כן, קיים חוסר בהירות באשר לתפקידו של מתורגמן, וכן ביקורת מסוימת על תפקידה של המגשרת וגבולותיו, והכישורים הנדרשים ממנה כדי לבצעו. אחת המגשרות התבטאה כי "לפעמים קשה לרופאים להבין למה זה לוקח הרבה זמן לה לתרגם דברים 'פשוטים' [...] הם לא מקבלים כמה זה קשה לתרגם, לפעמים אין מילה באמהרית." המראיין שקיים את התצפיות התרשם שהמגשרות נתונות לעתים קרובות בקונפליקט בין התפקוד המקצועי לבין השיוך לקבוצת המיעוט. הצוות ציפה מהן שיתרגמו רעיונות, יסבירו לאיש הצוות מה המטופל רוצה ואפילו ישתתפו, במידה מסוימת,

⁴⁷ הכוונה לרופא המסורתי.

⁴⁸ כך הערת המראיין במקור.

בקבלת החלטות. מאידך, השיוך האתני שלהם, יכולתם להבין את המטופל וידיעת תרבותו קישרו אותן למטופל עצמו. כאשר היה קיים קונפליקט בין המטפל למטופל, המגשרת מצאה עצמה במצב קשה.

במחקר, לפי ד"ר יפה, הכירו החוקרים את יתרונות המגשרים ואת חסרונותיהם. חלק גדול היה הנגישות, קושי מסוים מבחינת ההיכרות, ההגדרה הרחבה מאוד של התפקיד שלא אפשרה לה לעסוק בתקשורת נטו – להעביר מסרים וציפיות בן הצדדים. עם זאת, שני המרואיינים במחקר הנוכחי שהיו שותפים למחקר בשנת 2004 (ד"ר ענת יפה וד"ר שמואל גבעון) לא מאוחדים בדעותיהם בעניין זה. ד"ר גבעון טען ששמע על שירות המתורגמנות רק מצוות העמותה, לאחר הקמתו. למיטב זכרונו, המחקר דיבר על שיפור התקשורת באופן כללי, והוא לא זכר שהוצגה המלצה מעשית להקמת שירות מתורגמנות טלפונית בנוסף, לדידו, התרגום המבוקש אינו רק ברמת שפה אלא ברמת תפיסות עולם. ד"ר יפה לעומתו, ציינה במפורש (יפה, 2006) כי אחת מהמלצות המחקר היתה הכשרה, הפעלה ופיקוח של שירות תרגום ופירוש, באמצעות הטלפון, ליוצאי אתיופיה. ייתכן, שחוסר האחידות בנקודה זו נובע מהעובדה שהמחקר לא פורסם באופן רשמי, למעט בקובץ המחקרים לרגל עשור לחוק שירותי הבריאות.

בין אם קיימת סתירה בנוגע לרקע הנקודתי להקמת השירות, הרי שמרגע שעלה הרעיון, הוא החל לקרום עור וגידים בהובלת יו"ר העמותה והצוות בשכר.

בעקבות פעילות העמותה והמחקר שבדק את ניצול שירותי הבריאות של יוצאי הקהילה, החליטה העמותה להקים "קו חם" שישמש כשירות מתורגמנות וגם כקו ייעוץ, בדומה לתכנית הרדיו בנושאי בריאות שמפעילה העמותה. יש לציין, ששירות זה לא היה ההמלצה המרכזית לייעול התקשורת וניצול שירותי בריאות, אלא חלק מסל המלצות. דגש רב יותר הושם, למשל, על העברת מסרים בתקשורת ההמונים – לדוגמה בתכניות רדיו וטלוויזיה.

5.2.1.3 היכרות עם פתרונות להנגשה בחו"ל

חלק מההשראה להקים שירות מתורגמנות מקצועי עלה בעקבות ביקור לימודי של פעילי העמותה בארצות-הברית:

ב-2003 היינו בארה"ב בסיור לימודי – כדי לראות איך מטפלים בבני מיעוטים בעלי אחוזים גבוהים של סכרת – אפרו-אמריקאים, אסיאתיים. גם שם הרעיון הזה עלה, כי ראינו איך מטפלים שם באנשים, כי הנושא של תרגום מפותח שם מאד. ואז הרעיון עלה שם, בין היתר. כשחזרנו לארץ לקחנו את זה כמטרה שאנחנו רוצים ליישם כאן בארץ. ניסינו לעבוד על זה עם שותפים נוספים – קופות חולים, משרד הבריאות. גיבשנו איזשהו חומר ראשוני וידענו שאנחנו רוצים לעשות [תרגום-מ.ש.]. טלפוני. כי גישור בתוך הקופות כבר קיים, אבל אנחנו יודעים שזה לא מספיק. (פקדו גדמו)

תומכי הפרוייקט, מהאקדמיה ומהממסד, הכירו פתרונות ממוסדים להנגשה לשונית הפועלים בחו"ל:

אני זוכרת מהפוסט בדוקטורט בבית ספר לרופאה בניו ג'רזי, בבית-חולים בעיר מאוד מעורבת [...] איפה שאת לא מסתובבת תמיד היה שלט גדול של שירותי תרגום בעשר שפות. קוריאנית, וייטנאמית, סינית, ספרדית, פורטוגזית. הפוסט דוקטורט שלי היה עם בוב לייק⁴⁹. היתה מודעות מאוד גבוהה בנושא שפה וזכויות מטופלים, שיהיה מישהו שמדבר בשפה שלהם. אבל לא דיברתי איתה [עם ד"ר ענת יפה] הרבה על זה. זה היה מובן מאליו. ענת היתה חדורה בדברים האלה כבר מההתחלה. אולי מאינטואיציה. גם בסבב המרפאות שעשינו במחקר שלה דיברנו עם רופאים ורוקחים כולם דיברו על התסכול. (ד"ר נורית גוטמן)

בשנים אלה התפתח פרוייקט "טנא בריאות" מבחינה נושאית והתפשט מבחינה גיאוגרפית, ולפיכך לא זכה, ככל הנראה, נושא המתורגמנות לטיפול מעמיק.

⁴⁹ פרופסור רוברט לייק (Like) הוא רופא ואנתרופולוג רפואי, מתמחה בנושאים הנוגעים להלימה תרבותית. בין השאר, היה פרופ' לייק שותף לניסוח 14 הכללים להתאמה תרבותית של מערכת הבריאות בארצות-הברית (CLAS Standards).

5.2.2 גיבוש מבנה שירות המתורגמות וגיוס שותפים

מאז שנת 2005 החלו פעילי "טנא בריאות" להעלות (בכתב ובעל-פה) את רעיון שירות המתורגמות. מבנה השירות וצורת הפעלתו לבשו מספר גלגולים עד לגיבוש הסופי.

בתכנית העבודה שניסחה "טנא בריאות" לקראת שנת 2006, נקבע כי אחד מהפרוייקטים המתוכננים יהיה:

פיתוח שירות "קו חם" אשר יאויש על-ידי אנשי מקצוע בתחום הסייעוד. הקו יאפשר תקשורת מילולית בין מטופלים ומטפלים אשר יושבים במרפאת הקהילה וזקוקים לתרגום ולהבהרת תכנים שונים. בנוסף, נאפשר פניה של מתקשרים שלא דרך המרפאה להבהרה של הנחיות אשר נמסרו על ידי צוות מטפל ולא היו ברורות למטופל די צרכן (מסמך מס' 58).

שירות המתורגמות המתוכנן הופיע בסעיף מספר 4 בתכנית, ולא היה לו מתווה מוגדר או תקציב. מהתיאור עולה שנוסף על התיווך הלשוני והבהרת תכנים, היו נותני השירות ב"קו החם" אמורים לספק מידע רפואי וכללי, ישירות למטופלים. ניתן להשוות שירות זה להתייעצות עם אחות הנהוגה בחלק מהמוקדים הטלפוניים של קופות החולים השונות.

מתן שירות המתורגמות תוכנן באופן הבא: איש הצוות היושב במרפאה יתקשר למספר טלפון נייד, והשיחה תנוטב לאחר מ-20 מתורגמנים. השיחה תנוטב בתחילה על פי סדר התורנים שייקבע מראש (שלושה כוננים במשמרת). אם המתורגמן לא יענה לאחר מספר צלצולים מוגדר, תועבר השיחה לאחר מהתורנים האחרים, ללא סדר קבוע (תקשורת אישית בין ד"ר ענת יפה לבין חברות תקשורת, אוגוסט 2006). הסדר השימוש בטלפונים ניידים תוכנן לענות על שני צרכים: עידוד מתורגמנים לעבוד בעבודה שלא תחייב אותם לשבת בבית, וכן ההסדר שהיה ל"שירותי בריאות כללית" עם אחת מחברות הסלולר, שהוזיל את עלות השירות. מתווה המענה באמצעות טלפון סלולרי טומן בחובו מספר בעיות:

1. איכות שיחה מטלפון סלולרי טובה פחות, והמתורגמן תלוי באורך חיי הסוללה (Kelly, 2008a)
2. בעיה אתית - שיחה מטלפון סלולרי עלולה לחשוף תכנים רגישים לאוזני אנשים הנמצאים בסביבה, באם המתורגמן ישוחח שלא מביתו.
3. ביצוע השיחה במקום שאינו קבוע אינו מאפשר למתורגמן להשתמש בכלי עבודה כגון דף ועט לרישום, מילונים, אינטרנט וכולי.
4. תיעוד השיחות בעייתי, מכיוון שהשיחות מבוצעות למספר רב של מכשירים.
5. תיעוד השיחה בעייתי גם משום שחלק מדוחות השיחות יירשמו בדיעבד, אם המתורגמן ישוחח שלא מביתו.
6. קיימת סכנת קרינה עקב שימוש בטלפון סלולרי במשך שעות ארוכות.

"טנא בריאות" סברה שהמתורגמנים צריכים להיות בעלי ידע בנושאי בריאות – מחלות והגורמים להן, תרופות וטיפולים, וכן היכרות של מערכת הבריאות. הבחירה באחים ובאחיות לצורך ביצוע עבודת התרגום נבעה, ככל הנראה, מכמה סיבות:

1. פעילי "טנא בריאות" הגיעו מתחום הסיעוד, מאז הקמת הפרוייקט.
2. ד"ר ענת יפה, מקימת העמותה ורופאה, סברה שמתורגמן צריך להכיר את סיפור המחלה המערבי על מנת לתרגם באופן מדויק לאיש הצוות:

סיפור מחלה הוא דבר קריטי. מי שנותן תרגום מילולי ולא יודע מה זה סיפור מחלה, ואיך מתרגמים סיפור מחלה בין תרבויות, לא יוכל לעשות תרגום טוב. יש בזה כמובן גם קשיים כי העולם של האחים והאחיות הוא בכל זאת שונה מהעולם של האנשים שלא יודעים לדבר עברית. ואנחנו מניחים שהם מסוגלים להבין את סיפור המחלה שלהם, ולהעביר אותו לפסים של סיפור מחלה ישראלי מערבי, בלי לטעות. שזו הנחה שעובדת ברוב המקרים אבל היא לא הנחה נטולת שגיאות. אני חושבת שהתיקון שעשינו בלקחת מישהו שקרוב לעולם הבריאות וחי את זה שנים רבות. זאת אומרת לא ללכת למישהו שיש לו יכולות בי-לינגווליות מדהימות אבל שום קשר לעולם הבריאות, ולסיפורי מחלה. כי אחרת תמיד אתה תקבל סיפורים של מישהו אוכל הפוך כשהוא מתכוון להקאה, או מישהו, שהמקרר שלו ריק והוא מתכוון לזה שהוא לא מסוגל לסבול את אשתו בבית. אבל יש גם תרבות של מחלה. תרבות של בריאות. ומי שלגמרי לא מכיר את זה, בעיקר אם הוא מכיר את האתיופית אבל הוא לא מכיר מה המקבילה שלה בתרבות שלנו, יקשה עליו לעזור לי. (ד"ר ענת יפה)

"טנא בריאות" תכננה לתת את השירות באמצעות מתורגמנים שיעברו הכשרה לתפקיד זה. ההכשרה המתוכננת היתה באמצעות "הדרכה פרונטאלית ותרגול מעשי של "קבלת שיחות ומענה הולם", בשפה האמהרית (על פי התכנון המדריכים שאינם דוברי אמהרית היו אמורים לקבל תרגום לעברית של התכנים). אורך הקורס המשוער היה כיומיים, כולל לינה. המימון לקורס ההכשרה הגיע ממענק של ועדת הכספים של הכנסת, שהתקבל ב"טנא בריאות" בשנת 2005 ויועד לפרוייקטים של הנגשת שירותי הבריאות לקהילה. בהמשך היה צורך לגייס כספים נוספים להפעלת השירות – בכלל זה תשלום למתורגמנים ומימון התשתית הטכנית – מתוך הבנה שיהיה על העמותה לספק, לפחות בשלב הראשון, שירות חינוך למרפאות.

התקציב המשוער של שירות המתורגמנות כלל מימון לסעיפים הבאים:

- צוות מאייש – 3 כוננים ליום, מתוך צוות של 20 מתורגמנים, שישתכרו 150 ₪ למשמרת; מזכירה מתאמת בהיקף 4 שעות שבועיות/
- סדנת הכשרה בסיסית ו-2 השתלמויות המשך בשנה.
- 20 טלפונים ניידים (לשיחות נכנסות בלבד).
- פרסום (מסמך מס' 29).

התקציב המשוער, על פי המתואר לעיל, היה כללי ביותר, ולא כלל הנחיה מקצועית, מערכת לניתוב שיחות, או רכיב של הערכת הפרוייקט. מכאן ניתן לשער שתכנון שירות המתורגמות היה בקווים כלליים בלבד, ומתכנניו לא בחנו לעומק מודלים הפועלים במדינות אחרות, ולא הכירו במורכבות העיסוק במתורגמות טלפונית. התרגום הוצע כשיטה מעשית לאפשר תקשורת בין אנשים, מבלי להכיר את הדקויות שבעיסוק זה:

אני חייבת לומר שכל הדקויות של הבאגים שבתרגום של מתורגמן זר, ומתורגמן בן-משפחה, לא היו לי ברורים עד שלא הגעתי לכנס שלכם [הנגשת שירותי בריאות למיעוטים לשוניים-החוקרת]. חלק מהמסקנות [של המחקר טולדנו ואחי' 2005 – החוקרת] היה שצריך לעשות מתורגמות, זרקנו את הרעיון של מתורגמות באמצעות הטלפון. (ד"ר ענת יפה)

בתכנון הפעילות בנושא שירות המתורגמות ניתן לראות קווי דמיון לשיטה שבה הוקם הפרוייקט עצמו: זיהוי בשטח של צורך, פניה לגורמים שותפים בתחום הבריאות, שיתוף גורמי אקדמיה, הקמת ועדת היגוי ופריסה בשטח. נחזור לדבריה של ד"ר ענת יפה בנושא הקמת הפרוייקט:

השלב הבא היה לנסות להתארגן עם אנשים מרכזיים בתחומים שנראו לי [הדגשה במקור] רלוונטיים לטיפול בעולה חדש, ילד, שלוקה במחלה כרונית. ולכן כשאני ביקשתי לכנס פגישה, אז ביקשתי את לשכת הבריאות המקומית, את מחלקת הרווחה המקומית של העירייה ושל בית-החולים, את האחראי על קליטה שהיה נציג משרד הקליטה וכמה רכזים חברתיים מקומיים, את המנהלת של סניף ביטוח לאומי [...], נציגי קופות חולים, בעיקר כללית, גם מהתחום הרפואי וגם מתחום של קידום בריאות, וגם סיעוד. ביקשתי שלושה נציגים. [...] נפגשנו אז בלשכת הבריאות של חדרה ואני באתי עם סיפור. לא עם שום דבר. ואמרתי שהסיפור זה הוא מקרה בודד של כלל. [...] איך אנחנו מנסים ביחד לבנות מערכת שתצליח יותר טוב. הגיבוש האקדמי של הנושא הקהילתי הגיע יותר מאוחר.

כאשר הוחלט על הקמת שירות המתורגמות והייעוץ, שכונה אז "הקו החם", כינסו פעילי הפרוייקט, בעיקר ד"ר ענת יפה ופקדו גדמו, גורמים מתחום הבריאות והאקדמיה, לצורך חשיבה משותפת ולהקמת ועדת היגוי. הגורמים הממסדיים שהשתתפו בישיבה, בעיקר הצרכנים והמממנים הפוטנציאליים, התייחסו בחיוב עקרוני לשירות, אולם היו להם מספר השגות על אופי השירות ואופן ההקמה:

ענת דיברה על קו חם. אני דיברתי על משהו אחר אמרתי לפי דעתי לא צריך [קו] חם. לא שלא צריך אלא זה לא הכיוון. קו שיאפשר תרגום סימולטני. ולא לקרוא לזה [קו] חם. כי אז זה משהו שעונה מתוך המקצועיות. ענת [...] המשיכה להשתמש במושג ואני "עקרתיי" אותו. חשבתי מה יותר בוער. משהו שמאפשר לתקשר במערכת הבריאות

ואפשר לשרת את הקהל בצורה הכי מקצועית. שיניתי את הכיוון של הדיון. (ד"ר דיאן לויין-זמיר)

מהתבטאותה של ד"ר לויין-זמיר ניכר שממסד הבריאות חשב על שירות שיתאים יותר לצרכיו כפי שנתפסו על-ידי מנהלת המחלקה לקידום בריאות – שיפור התקשורת המתווכת ולא מתן מידע רפואי. לבסוף, ויתרה "טנא בריאות" על מתן שירותי ייעוץ ומידע והתמקדה במתן שירותי מתורגמות באמצעות הטלפון.

בתחילת תהליך החשיבה על הפרוייקט שותפה, כאמור, נציגת משרד הבריאות, רות ויינשטיין. היא סברה שהרעיון הולם, אולם שיש לנהל את התהליך באופן הפוך: קודם כל לקבל התחייבות מקופות החולים שהן מעוניינות להשקיע בפרוייקט, ורק אחר כך לפתח את ההכשרה ולהתחיל להפעיל את השירות:

אני הייתי בצוות החשיבה, כשהם דיברו [?!] על זה פעם ראשונה. וכשהתחלנו לגלגל איך ומה [...] תראי אני רציתי שזה יעבוד קצת הפוך. [...] לענת יפה היה חלום [...] לענת יש באמת חזון ו"דרייב" והיא מצליחה. והיא גם מצליחה לגייס כספים שאני לא יודעת איך, אבל באמת היא באמת לא מרפה. כשהיא הביאה את זה לקבוצה קטנה שזה כלל את קופות החולים, אני ועוד כמה [משתתפים] רצינו קודם שזה יעבור את הקופות. קודם שהקופות יגידו שהם רוצים ומוכנים להשקיע בזה, ואז לעשות את הקורס הכשרה. וענת חשבה אחרת. היא לא רצתה לחכות היא רצתה קודם לעשות את הקורס הכשרה והיא אמרה אחרי שיש אנחנו איכשהו נמצא את הכסף. ומאוד יכול להיות שהיא צודקת. אין לי, באמת אין לי, אני לא חושבת שיש פה נכון או לא נכון. אני רציתי לעשות את זה יותר אה, [נאנחת] אולי בירוקרטי אבל יותר עם כל ההסכמות וכל ה Loose ends הכל קשור כבר, ואז להתחיל עם ההכשרה של המתורגמים.

על פי תפיסתה של רות ויינשטיין, נראה שהעמותה פעלה על פי הקצב שהכתיבה יו"ר העמותה, יכולת השכנוע שלה ויכולת גיוס הכספים, ולא עם התהליכים שהממסד רצה לקבוע, שכללו קבלת אישורים, התחייבויות כספיות ורק לאחר מכן הפעלה בפועל. בדבריה של המרואיינת ניכר ההבדל בין צורת הפעילות של עמותה קהילתית, לבין אופי החשיבה והפעילות של משרד ממשלתי, תוך ההכרה שייתכן שהבחירה להקים את השירות ללא תמיכת הממסד היתה נכונה בדיעבד.

לאחר ההעלאה הראשונית של הרעיון מול נציגי הממסד, החל גיבוש מבנה השירות המתוכנן, שכלל ירידה לפרטים משפטיים וטכניים.

בהמשך לזריקת הרעיון עשינו מפגשים עם דיאן, שהיא אשת הקשר העיקרית שלי בתחום הזה⁵⁰ מול כללית, ועשינו אפילו מפגש אחד, אם אני לא טועה, עם פרופ' יונה

⁵⁰ הדגשה במקור.

יפה, ונורית, והיה אפילו מפגש אצלי במחלקה, עם העברת מכתבים, עם דיאן שהעלתה שאלות מאוד נכונות לגבי הכשרה, לגבי ביטוח, לגבי סודיות רפואית. דיאן לקחה את הנושא ופרטה אותו לתחומים שבהם צריך לטפל על מנת להפוך את זה לפרוייקט שהוא בר מימוש. (ד"ר ענת יפה)

ישיבות העבודה הראשונות בנושא שירות המתורגמות נערכו ב"טנא בריאות" בהשתתפות נציגה ממשד הבריאות ונציגה של "שירותי בריאות כללית", שתיהן בכירות בתחום קידום הבריאות, המכירות את פעילות העמותה במשך שנים רבות (מסמך מס' 67). שתיהן סברו שעקרונית נדרש שירות כזה, אך לא הציעו מימון או תמיכה מקצועית וארגונית, אם כי נציגת "שירותי בריאות כללית" היתה מעורבת מאוד בגיבוש מבנה השירות, במיפוי הצרכים בשטח, בקבלת האישורים המשפטיים הדרושים. וכך תיארה ד"ר לוי-זמיר את חלקה בתהליך: "אני במקביל בדקתי את כל ההיבטים המשפטיים כאן בכללית ניהלתי דיונים עם הלשכה המשפטית, ניהול סיכונים, וגם עם המוקד הארצי פה, אולי, ועשינו ראיונות טלפוניים עם אנשי מקצוע של "כללית" שמנהלים מרפאות של יוצאי אתיופיה". בשלב כלשהו, כאשר סברו ב"טנא בריאות" שההתקדמות במוסדות הבריאות אינה מהירה מספיק לטעמם, הוחלט להציע באופן עצמאי את השירות למוסדות בריאות, ללא גיבוי פעיל של הממסד.

בהמשך לבדיקות שביצעה נציגת "שירותי בריאות כללית", הוחלט ב"טנא בריאות" שהמענה הטלפוני לא ייתן שירותי ייעוץ – בין אם בשל חוסר היכולת לבצע בקרה על המידע ובין אם בשל הקשיים המדיקו-לגליים שעלול ייעוץ של גורמים לא רפואיים, מחוץ לממסד, לגרום ל"טנא בריאות"

באפריל 2006, עקב קשרים שנוצרו בין "טנא בריאות" לבין פרופ' מרים שלזינגר ומיכל שוסטר - חוקרות מתחום התרגום שארגנו כנס בנושא הנגשה לשונית של שירותי בריאות⁵¹ - פנתה ד"ר ענת יפה לחוקרות בבקשה לפתח שירות "קו חם" שבמסגרתו יינתנו שירותי תרגום ופירוש למתקשרים בטלפון. "טנא בריאות" הציעה שיתוף פעולה בבניית קורס ההכשרה ובליוי המקצועי של הפרוייקט, ונענתה בחיוב.

"טנא בריאות" הציעה לקיים הכשרה מרוכזת בת יומיים-שלושה, כולל לינה. רוב המועמדים שאיתרה "טנא בריאות" היו אחים ואחיות מוסמכים, אך ללא רקע אקדמי. בראיית "טנא בריאות": "הצוות גויס מתוך רצון לפעילות מעשית, כאשר הקורס הוא אמצעי לפיתוח היכולת. [ההערכה היא] שצריך יהיה להשקיע יותר בדוגמאות ובתרגולת אישית [מאשר בהרצאות ובלמוד פרונטלי]. (ד"ר ענת יפה)

בשלבם הראשונים לגיבוש השירות עם חוקרות התרגום, תהו פעילי "טנא בריאות" האם כדאי וצריך לשתף את נציגי צרכני השירות – משרד הבריאות, קופות החולים ואולי נציגים מהקהילה האתיופית – בבניית תכנית ההכשרה. ד"ר ענת יפה רצתה שדיאן לוי-זמיר, מ"שירותי בריאות

⁵¹ כנס "מה הגשר- הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים", 23 – 24 במאי, 2006, אוניברסיטת בר-אילן. לתכני הכנס ראו באתר www.a2hc.org.

כללית", תהיה שותפה לגיבוש תכנית ההכשרה יחד עם החוקרות מתחום התרגום. לבסוף, לא היתה ד"ר לוי-זמיר מעורבת בגיבוש תכני ההכשרה.

ביוני 2006 פנה מנהל הפרוייקט לבתי-חולים ולבתי ספר לסייעוד, לאיתור אחים ואחיות, וסטודנטים לסייעוד דוברי אמהרית. לעובדים שאותרו נשלחה פניה אישית, עם הסבר על הפרוייקט המתוכנן (מסמכים מס' 86 – 89). שיטת ההפעלה של הפרוייקט, כפי שנקבעה בקול הקורא, היתה:

להעמיד כוננים מצוות 'טנא בריאות' אשר יתנו מענה מידי בטלפון וישמשו כמתרגמים למטופל ולמטפל שנמצאים במרפאה ואשר מתקשים בתקשורת ישירה. מעבר לתרגום המילולי, הצוות של הקו החם יעזור בהעברת המשמעות המעשית של התכנים אשר יועלו בשיחה בין הרופא/אחות לבין המטופל. בנוסף, יוכלו הכוננים לתת מענה והדרכה [לא טיפוליים] בנושאי בריאות כליים אשר יועלו לפניהם בטלפון באמצעות פניות ישירות של יוצאי אתיופיה (שם).

לאחר חשיבה עם השותפים הפוטנציאליים, נקבע המבנה הבא: בכל יום יעבדו שני מתורגמנים, אחד בבוקר והשני אחר הצהריים. כל משמרת תהיה בת חמש שעות והתורן יקבל שכר בסיס עבור הכוננות ושכר נוסף אם יבצע יותר ממספר דקות שיחות שייקבעו. המתווה שנקבע הושפע מבחירת מתורגמנים שעבודתם העיקרית הינה במשמרות בבתי-חולים, אשר ייתנו את השירות בימי החופשה שלהם – מטלפון ייעודי שיותקן בביתם.

לאחר שבוצעה הערכת צרכים ראשונית מול המרפאות שביקשו להשתתף בשלב החלוץ, נקבע כי השירות יינתן בימים א-ו בשעות הבוקר, ובשלושה ימים גם בשעות אחר הצהריים (ארבע עד שבע). שעות העבודה נקבעו על פי שעות הפעילות של המרפאות שהשתתפו בשלב הגישוש של הפרוייקט. ד"ר דיאן לוי-זמיר ביצעה תהליכים בירוקרטיים בתוך "שירותי בריאות כללית", שכללו מיפוי הצרכים בשטח, בדיקת הסוגיות המשפטיות הנוגעות להכנסת אדם שלישי לשיחת מטפל-מטופל, וסוגיות טכניות הנוגעות להפעלת שירות טלפוני, בהסתמך על ניסיונו של מוקד השירות הטלפוני של הקופה.

5.2.3 מימון השירות

פעילות פרוייקט "טנא בריאות", שהפך לעמותה בסוף 2006, התאפשרה באמצעות תקצוב ממוסדות ממשלה, ובאמצעות תרומות מקרנות ומתורמים פרטיים. חברות תרופות תרמו "שווי כסף" בדמות אירוח מפגשים, ותרומת מחשב נייד.

משרד הבריאות מממן זה מספר שנים את ההוצאות שמעבירה העמותה ליוצאי אתיופיה – בנושאי בריאות שונים. משרד הקליטה מממן גם הוא מקצת מהפעילויות. פרוייקטים נוספים, כגון תכנית הרדיו, הפקת סרטוני הסברה וחומרים כתובים, הפעלת קבוצות בריאות בתחום ספציפי, מומנו באמצעות תורמים שונים, על בסיס אד-הוק. בשנים הראשונות להפעלת

הפרוייקט, גויסו כספים אלה במאמץ משותף של יו"ר העמותה, מנכ"ל הפרוייקט, וקרן המחקרים של המרכז הרפואי "הלל-יפה".

בשל סיבות שיפורטו להלן, לא התקבל מימון ממסדי לתחילת הפעלת שירות "קול לבריאות", והעמותה היתה צריכה לגייס כספים ממקורות אחרים לצורך זה.

סכום כסף משמעותי לפעילות העמותה, שחלקו יועד מאוחר יותר לתחילת הפעלת שירות "קול לבריאות", הועבר מטעם ועדת הכספים של הכנסת, באמצעות פעילותו של ח"כ חיים אורון מסייעת מר"צ. ראשיתו של הקשר עם חבר הכנסת בתשובה לשאילתה שהפנה ח"כ אורון למשרד הבריאות, בנושא פעילות לקידום בריאותם של יוצאי אתיופיה:

נפגשנו עם ח"כ חיים אורון בעקבות שאילתה שהגיש בכנסת, בעקבות כתבה שסיקרה את העבודה שלנו⁵². בסיפא של תשובתי, זה האבסורד, שגם העליתי את הבעיה וגם התבקשתי על-ידי משרד הבריאות לתת את התשובה לשאילתה, בסיפה ובתיאום עם בועז לב שהיה אז המנכ"ל, שאלתי במכתב האם הוא מעוניין לעזור – כלומר לא רק לקבל תשובות. והוא ענה לי כן. נסענו אליו למשרד של מר"צ בתל אביב, הצגנו לו מה אנחנו רוצים לעשות, וביקשנו ממנו שני דברים: שינסה לפתוח לנו דלת בקופת חולים כללית על ידי פניה ישירה למנכ"ל דאז. הוא שלח שני מכתבים וקיבל מענה של [בוקי סרוקי], שום דבר. והדבר השני לנסות לתת לנו מה שנקרא seed money שנתחיל לגלגל את זה לבד. הכסף יועד לכל התחום – לכל הפעילות של טנא בריאות. והוא עשה את זה. [...] ואז היה לנו כסף להתחיל ופגשנו אתכם [החוקרות מאוניברסיטת בר-אילן] וידענו שיש לנו עם מה להתחיל. זה היה צירוף מקרים שגם היה כסף, וגם היה מישהו שיוכל לעשות את זה.

למעשה, העבירה ד"ר ענת יפה התייחסות למשרד הבריאות, שהועברה לאחר מכן לח"כ אורון. ד"ר יפה הסבירה את ממצאי המחקר שמראה אפליה במתן שירותים לחולי סוכרת יוצאי אתיופיה בהיעדר כלים מתאימים לגישור על פערי השפה והתרבות שבין המטפלים לבין המטופלים. ד"ר יפה קבעה ש"המערכת צריכה להשקיע יותר", אולם לא ציינה במפורש מי במערכת צריך להשקיע את הכספים הדרושים. ד"ר יפה הציעה מספר פתרונות אפשריים לשיפור ניצול השירותים, ביניהם "ניצול מאגר בנות השירות הלאומי כמגשרות; פיתוח שירות של "קו חם" של מתורגמנים [...] אשר הוכשרו בתחום בריאות ויתנו מענה למרפאות קטנות באמצעות הטלפון"

ד"ר ענת יפה פעלה, למעשה, בשני כובעים – כרופאה העובדת במשרד הבריאות – שהציגה את הבעיות בטיפול ביוצאי אתיופיה (התייחסותה נכתבה על נייר רשמי של בית-החולים), וכיושבת-ראש של פרויקט קהילתי לקידום בריאות הקהילה – שהציגה פתרונות אפשריים וכן ביקשה

⁵² הכתבה פורסמה באתר האינטרנט של עיתון הארץ, בתאריך 02/03/2005, בעקבות כנס לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

מימון להפעלתם אותם פתרונות. כאמור, הצליח ח"כ אורון להעביר לעמותה כ-400 אלף ₪ לפעילותה, אולם נכשל בהשגת תמיכת מנהלי מוסדות הבריאות. הכסף שניתן לא יועד כולו להקמת שירות המתורגמות, אולם אפשר לעמותה לתכנן את השירות ולהתחיל להפעילו. חלק מכספים אלה נוצל להכשרה הבסיסית של המתורגמים בספטמבר 2006, וכן לתשלום שכרם של עובדי "קול לבריאות" עד לגיוס כספים נוספים.

לעומת זאת, חבר הכנסת אורון לא הצליח להניע משרד ממשלתי, או קופת חולים, לתמוך בפרוייקט.

משרד הבריאות, אשר מימן ומממן חלק מפעילות העמותה, סירב לתקצב את שירות המתורגמות. התשובה השלילית הגיעה מהמחלקה לחינוך וקידום בריאות, שהינה השותף המסורתי של פעילות העמותה:

אנחנו כמשרד הבריאות לא ניכנס לזה אנחנו רוצים שהקופות יממנו את זה. [...] כי אם אני מסתכלת על הפוליטיקה, מה הבעיה? הבעיה - צריכים כסף. הקופות, משרד הבריאות אומר אתם חייבים לעשות תרגום הקופות אומרים תביאו צ'ק. משרד הבריאות לא יכול להביא צ'ק אם האוצר לא רושם את הצ'ק. זה סיפור. [...] אני יודעת שצריך לעבוד גם עם נערי האוצר. אם לא עובדים עם אלו שמחזיקים את הכסף, זה לא יחלחל למטה לזה שהקופות יעשו. אי אפשר למשל לחוקק חוק שחייבים את זה בכל מרפאה או חייבים וזה, אם אין מישהו שיממן את זה. [...] והקופות לא יממנו אם משרד הבריאות לא יעביר להם את הכסף. [...] יש סל בכל שנה או כמה שנים יושבים על הסל. הסל זה עוגה אחת. איך תחלקי את זה. אז את תתני לנושא של תרגום וחולה סרטן מעי הגס לא יקבל את הכדור שיאריך לו את החיים בשלושה חודשים. (רות ויינשטיין)

משרד הבריאות הוא משרד ללא תקציבים רבים, והמימון הקיים נמצא בדיון מקצועי וציבורי מתמיד. עם זאת, ייתכן שאם היתה העמותה פונה לגופים אחרים במשרד, כמו למשל גופים לתכנון אסטרטגי, הנהלת איכות השירות וכולי, היו נמצאים תומכים שהיו מוצאים דרך להעביר את המימון הדרוש להפעלת הפרוייקט, שהינו סכום יחסית נמוך בהסתכלות ממסדית כוללת: "האתגר זה לרתום את כל השותפים והגורמים כי יש כסף. [...] זה לא סכומים בשמיים בכלל", לדברי רות ויינשטיין ממשרד הבריאות.

בהיעדר מימון ממשלתי, נערכה בעמותה פעילות לגיוס משאבים, שהניבה מימון של קרן פרטית, בסך 200,000 אלף שקלים נוספים, ותרומות קטנות יותר מקרנות מחו"ל ומישראל. פעילות גיוס המשאבים התקיימה בסיוע ארגון שתי"ל, המעניק ייעוץ מקצועי לארגונים לשינוי חברתי.

נערכו מספר פניות לתורמים פרטיים בישראל, אשר ידועים כמי שתורמים למוסדות בריאות. כל הבקשות נענו בשלילה.

על-אף שהפרוייקט הצליח לכסות את הוצאות הפעלתו, היה גיוס המשאבים כרוך בקשיים:

1. ראשוניות – קרנות מעוניינות לראות שגורמים נוספים, רצוי גורמי ממסד, תומכים בפרוייקטים, על מנת שיהיה לפרוייקט המשך לאחר שהם מפסיקים לממן.
2. העמותה לא היתה מוכרת מספיק בעולם החברתי (אינה ארגון ותיק כמו עמותות אחרות, אחת מכמה עשרות ארגונים ליוצאי אתיופיה).
3. לא היו ממליצים על הפרוייקט בתחילתו.

לעומת זאת, השירות עמד במספר תנאים המהווים יתרון בגיוס משאבים :

1. פרוייקט שנותן מענה ארצי
2. פרוייקט חדשני
3. פרוייקט ליוצאי אתיופיה
4. פרוייקט המכשיר אנשי מקצוע

העמותה היתה בגורמי מימון חיצוניים, ותלות זו חייבה מתן דין וחשבון מתמיד, וכן צורך להוכיח את הצלחת הפרוייקט והטמעתו במרפאות רבות, להמשך קבלת מימון (וראו דיון נוסף בנושא בסעיף 6.2.1). נושא המימון בשלב החלוץ הדאיג את ד"ר ענת יפה: "גם מממן יתקשה לראות את ההוצאה שלנו הארוכה בשנה הזו, עם היבול המאוד דל של שיחות." זאת, על אף שהפרוייקט הוגדר כפרוייקט ניסיוני למשך כמה חודשים, על המשתמש מכך מבחינת קצב הפריסה, כמות השיחות, והטעויות הארגוניות שהיו עלולות לקרות בתקופה זו.

קופות החולים לא מימנו את השירות בכסף, אולם סיפקו מכשירי הטלפון הנוספים, ובהמשך גם את מפצלים. כמה חודשים לאחר תחילת הפעלת השירות, העלתה נציגת "שירותי בריאות כללית" הצעה לפיה המתורגמנים יעבדו במוקד הטלפוני של הקופה (כוכבית 2700), אולם המימון להפעלתם ימשיך להגיע ממקורות חיצוניים (סעיף 5.1.2.2).

בסוף 2007 הגישה "טנא בריאות" בקשה לקרן פרטית, להקים להרחיב את השירות להיקף ארצי, ולעבור למשרות קבועות במקום המשמרות שאוישו עד אז בבתי המתורגמנים⁵³:

1. כיום ניתן המענה על-ידי צוות מתורגמנים שיושב בביתו, במשמרות. החל מאפריל 2008 יינתן השירות על-ידי עובדים בהיקפי משרה של 75%. מספר המתורגמנים למשמרת יעלה בהתאם לעליה בהיקף השירות.
2. השירות יינתן ממרכז ארצי - ממשרדי העמותה. במשרד מערכת טלפוניה אוטומטית, הכוללת מערכת הקלטה ובקרה. במרכז יינתנו גם ההשתלמויות למתורגמנים.
3. בשנת 2008 תספק העמותה את שירות המתורגמנות ל-30 מרפאות, ממרכז טלפוני ארצי. המענה יינתן 6 ימים בשבוע, בשעות 08-13, 16-19.
4. עד יוני 2008 מתוכנן המשך מיפוי משותף עם מוסדות הבריאות לגבי מקומות שיש בהם צורך בשירות: קופות חולים אחרות, תחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות, בתי-חולים וכולי. על בסיס מיפוי זה תיבנה ותותאם תכנית העבודה לשנת 2009.

⁵³ בשל רגישות נושא גיוס המשאבים מול קרנות פרטיות לא צורפו לעבודה מסמכים מפורטים בנושא.

המימון הנוסף אושר, ואפשר לעמותה להמשיך את מתן השירות לשנה נוספת.

5.2.4 עיכובים בדרך להפעלת השירות

כפי שצוין בסעיף 5.2.2 רעיון שירות המתורגמות הטלפונית, במבנה זה או אחר, התקבל עקרונית בברכה במחלקות לקידום בריאות במשרד הבריאות וב"שירותי בריאות כללית". נציגת הקופה אף היתה מעורבת בבירור פרטים משפטיים וטכניים הנוגעים להפעלת השירות. לאחר מספר חודשים, שררה בקרב צוות "טנא בריאות" תחושה שהעניינים מתקדמים לאט מדי, והוחלט להשתמש בכסף שהתקבל מועדת הכספים של הכנסת על מנת להתקדם באופן עצמאי. בדיקת ההתייחסויות של השחקנים השונים באשר לתקופה זו, מציגה תפיסות שונות של השחקנים באשר אליה.

משרד הבריאות סבר שטרם התחלת השירות צריכה "טנא בריאות" לזכות בהתחייבות הקופות להשקיע בשירות:

כש[ענת יפה] הביאה את זה לקבוצה קטנה שזה כלל את קופות החולים, אני ועוד כמה רצינו קודם שזה יעבור את הקופות. קודם שהקופות יגידו שהם רוצים ומוכנים להשקיע בזה, ואז לעשות את הקורס הכשרה. וענת חשבה אחרת. היא לא רצתה לחכות היא רצתה קודם לעשות את הקורס הכשרה והיא אמרה אחרי שיש אנחנו איכשהו נמצא את הכסף. ומאוד יכול להיות שהיא צודקת. (רות ויינשטיין)

ד"ר דיאן לוי-זמיר, נציגת "שירותי בריאות כללית" שרואינה למחקר זה לא תיארה את התקופה כעיכוב, אלא כתקופה שהיא ביצעה בה מיפוי צרכים במרפאות, בירורים משפטיים וטכניים, לצורך הטמעה מסודרת של השירות במרפאות הקופה.

לעומתן, יו"ר "טנא בריאות" ופעיליה, סברו שקצב התקדמות העניינים איטי מדי עבורם, כעמותה שרואה עצמה נותנת שירות וסיוע לקהילה הזקוקה להנגשה טובה יותר של שירותי הבריאות:

השותפים מהקופות הביעו עניין בנושא, אבל לא קידמו יחד אתנו את הדברים. ראינו שלוקח יותר מדי זמן, והקצב שלהם מאד איטי והחלטנו באיזשהו שלב שאנחנו צריכים לצאת לדרך אתם או בלעדיהם, כאשר הם בתמונה כל הזמן. בעיקר הכללית כי רוב הקהילה חברים בכללית. (פקדו גדמו)

יו"ר העמותה, ד"ר ענת יפה, ציינה כי "טנא בריאות" ניסתה לזרז את התנהלות העניינים באשר לשירות, באמצעות פנייה ישירה למנכ"ל הקופה דאז, ד"ר זאב וורמברנד⁵⁴.

⁵⁴ אותרה פניה של ח"כ חיים אורון למנכ"ל הקופה (מסמך מס' 2005), ככל הנראה לבקשת "טנא בריאות".

זה לא הלך בקצב טוב. וכשזה לא הלך בקצב טוב ניסינו לפנות ישירות למנכ"ל והוא לא רצה להתעסק בזה, זה בעצם ירד במורד ההיררכיה של קופת חולים כללית, עד שהרים אלי טלפון ד"ר [], רופא שאחראי על רפואה בקהילה, שאמר [באופן כללי] שאנחנו לא רוצים לעשות משהו שהוא יעשה אפליה לטובת קבוצה אחת בתוך כלל המטופלים שלנו, שמא זה יפתח פתח לדרישות נוספות ובעצם אמר לי 'לא רוצים את זה'. הקשר עם דיאן [לוי-זמיר] נשאר על זה שרוצים לעשות את זה באופן עקרוני אבל זה לא עובר לכדי מימוש.

דבריו של האחראי על הרפואה בקהילה ב"שירותי בריאות כללית", שהובאו לעיל בתיאורה של ד"ר ענת יפה, שיקפו חשש של הממסד הרפואי לתת שירותי הנגשה לטובת קבוצה אחת, ובכך ליצור תקדים שאחריו ידרשו את השירותים קבוצות נוספות. ד"ר יפה רמזה שהסבר זה היה אולי תירוץ של הקופה שלא להתחייב לפרוייקט המתורגמות.

המפנה, מבחינת העמותה, חל כאשר נוצר קשר עם גורמי אקדמיה. במאי 2006 הוזמנה ד"ר יפה להרצות על טיפול ביוצא אתיופיה ועל פעילות העמותה, בכנס שארגנה המחלקה לתרגום באוניברסיטת בר-אילן. במפגש בין הפרוייקט הקהילתי לבין חוקרות מתחום התרגום נוצר שיתוף פעולה שבעקבותיו נבנה קורס הכשרה למתורגמים, ולאחריו הצטרפה החוקרת לצוות העמותה – לצורך ניהול השירות.

5.2.5 חבירה לאקדמיה והכשרת המתורגמים

לאחר תקופה שבה, מבחינת "טנא בריאות" לא קודם רעיון השירות הטלפוני לכדי מימוש, התבצע חיבור שזירז את תהליך הקמת השירות. בתחילת 2006, הוזמנה ד"ר ענת יפה, בהמלצת ד"ר נורית גוטמן, להרצות בכנס שארגנה המחלקה לתרגום וחקר התרגום באוניברסיטת בר-אילן, בנושא הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים. בזמן ההכנות לכנס, פנתה ד"ר יפה למארגנות – פרופ' מרים שלזינגר ומיכל שוסטר, החוקרת, ושאלה האם יהיו מעוניינות להכשיר וללוות שירות עתידי למתורגמות רפואית באמצעות הטלפון.

[לאחר תקופת העיכובים] היתה הבקשה שלכן שאני אבוא לתת הרצאה, ונתתי את ההרצאה וגם השתתפתי בכנס ולמדתי בו המון. ואז זרקתי לכן את הכפפה שאתן הרמתן בקלילות. והחלטנו שפשוט כמו שעשינו את הפרוייקט עד עכשיו – פשוט קופצים לבריכה ונמצא את המצופים ואת דרכי השחייה בדרך. [...] (ד"ר ענת יפה)

יש לציין, שבמסמכי הרקע שהביאה "טנא בריאות" לחלוקה בכנס "מה הגשר" (ומתייחסים לשנת 2005-6), לא מוזכר רעיון שירות המתורגמות כלל. עם זאת, בהרצאתה של ד"ר יפה בכנס, על המחקר שבדק את ניצול שירותי הבריאות אצל סוכרתיים יוצאי אתיופיה (טולדנו ואח', 2005), צוין שירות המתורגמות הטלפוני כאחד הפתרונות האפשריים לגישור על פערי השפה והתרבות שהתגלו במחקר (יפה ע', 2006).

לאחר שפרופ' מרים שלזינגר והחוקרת הביעו את רצונן להיות מעורבות בהכשרת מתורגמנים לשירות מתורגמנות טלפוני, החל תהליך חשיבה ותכנון אודות אופי ההכשרה. במקביל, פנו פעילי "טנא בריאות" למנהלות סיעוד בבתי-חולים ולבתי-ספר לסיעוד, על מנת לאתר דוברי אמהרית שיהיו מעוניינים לעבוד כמתורגמנים: "הוצאנו פרסום, עשינו ראיונות, היתה עדיפות לאנשים מתחום הרפואה. למרות שבשלב מאוחר יותר הגענו למסקנה שזה לא כל כך חשוב אם הם באים מתחום הרפואה, אם אנחנו מכשירים אותם ונותנים להם את הכלים" (פקדו גדמו). לתהליך המיון התייחס גם ד"ר ספפה אייזיק, אשר נוסף על מעמדו בעמותה שימש גם כמעריך רמת האמהרית של הנבחנים: "רובם [דוברי] שפת אם אמהרית, דוברים עברית ברמת שפת אם. הגיעו גם אנשים שלא התאימו. בעיקר בחנו את האמהרית, שתהיה מספיק טובה וחזקה. כי לא כל אדם שמדבר אמהרית גם יודע לתרגם. וגם [ביקשנו] מחויבות לשנתיים עבודה".

מטרת הקורס היתה מתן כלים ראשוניים לאנשים דו-לשוניים, על מנת שיתחילו לעבוד, לאחר הקורס, בשירות המתורגמנות הטלפוני שהעמותה תכננה להקים. אולם, בדיעבד כשנתיים לאחר ההכשרה, מניתוח המסמכים והראיונות שנערכו לצורך מחקר זה, עולה כי חשיבותה של ההדרכה ותפקידה בעבודת המתורגמנים בעתיד לא היו ברורות לאנשי העמותה. אלה התבהרו רק בחלוף הזמן – לאחר ההכשרה ובמהלך עבודת המתורגמנים.

קורס ההכשרה הראשון, שהתקיים בספטמבר 2006 וארך חמישה ימים, התבסס על שיתוף-פעולה בין עמותת "טנא בריאות" לבין אנשי אקדמיה. תכני הקורס נבנו בהנחיית פרופ' מרים שלזינגר, מרצה ותיקה מתחום התרגום והמתורגמנות, לאחר בחינת ספרות תיאורטית להכשרת מתורגמנים בכלל ומתורגמנים קהילתיים בפרט, ותכניות דומות להכשרת מתורגמנים קהילתיים. בקורס שולבו מרצים אורחים מתחומי הסוציולוגיה, חקר השיח, והרפואה, לצד הוראת שפה ומינוח. בהמשך, לאורך שנה, התקיימו שלושה ימי השתלמות מקצועית, שבהם שולבו תכנים תיאורטיים עם דיון בסוגיות שעלו מעבודת התרגום. בפברואר 2008, כשנה וחצי לאחר קורס ההכשרה הראשון, ערכה העמותה קורס הכשרה נוסף. קורס זה היה שונה מקודמיו בפרופיל המועמדים, בתכני ההכשרה ובבחינה שנערכה בסיומו. דיון נרחב בקורס ההכשרה השני יתבצע בסעיף 5.2.5.8.

בפרק זה תיבחנה ההכשרות השונות של המתורגמנים, לאור סקירת ספרות אודות הייחודיות שבהכשרת מתורגמנים קהילתיים, אופן מיון המועמדים, תכני ההכשרות וההערכות שבסיום התכנית, שהוצגה בפרק ד'. נעמוד על הלקחים הבולטים מקורסי ההכשרה ונסיק מהם מסקנות ראשוניות להכשרת מתורגמנים רפואיים בעתיד.

5.2.5.1 האתגרים בהכשרת מתורגמנים קהילתיים: מקרה "קול לבריאות"

קורס ההכשרה של עמותת "טנא בריאות" היה הניסיון הראשון בישראל להעניק לאנשים דו-לשוניים הכשרה תיאורטית ומעשית לשמש כמתורגמנים בתחום הבריאות.

יוזמי הקורס היו צריכים להתגבר על כמה קשיים באיתור ובהכשרת מתורגמנים קהילתיים, הדומים, בחלקם, לאלה המתוארים בספרות המחקרית:
(Niska, 2005; Niska, 2007; Straker and Watts, 2003; Corsellis, 2005 Dubslaff and Martinsen, 2003; Fiola, 2000, 2003)

1. המועמדים לקורס ההכשרה של "טנא בריאות" היו בעלי ותק שונה בישראל, ורמות שליטה שונות בעברית ובאמהרית.
2. היה קושי באיתור מורים המתמחים בהכשרת מתורגמנים קהילתיים באמהרית ובעברית. אתגר זה בולט במיוחד לגבי שפות מסוימות, שנדירים המורים למתורגמנות מקרב דובריהן. רוב המרצים בהכשרה, למעט פרופ' מרים שלזינגר, לא התנסו בעבר בהכשרה מעשית של מתורגמנים.
3. שיטות לימוד משתתפי הקורס המבוגרים יותר היו בוגרי מערכת החינוך באתיופיה, וחלקם בוגרי מערכת החינוך הישראלית. מתכננות הקורס התבקשו לקחת בחשבון את ההנחה שרוב משתתפי הקורס לא היו מורגלים בהוראה פרונטלית, או בקריאת מאמרים, ולכן נבנה קורס שרוב הוראתו היתה בשיטות פעילות-אינטראקטיביות.
4. חלק מהמתורגמנים שבאו להכשרה כבר עבדו בתפקיד מבלי שעברו הכשרה קודמת. סוגיה זו עלתה כאחד האתגרים העיקריים בהכשרת המתורגמנים של "טנא בריאות". כל המשתתפים כבר עסקו בתרגום באופן זה או אחר, אם במהלך עבודתם כאחים ואם כמגשרים ומתאמי טיפול. אף אחד מהם לא עבר הכשרה בנושא המתורגמנות, או השתתף בעבר בדיון אודות תפקיד המתורגמן וגבולותיו.
5. הפערים הקיימים בין תפיסות התרבות והחולי שנהוגות באתיופיה ובישראל, מונחים לתיאור סימפטומים ומונחים רפואיים בשתי השפות.
6. היעדר מודל יחיד להכשרת מתורגמנים רפואיים, שעל-פיו היה אפשר לעבוד, תוך התאמתו לתנאים הייחודיים לשירות המתורגמנות הטלפוני המתוכנן.

5.2.5.2 איתור מועמדים לקורס ההכשרה ומיונם

בספרות התיאורטית אודות הכשרת מתורגמנים, מדובר רבות על הרקע שממנו מגיעים מועמדים להכשרת מתורגמנים קהילתיים, ועל השיטות למיונם. במדינות כגון אוסטרליה, אנגליה ושוודיה, שבהן הכשרת מתורגמנים קהילתיים מתבצעת במוסדות להשכלה גבוהה, נדרשים המועמדים לעמוד בדרישות הסף של האוניברסיטה, וכן בדרישות הספציפיות של המחלקות לתרגום. לעתים, נדרשים המועמדים להיות בעלי תואר אקדמי כלשהו, על מנת להתקבל ללימודי המתורגמנות. יש מקומות שבהם המסגרות להכשרת מתורגמנים קהילתיים גמישות יותר, ומקבלות מועמדים ללא בחינות קבלה, וכן מועמדים אשר עובדים כבר כמתורגמנים קהילתיים בשטח.

עם הגדרת הצורך בגיוס מועמדים לשמש כמתורגמנים של שירות המתורגמות של "טנא בריאות", ניצבה העמותה בפני בעיה: מאחר שלא היתה בישראל מסורת של מתורגמות בקהילה, ולא היה מאגר מוגדר של מתורגמנים מקצועיים לשפה האמהרית, הרי שאי אפשר היה לגייס מועמדים מקרב מתורגמנים קהילתיים מוסמכים או אף מתורגמנים בהגדרה, שעובדים בשטח. בנוסף, העמותה היתה מעוניינת שהמתורגמנים יהיו בעלי ידע קודם בתחום הבריאות, ולפיכך פנתה לאיתור מתורגמנים מקרב העוסקים במקצועות הבריאות. הבסיס לבחירה זו היה היתרון שיש לאנשים אלה בהכרת מערכת הבריאות, שליטה בעולם התוכן הרפואי/סיעודי וכן העובדה שנאמני הבריאות של העמותה – הפעילים שמרצים בקהילה - באים גם הם מהתחום הסיעודי ושימשו כמודל מבחינת הרקע המקצועי הרצוי. לפיכך, הונח שאלו אנשים שמכירים את תפיסות סיפור המחלה (illness narrative) ויכולים לתרגם אותו לתרבות הטיפול המערבית-ישראלית. כישורים אלה, על פי אחת המרואיינות, חשובים אפילו יותר ממיומנויות שפה ותרגום, שכן בלעדיהם התרגום היה עלול להיות מילולי ולא פרשנות של סיפור המחלה. "אם הוא מכיר את [השפה מ.ש.] ה"אתיופית" אבל לא את המקבילה שלה בתרבות שלנו, יקשה עליו לעזור לי להבין במה המדובר" (ד"ר יפה). לפיכך, הוחלט שהעמותה תפנה לכמה מאגרים של דוברי אמהרית: אנשי סיעוד, מתאמי טיפול ומגשרים של משרד הבריאות.

הבחירה של "טנא בריאות" בצוותי סיעוד כמתורגמנים היתה ייחודית. למרות שאנשי צוות סיעודי משמשים כמתורגמנים בפועל (Elderkin-Thompson et al., 2001; Neal et al., 2000), לא אותרו בספרות מקרים שבה הוכשרו אנשי צוות סיעודי כמתורגמנים במסגרת שאינה מסגרת עבודתם הראשית.

לצורך איתור אחים ואחיות דוברי אמהרית, פנו אנשי "טנא בריאות" לאחיות הראשיות בכמה בתי-חולים. אלה פנו לאנשי הצוות יוצאי אתיופיה ומסרו להם את המידע בדבר בחינות המיון לשירות המתורגמות (מסמך מס' 79). לבחירה באנשי צוות סיעודי כמתורגמנים היו מאוחר יותר השלכות רבות על אופי ההכשרה ועל השירות עצמו, ועל כך הרחבה בפרק המתאר את התהליכים בהקמת השירות (פרק ה') ובהמשך פרק זה.

למיונים הגיעו עשרים ותשעה מועמדים (9 גברים ו-20 נשים). כל המועמדים הינם אנשי צוות סיעודי, למעט ארבע מתאמות, מגשרת אחת, מסביר בפרוייקט האיידס, ומורה בעל רקע בתחום בריאות הציבור. רוב המועמדים היו אנשי מוסמכים (21 מתוך 29). אחות אחת היתה אחות מעשית, ועוד שלוש מועמדות בעלות הכשרה במקצוע פרה-רפואי. חלק מהאחים השלימו תואר ראשון בלימודי סיעוד, נוסף על הסמכתם כאחים. כמה מהם למדו לימודים אקדמיים לתואר במנהל בריאות, שניים מהמועמדים בוגרי לימודים אקדמיים במדעי הרוח והחברה, ואחת בוגרת תואר שני במנהל בריאות.

כפי שראינו בפרק 3.2, דרישות הקבלה למסגרות הכשרה למתורגמנים קהילתיים שונות ממוסד למוסד, ותלויות במידת הביקוש, באופי המוסד ובאפשרויות העבודה לאחר הלימודים. כך לדוגמה, בלימודים לתואר אקדמי בשוודיה נדרש תואר ראשון ממוסד אקדמי מוכר, שליטה

מצוינת בשפת האם (שפה א') במגוון רחב של תחומים ומשלבים, ידע מעמיק בשפות העבודה (שפות ב' ג'), וידע כללי על המצב הכלכלי, החברתי, התרבותי והבין-לאומי של המדינות שבהן מדוברת שפת העבודה. בנוסף, נדרשת מהמועמדים יכולת ניתוח וסינתזה, מיומנויות תקשורת, גמישות, ויכולת עבודה תחת לחץ.

ההכשרה של "טנא בריאות" לא בוצעה אמנם במסגרת אוניברסיטאית, אולם דרישות הקבלה שפורסמו דמו למדי לאלה שבהכשרות אוניברסיטאיות, בשוודיה למשל. דרישת "טנא בריאות" מהמודרכים לעבוד לאחר הקורס (שאמנם עוגנה בכתב אולם לא נאכפה בפועל) נבעה מעצם העובדה שהגורם שהכשיר את המתורגמנים היה גם הגורם המעסיק, שהשקיע כסף בהכשרה במטרה להכשיר כוח עבודה לצרכיו.

בשונה ממסגרות הכשרה הפועלות במדינות כגון ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ושוודיה, בהן נדרשים המועמדים להוכיח היכרות עם השדה המקצועי בו יעבדו, העובדה שרוב המועמדים כבר עבדו במוסדות בריאות, ייתרה את הצורך לבחון היבט זה.

5.2.5.2.1 בחינת המיון למתורגמני "טנא בריאות"

בבחינת המיון לקורס ההכשרה נכח צוות שכלל את החוקרת, ראש המחלקה לתרגום דאז באוניברסיטת בר אילן, פרופ' מרים שלזינגר, מנכ"ל עמותת "טנא בריאות" והיו"ר שלה, וכן שני יוצאי אתיופיה – אפידמיולוג שהוא חבר בוועד המנהל של העמותה, ובלשן. תפקידם של שני האחרונים היה לבחון את רמת האמהרית של הנבחנים – באמצעות שאלות על מונחים רפואיים-בריאותיים, וכן בהתרשמות מרמת השיחה בשפה זו (לטופס הבחינה ראו נספח ב').

שיטת הערכה לשונית זו תאמה את הצעתה של קורסליס (Corcellis, 2005) לבחינת מיומנויות השפה של המועמדים. היא הציעה שאת ריאיון הסינון יערכו בוגרי אוניברסיטה שהינם דוברים ילידיים של שתי השפות הנדונות, שייבחנו את רמתו הלשונית של המועמד – כולל השימוש במשלבים, שטף התרגום, ומיומנויות תקשורת בין-אישית.

מניתוח טפסי המיון שחוברו לצורך הבחינה, נראה כי הבוחנים התייחסו לרמת העברית של רוב המועמדים, בהיבט של מיומנויות תקשורת ושטף השיחה, אולם חסרה התייחסות מפורטת לרמת האמהרית. ייתכן שבחינה להערכה דו-לשונית באמצעות טופס מובנה, היתה מיעלת ומשפרת את הערכת המיומנויות התקשורתיות והלשוניות של המועמדים (קובץ מסמכים מס' 50).

חלק מהותי מהבחינה כלל סימולציה של תרגום רפואי. מטרת הסימולציה היתה לבחון את רמת העברית והאמהרית של הנבחן, שטף הדיבור, רמת התקשורת הבין-אישית, והיכולת להתמודד עם דילמה הנעוצה בתפקיד המתורגמן בשיחה. בנוסף, נערכה בשיחה הערכה מעשית באמצעו משחק תפקידים. מוכרות מסגרות הכשרה שבהן מבוצעת הערכה מעשית למועמדים לקורס

(Corsellis, 2005). במבחני המיון של "טנא בריאות" דומו תרחישים מהמציאות הרפואית, אולם ניתן להעריך גם באמצעות משחק תפקידים מתורגם בנושא בלתי-מקצועי, בחינה בתרגום לשתי השפות, של חומר בלתי-מקצועי, תרגום בעל-פה של חומר כתוב (sight translation) משפה א' לשפה ב' ולהפך, או באמצעות כתיבת חיבור, בשתי השפות, בנושא נבחר. עם זאת, במקרה של "טנא בריאות" ייתכן שבחינה ארוכה, מורכבת, ובעלת אופי אקדמי היתה מרתיעה מועמדים מלגשת לבחינות ולקורס ההכשרה, ולפיכך בחינה המדמה מצב אמיתי והינה ממוקדת מאוד, שירתה את מטרת האיתור והמיון.

בנוסף על בחינת המיומנויות התקשורתיות ואופן התרגום של המועמדים, נבחנו גם תכונות אישיות כגון תרומה לקהילה, התנדבות במסגרות דומות, ונכונות להתחייב לפרוייקט. בריאיון, ציין ד"ר ספפה איצ'ק כי:

"מועמד מתאים לקורס הוא אדם בעל ניסיון במעורבות קהילתית, שכבר מכיר את הצרכים והאתגרים [של הקהילה מול מערכת הבריאות]. ההכשרה תיתן לו [למועמד] תשובות לשאלות שהיו בתוך תוכו. [בנוסף, נדרשת] אישיות מרשימה ויכולות ביטוי. ביחוד, משום שיוצאי אתיופיה נוהגים להעריך את הדובר – עד כמה כדאי לי לשמוע אותו. כישורי דיבור ותקשורת בין אישית ישכנעו את הקהילה [להשתמש בשירות]".

מתוך 29 המועמדים נבחרו 19 מודרכים, ו-18 מהם עברו קורס הכשרה אינטנסיבי בן ארבעה וחצי ימים (42 שעות אקדמיות) בכפר הנוער החינוכי "ניצנה" בדרום הארץ. הבחירה במיקום זה נועדה ליצור סביבת לימודים אינטנסיבית, תוך ניצול מקסימלי של השהות במקום. בהמשך, נערכו שלוש השתלמויות המשך, בנות חצי-יום, אשר יתוארו בסעיף 5.2.5.7 להלן.

5.2.5.3 ההכנות לקורס: הדרכת המדריכים

הקמת השירות המקצועי הראשון למתורגמנות רפואית חייבה בניית תשתית של מדריכים ומכשירים. אף אחד ממורי הקורס לא התנסה קודם לכן בהכשרת מתורגמנים קהילתיים בכלל ומתורגמנים רפואיים בפרט. באופן ספציפי, לא היה למדריכי הקורס ניסיון בהוראת מתורגמנות באמצעות משחקי תפקיד, שיטה שמופיעה במספר מסגרות להוראת מתורגמנות קהילתית (Abraham and Oda, 2000; Corsellis, 1990; Corsellis, 2005; Oda and Joyette, 2003). לשם למידה על עריכת משחקי תפקיד וניתוחם לצורך לימוד, חברו אנשי העמותה והאקדמיה למרכז לסימולציה רפואית (מס"ר) בתל-השומר. המרכז לסימולציה רפואית מתמחה באימון אנשי מקצועות הבריאות במצבים קליניים ותקשורתיים מורכבים, על מנת לשפר את תפקודם בזמן אמת (אתר מס"ר www.msrf.org.il). באגף התקשורת של המרכז פועלים שחקנים רפואיים, אשר מכונים גם "חולים מדומים", ואשר מתרגלים את אנשי הבריאות בתרחישים הלקוחים מעולם התוכן שלהם, כשהם לבושים ומתנהגים בהתאם לדמות שבתרחיש. החדרים שבהם מתנהל התרחיש דומים לחדרי רפוא אמיתיים, ולרשות המשתתפים עומד זמן מוגבל לשיחה – כמו במציאות. התרחישים מוקלטים ומצלמים, ולאחר מכן מנותחים בהנחיית מומחה למיומנויות תקשורת ומומחה תוכן מהתחום הרפואי. לאחר הסימולציה, נותנים השחקנים

הרפואיים משוב למשתתפים בתרגול, במקרה זה למתורגמנים. שיטת סימולציה זו נקראת
(Objective Structured Clinical Examination) OSCE.

הסימולציות שתורגלו במס"ר לטובת "טנא בריאות" היו ייחודיות בכמה היבטים:

1. לראשונה תורגל במרכז תרגום כמוקד הסימולציה⁵⁵.
 2. לראשונה תורגל תרגום באמצעות הטלפון, תרגול שהצריך היערכות טכנית.
 3. לראשונה תורגלו במס"ר מתורגמנים ולא אנשי צוות רפואי אורגני (כלומר רופאים, אנשי סיעוד, רוקחים ועובדים סוציאליים).
 4. בצוות השחקנים הרפואיים ישנם שחקנים יוצאי אתיופיה, אולם לרוב אין הם מגויסים לעבוד כצוות ולתרגל בו-זמנית מספר אנשי צוות ישראלים⁵⁶.
- (התכתבות אישית, ד"ר אמתי זיו, מנהל מס"ר)

צוות "טנא בריאות" והמנחות המקצועיות חיברו תרחישים לתרגול, שהתבססו על מבנה הסימולציות המתורגלות במס"ר. התרחישים דימו אירועים שכיחים בביקור אצל רופא או אחות, אשר נשתלו בהם אתגרים תרגומיים ותקשורתיים. השחקנים קיבלו את התרחישים מראש, והרופאים קיבלו את התרחיש כמה דקות לפני כניסת ה"מטופל" לחדר. ה"מתורגמנים" שתורגלו לא קיבלו כלל מידע מקדים (מסמך מס' 32).

ליום ההדרכה הגיעו, בנוסף לאנשי "טנא בריאות" ולמנחות, גם שלושה רופאי משפחה ואחות אחת⁵⁷. מעצם הגדרתו, נועד יום הצילומים להכשיר את המדריכים להעביר סימולציה ותחקיר, ולא לתרגל את אנשי הצוות הרפואי.

התרחישים שתורגלו במס"ר היו:

1. הדרכה בנושא סוכרת – רופאת משפחה ואחות.
2. צריבה באיבר המין אצל צעירה.
3. איחור בווסת וחשד להיריון.
4. בשורה מרה – אדם מבוגר, שהגיע עם בנו לקבל בשורה שהתגלה אצלו גידול ועליו לעבור ניתוח (מסמך מס' 99).

אורכן הממוצע של הסימולציות היה כ-15-20 דקות. לאחר 15 דקות נשמעה הקריאה בחדרים לסיים את המפגש הרפואי, על מנת לדמות מצב אמת. לאחר סיום המפגש ישבו הצדדים בחדר, והשחקנים נתנו משוב על התרחיש.

⁵⁵ באחת הסימולציות שתורגלו בעבר במס"ר, נבדקה יכולתה של רופאה מתמחה לטפל ביוצאת אתיופיה שאינה דוברת עברית, ונייתה לה האפשרות לקרוא למתורגמן מחוץ לחדר. לא ברורה זהות המתורגמנית שנקראה לסייע ולא הכשרתה, ובכול מקרה תחקור הסימולציה לא התמקד בהיבט זה.

⁵⁶ המרכז מתרגל מזה שנים אחדות אנשי צוות המגיעים מאתיופיה להשתלמויות קליניות ותקשורתיות.

⁵⁷ אירע המקרה וכול אנשי הצוות האורחים ביום הצילומים היו בעצמם בני מיעוט לשוני – דוברי אנגלית, ספרדית וערבית. סוגיה זו לא נדונה לעומק בתחקיר שבוצע לאחר משחק התפקידים.

להלן רוכזו תכני המשוב שמסרו המשתתפים בתחקיר שלאחר הסימולציות, תוך התמקדות בהיבטים הנוגעים לתקשורת הדו-לשונית ולתפקודו של ה"מתורגמן" במהלך השיחה :

1. קשה למטופלים להבין את מהות התרגום באמצעות הטלפון : "לא הבנתי מאיפה נפלת"; "זה רחוק, זה לא [המתורגמן] האנושי, שיושב לידך ומבין". המתורגמן פנים-אל-פנים נתפס כמי ש"מזדהה עם המטופל" בניגוד למתורגמן טלפוני שייתכן שנתפס כמרוחק או מנוכר. להערכת אחת השחקניות, אנשים מבוגרים יתקשו להתרגל לשימוש במתורגמנות טלפונית. היא סבורה שניתן להתגבר על הקושי אם המתורגמנים יהיו נעימים וסבלניים. בכמה מקרים שאלה המטופלת את המתורגמנית מי היא ומאיזו משפחה, והמשתתפים ציינו שברור זה מקובל בקהילת יוצאי אתיופיה.
2. הצגה עצמית - הרופא לא הסביר לאן הוא מתקשר והמטופל לא הבין מה מטרת ההתקשרות. באחד התחקירים צוינה לחיוב ההצגה העצמית של המתורגמן בתחילת השיחה וההסבר על מהות תפקידו.
3. חשיבות הדגשת האנונימיות והשמירה על הסודיות ליצירת אמון אצל המטופל והסכמתו להשתמש בשירות.
4. נייטרליות - מתורגמן מזוהה כאדם שחייב לתרגם הכל, מצב שהקשה על בנו של מטופל, ששימש כמתורגמן טבעי וסינן את המידע על מנת להגן על אביו, לדעתו. מצב שבו פועל מתורגמן מקצועי ונייטרלי נתפס בעיניו כמצב מלחיץ. באחד התחקירים עלתה השאלה האם המתורגמן היה צריך לתרגם מילה במילה (על פי עמדת הרופא) או שהיה עליו להעביר גם את ההקשר התרבותי לרופא (עמדת המטופלת).
5. באחד המקרים סברה המטופלת שהמתורגמן צריך לתת ייעוץ ורמזים תקשורתיים לרופא – למשל במקרה של חשד להיריון. הרופא לא בהכרח מסכים לקביעה זו, וסבור שעליו לשאול את השאלות בעצמו.
6. המטופל מרגיש שהמתורגמן צריך לרכוש את אמונו. "מטופלת" אחת הרגישה בנוח לדבר עם המתורגמנית, ש"היה לה קול נעים", למרות חוסר ההיכרות ביניהן - "את יודעת שאצלנו הרי חשדנים". מתורגמנית ש"תרגמה מהר מדי" וניסתה למקד את השיחה, נתפסה כמי שלא נותנת למטופלים לדבר. הרופא סבור שאמנם צריך לרכוש את אמון המטופל, אך לזכור שזמנו שלו מוגבל.
7. ניהול תורות - השחקנית הרגישה שגם היא וגם ה"רופאה" מפריעות למתורגמנית לדבר. ה"רופאה" הרגישה שהיא צריכה להישאר בתמונה ולכן קטעה שיחה החד-לשונית. המתורגמנית מצידה ציינה שאכן השמיטה כמה פרטי מידע חשובים, כנראה שלא הצליחה לתרגם את כל המידע.
8. תחושה של ה"רופאה" של איבוד שליטה בשיחה – המתורגמן והמטופל שוחחו ביניהם ארוכות והיא לא מבינה את הנאמר והמתרחש.
9. הרופא הרגיש שזמנו מוגבל ולא הבין כיצד "הזמן מתבזבז" כשהוא שאל שאלה פשוטה ואז התנהלה שיחה ארוכה באמהרית בלבד.

10. המתורגמנית חשה שהיא צריכה למקד את השיחה, להגיע למידע ה"רלוונטי", אולי בשל הלחץ שחשה מצד ה"רופאה" שסברה שמתקיים פה דיאלוג חד-לשוני ארוך.
11. המתורגמנים נזקקו ליותר פרטי רקע על המקרה – מי נמצא בחדר ומה הבעיה. היעדר האינפורמציה פגע, לתחושתם, ביכולתם להבין את הסיטואציה ולתרגם באופן מדויק. אחד הרופאים התלבט כמה פרטים מותר לו להעביר למתורגמנית, התלבטות ששיקפה חוסר בהירות לגבי תפקיד המתורגמן ומעמדו בטיפול.
12. תפיסת המתורגמן את עצמו כחלק מהצוות: "המטופלת היתה עוינת כלפי מה שניסינו לעשות".
13. ה"רופאה" היתה מרוצה מהמשוב של המתורגמן אודות מידע שלא הצליח לתרגם, למרות שלכאורה זה מאריך את השיחה.
14. מקומו של המתורגמן ביחס למשתתפים – באחד התרחישים נעשה ניסיון של אחד המשתתפים להטות את המתורגמן לצידו, ולא לתרגם למטופל (במקרה זה אביו) את הבשורה המרה שנמסרה בשיחה: "אתה יודע מה יקרה לאבא אם הוא ידע מה יש לו". ה"אב" מצידו, הבין שהוא מפסיד מידע, ורצה שהמתורגמן יעביר לו את כל מה שנאמר. המתורגמן עצמו חש לכוד בין הצדדים, וניסה לפשר ביניהם באמצעו שכנוע ה"בן" להעביר לאב את המידע. בתחקור השיחה, סברו המשתתפים כי ניתן היה לסיים את השיחה ולהזמין את האב בשנית - הפעם לבד – על מנת שתאפשר ביניהם תקשורת ישירה באמצעות המתורגמן וללא התערבות הבן.
15. מחויבות לבניית אמון – המטופל סבר שעל המתורגמן ליצור אצלו תחושת אמון, באמצעות שיחה באמהרית. שיחה זו השאירה את הרופאה בצד: "ניסינו להבין אחד את השני ושכחנו את הרופאה", כלומר יצירת האמון באה על חשבון התקשורת הישירה בין המטופל לבין המטפל.
16. סוגיה בין תרבותית – בקהילת יוצאי אתיופיה קיים חוסר אמון ואף פחד מניתוחים, או מרופאים שלדעתם ממהרים לשלוח מטופלים לניתוחים, במקום לנסות שיטות טיפול אחרות.
- ככלל, בחלק מהתרחישים לא הגיעו המשתתפים לאבחון מלא של הבעיה או ולא הצליחו להעביר את כל המידע אודות האבחנה והוראות הטיפול. לסיכום, התרגול נתן למשתתפים ביטחון וכלים לבצע סימולציות באופן עצמאי. בניתוח בדיעבד, נראה כי בשל הזמן הקצר שחלף מאז ההכשרה במס"ר ועד ההכשרה בניצנה (ימים ספורים בלבד) לא נותחו לעומק התובנות שעלו ביום ההכשרה. ייתכן שניתוח התרחישים והמשובים של המשתתפים היה מסייע למדריכי הקורס לדעת באילו סוגיות עליהם להתמקד בהכשרה בניצנה. הניתוח היה מאפשר היערכות טובה יותר גם לגבי תהליך ההטמעה במרפאות, שכן הוא שיקף דעות של אנשי הצוות על השיחה באמצעות מתורגמן.

5.2.5.4 צוות הקורס

צוות הקורס בהכשרת המתורגמנים בניצנה כלל מומחים מתחום התרגום והמתורגמנות, מקצועות הבריאות והשפה האמהרית. הרצאות המומחים נועדו להשלים אלה את אלה (המרצות

מתחום התרגום, למשל, אינן שולטות באמהרית או במקצועות הרפואה). לפיכך, היו שיעורים שהעבירו כמה מנחים ביחד.

מנחי הקורס היו:

פרופ' מרים שלזינגר – המחלקה לתרגום וחקר התרגום, אוניברסיטת בר-אילן. בעלת ניסיון רב-שנים בהוראת תרגום ומתורגמנות, אך ללא ניסיון בהוראת מתורגמנות קהילתית.

החוקרת – מיכל שוסטר - דוקטורנטית מתחום התרגום וחקר התרגום, בעלת ניסיון תיאורטי בלבד בתחום וללא ניסיון בהוראה אקדמית.

ד"ר ספפה איצ'ק – אפידימיולוג, חבר הנהלת "טנא בריאות". ללא ניסיון בהוראה אקדמית. יוצא אתיופיה.

ד"ר אנבסה טפרה – בלשן ומורה לאמהרית, האוניברסיטה העברית בירושלים. בעל ניסיון בהוראת אמהרית במסגרות חינוך תיכוני והשכלה גבוהה. יוצא אתיופיה.

ד"ר ענת יפה – מנהלת היחידה לאנדוקרינולוגיה במרכז הרפואי "הלל יפה". יו"ר "טנא בריאות" גב' גנט דסה – בוגרת תואר ראשון ביעוץ חינוכי, אוניברסיטת בר-אילן, שימשה כמתחקרת בסימולציות. יוצאת אתיופיה.

בנוסף, העבירו הרצאות אורח:

פרופ' אלדעה ויצמן – המחלקה לתרגום וחקר התרגום, אוניברסיטת בר-אילן
ד"ר דוד רייר – ראש המגמה לסוציולוגיה של הבריאות, אוניברסיטת בר-אילן

מרצים אורחים או מתרגלים נוספים שולבו בהשתלמויות ההמשך (סעיף 5.2.5.7).

מאחר שכל הלומדים התנסו בתרגום רפואי בעבודתם במערך הבריאות בישראל, ומאחר שלמדו סיעוד בישראל או באתיופיה, לא היה צורך ללמד מושגי יסוד ברפואה. עובדה זו ייחדה את משתתפי הקורס – במסגרות שנסקרו לצורך מחקר זה אין דרישה לרקע רפואי אצל מתורגמנים רפואיים, והם לומדים את התכנים הרפואיים במסגרת ההכשרה – אם קיימת בארצם, או במהלך העבודה. לפיכך, היעדר מודולות הנוגעות להכרת מערכת הבריאות, סיור במוסדות רפואיים, וכן מודולות של פיזיולוגיה ואנטומיה, הוא השוני העיקרי בין תכני הקורס המתואר לבין קורסים להכשרת מתורגמנים קהילתיים הקיימים במדינות מערביות, כפי שתוארו בפרק ג'.

תכנית קורס ההכשרה הבסיסי, בהיקף 42 שעות אקדמיות, שילבה בין תכנים תיאורטיים לבין תרגול מעשי. ניתן לחלק את תכני הלימוד בקורס להרצאות פרונטליות, תרגול שיטות עבודה בתרגום, שיעורי מינוח, צפייה ודיון בסימולציות, ותרגול מעשי של תרחישים. התכנים בקורס נועדו לתת מסגרת מקצועית לפעילות שמוכרת למתורגמנים מניסיונם השוטף כמתורגמנים לעת-מצוא. מתן מסגרת תיאורטית, דיון בכללי עבודה ואתיקה, הגדרת גבולות התפקיד, וחיזוק המינוח הרפואי בשתי השפות תוך תרגול מיומנויות תקשורת – כל אלה נועדו לשפר את תפקודם של המתורגמנים: לייעל את התקשורת המתווכת ולשפר את ביטחונם העצמי של המתורגמנים תוך עבודה בהתאם לכללים ולגבולות ברורים.

להלן תכני תוכנית ההכשרה :

הרצאות : (סה"כ 10.5 שעות)

1. הרצאת מבוא : מהו תרגום, מהי מתורגמות, מהו גישור – על האתגר שבהעברה משפה לשפה; על ההבדלים בין תרגום מילולי להעברת משמעות; על דרכים שונות לניהול מפגש אשר בו אין לשני הדוברים שפה משותפת; על המתרחש בעולם בתחום התרגום הקהילתי והרפואי (60 דקות, פרופ' מרים שלזינגר).
2. הרצאה : מושג האיכות בתרגום; שגיאות ודרכי תיקון שגיאות; אי-הבנות ודרכים לברר ולתקן; הבדלים במצאי הלשוני של שפות שונות; הבעייתיות לכאורה של המטופל ש"לא מדבר לעניין", "לא מדייק", או המרבה בפרטים "לא רלבנטיים" (60 דקות, פרופ' מרים שלזינגר)
3. הרצאה : מושגי יסוד בפרגמטיקה, דפוסי תקשורת וצורות עקיפות (בדגש על ההבדלים ברמות הישירות והעקיפות של ילידי ישראל ויוצאי אתיופיה) (60 דקות – פרופ' אלדעה וייצמן).
4. הרצאה + דיון : דרכים לוידוא הבנה, הבדלים בין הסכמה ממשית להסכמה לכאורה, התאמת המשלב הלשוני לזו של הנמען, דפוסי נימוס ועקיפות, שפת-גוף, יחסי דוברים-מתורגמן (60 דקות, פרופ' מרים שלזינגר)
5. מעמד המתורגמן במפגש מטפל-מטופל – תיאוריות הנוגעות למיקום המתורגמן במפגש המשולש והבעיות העוללות לנבוע מאי-בהירות באשר למיקום זה (30 דקות, פרופ' מרים שלזינגר ומיכל שוסטר).
6. על תרגום באמצעות הטלפון ושיטות אחרות של תרגום מרחוק; מקומם של שפת-גוף ושל קשר עין בשיח – והקושי שבתרגום בלעדיהם; על הקשיים בנייתוב השיחה, בכלל, ובמצבים שבהם אין המתורגמן רואה את בני-השיח (60 דקות, מיכל שוסטר)
7. מהו נרטיב רפואי? על דימויים ודרכי תיאור של בריאות וחולי כתופעה תלוית-תרבות. (90 דקות, ד"ר דוד רייר)
8. הניסיון הקליני עם חולים מתרבות אחרת – כיצד תופסים רופאים את המפגש הרפואי עם מיעוטים תרבותיים. מה מייחד את המפגש ואילו כלים יש בידי המטפלים לתקשר בצורה יעילה יותר עם מיעוטים תרבותיים ולשוניים (60 דקות, ד"ר ענת יפה)
9. ילדים כמתורגמנים – ילדים של מיעוטים לשוניים הינם המתורגמנים השכיחים ביותר. דיון בתופעה, ובהשלכות של תרגום באמצעות ילדים (45 דקות, מיכל שוסטר)
10. מהו קוד אתי; דוגמאות לקודים אתיים; סוגיית הסודיות והחיסיון; התמודדות עם העומס הרגשי הנוצר לעיתים במהלך התרגום (45 דקות, מיכל שוסטר)
11. דיון בנושא הגישור הבין-תרבותי בנושא המתפתח במדינות אחרות (45 דקות, פרופ' מרים שלזינגר)
12. הדילמות שבפניהן ניצב המתורגמן במהלך עבודתו, בהיותו נתפס כ"שייך" לצד זה או אחר ובהיותו בעל כוח רב מעצם השליטה בשתי השפות אך בלא "הגדרת תפקיד" חד-

משמעית; על מושג המיצוב (positioning); על מקומו ומעמדו של המתורגמן בצוות המטפל; על דימויים רווחים להגדרת תפקיד המתורגמן; על מצבים שבהם המתווך הוא אדם קרוב למטופל; על פירושה של "הבנה". כיצד לוודא הבנה. (90 דקות, פרופ' מרים שלזינגר)

13. דיון בתפקיד המתורגמן בניתוב השיחה, בחלוקת התפקידים בין הרופא למתורגמן (קרי, בהגדרת תחומי האחריות של כל אחד מהם), ובהתמודדות עם מצבים עדינים, לרבות התנגדות מצד החולה להנחיה/בקשה של הרופא. (45 דקות פרופ' מרים שלזינגר)

צפיה בתרחישים ודיון –

בהכשרה תוכננו ארבע שעות של צפיה ודיון בסרטים המדמים שיחות רופא-מטופל עם מתורגמן ובלעדיו, ודיון בהבדלים בין מתורגמן טבעי (בן משפחה) לבין מתורגמן מקצועי. בסיטואציות היו טבועים מצבים שבהם, למשל, מתקשה המתורגמן לשמוע על גישה מאוזנת כלפי הצדדים. (כל צוות המנחים)

תרגולים

1. תרגול שיטות תרגום שונות, תוך שימת דגש על אסטרטגיות רישום וזכירה, להתמודדות עם קטעי טקסט ארוכים. טכניקות שונות של תרגום בעל-פה (60 דקות, פרופ' מרים שלזינגר)
2. משחקי תפקידים – (390 דקות, צוות המנחים)
3. תרגול השימוש במינוח המתאים (באמהרית, ובעברית), בהבנת המינוח הרפואי, ובהעברתם של מושגים בלתי-מוכרים לחולה בשפה הברורה לו/לה (135 דקות, ד"ר אנבסה טפרה וד"ר אייצ'ק ספפה)

סרטים+דיון

בהכשרה תוכנן להקרין ארבעה סרטים, העוסקים בקבוצות מיעוט, ביחסי רוב-מיעוט, ובטעויות הנובעות מאי-הכרת קודים תרבותיים.

בנוסף להכשרה הבסיסית, תוכננו 2 השתלמויות המשך, בהיקף 16 שעות אקדמיות, ששילבו בין דיון בסוגיות שיעלו מהתרגום בשטח, משחקי תפקידים, הרצאות תיאורטיות והסברים טכניים על מהות השירות.

בפועל, חלו מספר שינויים בסדר ההרצאות בהכשרה הבסיסית. בפועל, לא הועברו השיעורים: ילדים כמתורגמנים, קודים אתיים בעבודת המתורגמן, הניסיון הקליני עם חולים מתרבות אחרת, ושיעור מינוח נוסף שתוכנן ליום ההכשרה האחרון. בנוסף, לא הוקרנו חלק מהסרטים שתוכננו כפעילות פנאי עם ערך חינוכי (כגון "רשומון"). חלק מהשינויים נבעו בשל אי-עמידה בלוח הזמנים, שייתכן שהיה עמוס מדי בשל ניסיון להכניס כמה שיותר תכנים בזמן שהוקצב

לקורס, ובשל תוספת זמן שנדרשה לתרגול הסימולציות. תכנים שנוספו כללו סיור בכפר החינוכי ובחווה המדעית הסולרית שלידו.

מבנה הקורס ותכניו הושפעו מכמה גורמים:

1. הלומדים בקורס לא באו מרקע לימודי אקדמי, אף שחלקם למדו לתואר בסיעוד בנוסף, חלק מהמשתתפים בני למעלה משלושים, ויצאו ממעגלי לימוד מסודרים. לפיכך, התבקשו מתכננות הקורס להעביר את נושאי ההכשרה באמצעות לימוד מעשי אינטראקטיבי, ופחות באמצעות הרצאות פרונטאליות תיאורטיות או על-ידי חלוקת חומרים כתובים. חלק גדול מזמן הקורס הוקדש ללימוד באמצעות תרגול מעשי וניתוח, או לימוד באמצעות סרטי המחשה שצולמו במרכז לסימולציה רפואית ודיון. המשתתפים לא קיבלו חומר כתוב, למעט תכנית הקורס ודפי מינוח באמהרית ובעברית. זאת על אף שניתן היה לאתר ולתרגם לעברית חומרים רלוונטיים להכשרה מתוך הספרות והפרקטיקה העולמית, לדוגמה קודים אתיים, חומרים על שירותי מתורגמנות טלפונית, אתרי אינטרנט שימושיים ועוד. תפיסה זו שונה משיטות הלימוד הנהוגה בחלק מהכשרות של מתורגמנים קהילתיים, שמשלבת לימודי תיאוריה ופרקטיקה (Mikkelsen and Mintz, 1997) אולם יש חוקרים הנותנים את הדעת לכך שבתרבויות שונות קיימות שיטות לימוד והוראה שונות, (Penney and Sammons, 1997; Corsellis, 2005)
2. היומיים הראשונים בקורס היו שישי בערב ושבת – חלק מהמודרכים הינם שומרי מסורת ולכן לא יכלו לכתוב. לפיכך בימים אלה לא הועברו תכנים שהיה בהם צורך בכתיבה.
3. הרקע הקודם של המודרכים – כולם בעלי רקע בריאותי ומשמשים כאחים ואחיות, כמגשרות או כמתאמות, למעט מודרך אחד שהינו מורה אך בעל תואר שני בבריאות הציבור. לפיכך, לא היה צורך בשיעורי מבוא בנושאי אנטומיה, פיזיולוגיה ומערכת הבריאות.

בדיונים הפעילים שולבו מונחים מתחום התרגום וחקר התרגום, שלא היו מוכרים למשתתפים, וכן דיון בנושאים בולטים בעבודת המתורגמן הקהילתי (כמו ניהול התקשורת, כללי אתיקה וכולי).

יש לציין, כי בכל הדרכות ההמשך שהתקיימו חולקו חומרים, בנושאים הנוגעים לכללי אתיקה של עבודת המתורגמן, בשיעורי המינוח ובנושא זכויות המטופל. עם זאת, המתורגמנים לא הודרכו כיצד ליצור לעצמם מאגר מידע שישמש לעבודתם המקצועית. חלק מהותי מהתמקצעות העיסוק בתרגום קהילתי הוא ההבנה של מסגרת התפקיד הכוללת. לפי התפיסה הרואה במתורגמנות קהילתית עיסוק מקצועי, מתורגמן אינו רק אדם המעביר מידע משפה לשפה, אלא איש מקצוע הפועל על פי הגדרת תפקיד מסודרת, תוך קבלת הכשרה מקצועית ומילוי אחר כללי אתיקה.

לפיכך, התכנים התיאורטיים שניתנו בקורס, בין אם בהרצאות פרונטאליות ובין אם כחלק מהתרגול המעשי היו:

1. מבוא לתרגום: מהם ההבדלים בין המצאי של שפות, מושגי יסוד בתרגום משפה לשפה.
2. אתגרים בעבודת התרגום: טעויות ותיקון.
3. דפוסי נימוס ועקיפות.
4. מושגי יסוד בסוציולוגיה של הבריאות: נרטיבים של חולי, הבדלים בין-תרבותיים בתפיסות בריאות וחולי, חינוך רופאים לטיפול במטופלים מתרבויות אחרות.

להלן סקירה של התכנים הבולטים בהרצאות, שנועדה להציג את נקודת המפגש בין התכנים התיאורטיים מחקר התרגום, לבין תפיסת המודרכים את עבודת התרגום ואופן העבודה שלהם טרם הלימוד.

5.2.5.5.1 נרטיבים של חולי בהקשר הבין-תרבותי

אחד הנושאים הסוציולוגיים הנוגעים לתחום המתורגמות הרפואית הוא ההבדל הבין תרבותי בין נרטיבים של חולי. אמונות שונות בנושאי חולי, בריאות וטיפול במחלות גורמות לאי-הבנות ולבעיות בתקשורת בין מטפל ומטופל שאינם מאותה התרבות. הדבר נכון במיוחד לגבי ההבדלים שבין אמונות הבריאות והחולי של יוצאי אתיופיה בישראל לבין מערכת הרפואה המערבית. נושא הנרטיבים של חולי ובריאות נחקר מאז שנות החמישים של המאה שעברה ונלמד בישראל במסגרת הסוציולוגיה של הבריאות.

הרצאה בנושא נרטיבים של חולי בהקשר הבין-תרבותי ניתנה בקורס על-ידי הסוציולוג ד"ר דוד רייר מהמגמה לסוציולוגיה של הבריאות באוניברסיטת בר-אילן. בהמשך היום שימש ד"ר רייר כ"רופא" באחת מהסימולציות. סימולציה זו התייחדה בכך שגם ה"מטפל" היה בן מיעוט לשוני, אשר התקשה, לעתים, להבין את המתורגמן.

בעזרת סיפורים והמחשות, הוצגו תיאוריות בנושא הסוציולוגיה של הבריאות: קול הרפואה מול קול היום-יום (Mishler, 1984), תפיסות בריאותיות תלויות תרבות, וכן המודל המסביר של קליינמן (Kleinman, 1980). המרצה קישר את המושגים התיאורטיים לסיטואציות שהמודרכים מכירים היטב מעבודתם במערכת הבריאות. הוקדש מקום לדיון על הנרטיבים של חולי, והסוגיה הודגמה באמצעות סימולציות שהם עצמן ביצעו בנושא כיצד המטופלים חווים את המחלה, וכיצד מתורגמן עלול לסנן את המידע ולהתאימו למודל הרפואי של המטופל (וראו התייחסותה של בולדן (Bolden, 2000) ל"קול המתורגמן" הנשמע בשיחה)

5.2.5.5.2 דפוסי נימוס ועקיפות בשיח

דפוסי נימוס ועקיפות שייכים לתחום הפרגמטיקה. את ההרצאה העבירה פרופסור אלדעה ויצמן, מהמחלקה לתרגום וחקר התרגום באוניברסיטת בר-אילן. לכאורה, דפוסי נימוס וכללי עקיפות

בשיח הינם תחום תיאורטי השייך לתחום הבלשנות ולא להכשרה מעשית של מתורגמנים רפואיים. בדיונים בספרות שהתייחסו לתעדוף התכנים בלימודי מתורגמנות קהילתית, הועלתה השאלה האם שיעורים הנוגעים לדפוסי שיח וחקר השיח אינם תופסים זמן יקר על חשבון הוראה מעשית. יש שסברו שהכנסת מונחי יסוד בבלשנות וחקר השיח חיונית כבר בתחילת הכשרתם של מתורגמנים, ככלי הכרחי להבנת משמעות המסר והעברתו בצורה נכונה לשפת היעד. ויש שלימדו את המיומנויות הטכניות של תרגום מדויק, בכלל זה התאמה למשלב ולסגנון (Hale, 2007).

הדיון בהכשרה התמקד בהבדלים של דפוסי נימוס ועקיפות בין תרבויות, ובפרט בין התרבות הישראלית לבין התרבות המסורתית האתיופית⁵⁸. פניה בצורות נימוס שונות הינה מהותית ביותר בשיח באמהרית, ועל המתורגמנים לשלוט בצורות הפניה בשתי השפות. בהקשר ישיר לתרגום רפואי, התייחסו המשתתפים לצורך לפנות למטופלים מבוגרים בכבוד, דבר שבדרך כלל לא מתבצע על-ידי הרופאים. אחד המודרכים הסביר: "אנחנו בהסברה, באולפנים לעולים, מסבירים להם שלא יצפו שיקראו להם בגוף שלישי רבים. שלא ייפגעו". נשאלה השאלה האם המתורגמנים עצמם צריכים לפנות בכבוד למטופל, או לפנות אל המטופל כפי שהרופא פונה אליו. המרצה הסתייגה מעט מהנטייה שביטאו המשתתפים בקורס, לרכז את צורת הפניה של המטפל אל המטופל, שכן בשלב כלשהו ייתקל המטופל בתרבות הדיבור הישירה של אנשי הצוות הרפואי, ויתקשה להתמודד איתה.

5.2.5.5.3 הבדלים תרבותיים בתפיסת הטיפול הרפואי, ומינוח עברית-אמהרית

הרצאה זו הועברה על-ידי ד"ר ספפה איצ'ק וד"ר אנבסה טפרה, ילידי אתיופיה. ההרצאה החלה בעברית, אולם על פי הצעת החוקרת וד"ר ענת יפה עברו המשתתפים להרצות באמהרית. בחלק מן הזמן ישבה החוקרת ליד אחת המודרכות וקיבלה תרגום בלחשה. הרצאת המינוח היתה השיעור הערים ביותר מבחינת השתתפות הקהל ומעורבותו, והיא זכתה למשוב החיובי ביותר מהמשתתפים בסיכום הקורס. בשל מגבלת הזמן ניתן רק שיעור קצר במינוח, ושיעורים נוספים ניתנו בהכשרות המשך.

המרצים אפיינו דפוסי שיח האופייניים למטופלים יוצאי אתיופיה. למשל, קושי בתיאור חלקים פנימיים של הגוף, קושי בהבהרת הסימפטומים ועוצמתם, וקושי במיקוד תיאור הסימפטום. למשל, כאשר מטופל יוצא אתיופיה אומר "כואב לי", הוא יכול להתכוון לסוגי כאב רבים, בעוצמות משתנות. קושי זה מקשה על האבחנה ועל הנחיות הטיפול. מטופלים רבים הינם אמוציונליים מאוד בתיאור כאב, ואינם נותנים תיאור אובייקטיבי. בנקודה זו העירה אחת המודרכות, אחות במקצועה, שגם לא-אתיופים מתקשים לתת הגדרת כאב אובייקטיבית, ומתארת את הקושי של מטופלים להשתמש בסרגל אומדן כאב לתיאור רמות שונות של כאב.

⁵⁸ בהקשר ישיר יש לציין, לדוגמה, את הביטוי "אישי" (בסדר) - אשר לעיתים קרובות נאמר על-ידי יהודי אתיופיה במקום לומר "לא", וכדברי הפתגם האתיופי - "המילה "אישי" מרככת את הקושי שבסירוב". עוד בנושא, ראו באתר האגודה הישראלית למען יהודי אתיופיה <http://www.iaej.co.il/newsite/content.asp?PageId=512>

בנוסף, בשל הרקע ההשכלתי של מטופלים רבים, הם מתקשים להבין מושגים רפואיים מערביים כגון בדיקות מעבדה. המטופלים מתקשים להבין את תוצאות הבדיקות ולכן, המליצו המנחים, יש לתרגם להסביר בשפה פשוטה ובמונחים ברורים את תוצאות הבדיקה, על מנת שהמטופל יבין אותן. בנוסף, יש לתרגום בעדינות וברוגע, על מנת שלא להבהיל את המטופל.

הבדלים בין תרבותיים בתפיסת הטיפול הרפואי באים לידי ביטוי גם בתופעות פסיכולוגיות שמטופלים רבים מתקשים להסביר, או שאינם מודעים לכך שמדובר בבעיות נפשיות. לדוגמה, אדם שלועס גית ומרגיש תחושת כבדות בשעות הערב, עשוי לתאר את תחושותיו במילים "כבדיין" (ἄσχετος) "תציקו ניין" (τίσιν), כלומר כבד לי- תחושת כבדות, דיכאון, דכדוך. המרצים המליצו לנקוט בשיטת ה"תרגום הכפול" – תרגום מילולי ותרגום להעברת המשמעות גם בתרגום דברי המטופל למטפל.

5.2.5.5.4 שיטות רישום וזיכרון

שיטות רישום וזיכרון הן חלק מהותי מכל הכשרת מתורגמנים. לנושא הוקדשה מודולה נפרדת, והוא תורגל במהלך הסימולציות. הוצגה למשתתפים שיטת הרישום בקיצור, על פי מילות סימנים הברורים למתורגמן ומשמשים אותו לצורך זיכרון לטווח קצר. עם זאת, התקשו חלק מהמודרכים להשתמש בשיטה זו, וחלקם תהו מתי עליהם לרשום בעברית ומתי באמהרית.

5.2.5.5.5 דיון בתרחישים שצולמו במרכז לסימולציה רפואית

התרחישים שצולמו ונדונו במרכז לסימולציה רפואית בתל-השומר שימשו ללימוד בקורס למתורגמנים רפואיים של "טנא בריאות" בניצנה. המודרכים צפו בסרטים, ולאחר מכן נערך דיון. הדיון נוהל על פי המתכונת שנלמדה במס"ר – ראשית מדבר האדם שתורגל, שהיה במקרה זה המתורגמן. אחריו מדברים שאר המשתתפים בסימולציה, לאחר מכן מומחי התוכן ולבסוף נפתח הדיון. הדיון מובנה, ומכוון ללימוד חיובי תוך ניתוח פעיל של הסיטואציה.

התרחיש הבולט ביותר שהוקרן לצורך דיון בקורס היה תרחיש הבשורה המרה, שבו נדרשת רופאה לבשר לאדם מבוגר כי התגלה גידול בבטנו. האב, שכמעט שאינו דובר עברית, נעזר בבנו לצורך התקשורת עם הרופאה. ילדים של בני מיעוטים לשוניים הינם המתורגמנים הטבעיים (natural interpreters) השכיחים ביותר. הבן, שחושש שהבשורה תמוטט את אביו, מסרב לתרגם את המידע, על אף שזכותו של האב כמטופל לדעת את כל האמת על מצבו. נוצר מצב של נתק בתקשורת בין הצדדים. ה"רופאה", שאינה מצליחה לתקשר ישירות עם האב, פונה למתורגמן הטלפוני. הבן דורש מהמתורגמן לשתף עימו פעולה ולא לגלות לאב כי הוא חולה בסרטן. המתורגמן מחויב לתרגם את כל הנאמר לאב, אך עליו גם לזכות באמונם של הצדדים ואולי אף לתקן את היחסים המעורערים שהתהוו בין ה"רופאה" לבן.

וכך העיר המתורגמן, לאחר הקרנת התרחיש :

אני, בתור מתורגמן, [...] הייתי צריך למצוא שטח, שיכניס אותי למקרה. איפה אני יכול לתרום בסיטואציה הזאת. [...] הייתי צריך לחשוב, ולהשתמש במילים שיוכלו לשכנע אותו [את הבן] להיעזר במה שאני אעשה שם. וזה היה ממש קשה. [...] ככל שאני עוזר לבן, שיבין ויתרכך, אני [תורם לכך] שהמסר יגיע לאבא. מצד שני, כדי שאני אתרגם ישירות לאבא, ההתערבות של הבן צריכה להיפסק באיזשהו שלב.

מצד שני, הדאיג אותי [...] כי דיברתי ארוך. הייתי צריך לדבר ארוך כי לא היתה ברירה. ה"רופאה" לא היתה מקושרת למה שאנחנו מדברים. [היא] אפילו כיוונה אותי לקצר"

המתורגמן, ואחריו המודרכים, הדגישו את הצורך בקבלת פרטי רקע מהרופא. על המתורגמן להעביר את המסר הטכני לשפה שהיא מובנת למטופל, וגם לתמרן בין הצדדים בדילמה התקשורתית הנתונה. אחת המשתתפות אף הציעה שה"רופאה" תקיים שיחה מקדימה עם המתורגמן, עוד טרם כניסת האב והבן אליה, על מנת לאפשר למתורגמן להתכונן היטב למפגש⁵⁹. הצעה זו אולי תועיל לתקשורת, אך היא אינה מעשית משום שהרופא אינו מצפה מראש שתהיה בעיה בתקשורת, זאת בנוסף על הזמן המצומצם העומד לרשותו ממילא.

ה"רופאה" תיארה את שהתרחש בתרגיל במילותיה שלה:

היו כמה מפגשים. המפגש הראשון עם האבא הוא מפגש עם אדם שלא מדבר עברית. לא היתה לנו שום קומוניקציה, למעט קומוניקציה שהיא לא שפתית. זה מצב שהזמן בקשה, אחרי פרק זמן קצר, של מתורגמן. זה קורה לנו בקליניקה יום-יום. הדבר הראשון שאנחנו עושים זה מבקשים או בן משפחה [שיתרגם] או מישהו מאחורי הדלת. שזה בעיה כי לפעמים התכנים מאוד אישיים, ומי שעומד מאחורי הדלת יכול להיות השכן מהבית ממול. במקרה זה ביקשתי שהבן יכנס. במובן מסוים הבן הוא מתורגמן טוב כי אין עניין של סודיות רפואית כלפיו. מצד שני הבן הוא לא מתרגם חסר פניות במקרה זה, יש לו מה להגיד. מבחינתי כמי שלא דוברת אמהרית זה קשה, כי אני צריכה לסמוך על מישהו שיש לו מטרות או לוח משימות ששונה מלוח המשימות שלי. אנחנו רוצים לשתף את בני המשפחה בתהליך הטיפולי בדרגה מסוימת, אבל האדם שיש לו סדר יום שונה משלי לא צריך לעמוד כמכשול ביני ובין השיח עם המטופל עצמו. ופה היתה הבעיה.

ה"רופאה" פירטה עוד את הבעייתיות שבתפקוד הבן כמתורגמן במקרה הנוכחי:

במקרה הזה הבן דיבר עברית טוב, וזה לא תמיד המקרה. הבעיה עם התרגום היא לא עד כמה הוא דיבר עברית טוב, שזו שאלה חשובה עד כמה הוא מסוגל להבין, אלא מה הוא

⁵⁹ הצעה זו הועלתה על-ידי מודרכת העובדת כמתאמת טיפול בתחום האיידס, שם מקובל טיפול ממושך בנשא או בחולה, ושיתוף פעולה רציף בין צוות המטפלים האמורים לחלוק זה עם זה את המידע לטובת הרצף הטיפולי.

אומר [מתרגם] הלאה. לא יכולתי לסמוך עליו שיאמר מה שאני רוצה להגיד. ואז נאלצתי⁶⁰ להזמין מתורגמן מקצועי.

ה"רופאה" שיקפה את המתח שבין המתורגמן המקצועי לבין המתורגמן הטבעי – הבן, והיכן היא ניצבת בסיטואציה מורכבת זו: "לא ידעתי מתי להכניס את המתורגמן המקצועי. לבן זו היתה סיטואציה מצוינת. הוא לא רצה שאני אזמין מתורגמן. הוא רצה לשלוט על הסיטואציה. אני אומרת לו על המתורגמן המקצועי אבל אני כופה את זה עליו⁶¹. אני מחייגת ולא שואלת את הסכמתו."

לשאלה "האם הרגשת שהצלחת להעביר את המסר" ענתה ה"רופאה" שבאמצעות הבן הצליחה להעביר רק שתוצאות הבדיקה אינן טובות, וכי עליו לעבור ניתוח. ה"רופאה" לא הצליחה להעביר לאב את המידע על סוג הניתוח הנדרש, ולתחושתה אף לא הצליחה להסביר לבן את מלוא משמעות הניתוח (האב יצטרך לשאת שקית מחוץ לבטן לאיסוף הצואה). חשוב היה לרופאה להמחיש למתורגמנים המקצועיים לעתיד מהו סוג התרגום שהרופאים משתמשים בו בדרך כלל ומהן הבעיות הכרוכות בו.

המשתתפים התבקשו להתייחס לקשיים שמערים התרגום באמצעות הטלפון על המתורגמן – למשל חוסר יכולת לקרוא שפת גוף, חוסר יכולת ליצור קשר עין או מגע יד מעודד וכולי.

5.2.5.5.6 מתורגמות באמצעות הטלפון

שיטת התרגום באמצעות הטלפון אינה מוכרת בישראל, ולפיכך, בקורס להכשרת מתורגמנים טלפוניים היה צורך להציג את הנושא, את שיטת העבודה ואת יתרונותיה וחסרונותיה. למשתתפים בקורס ניתנה הרצאה על ההיסטוריה של התרגום הטלפוני: באילו סיטואציות אפשר להשתמש בו ומהם יתרונות וחסרונות השיטה. ההרצאה התבססה על מקורות תיאורטיים בתחום התרגום הטלפוני (ראו 2.4.2.5), תוך הסתמכות על עבודתו של גרסיה - גרסיה (Gracia-García) ועל הדיון עם הנוכחים לגבי יתרונות השיטה וחסרונותיה. המודרכים בקורס עובדים במערכת הבריאות ולכן יש להם תובנות מושכלות לגבי מצבים שבהם ניתן, או עדיף, להשתמש במתורגמות טלפונית (במצבי חירום, כשמדובר בקהילות קטנות או בנושאים רגישים שמטופלים מעדיפים לא לשתף בהם מתורגמן פנים אל פנים) או במצבים שבהם רצוי שלא להשתמש בו (למשל בטיפול בחולים פסיכיאטרים, ובהקשר זה ראו Kelly, 2008).

להלן הנושאים הקשורים למתורגמות טלפונית שנלמדו בקורס:

1. האפשרויות לקבלת שירותי מתורגמות טלפונית בעולם: תרגום שמבצעת חברה ממשלתית, תרגום שמבצעת עמותה, וחברה כלכלית שמספקת שירותי מתורגמות.
2. סוגיות טכניות בעבודת המתורגמן כמו רעשי רקע, הפרעות בקו וכולי.

⁶⁰ מעניין השימוש במושג "נאלצתי" בהקשר זה.

⁶¹ לכאורה, האב הוא שצריך להסכים להיעזר במתורגמן מאחר שהוא המטופל במקרה זה.

3. ההשפעות שיש להיעדר קשר-עין על התרגום, לחיוב ולשלילה (איבוד רמזים, חוסר היכולת לצייר או להצביע על חפצים כחלק משיטות ההבהרה, ומאידך האפשרות לניתוק רגשי, שמקל על מלאכת התרגום).
4. תחושת המתורגמן בעת עבודת התרגום. חלק מהמתורגמנים חשו קושי לתרגם בעודם לבד, אך חלקם הרגישו ששיטה זו מונעת מהם עומס רגשי ו"לקיחת העבודה הביתה". בנושא זה הוצע להשתמש במתורגמנים האחרים כקבוצת תמיכה, והגיבוש שנוצר בקורס תרם להצעה זו.
5. היתרונות והחסרונות של מתורגמנות טלפונית לגבי קהילות קטנות בכלל, וקהילת יוצאי אתיופיה בפרט. כך, למשל, סברו המשתתפים שמתורגמנות טלפונית יכול לסייע בתיווך בנושאים שמתלווה אליהם צורך בדיבור עקיף או בחשאיות, למשל נושאים שקיים לגביהם טאבו חברתי כגון מיניות, או מחלות כגון מחלת האיידס. לדעתם, עשוי התרגום הטלפוני להפחית מתחושת הבושה (ההדדית) של הצדדים בשיחות בנושאים מסוימים. מאידך, חשו המשתתפים שבאמצעות הטלפון הם יתקשו להסביר הסברים תרבותיים. סוגיה זו מתקשרת לגבולות תפקידו של המתורגמן ולשאלה האם הסברים תרבותיים הם חלק ממנו. אכן, בשיחה טלפונית קצרה קשה להעניק הסברים בין-תרבותיים, ובכל מקרה יש הסבורים שתפקידו של המתורגמן מוגבל לתיווך לשוני בלבד ואין ליחס לו ידע של אנתרופולוג⁶². בנוסף, בטיפול באדם שיש לו "זאר", (המקבילה האתיופית ל"דיבוק"), עיקר התקשורת הוא באמצעות שפת גוף, ואז יהיה קושי למתורגמן שאינו נוכח במקום.

כמעט ולא נדונו נושאים יחודיים לעבודת המתורגמן באמצעות הטלפון, כמו סביבת העבודה ואמצעים טכניים. הוזכרה בקצרה הבעייתיות שבתרגום לבד, מבלי יכולת להתייעץ, אולם לא הוצע לה פתרון כגון הקמת פורומים להתייעצות. מאוחר יותר, בעת העבודה בשטח, בוצעו כמה התייעצויות בנוגע לתרגום של מונחים או התנהגות המתורגמן בסוגיות רגישות.

סוגיות הנוגעות לשיטת התרגום בטלפון נדונו גם במודולות האחרות בקורס, ועלו במיוחד בניתוח הסימולציות. כך, למשל, נדונה סוגיית הפניה לאדם שאין המתורגמן רואה את פניו. באמהרית מקובלות צורות פניה בכבוד לקבוצות מסוימות, אולם המתורגמן הטלפוני לא תמיד יודע מיהו המקשיב לו בצד השני⁶³.

חוסר ההיכרות של כל המרצים בהכשרה עם נושא המתורגמנות הטלפונית השפיע על מבנה ההרצאה ועל אופן העברתה. יש לשער, שרוב המודרכים תרגמו באמצעות הטלפון מעצם היותם

⁶² נכון לאוגוסט 2008, כ-16 חודשים לאחר תחילת השירות, מפנים אנשי צוות רפואי למתורגמנים ולמנהלת השירות שאלות הנוגעות לסוגיות בין-תרבותיות. שאלות אלו נתפסות כצעד נוסף בהטמעת השירות במרפאות, וכהתקדמות "אבולוציונית" של נותני השירות בטיפול ביוצאי אתיופיה – מעבר לתרגום המילולי. שאלות מהסוג הבין-תרבותי נדונות עם כלל צוות העמותה, על מנת לקבל כמה שיותר מידע ולא להסתמך על דעתו של מתורגמן בודד.

⁶³ בעבודה בשטח הוסבר לאנשי הצוות שרצוי לציין את גילו של המטופל, על מנת להקל על המתורגמן לבחור את צורת הפנייה המתאימה. במקביל, תודרכו המתורגמנים לשאול לגילו של המטופל בתחילת השיחה, בעת הצורך.

דו-לשוניים מיומנים. ייתכן שהיה מקום להציג יותר חומרים אודיו-ויזואליים על מנת להמחיש את העבודה במתורגמות טלפונית מקצועית⁶⁴.

5.2.5.5.7 תרגול: משחקי תפקידים

בהמשך להנחת היסוד שבבסיס ההכשרה, שלפיה יש לנהל את רוב הלמידה בצורה פעילה, ולאחר בחינת קורסים להכשרת מתורגמים קהילתיים במדינות אחרות, שכללו רכיב משמעותי של משחקי תפקידים, נבנו מספר תרחישים והם תורגלו במהלך חמשת ימי הקורס (מסמך מס' 101). מטרת התרחישים היתה לתרגל סיטואציות אמיתיות, ולפיכך נבחרו מקרים רפואיים שכיחים יחסית, שעליהם נבנו "מכשולים" תקשורתיים או תרגומיים, דוגמת מינוח רפואי מורכב, רופא שמוסר מידע רפואי רב, במהירות רבה, מטופל אשר מבקש מהמתורגמן לא לגלות פריט מידע למטפל ועוד. התרחישים נבנו על-ידי צוות המנחים כולו על מנת לסנתז את כלל הדגשים שצוינו לעיל.

כל הסימולציות נבנו כך שידמו מתורגמות טלפונית, שבו הקושי הבולט הוא היעדר קשר העין בין המתורגמן לבין הצדדים המשווחים במרפאה, וחוסר ההיכרות עם מודוס ההפעלה. היעדר קשר-עין מקשה על ניהול התור בשיחה, עלול לגרום לקשיים טכניים בשמע, ויש לו גם משמעותית לתקשורת האנושית בהיבט של מתן אמון במתורגמן כאיש מקצוע וכשומר סוד.

חלק מהסימולציות תורגלו במרפאת הכפר החינוכי ניצנה, בתנאי אמת – ה"רופא" והמטופל ישבו בחדר המרפאה, מול שולחן ומחשב, ושוחחו בטלפון עם רמקול, והמתורגמן תרגם באמצעות טלפון נייד מחוץ לחדר⁶⁵. על מנת שכמה שיותר מודרכים יתרגלו תרגום במצב זה, התנהלו שתי סימולציות במקביל, בשני חדרים שונים. כאשר לא התאפשר התרגול במרפאה, ישבו ה"מטפל" וה"מטופל" ליד אותו שולחן, והמתורגמן ישב בקצה החדר, כאשר פניו אינן פונות למשווחים.

ה"מטופלים" היו לרוב המודרכים עצמם, ובכמה מקרים נערים יוצאי אתיופיה, עולים חדשים, אשר למדו במקום. שאר המודרכים נכחו כצופים במתרחש – בין אם בחדרי המפגש או ליד המתורגמים עצמם. הצופים תודרכו לרשום את הערותיהם מהצפייה בתרחיש.

העובדה שהמודרכים שימשו מטופלים, היוותה יתרון וחסרון. יתרון, משום שכך יכלו לחוות את תפקיד המטופל והזדקקותו לתרגום. "מטופלת" אחת, למשל, אשר "נכנס בה הזר", אף נכנסה כל כולה לתפקיד זה [כך אמרה לחוקרת לאחר מכן] וחדלה לתקשר עם ה"רופאה" בתרחיש. המשחק דימה אומנם מצב אמיתי, אך הקשה על ה"רופאה" ועל המתורגמן לנהל שיחה יעילה. חיסרון – משום שהמודרכים דוברי עברית, וכך לא יכלו לחוות באופן מלא את תפקיד המטופל המתקשה לדבר בשפה זו.

⁶⁴ ראו לדוגמה שיחת טלפון מתורגמת <http://www.london-translations.co.uk/interpreters-telephone.html>

⁶⁵ במרפאות שמשמשות בשירות בפועל, מותקן מכשיר טלפון נוסף באמצעות מפצל, כך שהרופא והמטופל מאזינים משפופרות שונות לאותו הקו, שבו משוחח המתורגמן.

אורכה הממוצע של סימולציה תוכנן להיות 10-15 דקות, ולאחר פרק זמן זה ניתן סימן למשוחחים לסיים את השיחה. הגבלת הזמן נועדה לאפשר לכמה שיותר מודרכים לתרגל תרגום, וכן, לדמות פגישה אמיתית בין מטפל למטופל, שעליה חלות מגבלות זמן בשל המטופלים האחרים הממתינים בתור. חשוב היה לתרגל את המתורגמנים בצורך להיצמד למגבלת זמן זו, שכן העמותה רצתה להוכיח שתרגום לא בהכרח יכפיל את זמן הפגישה הממוצעת עם העולה המטופל, וייתכן שאף יקצר אותה, הודות לתקשורת יעילה. עם זאת, רוב הסימולציות ארכו מעל 15 דקות – בין אם בשל מורכבות הנושא, ובין אם בשל חוסר המיומנות של כל המשתתפים לנהל שיחה יעילה באמצעות המתורגמן. יש לקחת בחשבון ששיחה מתורגמת מתארכת ממילא יותר מאשר שיחה רגילה, אולם המטרה היתה לתרגל, לפחות את המטפל ואת המתורגמן, בטכניקות שימקדו את השיחה וינהלו את התור ביעילות.

חשיבות רבה נודעה לעובדה שבחלק מהסימולציות השתתפו רופאים אמיתיים: ד"ר יפה יו"ר העמותה, ורופא הכפר החינוכי "ניצנה". כך ניתנת למודרכים האפשרות לשמוע בדיון העוקב את נקודת הראות של המטפל – באשר לקשיי התקשורת עם המטופל – טעויות ואי-הבנות נפוצות (שאינן קשורות בהכרח לפערי השפה והתרבות, אלא לאי-הבנה של תהליכים וטיפולים, קישור סיבתי מוטעה בין פרוצדורות שונות וכולי), ולהתנסות בתקשורת המשולשת באמצעות מתורגמן. למתורגמנים ניתנה ההזדמנות לשאול את ה"רופאה" שאלות באווירה נינוחה – למשל על מונחים ב"עברית רפואית" (דוגמת משמעות הביטוי "הבדיקה לא היתה תקינה", באחת הסימולציות). ה"רופאה" נתנה עצות כיצד ליעל את התקשורת מול הרופא, מבלי לערער את מעמדו. היא התוותה "סימני דרך בשיחה" שעל המתורגמן להבין גם אם הרופא לא שאל אותו – עליו להבין מה התלונה, מה הטיפול, מה הרופא רוצה שהמטופל יעשה, ומתי המטופל צריך לחזור. לדעתה הצורך להתרגל לצורת השיחה המתורגמת עלול לקטוע את חוט המחשבה המובנה של הרופא, ולפיקך המתורגמן צריך לדעת מהם יעדי השיחה⁶⁶.

ניתוח הסימולציות בוצע באופן מובנה, על פי שיטה שנלמדה ביום הכשרת המדריכים במרכז לסימולציה רפואית. סדר הדוברים הינו: המתורגמן (שהינו המתורגל) המטפל והמטופל, המנחים המקצועיים, והקהל. מנחה התחקור מסכם את הנושאים העיקריים, תוך היצמדות להנחיה לתת ביקורת בונה, להתמקד בניתוח בעיות התקשורת והתרגום שעלו, תפקודו של המתורגמן וכללים לעבודה נכונה בסיטואציה זו. בשל מגבלות זמן בקורס, לא נותחו כל הסימולציות שתורגלו.

הנושאים שעלו בניתוח הסימולציות והתחקירים היו:

1. פתיחת שיחה, הצגת השירות והמתורגמן, סיום שיחה.
2. דפוסי תקשורת – מי שולט בשיחה, מיומנות ניהול התורות של המתורגמן, האם השיחה זורמת, המתורגמן כצד לשיחה, שימוש בגוף ראשון מול גוף שלישי

⁶⁶ טבל (Tebble, 2003) מתייחסת ל"תמרורים בשיחה" – ציוני דרך שיחתיים (פתיחה, לקיחת היסטוריה רפואית, בדיקה וכולי, שהכרתם תסייע למתורגמן לתרגם טוב יותר. עם זאת, לדעת החוקרת, הצעת ה"רופאה" עלולה לטשטש את הקו הדק שבין הכרת יעדי השיחה, לבין ניהול השיחה על-ידי המתורגמן ולא על-ידי הרופא.

3. נושאי שפה בשיחה - שפה רפואית מול שפה עממית, תרגום מונחים
4. סוגיות בין-תרבותיות – תרבות המטפל ותרבות המטופל
5. דילמות אתיות וההתמודדות איתן
6. סוגיות טכניות – איכות הקו, שימוש ברמקול, מיקום הטלפון ביחס לדוברים הושבת המתלמדים האחרים ליד המתורגמן המתרגל, מה שגרם לעתים לרעש או להסחת הדעת, מגבלת הזמן.

התרחישים שתורגלו נלקחו מתוך מקרים אמיתיים, שחלקם נלקחו ממחקר אנתרופולוגי על התמודדות יוצאי אתיופיה עם מערכת הבריאות בישראל (בורגנה, 1987). נעשה ניסיון לתרגל מגוון תחומים רפואיים – תזונה, מחלות כרוניות ומצבים אקוטיים, ומבחר מצבים תקשורתיים – בני זוג, בני משפחה, מטופל מבוגר, מטופל שאינו בוטח ברופא, רופא חסר סבלנות וכלי. המטופל והמטפל קיבלו את התרחיש טרם התרגול, בעוד שהמתורגמן קיבל את השיחה והחל לתרגם ללא מידע מוקדם.

1. ילדה הסובלת מאסתמה ואביה שלא מוכן לקנות את התרופות כי אינן עוזרות לה וכי המשפחה נתונה בקשיים כלכליים
2. אדם הסובל מכאבי ראש, כנראה בשל סיבות נפשיות
3. בשורה מרה – זוג שעוברים סובל ממום ויש להציג להם את האפשרות להפלה
4. אדם מבוגר שיש להנחותו לבצע דיקור
5. אישה שנכנס אליה "זר"
6. הדרכת אם צעירה לגבי תזונת התינוק
7. ביקור אצל רופאת נשים בתחילת הריון
8. אלימות במשפחה
9. כאב גרון – טיפול מקומי ושליחה לבדיקות
10. מטופל שסובל מאלרגיה

5.2.5.6 הערכה וסיכום הקורס

ממשוב המשתתפים בסוף הקורס עלתה אווירה של שותפות למהלך אשר יתרום לשיפור התקשורת של מטופלים מקהילת יוצאי אתיופיה עם הצוות המטפל, ולשיפור בריאותם.

למשתתפי הקורס לא בוצעה הערכת הישגים אישית בתום הקורס. אי-קיום מבחני הערכה נבע מהכוונה המקורית להעסיק את כל בוגרי הקורס שירצו בכך, למעט מודרכת אחת שביצעה בקורס הוכיחו שאין לה המיומנויות הלשוניות והתקשורתיות הדרושות לתפקיד זה.

יצויין, כי בתחילת הקורס ובסיומו הועברו שאלוני משוב, שבדקו את ציפיות המודרכים לגבי תפקיד המתורגמן ולגבי הקורס. אולם, מניתוח הנתונים של השאלון השני, שמולא בסיום

הקורס, לא ניתן ללמוד על דעות המשתתפים, על שינוי בעמדות, או על תהליך הלמידה. לפיכך, עיקר המשוב עלה משיחת הסיכום שנערכה בסוף הקורס. לאחר הצגת תכני המשוב של המשתתפים יוצגו לקחים מהקורס, וכן התייחסויות רטרופקטיביות של המרואיינים במחקר הנוכחי.

5.2.5.6.1 המשוב של משתתפי הקורס בסיומו

מההיבט המקצועי, ניכר השינוי שעברו חלק מהמשתתפים בחשיבה על העיסוק בתרגום כמקצוע. חלק מהמודרכים חשו בלבול, לאור הסתירה בין האופן שבו ביצעו משימות תרגום עד הקורס, לבין התכנים והכללים שנלמדו בקורס. אחת המודרכות התבטאה:

" אני מתרגמת גם בטלפון וגם במציאות [פנים-אל-פנים]. [...] אני בבלבול מסוים. מה שעשיתי עד עכשיו זה טעות? אני יוצאת עם סימן שאלה גדול לעבודה שלי [כמתאמת ומגשרת]. פתאום צריך לרשום, ופתאום צריך לשים לב שהרופא לא יישאר בחוץ (מחוץ לשיחה). אני הולכת אחורה ושואלת את עצמי אם כל מה שעשיתי זה טעות"⁶⁷.

כתשובה, חיזקה מנחת הקורס את בטחונה של המודרכת וציינה שכל הסוגיות שהועלו הינן בבחינת דגשים וכלים לעבודה, ואינם סותרים בהכרח את כל דרך עבודתה של המודרכת עד כה.

להלן יובאו עיקר תכני המשוב, כפי שמסרו המודרכים בסיום הקורס:

1. חשיבות הדיוק בתרגום: "כשבאתי לפה היה נדמה לי שאני מבין הכול, יודע לתרגם, (...) אבל זה לא היה ככה. מה שהסברתם, זה להעביר את המסר, מהמטופל, בדיוק מה שהוא אומר לרופא, במיוחד בתחום הפסיכיאטריה, יש לו משמעות מאוד גדולה." "מטבע הדברים אנחנו נכנסים, ושואלים, זה מאוד מטעה את הרופא ומטשטש את התמונה על האבחנה".
 2. עבודה על פי כללי אתיקה: "אני יוצאת עם שאלות אתיות. מה עלי לעשות, מבחינה משפטית. איך אני אתקן את הדברים אם אני אטעה. אני מקווה שאתם תלמדו אותנו על אתיקה מקצועית. מה חובתנו ומה לא. [...] כדי שלא נחשוש ונעשה את הדברים כמו שצריך".
 3. מקומו של המתורגמן בשיחה:
- "כשעשינו את הריאיון לא חשבתי שמתורגמן זה כמו [שאנחנו לומדים] עכשיו. [חשבתי ש] זה כמו שאני מתרגמת למשפחה שלי, לשכנים שלי. וחשבתי שזה עבודה של שלושתנו – המטופל, הרופא ואני. כי אתם בחרתם בכוונה אנשים שקצת מבינים ברפואה. כדי לתרום מהידע. אבל פה אני מבינה בכלל [את הצורך] לתרגם כלשונו. אולי כן אפשר להתיעץ (הכוונה לייעץ) אבל זה נהיה יותר מסובך". "כשהייתי מתרגמת לאמא שלי, לדודה שלי, השיחה היתה מתנהלת ביני ובין הרופאה, והייתי מעבירה את הסיכום. ולא [ראיתי] בצד השני איך אמא שלי מרגישה, כשהיא יושבת בצד וממתינה עד שאני

⁶⁷ הערה זו נאמרה על-ידי מגשרת ומתאמת, שסמכויות ההסברה, הסינוור והתמיכה שלה במטופל נרחבות הרבה יותר מאשר ההגדרה המקובלת בספרות של תפקיד המתורגמן הרפואי.

- מסיימת את הביקור ומתרגמת לה...חשבתי שזה טוב לחולה, הסיכום, שאני משתמשת בידע שלי... למדתי שזו טעות" בנקודה זו הודגש השוני בין תרגום לבני משפחה, שאז מעורבות המתורגמן בטיפול הינה רצויה, לבין תרגום לאדם לא מוכר.
4. חשיבות הרצאות המינוח – המתורגמים הדגישו את הצורך ביותר שיעורים במינוח אמהרית-עברית. חלק גדול מהמודרכים השתתפו לראשונה בחייהם בהרצאה שניתנה בשפת האם שלהם. אחד מהמרצים דוברי האמהרית טען שלא השתמשו מספיק בידע שלו ובשהותו בקורס. בנוסף, הביעו המודרכים והמדריכים דוברי האמהרית צורך ורצון לקדם הפקה של מונחון רפואי באמהרית ובעברית.
5. רצון לשיפור ההיכרות עם תרבות המקור בטיפול הרפואי – אחד המתורגמים הציע לבקר בבית-חולים או במרפאה באתיופיה על מנת ללמוד מקרוב כיצד מסבירים פרוצדורות מסוימות או מונחים מסוימים. מקורה של ההצעה, לדברי המתורגמים, נעוצה בעובדה שרוב המתורגמים עלו לישראל בגיל צעיר ואינם מכירים היטב את צורות הפניה למטופלים.
6. צורך בשיפור ההיכרות עם מודלים של מתורגמות רפואית מקצועית בעולם – לדוגמה באוסטרליה.
7. המפגש עם אנשי מקצוע מהקהילה האתיופית תרם לאווירת הגיבוש והלימוד. חלק מהמודרכים הכירו לפני כן על רקע משפחתי או מתוך עבודה באותו מוסד, אולם עבור רבים היתה זו ההיכרות הראשונה עם אנשי מקצוע מהקהילה. ריבוי התכנים החברתיים בקורס (מסיבה, סרט, בריכה, וטיול) תרם, לדעתם, לגיבוש החברתי.
8. ארגון הקורס – המשתתפים ציינו בכל מהלך הקורס וגם במשוב המסכם, שהקורס היה אינטנסיבי מדי ושנדרשו הפסקות רבות יותר בין השעורים. מאידך, המנחים התקשו להתמודד עם אי-העמידה של המודרכים בזמני השיעורים. בשל הצורך לרווח מעט את הקורס לא נלמדו כמה שיעורים שתוכננו במקור, ואלה הועברו בהדרגה בהמשך בינואר 2007. ייתכן שחוסר ההלימה בין ציפיות המודרכים לגבי אופי הקורס, לבין התכנית שנקבעה שפועל, נבע מחוסר תיאום ציפיות לגבי תכני הקורס, ומידת האינטנסיביות הצפויה בו, בייחוד לאנשים מבוגרים שאינם רגילים עוד בלמידה רציפה. אחת המודרכות אף ציינה: "ידעתי שאני בידיים טובות אבל לא ידעתי לאן אני הולכת, ללא שום הסברים".

5.2.5.6.2 תובנות של המרואיינים במחקר

לצורך המחקר הנוכחי, רואיינו שבעה אנשים המעורבים בפעילות העמותה ובהקמת השירות. שלושה מהם היו מעורבים ישירות בנושא הכשרת המתורגמים, ואחת היתה מעורבת באופן עקיף באיתור המועמדים, אך לא בתכנים עצמם.

בדומה למשוב שהתקבל בסיכום קורס ההכשרה בניצנה, גם המרואיינים ציינו חוסר הלימה בין ציפיותיהם מהקורס לבין מה שהתרחש בפועל, אם כי חלקם ציפו לקשיים כאלה בדרך להקמת

שירות מתורגמות מקצועי: "לקחנו מראש [בחשבון] שיש קשיי לידה, אפילו אם היינו מביאים מישהו יועץ חיצוני ממקום שבו השירות קיים" (ד"ר ענת יפה).

ניתן לחלק את תובנות המרואיינים לכמה נושאים:

1. הבנה של חשיבות ההכשרה לתפקוד מקצועי של המתורגמן
 ד"ר ענת יפה התייחסה בהרחבה להבנתה, בדיעבד, עד כמה חשובה ההכשרה למתורגמים: "גם אנחנו, העמותה, לא ידענו לקראת מה אנחנו הולכים. אולי אתן [המרצות ומארגנות הקורס מאוניברסיטת בר-אילן] היחידות שידעתן יותר. אני התייחסתי לכך יותר כמשהו פורמלי שצריך להכין ולהבהיר אבל לא ברמת החשיבות והניואנסים."

2. הבנה של תפקיד המתורגמן הרפואי בתקשורת מטפל-מטופל

בשורה התחתונה ניצנה היתה פרק מאוד מאלף גם למלמדים למתכננים ולמארגנים ואולי לנו אפילו יותר. כי כשהעליתי את הצורך בתרגום רפואי, זה היה במידה מסוימת התוכן לא היה ברור לי כי לא הכרתי את זה קודם. [לא ידעתי] מה זה אומר – מבחינת המתורגמן, איזה דברים אנחנו מקבלים בתרגום איזה דברים אנחנו לא מקבלים בתרגום, עד כמה אני יכולה להסתמך על תרגום שאני משתמשת בו ביום-יום. כי אני כמעט [אצל] כל חולה שני משתמשת בתרגום – לא אצל יוצאי אתיופיה אבל אצל האוכלוסייה הערבית, אצל קשישים. [...] זה גם גרם לי לחשוב שהמנהלה הרפואית די מזלזלת בנושא של התרגום הרפואי זה משום שזה חלק מהיום יום שלנו ואנחנו כולנו לכאורה [הדגשה במקור] מתפקדים. עד שאתה לא יושב, ולא רק בהרצאה, ועושה את התרגולות, וחוזר עליהן, ורואה את הסרטים, ובעיקר שומע את התגובות של האנשים שהשתתפו וראו מהצד, אתה לא מבין את המשמעות של 'לא נאמר לי המשפט הזה' או 'הבנתי אחרת'. עד כמה זה יכול להיות משמעותי. [ענת יפה]

3. תובנות לגבי גיוס ומיון של המתורגמים

בדיעבד, טענו המרואיינים שיש לגייס מועמדים שרואים את העיסוק במתורגמות טלפונית כעבודה ראשית, ולא כעבודה נוספת. אחד המרצים התייחס גם לכישורים הנדרשים מהמועמדים:

יש לגייס אנשים שרוצים להרשים. שצריכים את העבודה כפרנסה. מגורים בקרבה לעבודה. ללא אחריות משפחתית שמפריעה להם. זה לא קריטריון לבחירה אבל לצערי זה משפיע. השכלה בסיסית, מיומנות במחשב – יכולת ללמוד באמצעות המחשב גם כשיש רגעים מתים, ולפתח את המקצוע שלהם בעזרת החומר הרב שקיים באינטרנט. אולי צריך להוסיף תכנים כאלה להכשרה. (ד"ר איצ'ק)

בנוסף, ייתכן שהיה צריך להציג את הקורס ביתר בהירות כקורס הכשרה לכל דבר ולא כהעשרה לבחירה. הצגה מוטעה זו גרמה לאי-התאמה בציפיות המודרכים מהקורס, ומאידך, לכך שמועמדים שלא התקבלו לקורס - נעלבו. "היו רמזים שלא קלטנו – אנשים תפסו את הקורס

כצופר, יציאה למלון, חופש, העשרה וכולי. לכן היה קשה מאוד לומר לאנשים שלא התקבלו לקורס, על רקע אי התאמה מקצועית. מישהי שקיבלה תשובה שלילית מאוד נפגעה ומאז מערכת היחסים נעכרה. אולי היינו צריכים לקחת אותם. (ד"ר ענת יפה)

בנקודה זו בולט הפער בין תפיסת ההכשרה כצעד להקמת שירות מקצועי, לבין תפיסתה כפעילות קהילתית שנועדה לגייס עוד סוכני שינוי לרעיון, אף אם לא יוכלו להיות מתורגמנים בפועל. לסוגיה זו נתייחס בסעיפים 6.7 ו 6.8 להלן, שכן היו לה השלכות על מיון המועמדים לקורס ההכשרה השני, שנערך בפברואר 2008.

4. תובנות לבגי מבנה הקורס ותכניו

שני מרואיינים התייחסו לאינטנסיביות של הקורס, אם כי לא היו בטוחים שהיה צריך או אפשר לקיימו בפורמט אחר. הועלו היתרונות שבעריכת קורס ארוך, כולל לינה, שכן לדעת אחת המרואיינות הניתוק הועיל ללימוד.

מרואיין אחד ציין כי היה מפחית את שעות הלימוד אבל לא את התכנים האחרים, בשל התרומה החברתית שלהם:

הקורס היה מאוד אינטנסיבי. אני חושב שזה יותר מדי שעות ולא בטוח כמה (הצלחנו) לקלוט. אבל זה גיבש את הקבוצה ויצר אווירה משפחתית. במבט לאחור אולי הייתי מפחית את השעות, אבל בדברים האחרים (לא). למדנו הרבה שעות, קמנו ב-6-7, עשינו פעילות בוקר, הכול היה מתוקתק, לימודים במהלך כל היום, לפעמים בלי הפסקה, אבל זה היה כיף. (פקדו גדמו)

המרואיינים כמעט שלא התייחסו לתכני הקורס עצמו. ייתכן שהדבר נובע מתפיסתם שהתכנים נתונים בלעדית לקביעת המנחים מהאקדמיה, שיודעים מהם הנושאים הנדרשים להכשרה מקצועית מסוג זה. עם זאת, הועלו כמה נקודות ספציפיות לשיפור:

הכללת נושאים הנוגעים לתרבות יוצאי אתיופיה, בכלל זה דיאלקטים וביטויים: התוכן התרבותי צריך לקבל יותר מקום. החבר'ה כאן בארץ יותר גלשו לשפה העברית. מאידך שכחו את שפת האם ואת תכני התרבות. צריך לחזק זאת. לדוגמה איך אנשים כפריים מדברים. מה אומרים ביטויים מסוימים. (ד"ר ספפה איצ'ק)

בנוסף, הועלה צורך להפחית מהתכנים התיאורטיים או לשלבם עם דיון במציאות בשטח: יש צורך בתכנים קונקרטיים. התיאוריה חשובה, ויש לכלול אותה, אבל צריך לדבר על דברים אמיתיים. ולשדר אכפתיות. אמפתיה מצד המרצים. (ד"ר ספפה איצ'ק)

הערה אחרונה זו אינה ברורה לגמרי, אך נראה שהמרואיין הביא ביקורת סמויה על ניתוק של המרצים מהמודרכים או מתכנים קונקרטיים.

5. תובנות לגבי תיאום ציפיות מול המודרכים

סוגית תיאום הציפיות מול המודרכים באשר לאופי ההכשרה, הקשר בין ההכשרה וההעסקה ותנאי העבודה עצמה, עלתה בבירור בדברי המרואיינים:

"לקח חשוב שנלמד בעמותה הוא הצורך להבהיר את הדרישות המקצועיות בכל הדרכה או עבודה עתידית. הייתי מטפלת יותר טוב ביצירת מוטיבציה מוקדמת ותיאום ציפיות. [...]נוצר מצב שהקבוצה למדה את הלקח תוך כדי הקורס וגם אחריו. לא היינו ברורים בהבהרת תנאי העבודה והתשלום למתורגמנים. היינו מראש צריכים ללכת על העסקת אנשים שזו תהיה עבודתם העיקרית ולא קאדר – למרות שזו לא היתה טעות כי המתורגמנים ישמשו כסוכנים. (ד"ר ענת יפה).

אמירה זו משקפת התלבטות בין תפיסת המתורגמנים כאנשי מקצוע לבין יכולתם לשמש כסוכני שינוי: לפעילות קהילתית, לעבודה בעמותה, לסינגור, או לשינוי חקיקה. פיולה (2000) מתייחס בהרחבה לסוגיה זו, אלא שביוקון-קנדה, מוקד פעילותו המתואר, למתורגמנים תפקיד כפול המוגדר בחקיקה: מתורגמנים הינם גם סוכני שינוי לשימור השפה והתרבות הילידית.

ד"ר ענת יפה סברה שהיעדר הבהרת חשיבות הקורס ותרומתו למתורגמנים ולקהילה, גרם לכך שחלק מהמודרכים סברו שהקורס הינו קורס העשרה, בעל מטרה חברתית, ולא כלי לעבודה שתתרום לשיפור התקשורת הטיפולית: "אנשים התייחסו לקורס כצ'ופר ולא כמשהו שבאמת יעזור להם ולקהילה שלהם לשפר את התהליך הטיפולי." (ד"ר ענת יפה)

מנכ"ל העמותה, פקדו גדמו, סבר שהיעדר התיאום בציפיות רמז על קושי בקבלת אחריות חברתית וקהילתית של המודרכים, ותפיסתם את ההכשרה לתועלתם האישית בלבד: "כשאנשים באים להיות מתורגמנים, צריך להכניס אותם הרבה יותר למעגלי אחריות אישית ומחויבות – לקהילה ולמדינה. צריך לשנות את תפיסתם של המתורגמנים." (פקדו גדמו)

בהקשר זה ניתן לציין את התמרמרות חלק מהמודרכים, האחים והאחיות, על כך שההדרכה לא הוכרה להם לגמול השתלמות. חלק מהמתורגמנים טענו כי הגמול הובטח להם, ולא קיבלו את הסברי עובדי העמותה כי נעשו כמה ניסיונות להשיג הכרה בקורס אולם אלה נדחו על-ידי מנהל הסיעוד במשרד הבריאות.

7. תובנות לגבי הצורך בהכשרת צוותים להבהרת תפקידו של המתורגמן בשיחה, ולשימוש נכון בו:

יצאתי מנקודת ראות ש [...] לא צריך את זה אנחנו מסתדרים בלי זה, ממילא ביום-יום יש לנו את זה. אני בטוחה שעד שאתה לא חווה חוויה מרוכזת, חמישה ימים, ועושה

תרגולות, אני לא בטוחה שמי שלא השתתף באופן פעיל במפגש הרפואי, וקבל תרגום ו[נהבין אותו ודן עם הקבוצה מה היתה המשמעות של מה שהוא אמר, אני לא בטוחה שהוא יבין את המשמעות של מה שאני הבנתי. גם החלק של למה זה חשוב להכשיר, ללמד אותנו [אנשי הצוות הרפואי] וגם ללמד את המטופל איך לדבר. ואני באמת שמה בצד את התחושות הטובות מאוד שזה מאוד גלוי וברור. אנשים נורא שמחים שעושים את הג'יסטה [ומדברים בשפתם באמצעות מתורגמן]. (ד"ר ענת יפה)

8. תובנות לגבי הטמעת השירות במרפאות

ד"ר ענת יפה היא היחידה שהיו לה תובנות מקורס ההכשרה שהשליכו גם על הצורך להכשיר את אנשי הצוות במרפאות לשימוש במתורגמן: "מבחינה זו אני חושבת שלהשתמש בשירות תרגום זה מחייב לעשות ישיבה גם עם מטופלים וגם עם מטפלים עם הקרנה של הסרטים שהכנו. להכניס גם את הדיון של הצוות אחרי הסרטים וגם לעשות דיון אמיתי בתוך הקבוצה. ללמד אנשים טיפול, תהליך ריאיון רפואי בצורה אמצעית." עם זאת, גם מרואיינים אחרים התייחסו לצורך להכשיר את אנשי הצוות לטיפול מותאם תרבותית ולשימוש נכון בתרגום הטלפוני (סעי' 6)

5.2.5.7 השתלמויות המשך למתורגמנים

במסגרת תכנון הכשרת המתורגמנים נקבעו כמה השתלמויות המשך ללימוד תכנים שלא היה זמן לשלבם בקורס הבסיסי. צורך זה עלה ביתר שאת מאחר שבשל לחץ הזמן או שינוי בתכנית המקורית, לא הועברו כמה נושאים מרכזיים.

5.2.5.7.1 יום השתלמות ראשון, ינואר 2007

על מנת לכסות את התכנים שלא הועברו בהכשרת הבסיס, וכן לקיים מפגש עם המתורגמנים, קיימה העמותה בינואר 2007 השתלמות המשך (מסמך מס' 26). בין קורס ההכשרה הבסיסי לבין השלמות המשך חלפו כשלושה חודשים, שבהם היה נתק בין העמותה לבין המתורגמנים, ואלה האחרונים לא עודכנו באשר להתפתחויות בהקמת השירות והקשיים שבפניהם ניצבת העמותה בהקשר זה.

התכנים שנדונו בהשתלמות היו:

1. סוגיות בבריאות יוצאי אתיופיה (שיעור באמהרית) – ד"ר ספפה איצ'ק (מסמך מס' 37).
 - ההרצאה נפתחה בהסבר בדבר חשיבות המתורגמנות המקצועית בתחום הבריאות. המתורגמן אינו יכול לבצע את תפקיד התרגום כלאחר יד, ועליו להרחיב ידיעותיו, להכיר מונחים טכנולוגיים חדשים ולהיות רגיש לדקויות הלשוניות.
 - נדונו הבדלים דיאלקטליים בין האזורים השונים באתיופיה.
 - נדון ההבדל בין המושג "חולי" (illness) לבין המושג "מחלה".

- הוצגו ונדונו ביטויים טיפוסיים לתיאורי מחלה אצל יוצאי אתיופיה: "אני מרגישה כאבים בכל הגוף. הכאב חותך. הכאב כמו מכת פטיש בכל הגוף". לעתים מדמה המטופל את הכאב לחיתוך בגרון, דקירת חץ או מכת חרב. התיאור יכול לרמז על מצב קשה, גופנית אך גם נפשית, של המטופל. על המתורגמן להעביר את כל ההמחשות למטופל, ולא להסתפק בתרגום "כואב לה כל הגוף". מטופל יכול לתאר כאב ראש בכמה אופנים: "כאב ראש חזק", "חותך בראש", דוקר בראש". בתרגום יש להשתדל לתאר את הכאב בצורה מדויקת ככל האפשר, משום שלהבדלים בין התיאורים עשויה להיות משמכות קלינית. כך למשל "מתפוצץ לי הראש" יכול להוביל לאבחון לחץ-דם גבוה, הצטננות קשה, וכן קושי נפשי.
- מילים נרדפות לאברי גוף
- ביטויי לשון נקייה הנפוצים באמהרית: "למעלה" (הקאה), "למטה" (שלשול), מונחים בלשון נקייה לתיאור אברי גוף אינטימיים
- מינוח בדיקות רפואיות – יתר לחץ-דם, אנמיה, קרישת דם.
- דרגות לתיאור פעולות. באמהרית, ניתן לתאר עייפות ברמות שונות – עייף, עייף יותר ומותש; נשבר, נשבר הרבה, מרוסק (לתיאור מצב עצמות).
- 2. מינוח רפואי – (שיעור באמהרית) ד"ר אנבסה טפרה. שיעור זה היווה השלמה לשיעור המינוח בקורס הבסיסי.
- 3. הניסיון הקליני עם חולים מתרבות אחרת – ד"ר ענת יפה. הרצאה זו מועברת לצוותי בריאות ישראלים, על מנת לתאר את האתגרים שבטיפול במטופלים בני קבוצות מיעוט. ההרצאה כללה מחקרים על בריאות מיעוטים בכלל ויוצאי אתיופיה בפרט, וכן תיאורים מהשטח על הקשיים שבהבנת תפיסת עולמו של המטופל יוצא אתיופיה באשר לבריאות ולחולי, והבהרת התפיסה הרפואית המערבית.
- 4. קוד אתי בעבודת המתורגמן הרפואי – מיכל שוסטר. בשיעור זה נדון מושג ה"אתיקה", תוך הסתמכות על העובדה שרוב המודרכים הינם אחים ואחיות ומכירים את כללי האתיקה של מקצועות הבריאות. הוצעו כללי אתיקה לעבודת המתורגמן הרפואי, והוצג קוד אתי לדוגמה.

להכשרה זו הגיעו רק כ 60% ממשפטי הקורס הבסיסי. בבירור טלפוני שבוצע לאחר ההשתלמות, טענו חלקם כי ההזמנות לא הגיעו בזמן והתלוננו על כך שהקשר עם העמותה התנתק מאז הקורס הבסיסי (מסמך מס' 5).

5.2.5.7.2 יום השתלמות שני, פברואר 2007

יום ההשתלמות השני נערך כחודש לאחר יום ההשתלמות הראשון, וכחודשיים לפני התאריך המתוכנן להשקת השירות (מסמך מס' 27). תכני יום ההשתלמות היו:

1. הרצאת מינוח רפואי באמהרית – ד"ר אנבסה טפרה

2. הרצאה על מערכות הבריאות באתיופיה ובישראל – ד"ר איצ'ק ספפה - . ההרצאה היתה מורכבת מנתונים אפידמיולוגיים וכן ממידע מראיונות שנערכו עם יוצאי הקהילה.
3. ניהול סיכונים – מרצה ד"ר אמת'י זיו, סגן מנהל המרכז הרפואי "שיבא" ואחראי על ניהול סיכונים במרכז הרפואי. בהרצאה הוסבר המונח "ניהול סיכונים" בראיית הטיפול הפרטני בחולה ובראייה ממסדית. נדונו סוגי טעויות רפואיות, כיצד נערכים מוסדות בריאות לניהול סיכונים, וכיצד ניתן לאמן אנשי צוות לטעות פחות. בהקשר זה הוצגה פעילות של המרכז לסימולציה רפואית, שהיה שותף להכנת חומרי הדרכה לקורס ההכשרה בניצנה. בהמשך, נדונו טעויות העלולות להיגרם בשל תקשורת לקויה, שהן הטעויות הרלוונטיות לעבודת המתורגמנים הרפואיים.
4. זכויות המטופל – מר מידד גיסין מארגון צרכני בריאות ישראל (צב"י). ארגון צב"י הוא ארגון גג לארגוני חולים בישראל, הפועל ליישום חוק זכויות החולה, הסברה לציבור החולים על זכויותיו, וקידום זכויות של חולים מול הממסד הבריאותי. הארגון מפיץ חוברת על זכויות המטופלים בכמה שפות. מטרת ההרצאה היתה לחדד את זכויות המטופלים בקרב המתורגמנים, מתוך תפיסה שידיעת הזכויות תסייע למטופלים יוצאי אתיופיה לנצל טוב יותר את שירותי הבריאות (מסמך מס' 37).
5. הסבר חוזר על הכישלון לתגמל את האחים והאחיות על קורס ההכשרה הבסיסי. הוסבר לצוות הסיעודי כי עליהם לנסות ולהגיש בקשה אישית לגמול השתלמות, בהנהלת הסיעוד של מוסדם. בנוסף, הוחלט כי המתורגמנים שהגיעו להכשרה יקבלו תשלום והחזר נסיעות.
6. בחירת שם לשירות הטלפוני – הוצעו כמה שמות ולבסוף נבחר השם שהציעה אחת המתורגמניות – "קול לבריאות"
7. הסבר על הצורך בהתקנת קווי טלפון בבתי המתורגמנים, שימשו לצורך מתן השירות בלבד.

יום ההכשרה התבסס על הרצאות פרונטליות ועל דיונים, ולא בוצעו משחקי תפקידים לצורך תרגול. כחמישה מהמתורגמנים לא הופיעו לשתי ההשתלמויות. בבירור טלפוני הביע אחד מהם אכזבה על התנהלות העמותה מאז הקורס, וציין שהקורס היה עבורו בזבוז זמן. הועלתה ההשערה שמתורגמן זה שכנע שני עמיתים נוספים שלא להמשיך בקשר עם העמותה.

5.2.5.7.3 יום השתלמות שלישי, מאי 2007

יום ההשתלמות השלישי נערך בביתה של יו"ר העמותה, ונשא אופי משולב – מקצועי וחברתי. המתורגמנים וצוות העמותה התכנסו כמה שבועות לאחר תחילת השירות, ולפיכך מסרו המתורגמנים דיווחים ראשוניים על העבודה בפועל. מהדיווחים ניכר שהמתורגמנים חידדו את תפיסתם לגבי מהות תפקידם בשיחה המתורגמת, לעומת תפיסתיהם לפני קורס ההכשרה:

"המטופלת ביקשה לבוא לרופא ביום שבו אני מתרגם. הסברתי לה שכל יום עובד מתורגמן אחר" (ב' א').

"היה לי רופא סבלני, מאחל שכלכם תפגשו רופא כזה... ביקשתי מהרופא שידבר במשפטים קצרים". (א' מ')

"באמצע השיחה הגיע בנו של המטופל וביקש לדעת עם מי [הרופא ואביו] משוחחים. הבן שאל את האב אם הוא רוצה שהוא יתרגם, והמטופל העדיף להשתמש במתורגמן... אחרי השיחה הלכתי לעבוד במשמרת ערב [בבית-החולים] ולא הייתי עייף. הייתי שמח".

"המטופל שאל אותי אם אני בסביבה והאם אהיה בפעם הבאה, בגלל שהוא מטופל כרוני והרופא לא מבין אותו". (א' ס')

אני חושב שהעניין המרכזי [בתרגום נכון] הוא נטילה נכונה של תרופות. המטופל לא נטל את התרופות 4 פעמים ביום כמו שנדרש, ולכן הן לא השפיעו עליו. חשוב שאנו נוודא זאת". (א' ס')

השיחה זרמה מאוד וכל הצדדים היו מרוצים. הבהרתי למטופלת בהתחלה לדבר קצר, ושאני מתרגמת הכול. נראה לי שהמטופלת 'התביישה' מהחוצפה שלי, אבל נראה לי שזה עזר כי בסך הכול היא היתה ממוקדת" (א' פ').

"לנו כעובדי בריאות יש הבנה. אם המינון לא בסדר, נבקש הבהרה" (ט' ד')

בדיווחי המתורגמנים ניכרה התרגשות מתחילת העבודה בפועל, וגאווה על היכולת לתרום בצורה מקצועית לתקשורת תקינה בין מטופלים יוצאי אתיופיה לבין הצוות המטפל – בין השאר בשל הידע המקצועי שלהם כאנשי סיעוד.

חלק נוסף של יום ההכשרה הוקדש לחידוד נהלי עבודה, בכלל זה אופן המענה, דגשים לעבודה מהבית, צורת הרישום, ואופן הדיווח לצורך קבלת שכר (מסמך מס' 44). כללים אלה נוסחו על בסיס התנסות המתורגמנים בשטח, הגדרת התפקיד כפי שהתגבשה במהלך קורס ההכשרה הבסיסית, הצרכים בשטח וקודים אתיים מקובלים בעבודת מתורגמנים קהילתיים וטלפוניים.

במעמד זה הובהרה למתורגמנים מסגרת התשלום, שתתנהל על פי שכר בסיס למשמרת, ושכר נוסף על כל שיחה מעבר ל-3 שיחות. סוגיית השכר התגלתה כבעייתית עבור רוב העובדים בצוות המתורגמנים. רוב המתורגמנים עבדו בתרגום כעבודה שנייה, נוסף על עבודתם כצוות סיעודי בבתי-חולים. משמעות הדבר היתה אחוז מיסוי גבוה על השכר מעבודת התרגום, שלא השתלם להם, לדעתם. הועלתה הצעה לצבור את התשלום עבור משמרות התרגום ולנצלו ליום כף משותף, אולם לבסוף הוחלט להמשיך במתכונת התשלום הרגילה.

למתורגמנים נפתחו חשבונות דואר אלקטרוני, על מנת לשפר את התקשורת המיידית עמם. כמו כן, הועברה הדרכה קצרה על שליחה וקבלה של הודעות דוא"ל. אולם, בהמשך הסתבר שכחצי

מהמתורגמנים אינם מורגלים בשימוש בצורת תקשורת זו, ועמם היה צורך לנהל תקשורת טלפונית.

5.2.5.7.4 יום השתלמות רביעי, דצמבר 2007

יום ההשתלמות הרביעי נערך כשמונה חודשים לאחר תחילת הפעלת שירות המתורגמנות. במהלך תקופה זו התנהל הקשר בין המתורגמנים לבין העמותה בעיקר מרחוק – באמצעות הטלפון או הדואר האלקטרוני. לאורך תקופה זו התגלה קושי לאישי משמרות באופן קבוע, וניכרה ירידה במחויבות של אנשי הצוות לעבודה בפרוייקט. על מנת לשמר את הקשר עם המתורגמנים ולחזק את מחויבותם לעבודה, הועלתה הצעה לשלב את יום ההשתלמות עם טיול בירושלים. במסגרת ההשתלמות נערכו:

1. שיעור מינוח רפואי על בסיס סוגיות שהעלה הצוות בדוחות השיחות במהלך השנה.
2. דיון בתיאורי מקרה. הדיון נועד ללבן שיחות שהמתורגמנים התייעצו לגביהן במהלך השנה, מאחר שלא היו בטוחים כיצד היה עליהם להתנהג. להלן המקרים שהובאו לדיון:
 - א. רופא שאל את המטופל שאלות הנוגעות להיסטוריה הרפואית שלו, ואחר כך סגר את הטלפון מבלי להסביר לחולה מה עומד לקרות בהמשך. המתורגמנית התלבטה מדוע לא אמר הרופא דבר לגבי האבחנה והטיפול, ותהתה האם היתה צריכה להעיר על כך לרופא. בדיון סוכם שניתן לעודד את המטופל לשאול שאלות, באמצעות פניה: "האם אתה מבין,?" "האם יש לך שאלות?" וכולי.
 - ב. זוג הגיע למרפאה. האישה היתה בסוף הריונה, וסבלה מלחץ דם גבוה ומחלבון בשתן. האחיות ביקשה שבני-הזוג ימתינו עד שרופא נשים יבדוק את האישה. בנוסף, הסבירה האחיות למתורגמנית שהבעל מאוד עצבני בגלל שהם הגיעו בשעה 8:00 במקום בשעה 10:00, ולא הכניסו אותם. המתורגמנית נוכחה לדעת שהבעל אכן כועס מאוד. לדבריו, אשתו היתה כבר יומיים בצום ו"משגעים אותה, לא מטפלים בה". כשניסתה המתורגמנית לתרגם את דברי האחיות, שהם היו צריכים לבוא בשעה 10 ולא בשעה 8, ושהאישה לא צריכה להיות בצום, כי מודדים לה רק לחץ דם, ולא מבצעים בדיקת דם, פרץ הבעל בצעקות על המתורגמנית, וטען ש"גם אני לא צריכה להיות כמוהם כי הם רק משחקים בה". המתורגמנית טענה שתרגמה כפי שהתבקשה, ותהתה כיצד היה עליה להתמודד עם כעסו של הבעל.
 - ג. רופאה ביקשה מתורגמנות טלפונית למטופלת, ילדה בת 8, המדברת עברית ואמהרית. הילדה התלוננה על כאבים באזור הישבן, המתגברים בזמן יציאות. כשפנתה המתורגמנית לילדה באמהרית, היא סירבה לדבר באמהרית והשיבה בעברית בלבד. המתורגמנית סברה שהרופאה חשבה שהילדה תספר לה באמהרית דברים שלא סיפרה בעברית, למשל על התעללות מינית. משהמשיכה הילדה בסירובה לשוחח באמהרית, הציעה המתורגמנית לרופאה לערב עו"ס אם יש חשש להתעללות מינית, ובזאת הסתיימה השיחה.

ד. מטופל מוכר לרופא, חזר פעמים רבות בשל תלונות חוזרות. הרופא שלח את המטופל לבדיקות שונות, אך עד כה לא עלה ממצא חריג. המטופל היה עצבני וחסר אמון, ואמר למתורגמן: "אני לא רוצה להישאר יותר אצל הרופא הזה. הוא לא מצליח לעזור לי, הוא לא רופא טוב." נדונו האפשרויות שעמדו בפני המתורגמן להתמודדות עם מצב זה:

- 1) המתורגמן מתרגם והרופא מגיב על כעסו של המטופל. תוצאה אפשרית: המטופל כועס מאוד על המתורגמן שתרגם את הדברים ויצר אי נעימות. המטופל בטוח שהרופא כועס עליו.
- 2) המתורגמן לא מתרגם. תוצאה: הרופא לא יודע שהמטופל כועס, והמתורגמן שומר על יחסי אמון בינו לבין המטופל.
- 3) המתורגמן מתייעץ עם המטופל האם הוא רוצה שיתרגם את הנאמר. במקרה זה המתורגמנית בחרה לנהוג באפשרות הראשונה, מתוך נאמנות לעקרון הדיוק בתרגום. המתורגמנים חוזקו בנקודה זו, אם כי נאמר שיש לבחון כל מקרה לגופו, ואם הנזק שיגרם בתרגום המסר יהיה גדול יותר מהתועלת, יש לשקול את ריכוכו. גם האפשרות השלישית מאפשרת לאדם שהעביר מסר בעייתי לשקול שוב את דבריו.

3. חידוד נהלים – חלק מהמתורגמנים הקפידו לעבוד על פי נהלים, וחלקם התקשו לעשות זאת. המפגש היווה הזדמנות לחידוד כללי העבודה והרישום, שכן הנתונים מהשירות היו חיוניים לקידום הכנסת השירות למרפאות נוספות. כך, למשל, נדונו הסוגיות הבאות:
 - א. הקפדה על רישום דוחות – תאריך ושעה, משך השיחה, שם מרפאה ואיש צוות, הערות מיוחדות (מטופל שכעס, מטפל שהודה, רופא שסגר את השיחה באמצע משפט וכולי).
 - ב. רישום שיחה כפולה – שיחה כפולה תחשב כשיחה שבה 2 בני זוג משוחחים עם הרופא באותו המפגש, על שתי תלונות שונות. לרישום כמות השיחות היתה השלכה על התשלום לעובדים, ולכן היה צורך להבהיר את הסוגיה.
 - ג. חידוד הדרישה לקבלת הסכמת הצדדים לתרגם
 - ד. חידוד הצורך בשמירה על אנונימיות.

4. משוב מהצוותים הרפואיים – המתורגמנים קיבלו משוב מהצוותים הרפואיים שהשתמשו בשירות. הצוותים בירכו על הפרוייקט, ושיבחו את עבודת המתורגמנים. לעתים תהו אנשי הצוות כיצד ייתכן מצב שבו מתנהלת שיחה ארוכה באמהרית, בעקבות שאלה פשוטה כמו "יש לך חום". הוסבר שהצוותים מקבלים הסבר אפשרי לתופעה, אולם על המתורגמנים להקפיד למקד את השיחה ובמקביל לעדכן את איש הצוות אם יש צורך בהמשך השיחה באמהרית (למשל, אם המטופל מספק מידע שאינו עונה ישירות על השאלה, אם נדרשת הבהרה של מושג לא ברור וכולי) (מסמך מס' 97)

בחודשים הראשונים להפעלת שירות המתורגמנות עבדו המתורגמנים מביתם, באמצעות קו טלפון שהותקן לצורך כך. אופן זה של עבודה מוכר משירותי מתורגמנות במדינות שונות, ומאפשר למתורגמנים גמישות בקביעת שעות העבודה ומשימות התרגום. צוות "טנא בריאות" סבר כי זו השיטה המתאימה ביותר גם לשירות "קול לבריאות", על מנת לאפשר למתורגמנים, שעובדים במשרות אחרות (רובם אחים ואחיות בבתי-חולים), לעבוד מביתם בשעות הפנויות.

לאחר כמה חודשי עבודה הסתבר כי שיטת עבודה זו מקשה על צוות העמותה לבנות סידור עבודה קבוע ויציב, וכן לנהל בקרת איכות על עבודת המתורגמנים. צוות המתורגמנים הראשוני, שכלל כ-18 מתורגמנים, הצטמצם לכדי 8-10 עובדים קבועים, בעוד שאר המתורגמנים התקשו לקבל על עצמם משמרות תרגום, או שפרשו בשל חוסר שביעות רצון מהשכר שהוצע להם ובשל אכזבה מציפיות שלא התאימו למציאות. מצב זה חייב חשיבה מחדש על אופי העבודה בשירות. בנוסף, נדרשה העמותה להפסיק את עבודתה מתוך המרכז הרפואי "הלל יפה", ולעבור למשרד עצמאי. ההחלטה לשנות את אופן העבודה בשירות המתורגמנות התקבלה לאחר לבטים רבים, שעיקרם:

- קושי בקבלת החלטות בתנאי חוסר יציבות – השירות החל את דרכו חודשים אחדים לפני כן, ולא היה ברור מה עתידו. היה חשש לבצע שינוי דראסטי לאור אי-הבהירות באשר להמשך השירות.
- חשש מאכזבה בקרב הצוות הוותיק – אבדן מקור פרנסה וניתוק קשר עם העמותה. העובדים הוותיקים נתפסו כאנשי מקצוע איכותיים, שהעמותה חששה להפסיד אותם עקב שינוי צורת העבודה.

לבסוף, עם התרבות הקשיים, התקבלה בדצמבר 2007 החלטה לשנות את אופן העבודה של מתורגמני השירות – מעתה יעבדו פחות מתורגמנים, במשרות קבועות, ויתנו את השירות ממספר טלפון קבוע במשרדי העמותה (מסמכים מס' 16, 17, 64). בינואר 2008 החל מיון מועמדים לקורס הכשרה למתורגמנים חדשים. המשרה הוצעה קודם כל למתורגמנים הוותיקים שיהיו מעוניינים בכך, ובתנאי שהם מתגוררים במרחק סביר ממשרדי העמותה. מהצוות הוותיק הצטרפה למועמדים מתורגמנית אחת, ושאר המועמדים היו חדשים.

תנאי הקבלה היו, בדומה לתנאים בקורס הקודם, שליטה באמהרית/טיגרינית ובעברית, מיומנויות תקשורת, ומחויבות לעבוד בשעות גמישות. לאחר התלבטות, הוסרה הדרישה לכתובה באמהרית ובעברית, והדרישה לתואר ראשון הוחלפה בהמלצה.

כלקח מהמחזור הקודם, הושם יותר דגש על שליטה במיומנויות מחשב, והובהר כי העבודה תכלול גם מטלות שאינן כוללות תרגום, מתוך הנחה שיידרש זמן עד לעבודה בהיקף מלא על משימות תרגום, ומאחר שהעמותה היתה בתהליכי צמיחה והיה צורך בביצוע מטלות נוספות.

טופס הבחינה שנכתב לצורך המיון דמה מאוד לטופס המחזור הראשון, עם ניסיון לבצע הערכה מדוייקת יותר על מדדי שפה/מיומנויות אחרות:

_____	שליטה באמהרית
_____	שליטה בעברית
_____	מיומנויות תקשורת בין-אישית
_____	מחויבות לעבודה/לתנאים
_____	ידע במקצועות הבריאות [בונוס]
_____	עבודה עם יוצאי אתיופי [בונוס]
_____	ציון כללי

לקורס התקבלו 6 מועמדים, אחת מהן מהצוות הוותיק והשאר חדשים. טווח הגילאים, העיסוקים וההשכלה האקדמית היה רחב ומגוון יותר מקורס ההכשרה הראשון. אף אחד מהמודרכים לא הגיע מתחום הסיעוד. אחת מהמודרכות היתה מגשרת בתחום השחפת ומודרכת נוספת היתה מתאמת. מודרך שלישי שימש בעבר כנהג אמבולנס.

הקורס התנהל במשך חמישה ימים, שלושה ימים בשבוע הראשון, יומיים בשבוע השני וביום האחרון נערכו בחינות ההערכה.

להלן תכנית הקורס, על פי תכנים ומסגרת השעות שהוקדשה להם:

1. הרצאות

- א. טנא בריאות – רקע ותחומי פעילות (60 דקות)
- ב. מערכות הגוף – אנטומיה ופיזיולוגיה בסיסית (330 דקות)
- ג. מבנה הריאיון הרפואי (60 דקות)
- ד. קידום בריאות (90 דקות)
- ה. שימוש בצמחי מרפא אצל יוצאי אתיופיה (90 דקות)
- ו. אמונות רפואיות אצל יוצאי אתיופיה, שיעור באמהרית (90 דקות)
- ז. עבודת האחות במרפאה (60 דקות)
- ח. עבודת הרופא בקהילה, הסבר על המערכת הממוחשבת של שירותי בריאות כללי (75 דקות)
- ט. מבוא לתרגום (60 דקות)
- י. מבוא למתורגמות קהילתית ורפואית (60 דקות)
- יא. מושג האיכות בתרגום (60 דקות)
- יב. מינוח רפואי אמהרית-עברית (180 דקות)
- יג. דילמות אתיות בעבודת המתורגמן (תוכן 60 דקות, בפועל בוצעו 45 דקות)
- יד. סוגיות במתורגמות טלפונית (90 דקות)
- טו. שפה תרבות וזהות והקשר ביניהם (90 דקות)
- טז. תרגום קהילתי ובריאותי – סיכום (120 דקות)

2. סימולציות (120 דקות) (מסמכים מס' 100, 1002)

3. סיור בבית-החולים (90 דקות) (מסמך מס' 94)

ביומיים הראשונים של ההכשרה, ניתנו רק הרצאות מבוא, ללא התייחסות לתרגום. הרצאה ראשונה בתרגום ניתנה רק ביום השלישי של ההכשרה.

5.2.5.9 נקודות דמיון ושוני בין קורס ההכשרה הראשון לקורס ההכשרה השני

קיימות מספר נקודות דמיון בין קורס ההכשרה למחזור הראשון, שהתקיים בספטמבר 2006 בניצנה, לבין מחזור ההכשרה השני.

1. אורך הקורס – שני הקורסים ארכו חמישה ימים
2. תכנון – שני הקורסים תוכננו תוך מעורבות ובפיקוח של פרופ' מרים שלזינגר. פרופ' שלזינגר העבירה את רוב התכנים התיאורטיים בקורס, הנוגעים לתחום התרגום, ובקורס השני אף יותר מהראשון לאור יציאתה של החוקרת לחופשת לידה שבועיים לפני תחילת הקורס.
3. תכנים – רוב התכנים הנוגעים לתרגום ומתורגמנות רפואית הופיעו בשני הקורסים.

עם זאת, כלקח מהקורס ומצורת הפעלת השירות, וכן משיקולים תקציביים, היו הבדלים רבים בין הקורסים:

1. מיקום – הקורס התקיים במשך חמישה ימים נפרדים, ללא לינה, במרכז הרפואי הלל יפה. עובדה זו אפשרה גמישות בהזמנת מרצים אורחים, והיתה זולה יותר באופן משמעותי.
2. תשלום – העמותה שילמה למודרכים על ימי ההכשרה.
3. תכנים – בקורס ההכשרה השני שולבו תכנים רבים שלא היו בקורס הראשון, וניתן משקל רב יותר להרצאות תיאורטיות, ובהוספת הסיור בבית-החולים, נבע מהעובדה שלרוב לא היה ניסיון קודם בעבודה במערכת הבריאות, והם לא זכו להכשרה בנושאי בריאות, רפואה וסיעוד. בנוסף, בקורס השני הוקדש זמן רב יותר לשיעורי מינוח רפואי עברית-אמהרית.
- יש לציין, כי בעת הכנת תכנית הקורס, דנו חברי הצוות בשאלה מהם התכנים הרצויים בהכשרה. הועלתה, למשל, השאלה, האם המתורגמנים צריכים לקבל הכשרה אודות שימוש נכון בתרופות. אחד מחברי העמותה טען כי סוגיית נטילת התרופות בעייתית מאוד בקרב מטופלים מקהילת יוצאי אתיופיה, וסבר שהמתורגמנים צריכים לקבל חומר רקע בנושא, למרות שמדובר, לכאורה, בחריגה מתפקידם. לבסוף, הוחלט שלמודרכים אין מספיק ידע ורקע על מנת לעסוק בנושא.
4. בחינה מסכמת – בסוף הקורס נערכה בחינה מסכמת, והיה ברור למודרכים שרק שניים או שלושה מהם יעבדו בפועל. בסיום הקורס נערכו מבחני הערכה, על פי טפסים מובנים (ר' נספח מס' 2). המבחנים דימו מצב אמיתי ככל האפשר, של תרגום

בין רופאה/אחות לבין מטופלת – שיושבות בחדר אחד, לבין המתורגמן שיושב בחדר אחר. נושאי הסימולציה היו:

- 1) מטופלת שבנה התינוק סובל מאנמיה
- 2) הפניית אישה לבדיקת ממוגרפיה
- 3) חשד להיריון אצל צעירה
- 4) אישה מבוגרת בעלת בעיות רפואיות ומשפחתיות
- 5) אישה שבאה בתלונות חוזרות וכועסת על כך שאין אבחנה וטיפול (מסמכים מס' 100, 102)

הקריטריונים שעל-פיהם הוערכו המודרכים היו:

- 1) הצגה עצמית
- 2) תרגום נאמן ומדויק למקור
- 3) חריגות מהמסר המקורי (השמטת מידע, הוספת מידע, שינוי מידע)
- 4) התמודדות עם מונחים רפואיים בעברית ובאמהרית
- 5) שמירה על מיקוד השיחה של המטופל
- 6) מענה מנומס
- 7) סיכום וסיום השיחה
- 8) הערות נוספות

בסיום הבחינה של כל מועמד, הוערכה רמת העברית ורמת האמהרית שלו, שטף הדיבור בשתי השפות, דיקציה, וכן ניהול התקשורת, דיוק בתרגום, רישום ועבודה בהתאם לכללי האתיקה. בנוסף, נלקח משוב על איכות התרגום ומידת ההבנה של ה"משתמשות" בשירות התרגום, קרי הרופאה וה"מטופלת".

5.2.5.10 מהכשרה להעסקה

לאחר שקלול ההערכות, סומנו שלוש מודרכות שרמתן טובה מספיק על מנת לעבוד בשירות התרגום. לגבי המתורגמנית הותיקה, נלקחו משובים מהשטח (מהצוות הרפואי המשתמש בשירות) על עבודתה. מתוך שלוש המועמדות נבחרו שתיים, לעבודה בחצי משרה ובשלושת-רבעי משרה. לאחר חודשיים, עזבה אחת המתורגמניות והיה צורך לאייש את המשרה. בשלב זה התגלה קושי בשילוב מודרכים אחרים מהקורס. לצוות העמותה שאינו יוצאי אתיופיה, הסתבר שהיו כמה שיקולים לא מקצועיים להכללה או להדרה של אנשים מהקורס.

במחזור הבא פקדו [גדמו, מנכ"ל העמותה] ידע על אנשים מסוימים שאינם מתאימים בוודאות, בכל זאת שילב בקורס. אדם אחד למשל מעורב בקהילה, ואשתו אחת בפרוייקט, והיה לו חשוב לשלב אותו בקורס. כדי שהוא יהיה במידה מסוימת סוכן

שינוי, שותף בפרוייקט [...] השאלה היא איך מגדירים את המטרות – צוות נטו לשירות או שיתוף בפרוייקט, סוכני שינוי. (ד"ר ענת יפה)

במקרה אחר, התנגד מנכ"ל העמותה להעסקת מודרכת אחרת, שזכתה להערכה מקצועית גבוהה:

היו דברים שיוצאי אתיופיה ידעו, שימנעו מאנשים לעבוד, ולא אמרו לנו (מועמדת לקורס שבקהילה מאמינים שהיא מטילה כישופים באמצעות מתן אבקות וחומרים בתוך מזונות של אנשים. אנשים מפחדים להיות איתה במשרד). אולי אנשי הקהילה לא אזרו אומץ להגיד לנו למרות ההתלהבות המקצועית של אנשי המקצוע שאינם יוצאי אתיופיה. (ד"ר ענת יפה)

לאור האילוצים שצוינו, היה צורך לאתר מחדש מתורגמן נוסף לצוות, שאינו ממחזור ההכשרה השני. לאחר כמה חודשים של פתרונות מאולתרים, התייצבה מצבת כוח האדם על שתי מתורגמניות קבועות. נכון לכתיבת העבודה, בנובמבר 2008, מועסקות בתפקיד שלוש מתורגמניות, לסירוגין.

5.2.5.11 סיכום

בפרק זה הוצגו קורסי ההכשרה הבסיסית והשתלמויות ההמשך שעברו מתורגמני "קול לבריאות". הכשרות אלה היו ההכשרות המקצועיות הראשונות בישראל לאנשים אשר יעבדו במתורגמנות רפואית, ומכאן החידוש שבהן. תהליך בניית ההכשרות, תכני ההכשרות והלקחים שהופקו במהלך העבודה, הוצגו לעיל בפירוט.

לסיכום, יובאו להלן הגורמים והאילוצים שהשפיעו על תכני ההכשרות, וכן מעורבות האקדמיה בבניית התכנית ובהדרכות עצמן.

1. שיטות ההוראה – בקורס ההכשרה הראשון נעשה ניסיון ללמד בשיטות אינטראקטיביות ופחות פרונטאליות. לבחירה זו היו כמה סיבות: חלק מהלומדים בקורס לא באו מרקע אקדמי; רוב המשתתפים היו בני למעלה משלושים, וייתכן וגילם השפיע על הרגלי הלימוד; היומיים הראשונים בקורס היו שישי בערב ושבת – חלק מהמודרכים היו שומרי מסורת ולכן לא יכלו לכתוב; כול המודרכים היו בעלי רקע בריאותי ושימוש כאחים ואחיות, כמגשרות או כמתאמות, למעט מודרך אחד שהיה מורה אך בעל השכלה בבריאות הציבור. בעתיד, מומלץ להמשיך להעביר תכנים בשיטות פעילות, אך לעודד את המודרכים לצבור חומרים כתובים, ואף להרגיל אותם בקריאה, בעיבוד ואף בהכנה של חומרים כתובים (דפי מינוח, כללים לעבודה, מקרי מבחן וכולי).
2. צוות ההוראה - העובדה שצוות ההוראה היה צוות בין-תחומי, תרמה לגיוון בתכני הקורס. עם זאת, ניכרו כמה קשיים בהיבט זה:

- א. הרכב המורים - המורים מתחום התרגום אינם מורי השפה האמהרית. בכמה מקרים נראה היה כי עבודה משותפת היתה מביאה לתוצאות טובות יותר – שיתוף פעולה בכתיבת התכנים או אף הוראה משותפת בין מרצות התרגום למורי השפה, מרצות התרגום והרופאה, מרצות התרגום והעובד הסוציאלי שהינו מנכ"ל העמותה. בהכשרות עתידיות, יש לשקול הוראה משותפת של מרצה מתחום התרגום עם מתורגמן מנוסה.
- ב. היעדר ניסיון בהוראת מתורגמות קהילתית ורפואית, והיעדר ניסיון בעבודה במתורגמות קהילתית מקצועית בפועל. כתוצאה, ההוראה היתה במידה רבה תיאורטית, והדוגמאות התבססו על ספרות תיאורטית או על הוראת מתורגמות ועידות ובשפות אנגלית-עברית, שיתכן שיצרה נתק מסוים בין התיאוריה לבין העבודה בפועל. לסוגיה זו שני פתרונות אפשריים: הפתרון הראשון מתבסס על העובדה שמאז הקורס הראשון הצטבר חומר אמפירי רב, משיחות מתורגמות, שעליו צריך לבסס את הכשרות המתורגמות בעתיד. הפתרון השני מתייחס למצב שבו אין חומר אמפירי לגבי צמד השפות שבהן מתבצעת ההכשרה. במצב כזה, מערכי השיעור יוכנו על-ידי מורים תיאורטיים יחד עם אנשי שטח דוברי השפה השנייה, אשר מכירים סוגיות בולטות מהשטח אך אינם יודעים להמשיג אותו באופן תיאורטי.
3. מיון הלומדים נעשה באופן סביר אולם חסרה מעט שיטתיות. בעתיד יש לעודד את המעריכים לבצע הערכה על פי טופס מובנה, שיבדוק את מיומנויות התקשורת בעברית ובאמהרית ויאפשר השוואה בין הרמה של המועמדים השונים.
4. ניכר חוסר בחומרי לימוד בעברית אודות מתורגמות קהילתית בכלל והכשרה באמהרית-עברית בפרט. ניכר החוסר במילונים עברית-אמהרית ומונחוני בריאות דו- לשוניים. חסר היה מינוח אולם הנושא זכה להשלמה בהכשרות ההמשך. בעתיד, יש צורך לבנות מאגר מידע שיטתי לטובת הדרכות בכלל, ועבודת המתורגמים בפרט. מאגר מידע זה צריך לכלול מילונים (כלליים וספציפיים), מונחונים ממוחשבים אמהרית-עברית,⁶⁸ ספרות בנושא בריאות, ומסמכים חשובים בתחום המתורגמות הקהילתית (קודים אתיים, כללי עבודה, דילמות בולטות וכולי).
5. תכנים - בדיון על התכנים הרצויים בקורס מתורגמות קהילתית, מתבססת ההשוואה שלהלן על המלצותיה של הייל (Hale, 2007) לתכנים שנתפסים כהכרחיים בהוראת מתורגמות קהילתית, כפי שבאים לידי ביטוי אצל כמה מהחוקרים. הייל טענה שבשל אילוצים (זמן, רמת משתתפים וכולי) חלק מהקורסים להכשרת מתורגמים קהילתיים הם טכניים בלבד ולא מוקדש זמן רב לתכנים תיאורטיים כגון מבוא לתורת התרגום, פרגמטיקה, תקשורת מטפל-מטופל וכולי. בשל מורכבות המקצוע כמעט ולא ניתן לכסות את כל הנושאים והסוגיות, בייחוד בפרק זמן כה קצר כהכשרה בסיסית. הייל גם ציינה שקשה לתעדף בין הנושאים לאור היעדר מחקר שיסייע בקבלת החלטות מושכלת (Hale, 2007:169). בקורסי ההכשרה של "טנא בריאות" הוכנסו תכנים תיאורטיים,

⁶⁸ חלק מהמתורגמים אינם יודעים לקרוא ולכתוב בשפה האמהרית ולכן יתקשו להשתמש בכלים מהכלים המוצעים.

- ומרואיין אחד (ד"ר ספפה איצ'ק) אף סבר ששיעורם בקורס ההכשרה היה גבוה מדי. בקורס ההכשרה הראשון היה תמהיל נכון בין תכנים תיאורטיים לבין סימולציות. בפועל, נעשה ויתור על כמה הרצאות תיאורטיות מתוכננות, על מנת לאפשר לכל 18 המודרכים לתרגל מתורגמנות טלפונית.
6. שילוב צרכנים – בקורס הראשון לא היו מעורבים נותני שירות, למעט ד"ר ענת יפה וסימולציה אחת שבה סייע רופא מכפר הנוער "ניצנה". בקורס ההכשרה השני היו מעורבים שלושה רופאים, אחות אחת ואחראית קידום בריאות. במידת האפשר, רצוי לשלב יותר נציגי שטח בקורסים, על מנת שיחוו בעצמם את חווית התרגום בגוף ראשון, וכן יתנו משוב ענייני למתורגמנים. כמו כן, יש לשקול שילוב נציגי העדה האתיופית כאינפורמנטים תרבותיים בקורס – גם כדי שישקפו את דעתם, כמשתמשים, על השירות, גם כדי שיעשירו את המתורגמנים בידע לשוני ותרבותי וגם כדי שיעבירו לקהילת יוצאי אתיופיה את המידע על שירות המתורגמנות ועל זכותם לקבלו.
7. מתורגמנים כסוכני שימור השפה – עולה השאלה עד כמה יש להשתמש בקורס כפלטפורמה לחיזוק האמהרית ולעידוד שימורה? פיולה (Fiola, 2003) ציין כי בקנדה מחייב החוק את שימור השפות הילידיות, וקורסי הכשרת המתורגמנים הקהילתיים מנסים לענות על חובה זו, גם אם הדבר בא על חשבון שעות לימוד בתרגום. בקורסים של "טנא בריאות" לא היתה זו מטרה מוצהרת, אם כי בפועל שובץ במחזור ההכשרה השני (פברואר 2008) מודרך שהעמותה רצתה לשמרו כפעיל בעמותה.
8. נייטרליות מול סינגור – ניתן לראות שינוי קל בעמדת הצוות, ובייחוד המרצות מתחום התרגום, באשר למקומו של המתורגמן בשיחה. בקורס ההכשרה הראשון פעלו המנחות על פי הקו השמרני שקיים בספרות המקצועית, ולפיו מתורגמן חייב להיות אובייקטיבי ולתרגם כל מה שנאמר, מבלי לסגור על אף אחד מהצדדים. עם תחילת העבודה, וההתמודדות עם דילמות בפועל, נעשתה בתוך העמותה, ועם אנשי הקשר ב"שירותי בריאות כללית" כיצד יכול המתורגמן לתת עצה או להציע תובנה, מבלי להפר את האיזון מטפל-מטופל בשיחה.
9. הערכה – בקורס הראשון היה חסר רכיב של הערכה. היה ניתן להעריך את הישגי המודרכים בין אם באמצעות המדריכים ובין אם על-ידי המודרכים עצמם (Mikkelsen and Mintz, 1997). בדיעבד, נשאלת השאלה האם לא בוצעה הערכה מתוך חוסר ניסיון בהוראת מתורגמנות קהילתית (אם כי לא בהוראת מתורגמנות), משום שמנחי הקורס הניחו שתתבצע בחינה לפני הכניסה לעבודה (בחינה שלא בוצעה בסופו של דבר), בשל ההנחה שההדרכה עלתה כסף רב ולכן יש להעסיק את כל המודרכים, או בשל ההנחה המובלעת שכל מי שיהיה בקורס יעבוד בפועל, למעט חריגים. בסופו של דבר רק אחת מהמתורגמניות קיבלה הודעה שלא תוכל להמשיך לתרגם, כמה חודשים לאחר הקורס. בנוסף, לא היתה בנמצא (ועדיין אין) שיטה מובנית להערכת מתורגמנים קהילתיים בישראל. כלומר, גם אם היו מחליטים לערוך בחינה מסכמת, היא היתה מתבססת במידה רבה על אינטואיציות, על תיאוריות מהספרות המקצועית, ועל מדדים להערכת

מתורגמני ועידות. בהכשרת המחזור השני נלמדו לקחים ובוצעה בחינה מסכמת שממנה נבחרו שתי מתורגמניות כעובדות קבועות.

10. היה חסר רכיב של שיפור ארגז הכלים של המתורגמן – חיפוש בספרים, במילונים באינטרנט, פיתוח מאגר מונחים וכולי. כלומר, פרט לתכנים שנלמדו בקורס שנערך בניצנה ובהדרכת ההמשך (שלא כול המתורגמנים נכחו בהן) לא ניתנו למתורגמנים כלים לשיפור רמת התרגום שלהם והמיומנויות הנלוות.
11. שימור מקצועי - לא נדונה שאלת השימור המקצועי של המתורגמנים ושילובם כאנשי מקצוע בגופים של מתורגמנים, אגודת המתורגמנים. מאחר שמתורגמני "טנא בריאות" הם המתורגמנים הקהילתיים הטלפוניים היחידים בישראל, הם נחשבים לענף שעדיין אינו מוכר בחוגי המתורגמנים והמתרגמים. מאידך, התאגדות מקצועית ושימור הכישורים הינם היבטים מהותיים בתהליך ההתמקצעות, וייתכן שבעתיד יהיה צורך לתת עליהם את הדעת.

5.2.6 הפעלת השירות בשלב החלוץ

קורס ההכשרה למתורגמני השירות הטלפוני המתוכנן נערך בספטמבר 2006. לאחריו, החלה "טנא בריאות" לפעול מול הקופות השונות במטרה לשווק את שירות המתורגמנות. במקביל, בחודשים שעברו מאז קורס ההכשרה ועד כניסתה של המרפאה הראשונה לשירות התרגום במאי 2007, עברה "טנא בריאות" שינויים ארגוניים רבים. השינוי המהותי ביותר היה יציאת הפרוייקט מחסותו הארגונית של בית-החולים "הלל יפה" בחדרה לעמותה עצמאית בנובמבר 2006. הסיבה העיקרית להתנתקות מבית החולים, היתה סירובו של גוף זה לקבל אחריות על שירות המתורגמנות בהיבטי ביטוח וניהול סיכונים.

הפיכת הפרוייקט לעמותה חייבה היערכות ארגונית כוללת – הקמת גופי קבלת החלטות, קביעת נהלים, וקבלת אחריות אדמיניסטרטיבית ופיננסית, מאחר שקודם לכן נוהל תקציב העמותה באמצעות קרן המחקרים של המרכז הרפואי. מטרת העמותה כפי שהוגדרו בתקנון העמותה היו:

לקדם את בריאותם של יוצאי אתיופיה שהינם מיעוט לשוני ותרבותי בישראל בעל צרכים ייחודיים; להגביר את המודעות של יוצאי אתיופיה לזכויות בריאות ומימושם; להציף את הקשיים בניצול זכויות הבריאות לקובעי מדיניות ונותני השירותים, ולפתח משאבים כדי לשפר את הנגישות של יוצאי אתיופיה לשירותי בריאות ובכך לקדם את בריאותם ברמת הפרט והקהילה. (מסמך מס' 98)

שירות המתורגמנות הרפואית עונה על החלק האחרון בהגדרת המטרות, ככלי לשיפור הנגישות של אנשי הקהילה לשירותי הבריאות.

בסמכויות העמותה נקבע כי היא תקים מסגרת ארגונית להנגשה לשונית-תרבותית לשירותי בריאות, הכוללת הכשרה מקצועית של אנשים מתוך הקהילה והפעלת שירותי מתורגמנות

רפואית במערכת הבריאות, שתמקד בצרכים הלשוניים והתרבותיים של יוצאי אתיופיה. המסגרת תשמש כמודל ליישום ההנגשה הלשונית לכלל המיעוטים הלשוניים בישראל.

המשפט האחרון בהגדרת סמכויות העמותה, מתייחס לאפשרות להפיק לקחים משירות המתורגמנות ליוצאי אתיופיה ולישמם לטובת שיפור התקשורת בין צוותי בריאות לבין מיעוטים אחרים בישראל (במסגרת העמותה או מחוצה לה).

בדיון הקמת העמותה, שנערך בנובמבר 2006, הוצגה על-ידי ד"ר ענת יפה התכנית להקמת השירות, ומטרותיו. ד"ר יפה סברה שהזמן הקצר המוקדש למפגש מטפל-מטופל, יגביל את השימוש במתורגמן הטלפוני, שכן התרגום יכפיל - לדעתה - את משך הביקור. לאור זאת, החליטה העמותה החדשה להפעיל את השירות באופן מדורג, על מנת ללמוד מהתהליך ולבקר אותו באופן צמוד (מסמך מס' 59).

כאמור בסעיף 5.2.2, המהלכים להטמעת שירות המתורגמנות החלו במהלך שנת 2006, תוך תיאום והתייעצות עם גורמים ממשרד הבריאות ועם "שירותי בריאות כללית". על-פי מתווה השירות המקורי, תכננה "טנא בריאות" להכשיר 20 מתורגמנים, עובדי בריאות במקצועם, אשר ייתנו את השירות באמצעות טלפונים ניידים בעלי אותו מספר. הפונים מהמרפאות יתקשרו ויקבלו מענה מהכונן הראשון שיענה. השירות יינתן בשעות העבודה של המרפאות. ניתוב השיחות יתבצע באמצעות מערכת טלפונית חכמה, שתאפשר גם תיעוד של נתוני השיחות והקלטתן. לבסוף, נקבע שהמתורגמנים יתנו את השירות מטלפונים ייעודיים שיוקנו בביתם לצורך זה.

החל מדצמבר 2006 התחילה הכשרת השטח לקביעת פרויקט החלוץ (פיילוט) של שירות המתורגמנות. נקבע כי השירות יוכנס בהדרגה למספר קטן של מרפאות – 5 מרפאות ב"שירותי בריאות כללית", 5 מרפאות ב"מכבי שירותי בריאות" ושני בתי-חולים (מסמך מס' 1).

מטרות השירות, כפי שהוגדרו במסמכי העמותה:

1. ישרת את המטופלים ככלי מסייע, בזמן אמת, לתקשורת עם מטופלים בני מיעוט לשוני, שהתקשורת הישירה עמם קשה עד בלתי אפשרית.
2. ישפר את הנגישות והניצול ההולם של שירותי בריאות בקרב מטופלים יוצאי אתיופיה.
3. יספק מידע חשוב – זכויות החולה, מידע תרבותי רלוונטי, ומידע על פרוצדורות מנהליות.
4. יהווה כלי מעצים לקהילה האתיופית, שיופעל באמצעות אנשי בריאות שהוכשרו כמגשרים לשוניים ותרבותיים.
5. ישמש כפה ליוצאי אתיופיה להבעת צרכיהם הייחודיים, כך שאנשי מערכת הבריאות יתנו להם מענה הולם.

רק כשנה לאחר ניסוח מטרות אלה נעשה ניסיון להגדיר מדדים להצלחתם, בעזרת ייעוץ פרטני מארגון שתי"ל.

5.2.6.1 איתור מרפאות לשלב החלוצי

במשך מספר חודשים פעלה עמותת "טנא בריאות" לתאם את שלב החלוצי של השירות מול האחראיות לקידום בריאות ב"שירותי בריאות כללית" וב"מכבי שירותי בריאות", במטרה להתחיל לתת שירותי מתורגמנות בפברואר 2007. מטרת הפנייה היתה איתור מספר מרפאות שיקבלו את השירות, לתקופת ניסיון. במקביל, ומאחר שהעמותה סברה שההתקדמות במישור הבריורקרטי איטית, פנתה העמותה למרפאות קהילתיות על בסיס היכרות אישית של יו"ר העמותה עם רופאים שהתעניינו בעבר בפרוייקטים של גישור לשוני. בשלב מאוחר יותר, בוצעה פניה למינהלות האזוריות של "שירותי בריאות כללית" – מינהלת שרון-שומרון, דן-פתח תקווה וחיפה והצפון.

העמותה ניסתה לקדם את הכנסת השירות ברמת הנהלת הקופות, ובמקביל לעורר מודעות לפתרון בשטח. למעשה, לא היתה לעמותה תכנית פריסה מוגדרת, לאורך זמן, אלא רק מושג כללי באשר לאופן הפעלת השירות ורצון לבחון את הפעלת השירות למשך חצי שנה.

העמותה נתקלה בקשיים בניסיון לשווק את השירות למינהלות השונות. ד"ר שלום ווייס, שהיה מנהל "שירותי בריאות כללית" במחוז שרון-שומרון, השיב בשלילה לפניית העמותה, בטענה שהרופאים עמוסים ולא יהיה להם זמן לקבלת תרגום (מסמך מס' 9). בתגובה, הוחלט שהעמותה תנסה לשכנע אותו אך במקביל לפנות ישירות למנהלי קופות חולים באזורים שונים בכונה להתחיל ברמה המקומית ולגדול תוך כדי מתן השירות.

במינהלת דן-פתח תקווה התייחסו בחיוב לפנייה, אולם היו גורמים שחששו להכניס את השירות, שמפעילה עמותה חיצונית לקופה, בנימוק שהשירות יהיה מוצלח ולאחר תקופת הפיילוט יידרש תשלום עבורו ולא יהיו למינהלת מקורות למימון (מסמך מס' 12), מה שיגרום לאכזבה אצל המטופלים. נדרש שכנוע של המנהלת הרפואית של המחוז בכך שיהא אשר יהא עתיד השירות, המינהלות או המרפאות הספציפיות לא יידרשו לשלם תמורתן. לבסוף, סומנו שלוש מרפאות בפתח תקווה, מרפאה אחת באור-יהודה ומרפאה נוספת בראש העין, שביקשה את השירות באופן יזום, אושרה גם היא (שם). בדיעבד, הבחירה בחלק מן המרפאות לא תאמה לצרכים בשטח ולא למטרות העמותה בבדיקת השירות. מרפאה אחת כמעט שלא השתמשו בשירות, והמנהלת שלה אף הציעה, לאחר כחמישה חודשים, להעביר את השירות למרפאות שזקוקות לה יותר. בשתי מרפאות אחרות אמנם טיפלו במספר רב של עולי אתיופיה, שהתקשורת עמם היתה קשה מאוד טרם הכנסת השירות, אולם אחרי כ-5 חודשים התגלתה ירידה בכמות השיחות ממרפאות אלה. בבדיקה מולן עלה שהחלו לעבוד בהן מגשרות, ללא ידיעת העמותה (לוג פעילות "קול לבריאות", מסמך מס' 107). המרפאות היו מעוניינות להשתמש בשני אמצעי ההנגשה, אולם ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות סברה שהתנהלות הדברים מצד העמותה היתה לקויה, מאחר שלא תואמה עימה כמי שאחראית על הכנסת מגשרים למרפאות.

העמותה ניהלה תכתובות בנושא שירות המתורגמנות גם מול מינהלת מחוז חיפה ומינהלת צפון (מסמך מס' 91). במשך חודשים התנהלה התכתובת ללא תוצאות ממשיות בשטח, בין השאר בשל העובדה שמנהלים אדמיניסטרטיביים התחלפו ולא היה אדם שלקח על עצמו לקדם את הנושא. ההתנהלות בין העמותה לבין מחוז זה אופיינה גם בחוסר תיאום ובאי-הבנות באשר למהות פרויקט החלוץ ולאופן פריסת השירות. כך, למשל, הותקנו טלפונים נוספים במשרדים של רופאים בלבד, בשש מרפאות באזור הצפון. זאת, בניגוד להסבר העמותה כי השירות יינתן לכלל עובדי המרפאה, ול 2-3 מרפאות בלבד. לאחר מכן, בחר המחוז מרפאות שלא עמדו בקריטריונים שנקבעו לשלב החלוץ – מרפאות שאין בהן סיוע לשוני, ומספר המטופלים יוצאי אתיופיה המטופלים בהם גדול משלוש מאות. במרפאה בחיפה שבחרה המינהלת, למשל, עבדה מגשרת בחצי משרה, ובשאר הימים סייעו סטודנטים בנושא התרגום. מסיבה כלשהי, לא רצו עובדי המינהלת לשוחח עם עובדי "טנא בריאות", והתקשורת התנהלה באמצעות הדואל בלבד, עובדה שגרמה להמשך קבלת החלטות לא-נכונות באשר לפריסת השירות במרפאות באזור זה. המרפאה שנבחרה לבסוף בעיר כרמיאל, ענתה באופן חלקי בלבד על הצורך. במרפאה טופלו עולים המתגוררים במרכז הקליטה הסמוך, אך הם היו רשומים במרפאה מספר חודשים בלבד, וטופלו רק אצל מנהלת המרפאה ולא אצל כלל הצוות.

במקביל לניסיונות העמותה להטמיע את השירות דרך המינהלות המחוזיות, היא קיבלה פניות ממנהלי מרפאות אשר ביקשו לקבל את השירות במרפאות שלהן. חלק מהמרפאות הצליחו לשכנע את המינהלת לקבל את השירות, וחלקן נכשלו (מסמך מס' 107).

5.2.6.2 השקת השירות והפעלתו

לאחר שבוצעה הערכת צרכים ראשונית מול המרפאות שביקשו להשתתף בשלב החלוץ, נקבע כי השירות יינתן בימים א-ו בשעות הבוקר, ובשלושה ימים גם בשעות אחר הצהריים (ארבע עד שבע). שעות העבודה נקבעו על פי שעות הפעילות של המרפאות שהשתתפו בשלב הגישוש של הפרוייקט. להלן סקירה קצרה של המרפאות שנכללו בשלב החלוץ, מאפייני המטופלים בהם, וסוגיות בולטות בהטמעת השירות.

1. **מרפאת "שעריים", רחובות** – המרפאה הראשונה שנכנסה לשירות, בסוף אפריל 2007. המרפאה נכללה בשירות לאור פנייה בעבר של רופאה בכירה במרפאה בנושא ההנגשה התרבותית של הטיפול הרפואי ליוצאי אתיופיה. במרפאה זו היו רשומים כ-700 מטופלים יוצאי אתיופיה, שטופלו אצל כ-8 רופאים. צוות המרפאה עבר הדרכה קצרה בשימוש במתורגמן, ונקבעו הנקודות להתקנת המפצלים ומכשירי הטלפון הנוספים – לשימוש המטופלים. בעיה התגלתה בהתקנת מפצל בקו המשמש משרד המרפאה. בבדיקה לעומק עלה כי הבעיה תקפה בכל שלוחה שבה מותקן טלפון חכם, ולפיכך חזרה על עצמה בכל מרפאה שהוכנסה לשירות⁶⁹. ביום ההשקה הגיעו למרפאה נציגות העמותה, אחת מהן דוברת אמהרית, על מנת לבדוק את תקינות הקווים, לעודד את

⁶⁹ לאחר כשנה, כאשר השירות הורחב למרפאות אחרות, נמצא פתרון לבעיה בדמות מפצל מיוחד, המחבר שפופרת טלפון ישירות למכשיר הטלפון החכם.

המטפלים להשתמש בשירות, ולספר על השירות למטופלים במרפאה (לוג פעילות קול לבריאות, מסמך מס' 107). כחודש לאחר תחילת ההפעלה הגיעה מנהלת השירות לשיבת צוות של העובדים, על מנת לקבל משוב ראשוני על השימוש בשירות.

לאור ההתקדמות האטית בחודש מאי 2007 נשקלה הקפאת השירות עד להכנסת מרפאות נוספות. רק לאחר כמה שיחות טלפון לכמה דרגים במינהלת דן-פתח תקווה, זורזה הכנסת מרפאות נוספות והחלטה להקפא נדחתה. במאי 2007 שררה תחושה בעמותה שהפעילות מתקדמת באיטיות, תחושה שגובתה במספר שיחות נמוך מהצפוי, ובפגישות ללא תוצאות ממשיות עם בכירים במשרד הבריאות וב"שירותי בריאות כללית", שנחו מצד העמותה כחוסר רצון להתחייב לפרוייקט. בישיבת הוועד המנהל שנערכה באותה תקופה הוחלט לנסות לגייס את הסתדרות הרופאים לקידום השירות, ולשקול שילוב לוביסט בנושא. הצעה זו לא היתה מפורטת ולא ברור האם דובר בלוביסט מקצועי או שמא באדם המחויב לנושא ויבצע את המשימה בהתנדבות.

2. **מרפאת "גיורא", אור יהודה** - המרפאה התחילה להשתמש בשירות המתורגמות ביוני 2007. במרפאה טופלו כ-400 מטופלים יוצאי אתיופיה, כ-80% מהם לא דיברו עברית כלל. על פי דיווחי הצוות, היו מספר מטופלים שהרבו להגיע למרפאה. המתורגמים השכיחים ביותר היו ילדי המטופלים, על אף שחלק מהצוות ניסה למנוע תופעה זו. צוות המרפאה סבר שפערי השפה הם "קצה קצהו של הקרחון" (לוג פעילות קול לבריאות, מסמך מס' 107), לדברי מנהל מרפאת הילדים. הילדים סבלו מבעיות התפתחות ובעיות פסיכולוגיות, בנוסף על הבעיות הרפואיות. חלק מאנשי הצוות חשו שאינם יכולים לטפל בעולים לעומק, לאור קשיי התקשורת. לכן, לדברי הצוות, הם לא מצליחים לבצע פעילות של רפואה מונעת או התפתחותית, ומטפלים רק בדברים הדחופים ביותר. הטיפול בעולים התבצע בשיטת גב-אל-גב (מהרופא, לאחות, למשרד וכולי), לעתים בסיוע בת שירות לאומי. בניסיון להתגבר על פערי התקשורת, חיברה הרוקחת במרפאה רשימת מילים ומונחים בעברית ובאמהרית. האחות האחראית במרפאת "גיורא" מצאה שיטה לרישום השימוש במתורגמן בתיק הסיעודי של המטופל. באוקטובר 2007 התגלתה ירידה בכמות השיחות ממרפאה זו, שנבעה מהכנסת מגשרת למרפאה ללא ידיעת העמותה.

3. **מרפאת ראש העין** - המרפאה החלה להשתמש בשירות המתורגמות בסוף יוני 2007. את המרפאה ניהל פרופ' מיכאל ויינגרטן, שרואיין למחקר הנוכחי. במרפאה טופלו כ-100 מטופלים יוצאי אתיופיה, שעם חלקם היו קשיי תקשורת. מרפאה זו נבחרה להשתתף בשלב הפיילוט על אף מספר המטופלים הקטן יחסית בשל המחויבות הגדולה שגילו מספר אנשי צוות להטמעת הפרוייקט. בנוסף, העמותה היתה מעוניינת לתת את השירות למרפאות שלא יקבלו שירותי גישור מהקופות, לאור המספר הנמוך יחסית של מטופלים יוצאי אתיופיה, ומשמע ששירות המתורגמות של "טנא בריאות" יהיה אמצעי ההנגשה הלשונית היחידי של המטפלים והמטופלים. אנשי הצוות במרפאה זו תרמו כמה חידושים לשירות: רופאה מתמחה במרפאה הגתה את דרך התיעוד בתיק הרפואי של

המטופלים, ואחראית המחשוב בשיתוף אחד הרופאים, מצאו שיטה לחיגוק מקוצר לבתי המתורגמנים (שם).

4. **מרפאת "שיכון עממי", פתח-תקווה** – המרפאה נבחרה לקבלת השירות ע"י הנהלת מחוז דן-פתח תקווה. ובמקביל פעלה לקידום הכנסת השירות (בתוך המרפאה) אחת האחיות, הגב' צביה לוי, ששמעה על השירות באחת ההרצאות של החוקרת בפורומים של מתרגמים. בישיבה שנערכה להטמעת השירות, ציין מנהל המרפאה, ד"ר צבי לוזובר, כי "לפני גל העליה האחרון הסתדרנו עם העליה היטב. המבוגרים ידעו לבוא עם מישהו שתרגם להם. כשהגל הגדול האחרון החל להגיע, באו עולים, רובם צעירים, שלא דיברו כלל עברית ולא היה להם את מי להביא לתרגם. אז הקמנו קול צעקה. ככל שעברו החודשים הם למדו שפה וגם למדו להביא איתם מישהו קבוע."

במשוב שהתקבל מהצוות לאחר כשלושה חודשים, ציין אחד מהעובדים שהוא השתמש בשירות רק כשהיה לו זמן. "אני מתפשר על האיכות, כי אין לי ברירה. מדובר בחמש דקות [בלי תרגום] במקום רבע שעה [עם תרגום]." הצוות ציין שהשירות עדיין דרוש, מאחר ש"ממשיכים להגיע לקוחות חדשים שעבורם נזדקק לשירות, עד שיביאו מישהו [לתרגם] ועד שילמדו את השפה."

5. **מרפאת "קריית אלון", פתח-תקווה** - המרפאה נבחרה לקבלת השירות ע"י הנהלת מחוז דן-פתח תקווה. במרפאה טופלו כ- 1500 – 2000 מבני העדה האתיופית, רובם ככולם עלו בשנה שקדמה להכנסת השירות. המרפאה התחילה להשתמש בשירות ביוני 2007. בפגישות ההטמעה התגלה שחלק מהעובדים סברו שהשירות דרוש, וחלקם, דוגמת רופאת הילדים, היו מעוניינות להמשיך לתקשר ללא תיווך לשוני. לדבריה, הזמן שעומד לרשותה לטיפול בכל ילד מועט מאוד, ועקב לחץ הזמן היא העדיפה ללמוד כמה מילים באמהרית מאשר להתקשר לשירות המתורגמנות. בביקורים במרפאת "קריית אלון" היה נראה שמטופלים רבים מיוצאי אתיופיה מגיעים לקבל טיפול במרפאה, חלקם עם ליווי לצורך תרגום, אך אנשי הצוות לא השתמשו בתרגום במהלך הביקור. התרשמות החוקרת במהלך הביקור היתה שאנשי הצוות הרפואי התרגלו לתקשר עם המטופלים בתקשורת מינימלית. במהלך אחד הביקורים של "טנא בריאות" במרפאה, הועלתה תהיה האם עובד "טנא בריאות", דובר אמהרית יצליח לשכנע את המטופלים לבקש את השירות. בפועל לא בוצעה פעילות שיווק נקודתית למטופלים ממרפאה זו. באוקטובר 2007, לאור ירידה בכמות השיחות ממרפאה זו, נמצא כי הוכנסה למרפאה מגשרת במשרה חלקית, וכן בת שירות לאומי. מנהלת המרפאה, ד"ר לאורה ארונסון, ציינה כי היא אישית העדיפה להשתמש במתורגמנים המקצועיים של "טנא בריאות". לדבריה, הגיעה אליה אישה בת שלושים לאחר אנגינה, עם פתק בעברית, שהיה כתוב עליו "כואב לי הלב". הרופאה הרגישה שבמקרים בהם תלונת המטופל אינה ברורה לגמרי, היא צריכה מתורגמן עם ידע מקצועי כדי לאבחן את הבעיה.

6. **מרפאת "שעריה", פתח תקווה** – מרפאה זו נבחרה ע"י מנהלת דן-פתח תקווה, והחלה להשתמש בשירות באוגוסט 2007. בדצמבר 2007 נמצא כי עובדי המרפאה העדיפו להשתמש בבנות שירות או בתקשורת מינימלית, ומנהלת המרפאה, ד"ר הניה ברנר, אף

הציעה שהמרפאה תוצא מפרוייקט החלוץ והשירות יועבר למרפאה שזקוקה לו יותר. זאת, על אף שרופאה זו הסתייעה במתורגמנית לסייע לאדם בעל נטיות אובדניות, שבעקבות התרגום ויצירת האמון בין הצדדים, הסכים ללכת להיבדק בבית-חולים פסיכיאטרי. לאחר מקרה זה אמרה הרופאה שהניהול המוצלח של המקרה היה, במידה רבה, בזכות המתורגמנית, והמליצה לשאר אנשי הצוות להשתמש יותר בתרגום הטלפוני.

7. **מרפאת כרמיאל מרכז** – המרפאה נבחרה ע"י הנהלת מחוז הצפון, לאחר שנפסלו מספר מרפאות אחרות במחוז (סעיף 5.6.4.1). בביקור הראשון במרפאה הסתבר כי לא היו רשומים בה מטופלים קבועים יוצאי אתיופיה, אשר היו עימם קשיי תקשורת. המרפאה שכנה ליד מרכז קליטה, שבו התגוררו עולים צעירים עד לקליטתם במגורי קבע. רוב העולים טופלו אצל רופאה אחת בלבד, ולמשך מספר חודשים בכל שנה. על אף האמור לעיל, הוחלט בעמותה לכלול את המרפאה במסגרת שלב החלוץ, על מנת ללמוד מקשיי התקשורת עם עולים חדשים שחיים במרכז קליטה. השימוש בשירות במרפאה זו היה מצומצם מאוד.

במהלך השנה הראשונה להפעלת השירות התקבלו בעמותה מספר פניות נוספות ממרפאות, אך "שירותי בריאות כללית" לא אישרו להן לקבל את השירות.

בנובמבר 2007, יצרה עם העמותה קשר מרפאה של "מכבי שירותי בריאות" בראשון לציון. צורת מתן השירות ב"מכבי שירותי בריאות" שונה מזו של "שירותי בריאות כללית". חלק מהרופאים העובדים בקופה נחשבים לעצמאיים, ולכן הקופה לא היתה בטוחה שירצו לשאת בעלויות התקנת קו הטלפון לשם קבלת השירות. לבסוף, הותקנו הקווים על חשבון הקופה. לאחר הביורור הראשוני, התקבל האישור מהנהלת המחוז תוך ימים ספורים. לשירות צורפו ארבעה רופאים, שעבדו בשני סניפים בעיר. לאור לקחי העבודה מול מרפאות "שירותי בריאות כללית", ניסחה העמותה מזכר הבנות מול הקופה, להגדרת תפקיד המתורגמנים, תפקידי הקופה, ודרכי ההתקשרות בין הצדדים (מסמך מס' 103).

5.2.6.3 תהליכים פנים-ארגוניים בהפעלת שירות המתורגמנות

על מנת לעקוב אחרי כמות השיחות, הנושאים הבולטים לתרגום, ולטפל בבעיות שעלו בהפעלת השירות, היה על העמותה לאמץ מספר תהליכי עבודה חדשים:

1. לוג פעילות – מנהלת השירות ניהלה טבלת אקסל, שבה רשמה באופן שוטף נתונים על השירות – מספרי שיחות, אם היו, שיחות מיוחדות וצורת הטיפול בהן, סוגיות טכניות, פרוצדורות לקידום הכנסת השירות למרפאות נוספות וכולי (מסמך מס' 107). בשל הקשר הרופף עם המתורגמנים לא התקבלו נתונים מלאים באופן שוטף, אולם היה ניתן להצליב את המידע עם דוחות השיחות שמילאו חלק מהעובדים

2. דוחות שיחות – המתורגמנים התבקשו לשלוח, אחת לחודש, דוח המפרט את הנושאים העיקריים בשיחות שתרגמו. בשל הקשר הרופף עם המתורגמנים לא התקבלו נתונים מלאים באופן שוטף.
3. משוב של המתורגמנים, דיון בדילמות - נערכו באמצעות הדואר האלקטרוני, הטלפון, ובפגישות ההשתלמות.

5.2.6.3.1 עבודה מול המתורגמנים

בתכנון השירות נקבע כי בכל יום יעבדו שני מתורגמנים, אחד בבוקר והשני אחר הצהרים. כל משמרת תהיה בת חמש שעות והתורן יקבל שכר בסיס עבור הכוונות ושכר נוסף אם יבצע יותר ממספר דקות שיחות שייקבעו. המתווה שנקבע הושפע מבחירת מתורגמנים שעבודתם העיקרית הינה במשמרות בבתי-חולים, אשר ייתנו את השירות בימים שאינם עובדים בעבודתם העיקרית – מטלפון ייעודי שיותקן בביתם.

המתווה המתוכנן למתן שירות המתורגמנות היה עבודה במשמרות, על פי שעות פעילות המרפאות. השירות היה אמור להינתן מבית המתורגמן התורן, מקו טלפון שהותקן לצורך השירות. בתחילה, הוצב בנוסף לתורן גם כונן, אולם כמה ימים לאחר תחילת הפעלת הקו, התגלה שכמות השיחות אינה מצריכה זאת. שיבוץ המתורגמנים משמרות בוצע על-ידי רכות השטח של העמותה, אחת לחודש. מדי שבוע נשלח סידור העבודה למרפאות – בדואר האלקטרוני ולעתים גם בפקס.

עם הזמן, התגלו קשיים בעבודת צוות העמותה הקבוע מול המתורגמנים:

1. איוש יציב של משמרות המתורגמנים.
2. קבלת דיווחים מדוייקים, ובזמן, על כמות השיחות במשמרת ונושאי השיחות, בהיעדר מערכת אוטומטית שתשמור נתונים אלה. נעשה ניסיון לקבל את הנתונים באמצעות התקשרות יומית למתורגמנים לאחר סיום המשמרת. חלק מהמתורגמנים לא מסרו דוחות שיחה מפורטים, והסתפקו בשליחת מספרי השיחות ומשכן. ברגע כלשהו, הוצע על ידי די"ר שמואל גבעון, מועדת הביקורת של העמותה, להפעיל סנקציה של אי תשלום עד לקבלת דוח מלא וכן להימנע מלשבץ לתורנות מתורגמן שלא ימסור דוחות.
3. ביצוע ליווי מקצועי, הדרכה ובקרה על איכות התרגום – העמותה קיימה ארבעה ימי השתלמות אבל בשניים מהם התקיימה נוכחות חלקית בלבד (ראו סעיף 5.2.5.7). רוב עבודת ההדרכה התבצעה באמצעות הדואל או הטלפון, ובמסגרת פגישות. בנובמבר 2007 הוצע לנהל פגישות משוב אישיות, או בקבוצות קטנות. עם זאת, ההחלטה התקבלה בשלב שבו הוחלט בעמותה לעבור לפורמט עבודה שונה עם קבוצה מצומצמת של מתורגמנים.
4. תחושת מרמור ומורל ירוד בקרב חלק מהמתורגמנים – בשל היעדר שיחות, ובשל תחושה שהשכר נמוך.

אחד הנושאים שנדונו בעמותה מאז קורס ההדרכה הראשון היה שיעור התשלום למתורגמנים. בקורס ההכשרה נמסר למודרכים כי התשלום יהיה מאתיים ₪ ליום. עם תחילת ההפעלה, נקבע השכר על מאה ₪ ברוטו למשמרת. בנוסף, ניתן תשלום של 25 ₪ לכל שיחה, החל מהשיחה הרביעית. לאחר כשלושה חודשי הפעלה נקבעה תקרת שכר לשתי המשמרות. חלק מהמתורגמנים לא היו שבעי רצון מן התשלום. אי-שביעות רצון זו נבעה, בין השאר, מהעובדה שהעבודה ב"קול לבריאות" לא היתה עבודתם העיקרית, והיה עליהם לשלם שיעור מס גבוה על שכר זה. בשלב זה, הועלה בישיבת הוועד המנהל הרעיון לגייס ארבעה מתורגמנים חדשים – אקדמאים בני העדה האתיופית, שיעסקו בתרגום כעיסוק ראשי, על בסיס קבוע (חודשי או לפי שעות), פתרון שיצמצם עלויות העסקה ויפתור את בעיית אי-שביעות הרצון: "[היתה בעיה ב]ציבות בגיוס ובהכנה של כוח אדם. זה טוב שהכשרנו את המחזור הראשון אבל הם לא פעלו כצפוי. [הם] שאפו להרוויח יותר. גם חסרה להם אחריות אישית ודוגמה. התלונות היו אמיתיות אבל שטחיות." (ד"ר ספפה איצ'ק).

מניתוח התייחסויות המרואיינים לסוגיית העסקת המתורגמנים בעמותה עלה שהפער בין תפיסות הצוות הקבוע של העמותה (יו"ר והנהלה) היה קיים גם בפרוייקטים אחרים, שקדמו ל"קול לבריאות". עיקרו של הפער היה בציפיה של יו"ר העמותה שאנשי מקצוע יוצאי אתיופיה יבצעו את הפעילות ב"טנא בריאות" בהתנדבות:

[באשר] להכשרה של קבוצת [נאמני הבריאות] גם כאן הדברים התגלגלו מאוד לאט. כי בהתחלה חשבתי שהכל יהיה התנדבותי, אני מתנדבת הם יתנדבו, וזה פשוט נכשל לחלוטין. אנשים לא באו. [...] היה שוני אדיר בין נקודת המוצא שאני יצאתי מהן והם יצאו מהן. [...] ואחת המסקנות היתה שהאנשים האלה לא פנויים כרגע להתנדב. זה שלי נוח להתנדב זה לא אומר שלהם נוח להתנדב עכשיו. והרעיון היה לנסות להעביר את הכל לפסים של Win-Win – מעבר לזה שהם יקבלו יכולות, שיהיה להם מאוד ברור מה הם מרוויחים. (ד"ר ענת יפה)

עובד אחר בעמותה, ד"ר ספפה איצ'ק, סבר שהקושי בעבודה עם המתורגמנים נבע בשל היעדר אחריות חברתית של המתורגמנים: "חסרה להם אחריות אישית, דוגמה, ורצון לפתח את השירות בקהילה" והוסיף כי "צריך להכניס את המתורגמנים להרבה יותר מעגלי התחייבות אישיות ואחריות, מעבר לשעות ולתשלום. ככל שאנו עוסקים בבעיות הקשות ביותר, אנו עוזרים לכל החברה, בכל המדינה. לא רק לקהילה [יוצאי אתיופיה]."

הוועד המנהל של העמותה התכנס מדי חודשיים-שלושה. מטרת ההתכנסות היתה קבלת דיווח על הפעילויות העיקריות שמתבצעות בעמותה, קבלת החלטות אסטרטגיות, וכן קידום פעילות העמותה מול מוסדות ומול תורמים פוטנציאליים.

בישיבת הוועד המנהל שנערכה במרץ 2007, החל הדיון בסקירה של מיכל שוסטר, החוקרת ומי שמונתה לעמוד בראש שירות המתורגמות. חברי הוועד המנהל עצרו את הסקירה וטענו כי הנושא אינו בליבת מטרות העמותה (מסמך מס' 35). מכאן, שבעוד שעבור הצוות הפעיל בעמותה היה שירות המתורגמות המתהווה פרוייקט בעל הצדקה, שזכה לתיעוד גבוה ואף למימון חיצוני ראשוני בהיקף של כמה מאות אלפי שקלים, הרי שהוועד המנהל, שמונה רק בסוף 2006, לא ראה את הקשר בין שירות המתורגמות לבין הפעילות הקודמת של העמותה, שעיקרה היה הרצאות בקהילה ותכנית הרדיו העיתית. נראה, כי עד אותו הרגע, לא הצליח הצוות בשכר של העמותה לחבר את חברי הוועד המנהל לפרוייקט המתגבש ולרצינול שמאחוריו. לפיכך, לאחר הסקירה של פעילויות העמותה השוטפות (קרי הרצאות וסדנאות) הציגה יו"ר העמותה את הרצינול להקמת שירות המתורגמות:

אחרי שעבדנו כל כך הרבה זמן בסדנאות, קורסי בישול ותכניות רדיו ואחרי מחקר על ניצול שירותי בריאות על-ידי יוצאי אתיופיה, נמצא פער גדול בין ההיצע לבין הניצול, בגין פער בתקשורת. החלטנו להעמיד לרשות בני העדה האתיופית תרגום מילולי סימולטאני אצל הרופא באמצעות הטלפון. המטרה שהשירות ייתן גישור לשוני בין אלה שלא מדברים אותה שפה ואלמנט מסוים של סגור – הדרכה על איזה שאלות לשאול ואיזה תשובות לתת – שותפות הדדית של מטפל ומטופל. במקרה הוזמנו לתת הרצאה בכנס אקדמי בנושא, הצענו למארגני הכנס [פרופ' מרים שלזינגר ומיכל שוסטר] את ההזדמנות הממשית להפוך תיאוריה למעש ושם החלטנו לצאת לדרך. (מסמך מס' 35)

בהמשך הדברים הוצגו תוכניות העמותה להכשרות המשך למתורגמים:

1. שני מפגשי הכשרת המשך למתורגמים בנושא ניהול סיכונים, שיעורי מינוח, קוד אתי לעבודת המתורגמים הרפואיים; קביעת נהלי עבודה ומסגרת אתית לעבודת המתורגמים מתן תמיכה מקצועית שוטפת למתורגמים: מפגשי משוב אחת לחודשיים. פרום מקצועי באינטרנט. מילונים ושיחונים, אוורור נפשי.
2. הגדרת ההיבטים הטכניים של השירות – משך ומיקום התורנויות, כונויות, ביטוח וכד';
3. הכנת חוזה העסקה למתורגמים, הכולל פרק בנושא שמירת סודיות רפואית;
4. הרצת הפרוייקט במסגרת מוגבלת (פיילוט) מתן שירותי תרגום ל-10 מרפאות (5 מרפאות של "שירותי בריאות כללית", 5 מרפאות של "מכבי שירותי בריאות") ושני בתי-חולים ("הלל-יפה" ובי"ח בצפת);
5. מעקב ובקרה שוטפים
6. מחקר והערכה – לאחר 6 חודשים של ביצוע;
7. שיווק הפרוייקט במסגרת כלל ארצית (מתבצע מול מרפאות קופות החולים ובתי-חולים ברחבי הארץ).

8. גיוס כספים – מגורמים ממשלתיים ופרטיים.
9. פעילות לובי להכרה בעלות השירות כחלק מסל שירותי הבריאות.
10. גיוס תמיכה ציבורית ואקדמית – באמצעות הקמת "מועצה מייעצת", הצגת השירות בכנסים וכד'.

המתורגמנים יתרגמו את השיחות מקו טלפון שיותקן בביתם. כל מתורגמן יקבל שכר בסיסי לתורנות ושכר נוסף על פי כמות דקות שיחות שתוגדר בהמשך. הוצגה שיטת עבודה אפשרית עם מערכת טלפונית לניתוב השיחות, דרך חברה כלכלית המפעילה שירותי רפואה באמצעות הטלפון. הוצגו חלופות אחרות למתן שירותי הטלפון – שיתוף פעולה עם ארגון "יד שרה" הנותן שירות דומה באמצעות הטלפון, וכן בדיקה מול "שירותי בריאות כללית" – את האפשרות לשלב את המתורגמנים במוקד הטלפוני שלהם (שם).

במאי 2007, נדונה האפשרות לגייס תומכים מקרב שירותי בריאות לקידום "קול לבריאות". מנהלת השירות סברה כי לוביסטים מקרב הרופאים יקדמו את הנושא בצורה הטובה ביותר, והוחלט לפנות להסתדרות הרופאים בנושא זה. החל ממאי 2007 התבקש הוועד המנהל לגלות מעורבות גדולה יותר בסיוע לצוות העמותה מול מוסדות ציבור ומול תורמים (מסמך מס' 61). ייתכן, שהשיטה שננקטה לא היתה נכונה משום שבפועל התקבל, בשלב זה, רק סיוע מועט בקידום שירות המתורגמנות. בהמשך אחד מחברי הוועד (חבר וועדת הביקורת) היה פעיל ביותר בפתירת דלתות מול מנהלים ב"שירותי בריאות כללית" (לאחר תקופת המחקר הנוכחי).

בישיבת הוועד המנהל בנובמבר 2007 דווח כי השירות מופעל בשבע מרפאות, בהתאם לתכנית הפיילוט. בחודשיים שקדמו לדיווח ניכרת ירידה בכמות השיחות (0 – 3 שיחות למשמרת). הסברים אפשריים לכמות הקטנה של השיחות היו תקופת החופשות והחגים, בהכנסת מגשרות לשתי מרפאות ללא ידיעת העמותה וללא תיאום עימה, וייתכן שאף חוסר תחושת מחויבות של הצוות להשתמש בשירות. עם זאת, התקבלו בקשות ממרפאות נוספות של "שירותי בריאות כללית" להשתמש בשירות, וכן ממרפאה של "מכבי שירותי בריאות" בראשון לציון (מסמך מס' 63).

בסיכום שנת 2007, הוצגה פעילות הפרוייקט עד אותו הרגע:

במקור תוכנן להפעיל מערך של 18 מתורגמנים שעברו קורס הכשרה מתאים (עם ההגעה לשיא ההיקף) המתפקדים מביתם באמצעות מערכת אלקטרונית לניתוב שיחות שתירכש על ידי העמותה, או שיושכר שירות מתאים מגורם המפעיל מערכת ניתוב כזו. לאור העלויות הגבוהות הן לרכישה והן לשכירות ולאור הכניסה לפיילוט מצומצם בשנת 2007, הוחלט שלא לרכוש ולא לשכור שירות בשנת 2007, אלא לנהל את מערך המתורגמנים באמצעות רשימת תורנות שתימצא בידי הרופאים וכך בוצע.

המערך המקורי של 18 מתורגמנים הלך והצטמצם למחצית, בחלקו בגין טענות המתורגמנים על שכר שאינו הולם את העבודה שהם מבצעים. רוב המתורגמנים עובדים בעבודה נוספת בהיקף של כ-100% ולכן המס המוטל על עבודת התרגום גבוה. שכר המתורגמנים סוכם בדיוני הוועד המנהל ועודכן על ידו מספר פעמים, אך עדיין שלא לשביעות רצונם (מסמך מס' 64).

בסיכום שנת 2007, התקבלו בישיבת הוועד המנהל מספר החלטות:

1. להמשיך בפיילוט עוד תקופה של כחצי שנה, תוך צירוף מרפאות נוספות ובחינת כדאיות המשך הפעלת השירות במרפאות שצורפו לשלב החלוץ ולא השתמשו בשירות בפועל.
2. לא תירכש או תושכר מערכת אלקטרונית לניתוב שיחות ולהקלטתן. השיחות תוקלטנה במחשב יעודי, שימצא במשרדי העמותה. במידת האפשר, יירכשו אמצעי תקשורת באינטרנט, לחיסכון בעלויות.
3. יישכר משרד ממנו תפעל העמותה, וממנו יופעלו המתורגמנים.
4. יוכשר צוות חדש של 4 - 5 מתורגמנים, שמתוכם יבחרו 2 מתורגמנים לעבודה במשרה מלאה, ממשרדי העמותה.
5. המרפאות המשתמשות בשירות המתורגמנות יתקשרו למספר טלפון ייעודי, במשרדי העמותה.
6. העמותה תעביר למוקדי הקליטה העירוניים הודעת פרסום על הפעלת שירות המתורגמנות.
7. העמותה תעביר, במידת היכולת, הרצאות בפורומים רפואיים - ברמת הסניפים והמחוזות - לקידום הטמעת שירות קול לבריאות - הסבר בנושאי קודי התרבות של יוצאי אתיופיה, אמונות בריאותיות ותפיסות של חולים בקהילת יוצאי אתיופיה, היבטים אפידמיולוגיים בבריאות יוצאי אתיופיה, הצורך והיתרונות במתן שירות מתורגמנות מקצועי בין צוותי הבריאות לבין המטופלים יוצאי אתיופיה (שם).

5.2.6.4 תהליכים בין-ארגוניים בהפעלת שירות המתורגמנות

עם תחילת מתן שירות המתורגמנות, היה צורך לקבוע נהלי עבודה מול המרפאות ומול נותני השירות. רוב העבודה התנהלה באמצעות טלפונים ודואר אלקטרוני. בכל מרפאה נקבע איש קשר (מנהלי או מקצועי) לעבודה מול שירות המתורגמנות.

בנוסף, נערכו ביקורים במרפאות, לצורך קבלת משוב, לעידוד נותני השירות להשתמש בתרגום ולבדיקת סוגיות טכניות כגון מיקום הטלפונים באופן שיהיה נוח להשתמש בשירות, תקינות המפצלים לטלפונים וכולי.

1. צורת ההתקשרות - נותן השירות התקשר למתורגמן התורן, לביתו, כאשר עלה הצורך בתרגום. המטפל החזיק בשפופרת של טלפון אחד, והמטופל בשפופרת של טלפון נוסף.

- לאנשי הצוות הומלץ שלא להשתמש ברמקול (כאשר קיים) במקום שני מכשירים, מאחר שאיכות השמע טובה פחות בשיטה זו, ומשום שממתנינים מחוץ לחדר עלולים לשמוע את השיחה. עלו כמה תלונות (לא הרבה) שהקו תפוס או שלא עונים (אין לנו יכולת בקרה)
2. סידור עבודה – אנשי הצוות קיבלו, באמצעות הדואל והפקס, סידור עבודה שבועי של המתורגמנים. צורת עבודה זו יצרה בלבול, בשל הצורך לבדוק כל יום (ולעתים פעמיים ביום) לאן יש להתקשר על מנת לקבל את השירות. לעתים, חלו שינויים של הרגע האחרון באיזו המשמרות, מה שהגביר את הסרבול בשימוש בשיטת הסידור השבועי. מספר פעמים שכחו עובדי העמותה לשלוח את סידור העבודה למרפאות. נשקל לשלוח עדכונים באמצעות טקסטים מידיים (SMS) אולם ההצעה לא יצאה אל הפועל בשל שיקולי עלות וסרבול הפתרון. היה צורך בתיאומים דחופים אד-הוק
3. הדרכה – אנשי הצוות קיבלו הסבר על פעילות העמותה בהסברה ובמניעה, ועל שירות המתורגמנות עצמו. בסיוע דף מידע שחולק למשתתפים, הם הודרכו באשר לאופי עבודתם של המתורגמנים וכללי האתיקה שמנחים אותם, אופן ההתקשרות לשירות, וכן מגבלות השימוש במתורגמן (אסור למתורגמן ליעץ, או להתקשר באופן עצמאי למטופל).
4. משוב – העמותה יצרה מספר דרכים לקבלת משוב מהצוות : באמצעות שיחות צוות עיתיות בהשתתפות החוקרת, באמצעות הטלפון ובאמצעות הדואל. משוב נוסף התקבל מהשאלונים שמילאו אנשי הצוות לפני הכנסת השירות למרפאה וכמה חודשים לאחר מכן (סעיף 5.6.4.4)
5. תיעוד השימוש במתורגמן – תיעוד השימוש במתורגמן במהלך המפגש במרפאה רצוי בשל היבטים מדיקו-לגליים של מעורבות אדם שלישי בשיחה, וכן על מנת שתהיה אפשרות לשלוח נתוני פגישות שבהן היה מעורב מתורגמן (לצרכי סטטיסטיקה ומחקר). בתחילה, הוצע לאנשי הצוות לתעד את השימוש במתורגמן בטבלה, שתישלח לעמותה מדי סוף חודש. בשלב מאוחר יותר פותח נוהל רישום בתיק רפואי ובתיק הסיעודי⁷⁰. כחלק מהטמעת השירות, היה צורך ללמד את אנשי הצוות לבצע את התיעוד באופן אחיד. בסיוע רופאים ואחיות, נקבעו שתי שיטות לתיעוד :
- א. שתילת אבחנה - translation
- ב. תיעוד בשורת המלל החופשי של הביקור. בהמשך, ועל פי דרישת "שירותי בריאות כללית", נקבע נוסח אחיד לתיעוד, המתעד את הסכמת המטופל להשתמש בשירות המתורגמנות.
6. התקנת התשתית הטכנית – עם קבלת האישור להכנסת מרפאה לשירות, הזמינה המרפאה טלפונים כמספר אנשי הצוות שעתידים להשתמש בשירות. העמותה סיפקה למרפאה מפצלים לקווים, שאפשרו התקנת שני מכשירי טלפון על אותו הקו. בהמשך, מצאו חלק מהמרפאות דרכים ליעול השימוש הטכני בשירות, דוגמת קידוד מספרי הטלפון בבתי המתורגמנים למספרים מקוצרים, שימוש במכשירי אינטרקום במקום מכשירי טלפון, לחיסכון במקום על שולחן המטפל ועוד.

⁷⁰ לא נמצאה דרך לתעד באופן ממוחשב את השימוש בתרגום אצל נותני השירות המשרדי, מאחר שאין להם גישה לתיק הרפואי של המטופלים. הוצע לאנשי המנהל למלא את הפרטים בטבלה.

5.2.6.4.1 – "טנא בריאות" מול "שירותי בריאות כללית"

כפי שצויין בסעיף 5.1.2.2, "שירותי בריאות כללית" הינם המבטח של רוב יוצאי אתיופיה בישראל. לפיכך, רוב העבודה של העמותה התנהלה מול גורמים מקופה זו. ציפיות העמותה לגבי אופי העבודה מול הנהלת הקופה והמרפאות, היו שונות מתפיסת גורמי ההנהלה ב"שירותי בריאות כללית" לגבי תהליך זה. פירוט אודות ההבדלים התפיסתיים בין הארגונים, ותלות העמותה בקופה, יוצג בסעיף 6.2.3, ולהלן תוצג השתלשלות העניינים בעבודה בין העמותה לבין הקופה

רוב העבודה בין העמותה לבין "שירותי בריאות כללית", התנהלה מול הד"ר דיאן לוי-זמיר. היא ריכזה את הבירורים המשפטיים, הלוגיסטיים והטכניים של השירות, והיתה מעוניינת להיות מעורבת בקביעת זהות המרפאות בשלב החלוץ. כאשר העמותה חשה שקצב העבודה הרצוי מבחינתה איטי מדי, היא פנתה במקביל למרפאות שהתעניינו בעבר בשירות מתורגמות או בפרוייקטים של הנגשה תרבותית. המרפאות העלו את בקשתן לקבל שירותי מתורגמות למינהלות המחוזיות. במחוז פתח תקווה, הגיע הדיון למינהלת הרפואית של המחוז, והיא היתה אמורה לקבוע אילו מרפאות ייכנסו. באחת השיחות ציינה המינהלת כי חלק מאנשי המינהלת חוששים להכניס את השירות מפחד שבעתיד יצטרכו לשלם עליו.

ב 24 באפריל, 2007, מועד שהיה קרוב לתאריך המתוכנן להתחלת הפעלת השירות, עוד לא נקבעו המרפאות שייכנסו מאזור פתח תקווה. רק שיחת טלפון מיו"ר העמותה, ומחבר הוועד המנהל (רופא בקופה), לראשי המינהלות, הביאה להתקדמות מסויימת.

במחוז הצפוני של הקופה, התנהלה הטמעת השירות בצורה איטית ולא יעילה. בתחילה, לא נענו פניות העמותה למנהלים האדמיניסטרטיביים של המחוז. בהמשך, נבחרו לשלב החלוץ מרפאות לא מתאימות לקריטריונים שהציבה העמותה: במרפאה אחת עבדו מגשרת וסטודנטים דוברי אמהרית, ומנהלת המרפאה כלל לא הבינה מדוע הם זקוקים לשירותי מתורגמות. במרפאה נוספת, מרפאת כרמיאל, התגלה שמספר העולים אינו גדול, והם מגיעים לרופאה אחת, במשך מספר חודשים בלבד, לפני מעברם למגורי קבע.

בנוסף להטמעת שירות המתורגמות במרפאות קהילתיות, פנתה העמותה למנהלת המרכז הרפואי "העמק" בעפולה, עיר שבה מתגוררים עולים רבים מאתיופיה. פנייה זו נעשתה עקב תכנית "טנא בריאות" לספק את השירות לשני בתי-חולים כחלק מפרוייקט החלוץ. הפניה הישירה למרכז לא נענתה, ואף לא פניה מתווכת באמצעות יועצת ארגונית (שאינה משייכת לממסד הבריאות) שהכירה את מנהלת המרכז. נציגת הנהלת "שירותי בריאות" כלל לא העלתה את האפשרות להטמיע את השירות בבתי-חולים במשך למעלה משנה לאחר תחילת ההפעלה.

יחסי הגומלין בין העמותה לבין "שירותי בריאות כללית" השתקפו גם בדיון על הפתרון הטכנולוגי הרצוי לניתוב השיחות המתורגמות, לתיעודן ולהקלטתן. באחת הפגישות עמה,

העלתה ד"ר לוי-זמיר את האפשרות שמתורגמני העמותה יישבו בעתיד במוקד הטלפוני של הקופה, ויזכו לתמיכה לוגיסטית וטכנולוגית (אף שהמימון להפעלתם ימשיך להגיע ממקורות חיצוניים). צוות העמותה והוועד המנהל דנו מספר פעמים ביתרונות הצעה זו ובחסרונותיה. מחד גיסא, התשתית הטכנולוגית והגב המקצועי שהציעה הקופה, היו הפתרון הטוב ביותר עבור העמותה, והיוו חיסכון כספי משמעותי. מאידך גיסא, העובדה ש"שירותי בריאות כללית" לא קבעו מועד ברור להטמעת השירות במוקד הטלפוני שלהם, השאירה את העמותה במצב של חוסר וודאות (על השפעת חוסר הוודאות שמכתיבה הסביבה על הארגון בסעיף 4.3). חלק מהמשתתפים בדיון סברו שיש לחכות להחלטה של "שירותי בריאות כללית" ולהימנע מהוצאה כספית מיותרת על רכישת פתרון טכנולוגי מורכב. משתתפים אחרים סברו שהארגון צריך לספק שירותי מתורגמנות איכותיים בעצמו, גם אם פירוש הדבר השקעה של כסף רב. ייתכן, כך סברה אחת התומכות בדעה זו, שמערכת טכנולוגית שתקנה העמותה לצרכיה כעת, תשמש בעתיד שירותי מתורגמנות לשפות אחרות.

סוגיה נוספת שעלתה במהלך העבודה עם "שירותי בריאות כללית" היא אי-הבנה של אנשי הצוות את מהות תפקידם של המתורגמנים. הצוות במרפאות התרגל להשתמש בבני-משפחה, במגשרות או במלווים אקראיים לצורך תרגום למטופלים שלא דיברו עברית ברמה טובה. תפקיד המתורגמן הטלפוני היה חדש להם, ומספר פעמים חלו אי-הבנות כאשר אנשי צוות ביקשו מהמתורגמנים לבצע משימות של הוגדרו בתחום תפקידם. באחד המקרים, ביקשה האחות הראשית באחת המרפאות שהמתורגמנים ישאלו בעצמם, באמהרית, את השאלות שמקדימות חיסונים לשפעת, או יסבירו להורים על מחלות נפוצות כגון אנמיה, הצטננות ואסתמה. העמותה נדרשה להסביר לאחות מדוע המתורגמנים לא יוכלו לבצע מטלות אלה:

"בשונה ממגשרים, שעושים עבודת הסברה עם הקהילה מעבר למה שהרופא עושה, אנחנו ב"קול לבריאות" מתמקדים במתן שירות מתורגמנות טלפונית - בתקשורת בין המטפל למטופל. כלומר - אם את חושבת שהאם צריכה להבין מהי אנמיה, את תוכלי להסביר לה בעברית והמתורגמנים שלנו יתרגמו. אם ההורה עדיין לא הבין - המתורגמנים שלנו ידעו להרחיב את ההסבר או לומר לך שההורה עדיין לא הבין. (תכתובת אישית עם אחות במרפאת שיכון עממי)"

מקרים אלה קרו לעתים נדירות יחסית, אולם הם חידדו את הצורך בהסבר מדוייק, לפני הטמעת השירות, על מהות תפקידו של המתורגמן, ומהן המטלות שלא יוכל לבצע.

5.2.6.4.2 "טנא בריאות" מול "מכבי שירותי בריאות"

ב"מכבי שירותי בריאות" מבוטחים פחות יוצאי אתיופיה, ושירותי ההנגשה הלשונית לאוכלוסייה זו מצומצמים ביותר (אין דוברי אמהרית במוקד הטלפוני ואין מגשרות בריאות הפועלות במרפאות הקופה) שיטת הביקור אצל רופאים שונה מעט, ודומה יותר לרפואה פרטית. מבוטחי הקופה יכולים לבחור בעצמם את רופא המשפחה, אשר לעתים מקבל בקליניקה פרטית ולא בסניף של הקופה.

בפברואר 2007, נפגשו נציגי "טנא בריאות" עם אחראית קידום בריאות ארצית של הקופה, אחראית קידום בריאות במחוז מרכז, ושני מנהלי סניפים שבהם מטופלים יוצאי אתיופיה. מאחר שמספר המטופלים יוצאי אתיופיה בסניפים אלה היה קטן, נדחתה השתתפותם בשלב החלוץ של הפרוייקט. במקביל, עשתה העמותה ניסיונות לאתר סניפים שבהם מטופלים יותר יוצאי אתיופיה. בסוף אפריל 2007 נשלחה תכתובת לאחראית על אזור ירושלים והשפלה, שלא זכתה להתייחסות. בדיעבד הסתבר ב"טנא בריאות" שהפנייה לא טופלה עקב חילופי-גברי במחוז.

בנובמבר 2007, החלו לקבל את שירות המתורגמנות כמה רופאים עצמאיים בשתי מרפאות בראשון לציון. יצוין, שמאחר שהרופאים במרפאות אלה נחשבו לרופאים עצמאיים, היה על הקופה עצמה לשאת בעלות התקנת קו הטלפון בחדריהם. לאור העובדה שהעמותה לא קיימה קשר קבוע עם גורמים ב"מכבי שירותי בריאות", ולא הכירה את מבנה הקופה ואת פעילותה, היה צורך להבהיר את כללי ההתקשרות בין הקופה לבין העמותה. נכון לכתיבת עבודה זו (סוף 2008) רשומים חמישה סניפים של "מכבי שירותי בריאות" בין משתמשי שירות המתורגמנות, אולם מידת השימוש שלהם בשירות מצומצמת מאוד.

5.2.6.4.3 קופת חולים לאומית

בפברואר 2008 החלו מגעים בין עמותת "טנא בריאות" לבין סניף קופת חולים לאומית בנתניה. הפנייה לסניף נעשתה לאחר שמתורגמנית המכירה את השטח ואת הצרכים עברה בין מרפאות וחילקה דפי מידע על הפרוייקט. הסוגיה עברה לדיון בהנהלת המחוז, והאישור התקבל במהירות יחסית, בין השאר תודות לעובדה ש"שירותי בריאות כללית" כבר בדקו את הסוגיות המשפטיות ואישרו אותן עקרונית. במרץ 2008 נדונות הסוגיות המשפטיות ואושרו תוך מספר שבועות. נכון לכתיבת העבודה (סוף 2008) רשום סניף אחד של "קופת חולים לאומית" בין מקבלי השירות, ומרפאה נוספת בשלבי הטמעה ראשוניים.

5.2.6.4 4 הערכת השירות

העמותה נקטה במספר פעולות להעריך את איכות שירות המתורגמנות ואת שביעות הרצון של המטופלים והמטופלים ממנו.

1. הערכה באמצעות משובים של הצוותים, בישיבות צוות (שחלקן הוקלטו ובכולן התנהל רישום) ובשיחות בלתי פורמאליות.

2. הערכה מלווה:

א. לצוות המטפל – אנשי הצוות מילאו שאלונים אנונימיים לפני הכנסת השירות, ולאחר כמה חודשי הפעלה במרפאה.

ב. למטופלים – המטופלים רואיינו, באמהרית, באמצעות שאלון מובנה לפני הכנסת השירות, ובריאיון טלפוני כמה חודשים לאחר הכנסת השירות למרפאה.

יצוין, כי חלק מהמטופלים אשר רואיינו במרפאות שנתנו את שירות המתורגמנות בשלב החלוץ (בשאלון הראשון ובריאיון הטלפוני), לא היו מודעים על קיום השירות ועל יכולתם להשתמש בו. היות שכך, השתמשו חלק מהמטופלים בבני משפחה במתורגמנים, בעיקר בילדים.

ההערכה המלווה לא תתואר בפירוט להלן, משום שהנתונים טרם עובדו סופית, וכן מאחר שמטרת המחקר הנוכחי אינה להעריך את איכות שירות המתורגמנות.

במקביל, יצרה עם "טנא בריאות" קשר רופאת משפחה בשלב ההתמחות, אשר רצתה לבדוק האם מתן שירותי המתורגמנות השפיע על התוצאות הבריאותיות של המטופלים. להלן תוצג דוגמה למשוב, שהתקבל ממטופלים, ממטופלים ומתורגמנים כחודש לאחר תחילת הפעלת השירות (יוני 2007):

משוב מהצוות הרפואי:

1. "זה פשוט גאוני שאני יכול להתקשר למישהו שדובר את אותה השפה... אני נלהב מאוד. השימוש בתרגום פתח לי שער גדול מאוד לעבודה."
2. "לעומת המצב הקודם, התרגום שיפר את תוצאות המפגש. יש לי מטופלת שגרה לבד, אינה מבינה אילו תרופות לקחת, וסובלת מלחץ דם גבוה וסוכרת. במפגש-המתורגם השלישי התקבלו תוצאות טובות יותר של הבדיקות."
3. התרגום מאריך את השיחה ביני לבין המטופל אבל זה עדיף על המצב הקודם שבו לא היה תקשורת... יכול להיות שהשיחה התארכה בגלל שזו פעם ראשונה שאנו משתמשים בשירות.
4. "אני ממליץ לתכנן ביקורים מתורגמים על מנת לברר דברים לעומק עם המטופל, במשך 20-30 דקות [ולא לחכות] לביקורים הספונטניים של המטופלים."
5. "הגעתי לנושאים מאוד רגישים בזכות המטופל. מטופלת שהגיעה לאחר מספר בדיקות אק"ג כמקרה דחוף, התלוננה שירע לי וכואב לי. הרמתי טלפון למתורגמן. אחרי שהסברתי למטופלת שיש אפשרות כזו. פניה של המטופלת אורו אחרי ששמעה את קולו של המתורגמן. לראות אותה כבר עשה לי טוב. בעזרת המתורגמן הבנתי שהמטופלת פוחדת שאולי נדבקה במחלת מין מבעלה, כלומר הכאבים שלה הם כאבים סומטיפורמיים. לא הייתי מצליח לחצות את התהום הזו ללא המתורגמן. בירכתי את המתורגמן 'אתה מלאך' וביקשתי ממנו לתרגם את דברי למטופלת. הרגעתי את האישה לגבי בעלה, נראה לי שהיא נרגעה. אני לא רואה אותה מאז, והיא היתה באה אלי יום יום."
6. המטופלים מאוד שמחו, בייחוד אלה שכמעט ולא דוברים עברית.
7. גם אם במקרה מסוים הצלחתי להבין מהמטופלת כמעט הכל אפילו ללא עזרת התרגום, יש לי הרגשה שזה עזר לקרב בינה וביני. אני מרוצה
8. השתמשתי בשירות גם כשהיתה בת משפחה דוברת עברית. בעזרת המתורגמן קיבלתי פרטים שהבת לא ידעה על האם ושהיו חסרים לי.

9. אנחנו צריכים יותר טלפונים. כרגע יש 4 בלבד מה שאומר שאחיות וצוות המשרד לא יכולים להשתמש בשירות [פרט לפעם אחת, שסייעה מאוד לאחות שהשתמשה בשירות].
10. ככל שנכיר את השירות ונלמד להשתמש בו, נשתמש בו יותר. זמינות של שירות יוצרת ביקוש... אולי המטופלים ייזמו התקשרות לשירות. אני מאמין שאצל מטופלים מסוימים נשתמש בשירות באופן קבוע

משוב מהמטופלים [באמצעות המתורגמנים]:

1. בסוף השיחה, המטופלת ביקשה להגיע לרופא ביום שאני נמצא. הסברתי לה שאנו כמה מתורגמנים ותמיד מישהו יוכל לתרגם עבורה.
2. כששמע המטופל את קולי באמהרית הוא מאוד שמח ובירך אותי.
3. היתה מטופלת שהגיעה עם הבן שלה אבל בכל זאת רצתה שאני אמשיך לתרגם [דרך הטלפון].

משוב מהמתורגמנים:

1. אחרי שתרגמתי הלכתי לעבוד במשמרת ערב [כאח] ולא הייתי עייף. הייתי שמח.
2. בהתחלת השיחה הבהרתי למטופלת שעלי לתרגם את כל הדברים ושתשתדל לדבר קצר. נראה לי שהמטופלת "התייבשה" מהחוצפה שלי אבל נראה שזה עזר כי בסך הכול היא היתה ממוקדת. השיחה זרמה מאוד וכל הצדדים היו מרוצים.
3. לנו כעובדים במערכת הבריאות יש הבנה לגבי המפגש הרפואי. אם נראה לנו שלא הבנו משהו לגבי המינון [של תרופות] או שמהו נראה לנו לא בסדר, אנחנו נבקש הבהרה.
4. אנחנו מעוניינים להיכנס לעוד מרפאות על מנת לעבוד כמה שיותר [לבצע יותר תרגומים] במסגרת העבודה.

5.2.6.4.5 ביטוח מקצועי למתורגמנים

מוסדות בריאות צריכים לבטח את עובדיהם בביטוח נגד תביעות. בישראל, מציעה ביטוח ממין זה חברת "ענבל", שהינה חברה ממשלתית.

הביטוח המקצועי של מתורגמנים רפואיים מקצועיים משתנה על פי הגורם המעסיק. מתורגמני-בית מבוטחים לעתים באמצעות המוסד הרפואי שבו הם עובדים, ומתורגמנים "פרי-לאנס" רשאים להחליט אם הם מבטחים את עצמם באופן פרטי אם לאו.

עמותת "טנא בריאות" התקשתה למצוא מענה לביטוח המקצועי למתורגמנים, מאחר שלמעשה מקצוע המתורגמנות הרפואית אינו מוכר בישראל, ולא ניתן להעריך את הסיכונים המקצועיים לצורך הערכת הפרמיה וסכום הביטוח. שש חברות ביטוח שאליהן פנתה העמותה, סירבו לבטח את המתורגמנים. לבסוף, בסיוע עובד בכיר במערכת הבריאות, ששימוש כ"מליץ-יושר" לעמותה, התקבלה הצעה מחברת ביטוח מובילה בתחום הביטוח המקצועי. על סמך נתונים על ביטוח מקצועי מחו"ל, שהביאה מנהלת העמותה, התקבלה הצעת מחיר בגובה 12,000 ש"ח. ההצעה

הגבילה את מספר המרפאות שיוכלו לקבל את השירות בשלב הפיילוט, והיוותה סעיף תקציבי משמעותי בתקציב ההפעלה של הפרוייקט. בשנה שלאחר מכן, לאור היעדר תביעות וצבירת ניסיון מצד העמותה, הוזלה הפרמיה באופן משמעותי, וגובהה נקבע על פי מספר המתורגמנים, ולא על פי מספר המרפאות הצורכות את השירות.

5.2.6.4.6 רכישת מערכת לניתוב השיחות ולהקלטתן

תרגום באמצעות הטלפון יכול להתבצע כאשר המתורגמן יושב בביתו, או במרכז שירות טלפוני. בעת הקמת העמותה לא התקיימה פעילותה ממשרד עצמאי אלא מהמרכז הרפואי "הלל יפה", והמתורגמנים שגויסו לשירות התגוררו ברחבי הארץ. לפיכך, החליטה העמותה שהמתורגמן התורן ייתן את השירות מביתו, בטלפון יעודי לשירות.⁷¹

העובדה שהשירות הוצע באופן מבוזר, באמצעות התקשרות לביתו של המתורגמן על פי סידור עבודה שבועי, הקשתה מאוד על הצרכנים ועל העמותה. במקרה של שינויים לאחר הפצת הסידור, או של תקלות טכניות בקווי-השירות היה צורך לעדכן את המרפאות ולעתים לא הגיע העדכון לכלל המשתמשים. בנוסף, בהיעדר מערכת בקרה ודיווח הרמטית, התקשתה העמותה לקבל נתונים מדוייקים באשר לכמות השיחות המתקבלות. היעדר מספרים הקשה על מעקב, ועל היכולת לבדוק האם השירות מוטמע והשימוש בו מתגבר, או שאנשי הצוות אינם משתמשים בו. חסרון שלישי של היעדר המערכת היה חוסר היכולת לבצע בקרת איכות ישירה על נתוני השיחות ותוכן, ולפיכך הסתמכות על דיווחי המתורגמנים, שכאמור היו חלקיים.

על מנת שהשיחות יועברו במהירות, ותיתכן יכולת בקרה על כמויות השיחות ואיכותן, נדרש שימוש במערכת לניתוב השיחות למתורגמן, לתייעוד הנתונים ובמידת האפשר גם להקלטת השיחות. עורכת דין כרמל שלו, מומחית בדיני אתיקה וחברת הוועד המנהל של העמותה, העריכה כי קבלת אישור בתחילת השיחה ובסופה, תאפשר שימוש חוקי בהקלטה למטרה זו. לפיכך, נדרשה התאמה טכנית של המערכת למגבלות המדיקו-לגליות שבתיווך הלשוני מרחוק. כך למשל, הוצע שהמערכת תתקשר למתורגמן הכונן ולאחר שיענה, תתקשר אל נותן השירות ותקשר בין הצדדים. באופן זה, הקשר ייווצר על ידי שתי שיחות יוצאות. הדבר היה הכרחי לצורך האפשרות למעקב אחר השיחות והקלטתן מבלי לעבור על החוק. המערכת הממוחשבת תשמיע הודעה בעברית על הקלטת השיחה, והמתורגמן יבהיר זאת למטופל. רק אחרי ששניהם הביעו את הסכמתם להקלטה, תחל ההקלטה ויוחל בתרגום. נקבע כי לא יבוצע תרגום ללא הקלטה. ההתעקשות על הצורך להקליט את השיחה לצורך בקרת איכות, היוותה גורם מעכב – גם טכנולוגית וגם כלכלית. יש לציין, שגופים המספקים שירותי מתורגמנות טלפונית (למשל, שירות TIS באוסטרליה, או Language Line בארצות-הברית) מקליטים את השיחות באופן אקראי, או שאינם מקליטים כלל.

המתווה הראשוני לתרגום באמצעות מערכת טלפונית כלל את ההתניות והשלבים הבאים :

⁷¹ טרם קורס ההכשרה הועלתה הצעה שהמתורגמנים יתרגמו באמצעות טלפון סלולרי, על מנת שלא להגביל את ניידותם. הצעה זו נפסלה בשל שיקולים אתיים ותקציביים.

1. המערכת תאפשר יצירת קשר, בו זמנית, בין 10 נותני שירות/מטופלים לבין 10 מתורגמנים, הנמצאים כל אחד באתר אחר.
2. המערכת תספק פתרון פשוט ליצירת סדר עדיפויות בין המתרגמים, הניתן לעדכון שוטף קל ומהיר.
3. הקשר אל המתורגמנים יהיה לקווי בזק או "הוט"
4. התקשורת למערכת תתבצע מן הטלפון הקיים במשרדו של נותן השירות, כאשר חובה שהקו הטלפוני יהיה "קו מזוהה". בקו יותקן מפצל המאפשר התקנת שני מכשירי טלפון במקביל, כאשר באחר ישתמש המטפל ובשני ישתמש המטופל.
5. המערכת תספק פתרון להקלטת שיחות.
6. תהליך ההתקשרות :
 - א. נותן השירות, המעוניין בתרגום, יחייג למרכזייה מספר יחיד וקבוע מסוג 1-800.
 - ב. המתקשר יענה במענה אוטומטי : "פנייתך התקבלה, מייד יתקשר אליך מתורגמן, נא נתק".
 - ג. המרכזייה תחייג אוטומטית ל 3 - 4 המתורגמנים הראשונים ברשימה שתוגדר מראש על-ידי מזכירות העמותה ותעודכן באופן שוטף, בהתאם לזמינות המתורגמנים.
 - ד. המתורגמן הראשון שיענה, יבצע בפועל את התרגום, לאחר שיקבל הודעה קולית מהמערכת : "המתן, מבוצעת התקשרות לרופא".
 - ה. עם יצירת הקשר עם נותן השירות, תודיע המרכזייה הודעה קולית בנוסח : "המתורגמן על הקו, השיחה הטלפונית מוקלטת לצורך בקרת איכות וביטוח. נא דברו".
 - ו. באותו רגע תבצע המרכזייה רישום מספרי הטלפונים של הרופא והמתורגמן וכן של התאריך ושעת התחלת השיחה. כמו כן, יימדד זמן השיחה ותחל ההקלטה.
 - ז. עם סיום השיחה, ירשם משך השיחה בדקות.
 - ח. המערכת תאפשר הפקת דוח פירוט שיחות לכל מתורגמן לצורך חישוב שכרו.
7. המערכת תאפשר הפקת דוח פירוט שיחות לכל קבוצת נותני שירות (מרפאה, ביי"ח או אחר) עם פירוט לפי שם נותן השירות או מספר הטלפון שלו.
8. אם לאחר חיוג המקבץ הראשון, אף מתורגמן לא מגיב בתוך 30 שניות, יבוצע ניתוק וחיוג אוטומטי ל 3 - 4 המתורגמנים הבאים ברשימה.
9. מערכת ההקלטה תאפשר איתור שיחה מוקלטת במהירות על פי תאריך משוער, שם המטפל או המטופל ⁷² או שם המוסד הרפואי (מסמכים מס', 31, 39).

⁷² בפועל, זיהוי לפי שמו של המטופל נפסל עד מהרה בשל הצורך לשמור על חיסיון המידע ואנונימיות. גם המתורגמנים לא יודעים את שמו של המתקשר

בשל העלות הגבוהה של המערכת הטכנולוגית, נבדקו בשנה הראשונה לפעילות השירות מספר חלופות. בבחינת החלופות הותוו כמה תנאי בסיס למערכת: קלות ומהירות גישה למשתמשים, יכולת תיעוד נתונים ויכולת הקלטה.

במהלך שנת 2007, קיבלה העמותה מספר הצעות מחברות הנותנות שירותי תקשורת, ביניהן הצעה לשותפות בין העמותה לבין חברה המספקת שירותי רפואה באמצעות הטלפון. העמותה בחנה מספר רב של הצעות, במתווים שונים ובעלויות שונות. התנאים הבסיסיים שנדרשו היו:

1. מענה מידי (אנושי או אוטומטי) – ללא מעורבות בפועל של המוקדן בשיחה
2. תיעוד נתוני השיחות
3. הקלטת השיחות
4. זמן ביצוע (קנייה, שכירה או יעוץ) קצר ככל האפשר

להלן תיאור של המתווים לקבלת שיחות ולהקלטתן שנבחנו בתקופה הנבדקת:

1. מערכת שלמה, מוכנה, לתיעוד ולהקלטת שיחות – שכירת שירותים ממערכת לתיעוד ולהקלטת שיחות, על בסיס שירות קיים לרפואה באמצעות הטלפון ("חדר רופאים"). החיבור למאגר הנתונים של השיחות יבוצע באמצעות האינטרנט, וכך תתאפשר גם שליפת נתונים לצורכי קביעת התשלום למתורגמים. הצעת החברה ירדה מעל הפרק בשל מורכבות ההפעלה, זמן ההמתנה הארוך יחסית עד לחיבור למתורגמן, והעלות הגבוהה. יש לציין, כי במהלך הדיונים על מתווה זה, הוצע לעמותה שיתוף פעולה עסקי, למתן שירותי מתורגמות טלפוניים גם למיעוטים לשוניים האחרים, המבוטחים באופן פרטי בשירות "חדר הרופאים".
2. ייעוץ לתכנון ולבנייה של מערכת טלפונית - על פי מתווה זה, תתקשר העמותה עם חברה המספקת שירותי ייעוץ להקמת מערכות תקשורת. חברות הייעוץ מאפיינות עם הלקוח את המפרט הטכני של המערכת הדרושה, ממליצות על ספקים רלוונטיים, ומייעצות בתהליך הרכישה של המערכת. שירות אפשרי נוסף הינו יעוץ לקראת השכרת שירותי מערכת טלפונית מחברה קיימת (המכונה בשפה המקצועית "אינקובציה" בתוך חברה אחרת).
3. תכנות והקמה של מערכת מותאמת לצרכי העמותה - חברות המציעות תכנות והקמת מערכת המותאמת לצרכי העמותה ובמידת האפשר למגבלות התקציביות שלה.
4. שכירת שירותי מוקד טלפוני - על פי מתווה זה, העמותה תהיה מנוייה על שירות מוקד טלפוני (דוגמת חברת "ביפר"). נותן השירות יתקשר לחברה, יענה על-ידי מוקדן אשר יחבר אותו למתורגמן היושב בבית.
5. העסקת מוקדן - על פי מתווה זה, תעסיק העמותה מוקדן, אשר יחבר בין נותן השירות והמטופל אשר יושבים במרפאה, לבין המתורגמן היושב בביתו. בנוסף, יתעד המוקדן את השיחה, ובמידת האפשר יקליט אותה.

6. "התארחות" במוקד הטלפוני של "שירותי בריאות כללית" - מתורגמני "קול לבריאות" יתנו את השירות מאחד ממרכזי השירות הטלפוני של "שירותי בריאות כללית" (בכרמיאל או בנתניה). אפשרות זו הועלתה באופן תיאורטי כבר בעת גיבוש רעיון שירות המתורגמות, ועם תחילת ההפעלה היא נבדקה הלכה למעשה. הוצע לעמותה, שמתורגמני השירות יקבלו את הגיבוי הארגוני והטכנולוגי ממוקד השירות, אך שהכסף להעסקתם ימשיך להגיע ממקור חיצוני. כמו כן, תנוסח מסגרת עבודתם על מנת למנוע יחסי עובד-מעביד.
7. המתנה לשלב הבא של הפרוייקט - בשל אי-הבהירות באשר לעתידו של השירות הטלפוני, הוצע להמתין, ולא לבחור באף אחד מהמתווים אחרים (מסמך מס' 34).

מתווה	יתרון	חסרון
1. קניית מערכת מוכנה	זול וזמין יותר ממערכת מותאמת לצרכי העמותה	לא בהכרח מתאים לצרכי העמותה
2. תכנון וקניית מערכת מותאמת	מותאם לצרכי העמותה, אפשרות לקבלת חלק מהעלות כתרומה,	עלות גבוהה, הוצאה בעיתית בהתחשב בעתיד הלא-ברור של הפרוייקט
3. ייעוץ לבניית מערכת אצל ספק חיצוני	זול וזמין יותר מפתרונות אחרים	שליטה מוגבלת של היועץ על לוחות זמנים ועלויות בפועל
4. שכירת שירותי מוקד טלפוני	פתרון מיידי	לא בכל החברות יש יכולת הקלטה, לא בכל החברות השיחה יכולה להתבצע ללא מוקדן.
5. העסקת מוקדן	הפתרון הזול ביותר	"בזבוז" כוח אדם, המשך הפעלת שירות מתורגמות מבוזר, אשר לוקה בבעיות.
6. התארחות (עתידי) במוקד הטלפוני של "שירותי בריאות כללית"	חיסכון כלכלי לעמותה, גב ארגוני חזק, חדירה לתוך מוסד בריאותי (הכרה)	סכנה באיבוד עצמאות מקצועית, לא ברור האם תהיה אפשרות לתת שירותי מתורגמות לגופים מחוץ לקופה, צורך להעסיק מתורגמנים המתגוררים קרוב למוקד.
7. המשך במצב הקיים (מתן תרגום ללא מערכת)	הימנעות מהוצאה מיותרת כאשר עתיד הפרוייקט לא ברור	חוסר יכולת לבצע בקרה, חוסר יכולת לקבל נתונים מדויקים,

טבלה מס' 1: השוואה בין מתווים למתן טכנולוגיה טלפונית

קבלת ההחלטה הסופית באשר לפתרון הטכנולוגי לשירות המתורגמות נדחתה מספר פעמים לאור אי-הוודאות שבהתנהלות השירות ומספר השיחות הנמוך יחסית לציפיות חלק מהמעורבים בפרוייקט. ביולי 2008 נמצא פתרון טכנולוגי זמני, פשוט יחסית – מערכת הקלטה ביתית מקו הטלפון המשרדי של העמותה לכוון קשיח נתיק. כך, התאפשרה הקלטת השיחות תוך שמירה על חיסיון המידע וניתוק נתוני השיחות מהמידע המוקלט.

5.2.6.4.7 סינגור

עמותת "טנא בריאות" היתה מעוניינת למסד את נושא ההנגשה הלשונית בחקיקה, על מנת שהמדינה תכיר בצורך, ותחייב את מימונו. בינואר 2007 הכינה העמותה מסמך עמדה בנושא "סל הנגשת בריאות" (מסמך מס' 47), שיוגש כמצע לדיון על-ידי חבר הכנסת חיים אורון ממר"צ, לכינוס וועדת העבודה והרווחה בכנסת, אך לא הצליחה לקדם את העלאת הנושא לדיון. ניסיון להסתייע בח"כ אורון לגייס את משרד הבריאות לתמיכה בסל ההנגשה, נכשל, בטענה שהמדינה מממנת מגשרים לסיוע לעולי אתיופיה. בהמשך הועלה הרעיון לגייס לובי מקצועי בתשלום, לצורך שינוי התקנה בדבר מחויבות המדינה לספק שירותי תרגום רפואי, אולם לא התקבלה החלטה בנושא בוועד המנהל (מסמך מס' 9).

היכולת להגדיר בעיה או ליזום מדיניות חייבת להיות מלווה גם ביכולת לקדם את הרעיונות והיזומות הללו בזירה הציבורית והפוליטית, וקידום זה דורש יכולות ומיומנויות שונות מאלה הנדרשות לצורך יזום ועיצוב המדיניות – מיומנויות של משא ומתן, שכנוע בצדקת הרעיון, ושליטה ברטוריקה (בר, 2006, עמ' 269). למשל באמצעות פורומים של ארגונים, עבודה מאורגנת, יעוץ ארגוני.

5.2.6.4.8 ארגונים קהילתיים אחרים

במגזר השלישי בישראל רשומים, נכון לשנת 2006, מעל 40 אלף ארגונים ללא כוונת רווח. מעל חצי מהם הינם ארגונים פעילים (בר, 2006; המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי) הארגונים הפעילים, המכונים גם ארגוני המגזר השלישי, עוסקים בשלושה תחומים עיקריים: אספקת שירותים, פעילות פוליטית המכוונת לשינוי חברתי, ומתן ביטוי לאינטרסים, לתחומי עניין או לזהות קולקטיבית (גדרון וכץ, 2000; בר, 2006). בעלי מטרה דומה מקימים לעתים רשתות לשיתוף פעולה, איגום משאבים לטובת שינוי יעיל יותר וכולי.

עמותת "טנא בריאות" קיימה קשרים עם ארגונים אחרים של יוצאי אתיופיה, בעיקר עם איחוד הארגונים של יוצאי אתיופיה. בתקופה הנחקרת, "טנא בריאות" לא היתה חברה באופן רשמי בפורומים אחרים של המגזר השלישי (למשל פורומים בנושאי בריאות), וייתכן והסיבה נעוצה באנרגיות שהושקעו בתהליכים פנימיים שנגעו לבניית העמותה וייצוב פעילותה.

בעת הקמת שירות המתורגמות, בדקה העמותה אפשרות לשיתוף פעולה עם אגודת "יד שרה". אגודה זו, שהיא ארגון המתנדבים הגדול בישראל, מציעה שירותים והשאלת ציוד רפואי, לטיפול

באדם החולה בביתו. אחד מהשירותים שמציעה העמותה היא מוקד מצוקה, המסייע לאנשים המתגוררים בגפם. "טנא בריאות" בדקה את האפשרות להשתמש במוקד המצוקה של יד שרה כמוקד טלפוני לתרגום. עם זאת, באותה העת לא היתה "יד שרה" ערוכה, מבחינה טכנולוגית, לספק את הפתרון הטכנולוגי המבוקש, שבו מטפל מתקשר למוקד והמוקד מקשר את השיחה למתורגמן. הפתרונות שהציעה "יד שרה", גם לא אפשרו את ביצוע השיחה ללא נוכחות המוקדן שמקשר בין המטפל למטופל, ולא את הקלטת השיחה.

5.2.7 התמסדות ארגונית: שינוי בדפוסי העבודה

התמסדות הינה מאמץ ארגוני מתמשך להשתלב בזרמים התרבותיים של החברה ולזכות בהכרה ציבורית בצדקת קיומו של הארגון (סמואל, התשנ"ז: 265). ארגונים נדרשים איפה להשתנות מעת לעת באופן שיבטיח את המשך קיומם הלגיטימי בסביבה שהם פועלים בה (שם). ההתמסדות כוללת אימוץ ביטויים נורמטיביים העולים בקנה אחד עם הערכים החברתיים וייצוג ערכים אלה באמצעות ביטויים סמליים הרוכשים את לב הציבור.

החל מתחילת 2008, עבר שירות "קול בריאות" כמה שינויים, במבנה ובתהליך העבודה. בחינת הצורך בשינוי נעשתה לאור מספר גורמים:

1. מספר שיחות מועט לשירות מחד, ופניות מגופי שטח לקבל את השירות מאידך
2. פרישת כמחצית מצוות המתורגמנים הראשוני וקושי לאייש משמרות קבועות. בינואר 2008 קרה שלא אוישו משמרות כלל.
3. תלות ב"שירותי בריאות כללית" בקצב הטמעת השירות במרפאות נוספות.

החל מדצמבר 2007, נערכו דיונים בצוות העמותה ובוועד המנהל לגבי עתידו של השירות (מסמך מס' 64). החלופות שנבחנו היו:

1. המשך הפעלת השירות באופן עצמאי.
 - א. יתרונות
 - 1) עצמאות תפעולית – שליטה על קצב הכניסה למרפאות, על המערכת הטכנולוגית, על כמות המתורגמנים וכולי.
 - 2) עצמאות אידיאולוגית – כניסה לכל מוסדות הבריאות המעוניינים בכך, ללא תלות בקופה מסוימת
 - ב. חסרונות
 - 1) המשך מצב של תיאום חלקי בלבד עם מוסדות הבריאות, שמשמעותו כפילויות במתן שירותי הנגשה לשונית.
 - 2) חוסר מחויבות של המוסדות לתמיכה בשירות
2. הטמעת השירות במוקד המידע בריאותי של "כללית" (2700*)
 - א. יתרונות:

- 1) ריכוז תפעולי במוקד מסודר – סביבת עבודה מסודרת ומקצועית.

(2) יכולת בקרה – הקלטה שיחות, קבלת נתונים על כמות שיחות, זמני המתנה וכולי.

(3) מחויבות גדולה יותר של ה"כללית", ושל המתורגמנים.

(4) יתרון מול תורמים – אוהבים שת"פ אסטרטגי עם מוסדות המגזר הראשון

ב. חסרונות

(1) איבוד עצמאות – הכנסת השירות תתבצע בקצב שתכתיב הקופה, ואם לא – הקופה עלולה לאסור כליל את מתן השירות במרפאותיה

(2) מוקד השירות ממוקם בנתניה, משמע שיהיה צורך לגייס מתורגמנים חדשים, הגרים באזור, או לשלם דמי נסיעות למתורגמנים שיסכימו לבוא מרחוק.

(3) זמני המתנה ארוכים לקבלת השירות

3. פתרון משולב: שימוש ביכולות הטכניות של המוקד הטלפוני של "שירותי בריאות כללית" והמשך העברת השיחות לבתי המתורגמנים.

א. יתרונות

(1) המשך עבודה עם צוות המתורגמנים הקיים

(2) חסכון בעלויות – אין צורך לשלם נסיעות או לגייס מתורגמנים חדשים

(3) יכולות בקרת איכות טובות יותר.

(4) ייתכן שהמענה יהיה מהיר יותר מאשר במוקד

(5) מחויבות גדולה יותר של "שירותי בריאות כללית" לשירות

ב. חסרונות

(1) תלות ב"שירותי בריאות כללית".

לבסוף, הוחלט שלעת עתה, תמשך מתכונת העבודה העצמאית, אך יבוצעו כמה שינויים בדפוסי העבודה של המתורגמנים. ליתר פירוט בנושא זה ראו בסעיף הבא (5.7.1). כמו כן, הוחלט שיש לנסות להפעיל יותר לחץ על שירותי הבריאות, לשם הגברת קצב הכנסת מרפאות לשירות המתורגמנות, ומכאן גם העלאת כמות השיחות לתרגום (שם).

נבחן כעת את השינויים שעבר השירות, החל מתחילת שנת 2008, משני היבטים: ההיבט הפנים-ארגוני, והיבטי עבודה מול שחקנים חוץ-ארגוניים

5.2.7.1 תהליכים פנים-ארגוניים

ההחלטה לעבור להעסקת מספר מצומצם של מתורגמנים לוותה בהתלבטויות רבות. ראשית, העמותה השקיעה מאמצים וכספים רבים בהכשרת המחזור הראשון של המתורגמנים. שנית, הותקנה תשתית טכנית לעבודתם של המתורגמנים מהבית. ושלישית – היה חשש שסיום עבודתם של המתורגמנים יגרום להדים שליליים – בקרבם ובקרב הקהילה. רק לאחר שרכזת השטח התקשתה למלא סידור לחודש שלם, התקבלה ההחלטה לעבוד עם פחות מתורגמנים שיעבדו באחוז משרה גדול יותר.

בנוסף, היו שינויים שהתבצעו בשל העובדה שהעמותה לא יכלה עוד להתארח במרכז הרפואי "הלל יפה", והיה עליה לעבור לעבוד משרד קבוע. לדעת חלק מעובדי העמותה היה מעבר זה ברכה ולא אילוף, אך הרצון לחסוך במשאבים עיכב את ההחלטה לחפש משרד עצמאי. משמעות הדבר, שהיה ניתן להעביר את מתן השירות מבתי המתורגמנים למשרד העמותה, ולפיכך התאפשרו תהליכי בקרה והדרכה טובים יותר מאשר בעבר.

בפברואר 2008 התקיים קורס ההכשרה השני למתורגמנים שיעבדו בשירות המתורגמנות (לפירוט, ר' סעיף 5.2.5.7). במאי 2008 החלו המתורגמנים לתת שירות ממספר יחיד, משרדי העמותה. מכאן, שהיה ניתן לקבל נתונים מדוייקים יותר על כמות השיחות ועל אופיין. מרגע המעבר לעבודה במשרד, נדרשו המתורגמנים למלא דוחות שיחות בטבלה מסודרת אשר אפשרה לקבל נתונים כמותיים ואיכותיים על השיחות. ריכוז הנתונים במקום אחד אפשר הדרכה לשונית טובה יותר, הדרכה לשיפור יכולות התרגום, מעקב טוב יותר על כמות השיחות ומקורן, ויכולת מתן משוב מיידית למשתמשי השירות במרפאות. שיטת העבודה החדשה אפשרה גם לקבל נתונים מדוייקים על אורך השיחה הממוצע, חלוקת כמות השיחות לאורך היום והשבוע, וכן מאפייני המשתמשים בשירות. מאוחר יותר, התאפשרה הקלטת השיחות ושמירתן בצורה בטוחה. מאחר שתהליכים אלה התבצעו מעבר לתקופת הזמן הנבדקת במחקר, הם לא יידונו בפירוט במסגרת זו.

מבחינת כוח האדם, עבודה עם מתורגמנים במשרות קבועות הקלה על איוש סידור העבודה, על אף שכוח העבודה הסופי התגבש רק באוקטובר 2008. נכון לסוף שנת 2008, מאיישות את השירות שלוש מתורגמניות לסירוגין: אחת במשרה מלאה, שנייה בשלושת-רבעי משרה ושלישית ברבע משרה. היקף עבודה זה מאפשר למתורגמניות לעסוק בקידום השירות בקרב יוצאי אתיופיה, וכן בהערכה המלווה לשירות.

5.2.7.2 תהליכים בין-ארגוניים

להחלטת העמותה להמשיך לתת את השירות באופן עצמאי, עם תלות מינימלית בקופות, היו השלכות על התנהלותה בהמשך. מחד, העמותה החליטה לאפשר לגופים נוספים, פרט ל"שירותי בריאות כללית", לקבל את השירות. משמעות הדבר היתה השקעת מאמצים רבים יותר בשיווק השירות בקרב מקבלי ההחלטות בקופות האחרות. בנוסף, היה צורך להפעיל לחץ רב יותר ב"שירותי בריאות כללית", על מנת שיאפשרו הכנסת מרפאות נוספות לשירות.

משמעות נוספת של ההחלטה להמשיך לתת את השירות באופן עצמאי, היתה הצורך לגייס מימון חיצוני להפעלתו. כאמור, משרד הבריאות השיב בשלילה לבקשת תקצוב השירות לשנת 2008, ו"שירותי בריאות כללית" לא הציעו מימון בשום שלב, אך המשיכו להתקין את התשתית הטכנית שנדרשה למתן השירות (מפצלים ומכשירי טלפון).

ההחלטה לפתוח את השירות למרפאות נוספות בתוך "שירותי בריאות כללית", הביאה לקיום ישיבה שתוצאתה היתה כתיבת מסמך להטמעת השירות בקופה, בפברואר 2008. בישיבה השתתפו בה ד"ר דיאן לוי-זמיר, פרופ' מיכאל ויינגרטן, פקדו גדמו - מנכ"ל העמותה, ד"ר ספפה איצ'ק - רכז הבריאות הארצי והחוקרת. בישיבה נקבעו תהליכי העבודה להטמעת מרפאות ואופן תיעוד השימוש בשירות:

1. מינוי אנשי קשר במרפאה - בכל מרפאה שבה פועל השירות ימונה איש מנהלה ואיש קשר ממקצועות הבריאות לעבודה מול העמותה.
 - א. גורם המנהלה – יהיה אחראי להפצת סידור העבודה לצוות, העברת הודעות דחופות, עדכון העמותה על משתמשים חדשים בשירות, טיפול בתקלות טכניות הקשורות לקווי הטלפון ולמכשירים במרפאה.
 - ב. גורם מקצועי – כתובת לדיווח וטיפול בסוגיות מקצועיות העולות במתן השירות, אחראי לכינוס ישיבות צוות במידת הצורך, אחראי להדרכת משתמשים חדשים במרפאה.
2. לקיחת פרטים ויצירת קבוצת קשר בתיבת הדואר של "טנא בריאות" – לצורך העברת סידור העבודה והודעות דחופות.
3. רישות טכני – עם ההחלטה על הכנסת השירות יתבצע על-ידי הכללית מיפוי חדרים שבהם מותקנים מפצלים ומכשיר טלפון נוסף. התקנת המפצלים ומכשירי הטלפון תבוצע על-ידי גורמי התקשורת של "שירותי בריאות כללית" – בכל חלל שבו מתקיים מפגש בין מטפל למטופל, בכלל זה בתי מרקחת ומשרד. התקנת המכשירים תבוצע בהקדם [שבועיים לכל היותר מקבלת ההחלטה על הכנסת השירות] על מנת להטמיע את השירות בהתאם ללו"ז.
4. פגישת הדרכה – איש מקצוע של העמותה יקיים פגישת הדרכה ראשונית בת 60-90 דקות, עם כל צוות המרפאה שעתיד להשתמש בשירות. הנוכחות בהדרכה חובה. נושאי ההדרכה
 - א. רקע על עמותת טנא בריאות ופעילותה לקידום בריאות יוצאי אתיופיה – עבודתה בקהילה ומול צוותי בריאות, שיתופי פעולה עם "כללית" וכולי
 - ב. שאלון קצר למיפוי צרכים ובעיות בתקשורת מול מטופלים יוצאי אתיופיה, ציפיות משירות התרגום וכולי.
 - ג. הרציונל להקמת שירות מתורגמות, מודלים מחו"ל שמוותאמים לישראל.
 - ד. הנחיות לשימוש יעיל במתורגמן, כולל דף הנחיות מודפס (מסמך מס' 77)
 - ה. הנחיות טכניות
 - ו. מסגרת עבודתו של המתורגמן הרפואי – כישורים והכשרה, גבולות התפקיד, כללי אתיקה בעבודת המתורגמן.
 - ז. קבלת הסכמה ותיעוד השימוש במתורגמן בתיק הרפואי/סיעודי – ההנחיות נוסחו בשיתוף ד"ר דיאן לוי-זמיר מכללית ותוך התייעצות עם רופאים/אחיות.
 - ח. הסבר על מנגנון משוב ופניות לעמותה
 - ט. חלוקת מודעה באמהרית על השירות – לתליה במרפאות

5. סדנת רגישות תרבותית לצוות המרפאה – עם בחירת המרפאה יעבור הצוות סדנה להגברת המודעות לרגישות תרבותית בטיפול ביוצאי אתיופיה ההכשרה תתקיים קרוב ככל האפשר לפגישת ההדרכה הראשונה במרפאה.
6. כחודש מתחילת ההפעלה, יבקר במרפאה איש צוות של "טנא בריאות", לצורך:
- הדרכת משתמשים חדשים וביצוע "תרגול" עם אנשי צוות שטרם השתמשו בשירות.
 - בדיקה פיזית של תקינות הקווים ומיקום המכשירים לשימוש נוח,
 - בקרה על אופן קבלת סידור העבודה והודעות שוטפות.
 - קבלת משוב ראשוני בעל-פה על השירות.
7. כ-5-6 חודשים לאחר תחילת ההפעלה, יתקבל משוב, באמצעות שאלון קצר, במהלך פגישת צוות במרפאה. המשוב כולל שאלות אודות הניסיון בשימוש בשירות, כולל סיבות לאי-שימוש בשירות, ולאחר מכן ריאיון פתוח עם אנשי הצוות לקבלת משוב. חיזוק דגשים מקצועיים [אתיקה, גבולות, וכול], בקרה לשיפור המענה הטכני (מסמך מס' 68).

כמו כן, הועלו בפגישה הסוגיות הבאות:

- פרופ' ויינגרטן הציע להוסיף שאלה יזומה של המתורגמן בסוף השיחה: "האם יש משהו נוסף שאתה רוצה שהרופא ידע". ההצעה הועלתה, מאחר שלעתים, לאחר שהסתיימה השיחה המתורגמת, העלה המטופל סוגיות חשובות לטיפול. בראיית העמותה, מייצגת שאלה זו יכולת לשמור על זכויות המטופל, מבלי להתערב בשיחה יתר על המידה.
- "השתחררות" מהצורך בתרגום: נדונה השאלה מתי ניתן להפסיק להשתמש בתרגום, בטיפול במטופל ספציפי. מצד אחד, האפשרות להשתמש בשירות נתונה לשיקול דעתו של המטופל. מאידך, סברו נציגי ה"כללית", כי חשוב ללמד מטפלים להציע את השירות גם למטופלים אשר דוברים עברית ברמה בינונית, שכן התרגום יאפשר שיחה מעמיקה יותר.
- שיווק השירות: "שירותי בריאות כללית" יעצבו כרטיס או פיקטוגרמה, שבאמצעותה יביע נותן השירות את ההצעה להתקשר לשירות המתורגמות. על הכרטיס יופיע כיתוב באמהרית, תעתיק הנוסח באמהרית וכיתוב בעברית (שם).

בהמשך, אישרה מנהלת תחום סיכונים ב"שירותי בריאות כללית", את מתן השירות ב-20 מרפאות נוספות (כולל מרפאות מקצועיות), כהמשך לשלב הפיילוט. נקבע, כי יוקם צוות המורכב נציגי העמותה ומנציגי הקופה, לקביעת נהלי עבודה והערכה תוך ראיית ניהול סיכונים.

הקופה הגבילה את הכנסת השירות רק למרפאות שבהן יותר מ-300 מטופלים יוצאי אתיופיה, וכאלה שאינן מעסיקות מגשרות בריאות. בסוגיה אחרונה זו סברה העמותה שיש להציע את השירות גם למרפאות אשר מעסיקות מגשרות במשרה חלקית, אולם דעתה לא התקבלה. נקבע, כי בחירת המרפאות החדשות תתבצע בתיאום הין העמותה והמחלקה לקידום בריאות ב"כללית". פניות מהשטח לקבלת השירות יידונו במשותף על-ידי העמותה ו"כללית". בפועל, ההחלטה אילן מרפאות להכניס ובאיזה תעדוף, היתה בידי "שירותי בריאות כללית".

כהמשך לתהליכי מיסוד השירות, הועבר הטיפול במיפוי המרפאות הזקוקות לשירות, בהדרכות ובהתקנת התשתית הטכנית, לידי מקדמות הבריאות האזוריות. מעבר זה פתח פתח להגדלה משמעותית של מספר המרפאות, וליכולת לתת מענה פרטני לכל מרפאה, לאור העובדה שמקדמות הבריאות האזוריות הכירו, ברמה האישית, את צוותי המרפאות ואת אוכלוסייתן.

עם ההחלטה להרחיב את השירות למרפאות נוספות, כחלק ממיסוד השירות, פנתה עמותת טנא בריאות לגופים נוספים המעניקים שירותי בריאות, דוגמת תחנות לבריאות המשפחה ובתי חולים. נכון לכתיבת העבודה (סוף 2008) קיבלה העמותה פניות מגופים נוספים, דוגמת המוקד הטלפוני של מגן דוד אדום בישראל.

פרק ו': גורמים דוחפים וגורמים מעכבים בהקמת שירות "קול לבריאות"

כפי שתואר לעיל, ארגון אינו פועל בחלל ריק. ארגונים מקיימים יחסים וקשרים עם סביבתם – ואלה מבוססים על תכתיבים, אילוצים, אספקת חומרי גלם ותוצרים ועוד (De Board, 1978; Hatch, 1997). הסביבה משפיעה על הארגון ומושפעת ממנו. הכרת השחקנים במערכת זו והבנת יחסית הכוח והתלות בינם לבין הארגון תסייע למנהלי הארגון לצפות את גורמי ההשפעה של הסביבה ולמתן אותם באמצעות יצירת תלות נגדית (Hatch, 1997:78).

על פי תיאוריות סוציולוגיות מודרניסטיות, הסביבה הארגונית נתפסת כמכלול הגורמים הנמצאים מחוץ לגבולות הארגון ומסוגלים להשפיע על מבנהו, על הרכבו, על תפקודו ועל שלמותו (Daft, 1995: 79; Hatch, 1997: 63). כל ארגון מתמקד בשדה פעולה מוגדר, המייצג רק מקטע מוגבל בסביבה החיצונית. מקטע זה, שהוא בעל ההשפעה הרבה יותר על מבנה הארגון ותפקודו מוגדר כ"תחום ארגוני" (organizational domain). תחום ארגוני הינו מכלול של גורמים סביבתיים שהארגון רוצה, או צריך לקיים עמם מגע ישיר ומתמשך, על מנת להשיג את מטרותיו הארגוניות (סמואל, התשנ"ז; Daft, 1989, p. 45). התחום הארגוני כולל את המוצרים שהארגון מציע לסביבה, את הלקוחות שהוא מעוניין לשרת ואת מגוון המשאבים שהוא משתדל ליצר לשם קיומו ולפעולותיו המכוונות להפקת תוצרים לסביבה (Thompson, 1967). גורמים אלה מקשרים את הארגון לסביבתו ומשפיעים על התנהגותו ועל התוצרים שהוא מייצר (Scott, 1992).

נשוב ונציין את האפיון של יפה (2002) "יחסי אהבה-שנאה" - לתיאור היחסים שמתקיימים בישראל כיום בין הממסד לבין ארגוני מגזר שלישי רבים. מחד, מכיר הממסד בכך שהממשלה אינה מסוגלת לספק או לממן את כל השירותים שהאזרחים צריכים או רוצים לקבל, ובכך שלעתים קל יותר לעמותות לספק שירותים אלה. מאידך, חושש הממסד מארגוני המגזר השלישי מסיבות שונות – שיקטינו את כוחה, שיחתרו תחתיה, או שיפעלו ממניעים עסקיים מוסווים. המאפיינים ליחסים אלה התגלו גם בניתוח הגורמים הדוחפים והמעכבים את הקמתו של שירות המתורגמות "קול לבריאות". חלק מהגורמים שאותרו הינם גורמים כלליים, שניתן יהיה למצוא בפרוייקטים קהילתיים וביחסים בינם לבין הממסד. גורמים אחרים הינם ייחודים לפרוייקט הנחקר – "שירות קול לבריאות".

6.1 גורמים דוחפים

6.1.1 מעורבות האקדמיה בשירות "קול לבריאות"

מניתוח תהליך הקמת השירות (סעיף 5.2.5) עולה שהצטרפות האקדמיה תרמה להאצת מימוש רעיון המתורגמות הטלפונית.

חלק ממשנתפני המחקר ציינו את תחילת המעורבות האקדמית כרגע משמעותי בהתפתחות הפרוייקט.

[לאחר תקופת העיכובים] היתה הבקשה שלכן שאני אבוא לתת הרצאה, ונתתי את ההרצאה וגם השתתפתי בכנס ולמדתי בו המון. ואז זרקתי לכן את הכפפה שאתן הרמתן בקלילות. והחלטנו שפשוט כמו שעשינו את הפרוייקט עד עכשיו – פשוט קופצים לבריכה ונמצא את המצופים ואת דרכי השחייה בדרך. (ד"ר ענת יפה)

אנשי אקדמיה יכולים לתרום לתהליכים ולשירותים חברתיים באמצעות הבאת מודלים ופרוייקטים הפועלים ממדינות אחרות, תיאוריות, ושיטות להערכה של תוכניות. רייר ואינדיק טבעו את המונח "שירות מעוגן בשדה" (grounded service) המהדהד את המושג "תיאוריה מעוגנת בשדה" (grounded theory) של גלייזר ושטראוס (Glaser and Strauss, 1967). הם סבורים, כי בדומה לקשרי הגומלין בין תיאוריה לבין הממצאים מהשטח, ניתן להניח כי קיימים קשרי גומלין בין תיאוריות אקדמיות לבין תובנות משירותים חברתיים (Rier and Indyk, 2006, p. 2009).

יצויין, כי בעמותה היו מעורבים אנשי אקדמיה ומחקר גם בתחומים שאינם נוגעים ל"קול לבריאות". תרומת האקדמיה (בעיקר של פרופ' מרים שלזינגר ושל החוקרת) לשירות "קול לבריאות" היתה בתכנון קורס ההכשרה ובביצועו, בהבאת נתונים על שירותי מתורגמות רפואית הפועלים במדינות אחרות, וכן בהיבטים של ניהול השירות שנגעו לבקרת איכות על המתורגמים ועל תהליך מתן השירות. בנוסף, שולבו בהכשרות המתורגמים מרצים מתחומים שונים: בלשנות, סוציולוגיה רפואה וקידום בריאות.

6.1.2 שירות ייעודי ליוצאי אתיופיה

במדינת ישראל, נתפסת קהילת יוצאי אתיופיה כקהילה שזקוקה לסיוע ולתמיכה בקליטה ובהתנהלות מול מוסדות הבריאות. הצורך לסייע ולגשר על הפערים בולט יותר ביחס הממסד לקהילת יוצאי אתיופיה, מאשר ביחס למיעוטים אחרים (עוד לגבי הנגשת שירותים למיעוטים אחרים ראו 6.3.1). עובדה היא, שתפיסת הגישור צמחה ביחס לעולי אתיופיה בלבד, ואין מגשרים מול אוכלוסיות מיעוט אחרות בישראל. לפיכך, ייתכן שהיה קל יותר לשווק שירות מתורגמות שיסייע ליוצאי אתיופיה, מאשר למיעוטים אחרים.

שניים מהמרוואיינים (ד"ר ספפה איצ'ק וד"ר שמואל גבעון) ציינו כמה מאפיינים של יוצאי אתיופיה שעשויים לסייע להטמעת השירות: "הקהילה לא יודעת לדפוק על השולחן אבל מצד שני המידע עובר שם מהר מאוד. קהילות כאלה מעבירות בין חבריהן את המידע" (ד"ר שמואל גבעון). המרוואיין סבר שגודלה של הקהילה ואופייה מאפשרים העברת מידע בריאותי במהירות רבה יותר מאשר אוכלוסיות שאינן משתייכות לקהילות כלשהן. השערת המרוואיין לא נבדקה בשטח, אם כי עד לכתובת העבודה (דצמבר 2008) לא התקבל בעמותה מידע על הפצת המידע על

השירות בקרב חברי הקהילה, למרות שהמידע הועבר במסגרת הרצאות, ובתכנית הרדיו בנושאי בריאות שמסדרת העמותה אחת לחודש :

אם הקהילה תבין במה מדובר, אין ספק שהיא תרצה את השירות. אני פוגש הרבה קבוצות ותמיד התלונה חוזרת: הרופאים לא מבינים אותנו, אנחנו לא מבינים את התרופות, אנחנו קונים תרופות ולא יודעים איך להשתמש בהן. צריך לשים מתורגמן בכל מרפאה. שהממשלה תדאג לזה. ואני אני מתייחס ספציפית ליוזמה, [ואומר] 'אתם צריכים לדרוש, זו זכותכם'. ואז הם מתרגשים ושואלים שאלות (ד"ר ספפה איצ'ק).

ייתכן, שמאחר שהשירות נועד לקהילה קטנה יחסית, שפערי התקשורת עימה מוכרים ומתועדים, ולא שירות רחב היקף למספר מיעוטים לשוניים, סייע למוסדות הבריאות לתמוך בהטמעתו, מאחר שהדבר לא דרש השקעת משאבים רבים מצידם.

6.1.3 היכרות עם שירותי מתורגמות הפועלים בחו"ל

גורמים בממסד הבריאות, שהיו בקשר שוטף עם העמותה, הכירו את תפיסת ההנגשה הלשונית הכוללת ממקומות אחרים בעולם, והבינו את הצורך בפתרונות ממוסדים כמו גם את חלק מדקויות השימוש במתורגמות.

צריך לעבוד בשני הכיוונים גם עם הצוות איך לעבוד עם זה וגם עם הציבור - איך לעבוד עם המגשרים או איך לעבוד עם מתורגמנים. אין מספיק תודעה שאין להם מספיק כלים. לצוות עצמו, או [שהמטפלים] לא תמיד מבינים את הדקויות. את מה זה אומר. הדברים הכי בסיסיים – אם מדברים בטלפון מתורגמות טלפונית על מי מסתכלים על הטלפון או על הפציינט? אותו דבר אם יש מגשר בחדר. (רות ויינשטיין)

כבר ידעתי על זה [שירותי מתורגמות בבריאות] קודם ולמדתי על זה במסגרת כנס של WHO [ארגון הבריאות העולמי] בנושא בתי-חולים ידידותיים למהגרים. באמסטרדם השתתפתי בכתיבת הצהרת אמסטרדם⁷³ וראיתי את העבודה בבליה, וגם במקומות אחרים. דיברו במליאה לא רק על [תרגום באמצעות] הטלפון אלא גם תרגום בפאלם. (ד"ר דיאן לוי-זמיר)

אחראית קידום בריאות ב"מכבי שירותי בריאות" שימשה בעבר כמתורגמת בעת שחיה בחו"ל, והכירה את נחיצות שירותי המתורגמות ואת עבודת המתורגמן.

⁷³ הצהרת אמסטרדם (2004) – The Amsterdam Declaration towards a Migrant-Friendly Hospitals in ethno-culturally diverse Europe.

עובדה זו זירזה את הקמת שירות המתורגמות, מאחר שהעמותה לא נדרשה לשכנע את הגורמים שמולם פעלה בנחיצות שירותי המתורגמות. אף כי נציגת משרד הבריאות לא סייעה מבחינה כלכלית לפיתוח השירות, הרי שהיא לא התערבה בתהליך ולא ניסתה למנוע את הטמעתו.

6.1.4 הכשרה מכוונת-מטופל של רופאי המשפחה בישראל

שיחת מטפל-מטופל היא בשיחה מורכבת אשר המוקד בה הוא המטופל, מאחר שהבעיה היא שלו, וגם הפתרון תלוי בו במידה רבה. מאידך, מי ששולט בידע הרפואי ובכלים לרפא את המטופל, הינו הרופא או האחות (Ten Have, 1995), מכאן שהמטופל הוא כלי לתיקון בידי המטפל. אופי ההתייחסות למטופל מצד המטפל השתנה במהלך השנים, ומכאן גם אופי התקשורת בין הצדדים. בעבר, זיהו חוקרים דפוסי של "שואל ועונה, דובר ונמען" (Peräkylä and Silverman, 1991). כיום, פועלות אסכולות של רופאים ואנשי תקשורת הדוגלים בגישת ה"מטופל במרכז" (Patient-Centered Medicine), ושואפים להבין את המטופל ואת חווית החולי שלו בהקשר הכולל של חיי המטופל – בכלל זה משפחה, עבודה, אמונות, ומאבקים במשברים (Brown and Weston, 1995). הבנה כזו יכולה לחזק את האינטראקציה עם המטופל ברגעים מסויימים. האסכולה הטיפולית שמתמקדת במטופל מזכירה לרופא לתת ביטוי לרעיונות, לרגשות ולציפיות של המטופל כאשר הוא בונה את תכנית הטיפול (שם). להלן שתי התייחסויות של מרואיינים לחשיבות התקשורת עם המטופלים ותרומת התרגום לשיפורה:

לרופא בשטח כן חשוב ההיבט הפסיכו-סוציאלי, לברר מה מסתתר מאחורי התלונה המיידית. ואת זה אי אפשר לברר בלי שיש תקשורת תקינה. שביעות הרצון והתקשורת עם המטופל חשובים לאיש הצוות בשטח. רופאי משפחה שלומדים בישראל היום, אמורים לזהות גם קשיים נפשיים חברתיים שמסתתרים מאחורי תלונה רפואית. כשיש קשיי שפה ופערים בתפיסות העולם, אם אין תקשורת ממש טובה עם המטופל, אין סיכוי שהרופא יזהה את אותם קשיים. כך ששירות כזה בהחלט יכול לעזור ורופאים ישמחו לקבלו. יש לציין שרופאים מדיסציפלינות אחרות פחות מודעים לצדדים הפסיכו-סוציאליים בטיפול, ואינם לומדים זאת כחלק מהכשרתם. מטופל שלא מקבל מענה למה שמציק לו מעבר לסימפטום הפיזי יוצא מתוסכל מהרופא. [...] כדי להתמודד עם החשש הזה, הרופא צריך להבין מה באמת הביא את המטופל אליו [איזה חשש]. כדי ללמוד את כל המידע, אם אין תקשורת עם המטופל ודאי שלא יצליחו להבין זאת. (ד"ר שמואל גבעון)

מרואיין אחר, רופא משפחה, קישר בין התרגום לבין הצורך של המטפל להשיג את אמונו של המטופל. המרואיין סיפר על מטופל, שהיה אמור ללכת לבדיקה בבית-חולים. בסיום השיחה, שאל הרופא, באמצעות המתורגמת, האם יש משהו נוסף שהמטופל היה רוצה לשאול או להעלות:

ואז התשובה שלו היתה, הוא רוצה להגיד כמה שהוא סומך עליך ומכבד אותך. דבר שלא ידעתי. ממש לא ידעתי. ולא היה לי דרך. כי הנושא של האמון אצלנו ברפואת משפחה זה נושא בסיסי ביותר. האמון מידת האמון לא מובנים מאליהם. אתה צריך לרכוש אמון, אתה לא יכול להניח שיש אמון. ואז צריך לבדוק כל הזמן אם הוא נמצא. זה מה ש(מגביל) את העבודה שלנו בסופו של דבר. אצל כל אחד. ואצל אנשים שאין איתם תקשורת מאד קשה לקרוא את השפה, לקרוא את שפת הגוף את ה, איך זה בעברית. Inflection, הדרך שאומרים את המילים.

6.1.5 הצורך לעמוד במדדי בריאות

מדדי בריאות הם נתונים על בריאות האוכלוסייה, בכלל זה תחלואה, תמותה, סגנון חיים, ושימוש בשירותי בריאות (אתר משרד הבריאות, 2002). עובדי שירותי הבריאות צריכים לעבוד על פי מדדי בריאות שנקבעים להם, ועל פי הישגיהם בתחום זה הם זוכים לתגמול. אוכלוסית יוצאי אתיופיה נחשבת לאוכלוסייה חולה (טולדנו ואח', 2005; יפה לויט ואחרים, 2002), בחלקו בשל קשיי התקשורת בין המטופלים לבין המטפלים. כלומר, צוותים אשר טיפלו ביוצאי אתיופיה לא השיגו, לעתים, את מדדי הבריאות שנדרשו מהם⁷⁴. בהדרכות שבהן השתתפה אחת ממקדמות הבריאות האזוריות, לאחר תקופת החלוץ של הפרוייקט, היא קישרה בין מדדי הבריאות הנמוכים של מטופלים יוצאי אתיופיה לבין יכולתו של שירות המתורגמות לשפר מדדים אלה באמצעות תקשורת טובה יותר.

6.1.6 גורמים כלכליים

השערה של נותני השירותים, הצורכים את שירות המתורגמות, כי שירות מתורגמות עשוי להביא חיסכון בהפניות לבדיקות יקרות, עשויה לתרום להטמעת השירות ולהרחבתו בעתיד. החיסכון הכלכלי טרם הוכח לגבי שירות המתורגמות הטלפוני של "טנא בריאות", אולם מחקרים מחו"ל הוכיחו כבר כי תקשורת בלתי-יעילה עם מטופלים בני מיעוט לשוני מייקרת את עלויות הטיפול (McNulty and Hampers, 2002) ועלולה לגרום לטעויות בטיפול (Flores et al., 2003).

ד"ר שמואל גבעון סבר כי: "הבנה טובה וברורה יותר של המטופל ושל הצרכים והבעיות שלו עשויה לחסוך תרופות, טיפולים ובדיקות שונות, כך שבטווח הארוך שווה יותר להשקיע בשירות כזה של תרגום כדי לחסוך את כל ההוצאות האלה. אנחנו יודעים היטב שרופאים נוטים "להתפטור" מהחולה שנמצא בחדרם כמה שיותר מהר, עקב כל העומס שמוטל עליהם, ואחת

⁷⁴ אחד המרואיינים, פרופ' מיכאל ויינגרטן, סבר כי על מנת להמריץ צוות בריאות לטפל באוכלוסיות נצרכות, יש לשקול תיקון של מדדי הבריאות עבור אוכלוסיות אלה: "אתה מכייל את היעד. אם אתה צריך 80% [בטיפול באוכלוסייה הכללית] כדי לקבל את הבונוס שלך, ואם אתה עובד באוכלוסייה נצרכת אתה צריך להגיע ל 60% כדי לקבל אתו בונוס. עושים את זה (באנגליה)."

השיטות להיפטר ממנו היא לתזז אותו לבדיקות וייעוצים שחלקם מיותרים, מן הסתם, אם לרופא יהיה מספיק זמן, ובמקרה הזה גם אפשרות להבין בדיוק מה המטופל צריך.”

גורם כלכלי נוסף שיש לתת עליו את הדעת, הוא ששירות המתורגמנות ניתן, עד כתיבת מחקר זה, ללא תשלום לממסד הרפואי. מתן השירותים בחינם התאפשרה תודות לגיוס מימון חיצוני (סעיף 5.2.3) והקלה על הטמעת השירות מאחר שלא היה צריך למצוא לו מימון מתקציבי הקופות.

6.1.7 תקדימים

במערכת הבריאות פועלים כיום פרויקטים שמומנו בתחילתם על-ידי תורמים חיצוניים ועברו לאחריות משרד הבריאות. פרויקטים שהחלו מחוץ לממסד ועברו מאוחר יותר לאחריותו הם פרויקט "רפואה שלמה" לגישור רפואי במרפאות, והפרוייקט הלאומי למניעת מחלות זיהומיות (אולמן, 2007). כלומר, מערכת הבריאות אינה דוחה באופן אוטומטי פרויקטים חוץ-ממסדיים, במימון פרטי, שעשויים לסייע לטיפול בחלק מהאוכלוסיות⁷⁵. ייתכן, ששירות המתורגמנות "קול לבריאות" ייצור תקדים עבור שירותי מתורגמנות אחרים בעתיד, אשר יתקלו בפחות קשיים לשכנוע המערכת בצורך ובמימון השירות שירותי תרגום אחרים כבר יעבדו במציאות אחרת. אנחנו פחדנו לעשות רעש, להגיד יותר מדי כי לא ידענו מה אנחנו מייצרים. [...] כשהשירות יורחב לשפות אחרות את יודעת איך התינוק נראה ולהגיד זה זה (ולעשות התאמות ושינויים ושיפורים). (ד"ר ענת יפה)

6.1.8 משוברים חיוביים מהשטח

משוברים באשר ליעילות שירות המתורגמנות, תרומתו לשיפור התקשורת ולהעמקתה, וכן תרומה לשיפור בריאותו של המטופל עשויים לתרום להטמעת השירות. על מנת לרתום את המשוברים ממשתמשי השירות, העמותה היתה צריכה ליצור מערכת של קבלת משוב מהצרכנים השונים (סעיף 5.6.4.4). להלן כמה משוברים מייצגים, אשר הוצגו בפורומים שונים של צרכני השירות ושל התורמים הפוטנציאליים:

את יודעת, כל אחד שיושב לידי, ותמיד יש מישהו שיושב לידי בחדר, הרבה, קורה שאני מרים טלפון לשירות. הם פשוט נופלים מהכיסא. "לא חלמתי שיש דבר כזה בארץ". אני שומע את זה עוד פעם ועוד פעם. יש לי כרגע סטודנטית לרפואה. זה בהחלט עושה רושם מאוד מאוד חזק. הם מבינים מיד. לא שאתה יכול רק לעשות רפואה יותר בטוחה ויותר טובה, אלא שאתה יכול לראות את הבן אדם. זה העיקר. (פרופ' מיכאל ויינגרטן).

"... השירות מתנהלת] ביעילות רבה, במשך כל שעות היום, ומאפשר לנו להתקשר עם החולים עולי אתיופיה ולטפל בהם כראוי. בעבר היינו חייבים להסתמך על בני משפחה

⁷⁵ עם זאת, ייתכן שהעובדה שמשרד הבריאות מורגל בצריכת שירותים, בחינם, מגורמים חיצוניים, עלולה לעכב את הטמעת שירות המתורגמנות כחלק מהשירותים שמספר המשרד. ד"ר נורית גוטמן התייחסה לאפשרות זו (סעיף 6.4.3.2)

או מתרגמים לא מקצועיים אחרים ואין להשוות בינם לבין השירות המקצועי. השירות הטלפוני גם שומר על זכויות החולים לפרטיות שמתרגמים אחרים לא מאפשרים להם" (מסמך מס' 49)

"זה פשוט גאוני שאני יכול להתקשר למישהו שדובר את אותה השפה... אני נלהב מאוד. השימוש בתרגום פתח לי שער גדול מאוד לעבודה."

"לעומת המצב הקודם, התרגום שיפר את תוצאות המפגש. יש לי מטופלת שגרה לבד, אינה מבינה אילו תרופות לקחת, וסובלת מלחץ דם גבוה וסוכרת. במפגש-המתורגם השלישי התקבלו תוצאות טובות יותר של הבדיקות".

התרגום מאריך את השיחה ביני לבין המטופל אבל זה עדיף על המצב הקודם שבו לא היה תקשורת... יכול להיות שהשיחה התארכה בגלל שזו פעם ראשונה שאנו משתמשים בשירות. (מסמך מס' 42)

6.2 גורמים מעכבים

בבחינת חומרי המחקר, התגלו גורמים רבים שעיקבו את תהליך הקמת שירות המתורגמות "קול לבריאות". בבחינת הגורמים, נראה כי ניתן למייןם לשלושה סוגים:

1. גורמים פנים-ארגוניים: גורמים מעכבים שנעוצים בתהליכים פנימיים ובתפיסת העבודה של עמותת "טנא בריאות".
2. גורמים הנעוצים בתפיסה ובתהליכי עבודה של הצרכנים/הסביבה הארגונית.
3. גורמים הנעוצים בקשר, או בתלות, שבין העמותה (נותן השירות) לבין הסביבה (הצרכן)

6.2.1 גורמים פנים-ארגוניים

"טנא בריאות" היתה מעוניינת להקים שירות חדש, בקנה מידה רחב, תוך כדי תהליך הפיכתה מפרוייקט לעמותה עצמאית. ריבוי המשימות הכרוכות בהקמת השירות, ריבוי המשתתפים בעמותה ומחוצה לה, יחד עם שאר הפעילויות שנדרשו עם היציאה לעצמאות, הקשו לעתים על התנהלות חלקה של הפרוייקט.

1. "טנא בריאות" לא היתה תכנית עבודה מגובשת להטמעת השירות, אלא מתווה כללי אשר התפתח עם הזמן (סעיף 5.2.1, 5.2.2)
- מבדיקת התהליך עולה כי "טנא בריאות" היתה מעוניינת להקים שירות מתורגמות, אולם לא היתה מודעת למהות תפקידו של המתורגמן, למורכבויות הכרוכות בו, ולתהליכים הנדרשים על מנת שהמתורגמים שעונים לשיחות יהיו מקצועיים: "כולנו לא באנו [מוכנים]. אולי אתן היחידות שידעתן יותר. גם אני לא ממש ידעתי. יותר התייחסתי לזה כאל איזה שהוא משהו פורמלי שצריך לעבור אותו ולהכין. כמובן שהיה

- לי ברור שיהיו תכנים, ושיקולים של סודיות ודברים מדיקו לגליים שצריך להבהיר אותם, אבל לא ברמה של עד כמה זה חשוב ושל ניואנסים. (ד"ר ענת יפה)
2. בחירת מודל עבודה שהתגלה כבלתי יעיל מכמה בחינות – העמותה בחרה העסקת צוות שזו להם עבודתם המשנית, מביתם. צורת עבודה זו הקשתה על קביעת סידור עבודה יציב, על שימור הצוות מבחינת הכשרות ומחוייבות לעבודה ועל בקרת איכות הרמטית: אני חושבת שהיינו מראש צריכים ללכת על תפיסה של יעסקו בזה אנשים שזה יהיה שכרם וזאת תהיה עבודתם זאת אומרת אנחנו רצינו להקים קאדר של אנשים שידעו, שזה גם, זו לא טעות, גם ברמת העיקרון שלו וגם ברמת סוכנים. אני חושבת שבגדול הצלחנו גם אם היו שניים שיצאו מרים. " (ד"ר ענת יפה). לדברי מנכ"ל העמותה: "נתקלנו בהרבה מאד קשיים. א. יכולת הפיקוח שלנו איננה כי הם עובדים מהבתים, והם מפוזרים בכל רחבי הארץ. וגם – אלה אנשים שעובדים בכל מיני מקומות עבודה, וזאת העבודה המשנית שלהם. כמו-כן ראינו שזאת השקעה גדולה מדי לשבץ אותם במשמרות, וראינו שצורת העבודה הזאת לא טובה לנו. ומאז שעברנו לחדרה החלטנו להכשיר אנשים חדשים, או מי שירצה מהאנשים שכבר הוכשרו מהסביבה (של חדרה). מתוך ה-18 שהיו לנו לקחנו 2 קבועים, שזאת העבודה הראשית שלהם, והם עובדים מתוך המשרד, עם חדר ומחשב משלהם.
3. תיאום ציפיות עם העובדים – כאמור לעיל, הגדרת תפקיד המתורגמנים, צורת העבודה והתגמול הכספי, הוגדרו באופן כללי עם העלאת רעיון השירות, והשתנו עם התפתחות השירות. ככל הנראה, לא בוצע תיאום ציפיות מלא עם המתורגמנים שנבחרו, עובדה שגרמה למרמור ולפרישת חלק מהעובדים. לדברי ד"ר ענת יפה: "אם הייתי משנה משהו זה אולי בבחירה שלנו [...] האנשים. ובהכנה המוקדמת שלהם או הייתי קוראת לזה יצירת ציפיות ומוטיבציה מוקדמת. אני חושבת שבה לקינו. אנשים התייחסו [להכשרתם כמתורגמנים] כצופר, עם אפשרות לעבודה נוספת אחר כך. ולא, בתור כלי שהוא מאוד חשוב להם להשיג, וגם לא בתור משהו שהוא באמת יעזור גם להם וגם לקהילה שלהם אה לשפר את הריאיון הרפואי או את התהליך הטיפולי. ונוצר איזשהו מצב שבו הקבוצה הפיקה את הלקחים האלה ולמדה את זה תוך כדי הליכה." אתי גולסטאני, ששימשה רכזת השטח של העמותה, ועסקה בהיבטים המנהליים של שירות המתורגמנות, אפיינה את הפער בציפיות בין צוות העמותה הקבוע לבין המתורגמנים שעבדו בשלב החלוף של הפרוייקט, שגרם מאוחר יותר לבעיות בעבודתם של חלק מהמתורגמנים:

כשאתם מבטיחים משהו תקיימו. אמרו שהכנס בדרום יקרא השתלמות [ויזכר להם לצורך] גמול השתלמות. אבל הצוות שלנו לא בדק האם זה יזכר כהשתלמות. ללכת ל 5 ימים למקום רחוק וזה לא יזכר כגמול. זה מוסיף על התחושה הקיימת שהם רוצים לעזור ומצד שני מרגישים שזה לא זה. שעובדים עליהם. אם אתם רוצים שזה יצליח תהיו נורא ברורים בייחוד עם הקטע עם הכספים. והבטיחו להם משהו ויצא משהו אחר לגמרי. כמה הבטיחו להם 2 שיחות 3 שיחות. זה דברים שעולים על הגל הזה ולא משתפים פעולה. ואז היו קובעים תורן אחר כך היה אומר שאני לא

יכול. אמרתי שאתם מבטיחים משהו תקיימו. אמרו שהכנס בדרום יקרא השתלמות. גמול השתלמות ואז אנשים לקחו וכו וכו. אבל הצוות שלנו לא בדק האם זה יוכר כהשתלמות. ללכת לחמישה ימים למקום רחוק וזה לא יוכר כגמול. זה מוסיף על התחושה הקיימת שהם רוצים לעזור ומצד שני מרגישים שזה לא זה. שעובדים עליהם. יש להם רגישות יתר. אולי זה בא מחוסר ביטחון. לא כתבו [דוחות] למרות שזה היה מחויבות שלהם. הם דרשו סכום אבל לא רשמו ולא עשו את התפקיד שלהם כמו שצריך.

4. היעדר ידע לגבי הסוגיות הטכניות הנדרשות משירות תרגום שיעמוד בסטנדרטים של מוסדות הבריאות (מהירות, יעילות, בקרת איכות) צרך זמן מהעמותה.
5. היעדר תקצוב יציב - חלק מפעילותה של "טנא בריאות" מומן, באופן קבוע, מתקציבים של משרד הבריאות. עם זאת, אף גורם, ממשלתי או פרטי, לא התחייב לממן את השירות לטווח ארוך, ולפיכך נדרשה העמותה לגייס כספים ממקורות חד-פעמיים.
6. פערים בתפיסות, בציפיות, ובדפוסי תקשורת בין הפעילים יוצאי אתיופיה לבין אלה שאינם מהקהילה – במהלך בניית שירות המתורגמות קרו מספר מקרים שבהם היה פער בין תפיסתם של יוצאי אתיופיה להיקלט בעבודה, אול לדחות קליטתם של פעילים אחרים, לבין התפיסות והידע של פעילי העמותה שלא השתייכו לקהילה. במקרה אחד ציפתה פעילה לעבוד בשירות כמתורגמנים, ונעלה כאשר נאמר לה שרמתה הלשונית אינה מספיקה למלא תפקיד זה:

[...] היות ואנשים תפסו את זה (קורס ההכשרה) במידה מסויימת כצ'ופר, כיציאה למלון, כאיזשהו חופש, אה נחמד, מעשיר ושאוילי גם ייתן גם עוד פרנסה, אז להגיד לאנשים אתה לא יכול לבוא, זה היה מאוד קשה. אני אתן לך דוגמה: [שם של מועמדת לקורס] שרצתה לבוא ואני אמרתי לא כי העברית שלה לא טובה. אותה אני מכירה טוב והיא לא טובה, היא לא מסוגלת לעשות. היא מאוד נפגעה. בעצם מערכת היחסים שלה עם הפרוייקט, מאז נהיתה עכורה. ואני לא יודעת להגיד לך אם השיקול הזה היה שיקול נכון. כי יכול להיות שהיה שווה לנו לשמר אותה, לקחת אותה אז בידיעה, ופקדו ניסה לעשות תיקון בראיונות הבאים, כשהוא הכניס אנשים שהוא בוודאות ידע שלא ייכנסו [...]. למשל אדם שבבירור ידע שהוא לא ייכנס, אבל בגלל שהוא איש מעורב בקהילה ושאתו אחות מהפרוייקט, היה לו חשוב לשלב (ד"ר ענת יפה).

ד"ר יפה תיארה להלן מקרה שבו שולב פעיל יוצא אתיופיה בהכשרת המתורגמנים, למרות שרמתו הלשונית לא התאימה לתפקיד. במקרה אחר, דחה מנכ"ל העמותה את שילובה של אחת המודרכות (מקורס ההכשרה בפברואר 2008), שנמצאה מתאימה מבחינה מקצועית, בגלל מעמדה המעורער בקהילה וחוסר רצון של אנשים אחרים מהקהילה לעבוד עימה.

בכל המקרים, היה עירוב מסויים של שיקולים חברתיים ושיקולים מקצועיים. מחד, בשל מגבלות תקציב היה צורך להכשיר רק אנשים אשר יוכלו לעבוד בעתיד בשירות. מאידך, ייתכן שהיה צורך להגדיר מראש שמספר מסויים של מודרכים יכללו בהכשרה כחלק משימורם במסגרת פעילות העמותה, למרות שלא יוכלו לעבוד בעתיד כמתורגמנים.

7. שירות המתורגמנות הטלפוני שהקימה עמותת "טנא בריאות", הוא השירות הראשון מסוגו בישראל. אמנם, בישראל פועלים מוקדי שירות טלפוניים בתחומים רבים, וישנם אנשי מקצועי המתמחים בהקמת מוקדים, אולם עלות שכירתם גבוהה. לעמותה לא היה הידע הדרוש למענה על סוגיות הנוגעות לתשתית הטכנולוגית הנדרשת – גם במרפאות וגם אצל המתורגמנים. העמותה החליטה, מטעמי תעודף וכן בשל חוסר הוודאות לגבי עתיד השירות, שלא לשכור שירותי יעוץ מקצועי להקמת התשתית הטכנולוגית של השירות, ולפיכך בוזבו זמן רב על התלבטויות בבחירת הפתרון הטכנולוגי. כשנה לאחר תחילת הפעלת השירות, נמצא פתרון זול יחסית לתיעוד השיחות ולהקלטתן.

6.2.2 גורמים בסביבה החיצונית של הארגון

טרם הקמתו של שירות "קול לבריאות" לא פעל בישראל שירות ארצי להנגשה לשונית בבריאות. תכניות "רפואה שלמה" והתכנית הלאומית למניעת מחלות זיהומיות פועלות מאז שנות ה-80 של המאה שעברה, לקידום בריאותם של יוצאי אתיופיה, ובכלל זה לתיווך לשוני ותרבותי, אולם יכולתן לתת שירות ארצי היתה מוגבלת בשל היקף המשרות המצומצם. שירות המתורגמנות הטלפוני יכול לתת מענה ארצי ללא מגבלות גיאוגרפיות, אולם לא היה מודל דומה לו שניתן היה ללמוד ממנו ולהפיק לקחים ממסקנותיו. היעד התקדימיים גרם למספר עיכובים:

1. העדר מיפוי של ריכוזי אוכלוסיה יוצאת אתיופיה, ביחוד עולים שעלו בחמש השנים האחרונות או עולים מבוגרים, במוסדות הבריאות. ככל הנראה, הנתונים היו קיימים במערכות הבריאות אולם היו צריכים לחלץ אותם ממאגרי המידע, דבר שהצריך זמן וכנראה גם תעודף.
2. בדיקת צרכים והתאמה לשטח – "המערכת צריכה לבדוק עד כמה בשטח צריך את השירות. צריך לשאול את הצוות באותן המרפאות: מציעים שירות מתורגמנות בתנאים האלה והאלה, האם תשתמשו, האם זה יועיל או יעכב. מעין סקר שווקים. צריך לוודא שמה שנשמע יפה ברמת ההנהלה אכן עונה לצרכים בשטח, שהשטח אכן מעוניין להשתמש (מבחינת צורך ואילוצי זמן). ושאין פתרונות אחרים כמו מגשר, למשל" (ד"ר שמואל גבעון).
3. היעדר הכרה מערכתית בצורך בשירותי מתורגמנות - העובדה שבישראל טרם הוכיחו את הנזקים שבשימוש במתורגמנים לא-מיומנים, ואת התועלת שבשירותי מתורגמנות מקצועית, וכן חוסר היכרות עם פתרונות מקצועיים להנגשה לשונית, גרמה להיווצרות תפיסה של "מסתדרים" בקרב נותני השירות הרפואי (וראו רובנובסקי 2006). ד"ר ענת יפה תיארה את תחושתה לגבי מקור התפיסה אצל מנהלים בתחום הבריאות:

אני כמעט כל חולה שני משתמשת בתרגום. לא אצל יוצאי אתיופיה אבל אצל האוכלוסייה הערבית, אצל קשישים, זאת אומרת הרי הנושא של מישהו שמתווך לי את המפגש עם המטופל זה משהו אנחנו שכולנו [חווים]. לי זה גם גרם לחשוב שחלק מהעובדה שהמנהלה הרפואית די מזלזלת בנושא של התרגום הרפואי, זה בגלל שזה חלק מהיום-יום שלנו אנחנו כולנו לכאורה, מתפקדים. [...]ואני אומרת לך יצאתי מנקודת ראות שמאיר [אורן-מיכל] ביטא מאוד טוב, שאנחנו לא צריכים את זה אנחנו מסתדרים בלי זה, ממילא ביום-יום יש לנו את זה. (ד"ר ענת יפה)

ד"ר שמואל גבעון, אפיין את בעיית הנגישות הלשונית כבעיה צרה, של אוכלוסייה קטנה, בתקופת זמן מוגדרת: "הערבים והרוסים מסתדרים, והאתיופים שלא דוברי עברית ייעלמו גם הם בעתיד. בסופו של דבר דור המדבר הזה ייאסף אל אבותיו, כעבור עשרות שנים, ואז צריך לקוות שהצעירים [יסתדרו]". גם ד"ר נורית גוטמן סברה שבעיות ההנגשה הלשונית מאפיינת רק את העולים החדשים מאתיופיה, ובעיקר את הדור המבוגר יותר, שעם פטירתו תיפתר הבעיה: "מדובר פה באוכלוסייה כל כך קטנה. 110-130 אלף והאמת היא שמדובר בדור שעוד מאוד לא יהיה. מדובר בתקופה קצרה יחסית. לא יהיו עוד עולים. אלה שלא ילמדו עברית אולי."

פרופ' מיכאל ויינגרטן אפיין את חוסר ההכרה המערכתית בצורכי ההנגשה מההיבט הכלכלי בהתנהלות שירותי הבריאות. קופות החולים, כגוף כלכלי, מעוניינות לשווק את שירותיהם לאוכלוסיות הבריאות יותר, שצורכות יותר שירותי בריאות. ממסד הבריאות לא בנה תמריצים לשווק שירותים לאוכלוסיות הנצרכות, שעליהן נמנות גם חלק מקבוצות המיעוט הלשוני, דוגמת המגזר הערבי ויוצאי אתיופיה:

"כללית" כמוסד, כארגון, מונחה ע"י הצורך לגייס ולשמור על מטופלים, שהם קוראים לקוחות, בצדק כי הם לקוחות ברמה הזו. כי ברמת הארגון הם לא מטופלים הם לקוחות. ומפני שכל לקוח שווה אותו תקציב, ברור שהלקוחות המועדפים הם הזולים יותר, הם אלה בעלי הרמה הסוציו-אקונומית הגבוהה יותר. כי הם פחות חולים. מפני שיש ריבוד בבריאות לפי רמה סוציו-אקונומית, אז אם אתה לוקח רמה סוציו-אקונומית גבוהה אז בהכרח יש לך קבוצה בריאה יותר. ואתה לא יכול לעשות סלקציה לפי בריאות, זה אסור וגם יכול להשתנות, אז זה לא חכם. אבל אתה כן יכול למקד את השיווק לפי רמה סוציו-אקונומית. וזה בדיוק מה שעושים בקביעות זה שנים רבות. והם לא היחידים. בקיצור, אין להם תמריץ להתמקד באוכלוסיות נצרכות. יש להם תמריץ שלישי. וחלק מהמבנה המערכת הבריאות בארץ כי לא בנו תמריצים לטפל בנצרכים. (פרופ' מיכאל ויינגרטן)

4. מימון – היעדר פרויקטים קודמים של הנגשה לשונית גרם לכך שאף גורם בתוך ממסד הבריאות לא רצה לתקצב את שירות המתורגמנות. בנוסף, שררה חוסר ידיעה איזה

גורם בממסד הבריאות אמור, או יכול לממן את השירות (ר' 6.2.3). משרד הבריאות, על פי המרואיינת רות ויינשטיין, סירב לממן את השירות מלכתחילה, לאור תפיסה שמשרד האוצר צריך קודם כל לאשר את תקצובו: מראש אמרנו, [...] אנחנו כמשרד הבריאות לא ניכנס לזה. אנחנו רוצים שהקופות יממנו את זה. אם אני מסתכלת על הפוליטיקה, מה הבעיה הבעיה צריכים כסף. הקופות, משרד הבריאות אומר אתם חייבים לעשות תרגום הקופות אומרים תביאו צ'ק. משרד הבריאות לא יכול להביא צ'ק אם האוצר לא רושם את הצ'ק. זה סיפור. אם לא עובדים עם אלו שמחזיקים את הכסף, זה לא יחלחל למטה לזה שהקופות יעשו. אי אפשר למשל לחוקק חוק שחייבים את זה בכל מרפאה או חייבים וזה, אם אין מישהו שיממן את זה. [...] והקופות לא יממנו אם משרד הבריאות לא יעביר להם את הכסף. (רות ויינשטיין)

5. סדרי עדיפויות בתקצוב סל הבריאות – שירות "קול לבריאות" מתחרה עם תרופות ושירותים אחרים שנכנסים לסל הבריאות: "יש סל בכל שנה או כמה שנים יושבים על הסל. הסל זה עוגה אחת. איך תחלקי את זה. אז את תתני לנושא של תרגום וחולה סרטן מעי הגס לא יקבל את הכדור שיאריך לו את החיים בשלושה חודשים". ככל הנראה, נתפסים שירותי המתורגמנות הרפואית כשירותים שחשיבותם פחותה מתרופות מאריכות חיים. תורמים לכך היעדר תקדימים שהוכיחו את שיפור בריאותו של אדם כתוצאה משירותי מתורגמנות. נכון לכתיבת עבודה זו, על פי רות ויינשטיין: "אף אחד לא רואה את זה היום בראש סדר העדיפויות שלו. נגיד יש כמה משוגעים שרואים את זה בראש סדר העדיפות אבל לא בתוך המערכת. לא בתוך קופות החולים." 6. היעדר הכרה בצורך לתקצב באופן מיוחד שירותים מותאמים תרבותית:

כשאני התחלתי את התכנית של מניעת איידס פה, התכנית באה אלי אחרי שזה עבד כמה שנים טובות. ושאמרו לי. יש לנו מה שנקרא מתאמות שהן עובדות עם, אוכלוסיה של נשאים. שמתאמת צריכה ללכת לביקור בית ולשאול מישהו מה שלומו, אז היית חושבת שזה ייקח, חצי שעה, מקסימום שעה. אז הסבירו לי ולאט לאט למדתי. שבקרב העדה האתיופית את לא יכולה לבוא ובחצי שעה לדבר על נשאות! או להתחיל לדבר על יחסים בין ה, במשפחה. את צריכה קודם שעה ראשונה זה בכלל לדבר על השמיים והארץ שעה שנייה זה לדבר על המשפחה שהוא התחתן עם הזה ואנחנו בעצם בני דודים, ושעה שלישית אולי מתחילים. ואז יש בונה (טקס שתיית הקפה-מיכל) ויש זה. אז זה לוקח, אם היינו נותנים למתאם טיפול בקרב ישראלי ותיק ולא אתיופי, היינו אומרים חצי שעה מספיק גג. כשאנחנו מדברים עם אתיופים הם אומרים שלוש שעות זה המינימום. אז אנחנו מתקצבים את זה כי אנחנו יודעים וזה הולך לפי זה. אבל האוצר לא מבין. הוא לא צריך להיות *culturally appropriate*. (רות ויינשטיין)

7. מצב פוליטי לא יציב בישראל – חילופי השלטון התדירים בישראל, מתווספים להיעדר הכרה בחשיבות השירות מצד מקבלי החלטות ברשות המחוקקת והמבצעת, ומקשים על מיסוד שירותי ההנגשה הלשונית במימון ממלכתי: "עם הפוליטיקה שלנו זה משתנה.

זה יכול להיות שזה מישהו בקואליציה שאחרי שנה יהיה באופוזיציה. " (רות ויינשטיין) המצב הפוליטי הבלתי-יציב, מתקשר להיעדר גורמים שיבצעו סינגור לקידום ההנגשה הלשונית בישראל, מאחר שאם המפה הפוליטית אינה יציבה, קשה לגייס תמיכה קבועה לקידום רעיונות ופרוייקטים.

8. היעדר חקיקה ותקינה – אין בישראל חקיקה המחייבת מתן שירותי מתורגמנות לאוכלוסיות מיעוטים – ילידיים, עולים, מהגרים ופליטים. ד"ר נורית גוטמן סברה ששירותי מתורגמנות צריך להפוך לחלק מזכויות אנשים שמהגרים לישראל: "השאלה היא מתי שירותי מתורגמנות הופך לחלק מזכות המהגרים בישראל. לא סתם מהגרים אלא כאלה שהממשלה הביאה, והבטיח להם זכויות." נוסף על היעדר חקיקה בנושא ההנגשה הלשונית, טרם הוסדר בישראל ההסדר החוקי והתקציבי למימון שירותי המתורגמנות. ד"ר ענת יפה ניסתה לקדם את הטמעת שירותי המתורגמנות בכלל וכלים להתאמה תרבותית בפרט, באמצעות "סל להנגשה לשונית של שירותי בריאות". העמותה ניסתה להיעזר בח"כ אורון ממר"צ לקדם דיון בנושא בכנסת, אולם נכשלה.
9. מגבלות צורת מתן שירותי הבריאות – שירותי הבריאות נתונים כיום למגבלות של זמן, טכנולוגיה ומדדי איכות. שירותי מתורגמנות שאינם לוקחים מגבלות אלה בחשבון, ואף מקשים על מתן שירותי הבריאות, לא יוטמעו במוסדות הבריאות. כמעט כל המרואיינים שהשתייכו לממסד הרפואי התייחסו למגבלות שנותני שירות רפואי מתמודדים מולם ברמה יום-יומית:

הרופא טרוד במרפאה, מאוד קצר בזמן. ואם הוא לא מקבל מענה מיידי הוא יוותר על השירות. אם הקו יהיה תפוס הוא יוותר. גם אי אפשר להגיד לחולה תבוא בעוד שעתים, לכל היותר אומר לו לחכות בחוץ 5 דקות. גם אז צריך לקוות שהמטופל עצמו לא יעלב או יכעס. רופאים חייבים לתת מענה תוך 24 שעות, הם צריכים לטפל בענייני אל-תור, הם מקבלים טלפונים באמצע העבודה ומקרים דחופים, וגם במדדי איכות ובבקרת איכות. לעבוד ב"שירותי בריאות כללית" זה היום טירוף. (ד"ר שמואל גבעון)

פרט למתן טיפול רפואי, מחוייבים נותני הטיפול לבדוק מגוון של נושאים אצל מטופליהם, בכלל זה סוגיות בקידום בריאות. ייתכן, שחלק מהמטפלים חוששים שהשימוש בתרגום הוא מטלה נוספת על המטלות שעליו למלא, ולא כלי ליעול התקשורת עם המטופל:

נותנים להם 5-6 דקות לכל מטופל. אנחנו ב 5 דקות אומרים שתדברו גם, לא משנה על איזה בעיה הם באו, גם על עישון, תזונה, פעילות גופנית על עוד כמה דברים. אז תגמלו אותנו. אנחנו רוצים יותר זמן לפציינטים, יותר כסף. אנחנו לא יכולים לעשות הכל. וכל יום יש לנו משהו חדש שאנחנו רוצים שהם ישאלו והם יטפלו. (רות ויינשטיין)

מן המשובים שמסרו אנשי הצוות במרפאות השונות, עלה כי אחיות ורוקחים התקשו יותר מעמיתיהם הרופאים, להשתמש בשירותי התרגום. חלקם אף העדיפו, לאור לחץ הזמן,

להשתמש בפתרונות מאולתרים: " [השיחה באמצעות תרגום] לוקח זמן. עדיף להסביר בידיים. אני נעזרת בבנות [השירות הלאומי], במנקה. אני חושבת שיהיה להם קשה לקלוט אם המתרגם לא עומד מולם. המיקום של התרגום מקשה על השימוש בו, והקהל [בתור] חסר סבלנות". (רוקחת במרפאת קרית אלון, פתח תקווה)

גב' צביה לוי, אחות במקצועה, ציינה, כי:

התרגום קשה, הוא לא יעיל לאחיות ולרוקחים – שאצלם המפגש קצר הרבה יותר. 10 דקות [זמן שיחה] זה לא זמן אצל אחות. זריקה זה 3 דקות והיא [המטופלת] בחוץ. זה לא קל כי השיחות איתם [יוצא אתיופיה] צורכות המון זמן שאין לנו, גם עם מתורגמן וגם בלי מתורגמן. צורת העבודה של [הרוקחים] שונה מאיתנו. הם עובדים בתור זבנים בעמידה. כשאתה יושב אתה יותר נינוח. בעמידה זה יאללה יאללה לרוץ קדימה. לפעמים יש אצלם 20 איש בתור. זה הרבה. וגם אם משתמשים בתרגום זה לא בפרטיות זה ליד הדלפק מול כולם. זה לוקח 10 דקות. אם אחד הרוקחים ידבר עם אדם בתרגום, פשוט שאר הממתינים ירצחו אותו נפש.

10. היעדר ידע טכני וגורם טכני מרכז – היעדר תקדימים לשירות המתורגמות, על היבטיו הטכניים, גרם למספר טעויות בהתקנות התשתית – קניית מפצלים לא נכונים, התקנות טלפונים לא נכונים, אי-פתרון של בעיות טכניות וכן התקנות במקומות שלא נזקקו לשירות.

6.2.3 גורמים הנוצצים ביחסי הגומלין שבין הארגון ("טנא בריאות") לבין סביבתו

1. הבדלים בתפיסות בין ארגוניות – מחקר זה הראה שחלק מהעיכובים במימוש רעיון שירות המתורגמות "קול לבריאות" נבע בהבדלים בין תפיסת העבודה של "טנא בריאות" לבין התפיסה של משרד הבריאות וקופות החולים (סעיף 5.2.5). הבדלים אלה בין תפיסות ארגון השטח לממסד התבטאו בקצב עבודה שונה בין הגופים – שנבע, ככל הנראה מתעודף משימות במוסדות הבריאות, ומהצורך לבצע סדרה של תהליכים בתוך ארגוני הבריאות – קבלת אישורים עקרוניים להכנסת השירות, בדיקת היתכנות משפטית, בדיקת סוגיות של ניהול סיכונים, וכן מיפוי צרכים וקביעת קריטריונים להכנסת מרפאות לשירות. רות ויינשטיין ממשרד הבריאות ביטאה את ההבדלים התפיסתיים בין הארגונים:

כשהיא [ד"ר ענת יפה] הביאה את זה לקבוצה קטנה שזה כלל את קופות החולים, אני ועוד כמה רצינו קודם שזה יעבור את הקופות. קודם שהקופות יגידו שהם רוצים ומוכנים להשקיע בזה, ואז לעשות את הקורס הכשרה. וענת חשבה אחרת. היא לא רצתה לחכות היא רצתה קודם לעשות את הקורס הכשרה והיא אמרה אחרי שיש אנחנו איכשהו נמצא את הכסף. ומאוד יכול להיות שהיא צודקת. באמת, אני לא

חושבת שיש פה נכון או לא נכון. אני רציתי לעשות את זה יותר, אולי בירוקרטי אבל יותר עם כל ההסכמות וכל ה loose ends הכל קשור כבר ואז להתחיל עם ההכשרה של המתורגמנים (רות ויינשטיין).

יש לציין, כי בסיכום פגישה בנושא שירות המתורגמנות שנערכה במאי 2006 בהשתתפות נציגות משרד הבריאות ו"שירותי בריאות כללית", נכתב כי "כדי למצוא תקציב צריך לשתף את הגורמים הרלוונטיים, משרד הבריאות [...] לפני שיוצאים לדרך (מסמך מס') 67). זוהי קרוב לוודאי העמדה שהוצגה ע"י נציגות מוסדות הבריאות והחלטת "טנא בריאות" לפעול בניגוד לה עוררה בעיות בשותפות עימן.

הבדלים תפיסתיים בין ארגוניים קיימים לא רק בין ארגון שטח לבין הממסד הרפואי, אלא גם בין מוסדות הבריאות השונים. משרד הבריאות, כגורם מממן של שירותים, היה מעוניין לוודא שקופות החולים יביעו התחייבות להטמיע את שירות המתורגמנות "קול לבריאות" במסגרתן, ורק לאחר מכן לפתח את השירות ולהטמיעו בפועל: "אנחנו [משרד הבריאות] רצינו קודם את התשתית, שיהיו מוכנים לקבל את זה בקופות ואחר כך לעשות את ההכשרה". בפועל, החליטה העמותה, לאור מה שהיא ראתה כעוכבים מצד מוסדות הבריאות, להתחיל להטמיע את השירות ללא קבלת מחוייבות של הקופות או של משרד הבריאות. רות ויינשטיין הציגה את הניגוד בין דרישות משרדים וארגונים ממוסדים לבצע תהליכים בצורה מסודרת, שתדרוש זמן, לבין תפיסת "טנא בריאות" להתחיל לתת את השירות באופן עצמאי: "אני לא יודעת אם זה לא נכון איך שענת עשתה את זה [התחילה עצמאית לשווק את השירות], כי בארץ שלנו זה יכול לקחת לפעמים עשרים שנה (עד שתהיה תשתית)".

ד"ר ענת יפה התלבטה כיצד היתה העמותה צריכה לנהוג נוכח הבדלים אלה בתפיסות בין הארגונים: "טנא בריאות של פעם היתה מוציאה הודעה לכל העולם ואשתו, הנה המספר. בואו תתחילו להתקשר. ובעצם מגיעה לשטח דרך האילוף ורק אז מסבירה דבר דבר, כשאז ייתכן שהיינו עושים לא מעט טעויות בדרך". כלומר, ד"ר יפה היתה מודעת לכך שהבחירה בדרך הפעולה של ארגון קהילתי, וסירוב להמתין לקצב העבודה של הממסד, היה יכול לגרום לעמותה לטעות באופן מתן השירות.

2. תלות במימון חיצוני – תלות העמותה בגורמים מימון חיצוניים גרמה לכמה עיכובים. ראשית, הצורך לעסוק באופן מתמיד באיתור גורמי מימון לשירות, בד"כ תורמים חד-פעמיים, גזל זמן מהעמותה. שנית, התלות בגורם מממן חיצוני, גרמה ללחץ בעמותה, שמא התורמים לא יראו בעין יפה את העובדה שבשנה הראשונה להפעלת השירות היתה כמות השיחות מעטה: "גם מממן יתקשה לראות את ההוצאה עם היבול הדל של השיחות השנה" (ד"ר ענת יפה). שלישית, היה חשש שתורמים פרטיים לא יראו בעין יפה את העובדה שמוסדות הבריאות אינם שותפים למימון השירות, למעט שווה כסף בדמות התקנת התשתית הטכנית.

3. תלות בקצב העבודה של הקופה – כאמור בסעיף 1 לעיל, הבדלים בתפיסות בין "טנא בריאות" לבין מוסדות הבריאות, הביאו לכך שהעמותה לא יכלה לשווק את שירות המתורגמנות באופן חופשי וללא מגבלות, והיתה תלויה באישור הקופה לגבי תזמון ההטמעה וזהות המרפאות שיקבלו את השירות. אתי גולסטאני תלתה את העיכוב בצורך של הממסד, בעיקר קופות החולים, לקבל מידע ואפיון אודות שירות שמציע לה גוף חוץ-ממסדי: "ה'כללית' היתה צריכה לקבל אינפורמציה: מי אנחנו, מה אנחנו, מה מטרת הסיפור. והם לקחו את זה לאט לאט. זה מה שעכב. אנחנו חשבנו שזה ילך מהר, וזה ירוץ. [זה לא הלך כמו ש]חשבנו, שתוך חודשיים שלושה כולם ירצו כי זה רעיון מאוד מעניין וחשוב, וזה רעיון טוב. לא לקחנו בחשבון שזה ייקח כל כך הרבה זמן." ד"ר ענת יפה תלתה את העיכובים בהטמעת השירות בחששות של שירותי הבריאות מפני העמותה והשירות הלא מוכר – גם לא ליושבת ראש העמותה בעצמה: "גם הקופה הכתיבה אילוצים ייתכן שהקופה היתה מתעצבנת, כמו שהיה בהתחלה אבל אחר כך היא למדה, במפגשים והבהרות, שאף אחד לא מתכוון לגזול ממנה שום דבר, אלא רק לשפר שירותים, ותוך כדי לתת לה קרדיטים. זה גם התחיל כבד [...] וזה לא התקדם, וזה לכאורה לא היה בידיים שלי, זה יותר מכל דבר אחר סבל מהתחושה שלי שאני לא מכירה את התחום מספיק."

4. תלות בהכתבת הקופה בבחירת המרפאות – "שירותי בריאות כללית" קבעה לעמותה לאילו מרפאות יוכל שירות המתורגמנות להיכנס. בכמה מקרים הקביעה התגלתה כשגוייה, לאור היעדר שימוש בשירות במרפאות שנבחרו, מה שגרם למספר שיחות נמוך בשלב הפיילוט. גם לאחר שלב הפיילוט קבעה הקופה שהשירות יוכנס רק למרפאות שבהן מעל 300 מטופלים יוצאי אתיופיה, שלא פועלות בהן מגשרות. "...אנחנו נשארנו מאוד תלויים בהרבה מאוד גורמים חיצוניים לנו שבמידה מסויימת מסוגלים גם להרוג לנו את הפרוייקט, כי הם מפסיקים לנו את הכספים, כי הם יהרסו את התנופה, כי הם ישחקו את המתורגמנים". (ד"ר ענת יפה). לדבריה של ד"ר ענת יפה, התלות בקופה השפיעה לא רק על המשך המימון, אלא גם על מוראל העבודה של המתורגמנים, שלנוכח כמות השיחות הנמוכה התייאשו מהעבודה וייתכן שאף לא האמינו בצורך שקיים בשטח לשירות. כמות השיחות הנמוכה בשלב החלוץ, היתה אף עלולה לגרום לכך שהקופות יחליטו שלא להמשיך להטמיע את השירות במרפאות נוספות, כיוון שלכאורה אין צורך בו:

כי המערכות לא מעכלות עד כמה הם היו גורם מעכב, הן מסתכלות על כמה אנחנו עשינו ביצועים, הספקים. טוב אם הכנסתם איקס מרפאות ויש לכם שתי שיחות ביום, סימן שהצוות מוצא את השירות לא חיוני. בואו נהרוג אותו. [הפסקה]. היות ובכל השירות הזה טמון פוטנציאל של עלות מתגלגלת אל המבטח, זה איזושהיא מטלה שהם רוצים, לא מטלה – איזושהי מסקנה שיש לא מעט אנשים במערכת שיסכימו, אה, היו רוצים לקבל אותה בסופו של דבר. ואנחנו אולי עוזרים להם לקבל את המסקנה שהשירות לא נחוץ. הנה, העובדה זה קיים, ואנחנו לא משתמשים. ולפטור את העובדה שיש קשיים בשטח, ואנחנו עומדים על כך

שהטכנולוגיה תהיה טובה ושההכנסה תהיה לפי הקצב, ושזה יתואם עם כל העולם ואשתו, בתור משהו שמוסיפים אותו בתור מגבלות אבל לא בתור דבר שבסופו של דבר משנה את המסקנה שלך (ד"ר ענת יפה).

5. מיסוד רשת ארצית להטמעת השירות בקופות - נדרש זמן למסד רשת של שיתוף פעולה בין העמותה לבין גורמים אזוריים ומקומיים בשירותי הבריאות, בעיקר ב"שירותי בריאות כללית". בתחילה התנהלו המגעים באופן ספוראדי, עם רופאים שיו"ר העמותה הכירה באופן שטחי, ובעיקר עם ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות. הדבר גרם להרבה טעויות בהטמעה בשטח. כאשר העניין הועבר לרמה האזורית, היה אפשר להטמיע את השירות בצורה טובה יותר.
6. נדרש זמן להסביר לצרכני השירות ממערכת הבריאות מהו טיב השירות, כיצד הוא פועל, במה הוא יכול לסייע למטפלים לשיפור המצב הקיים, וכן לרכוש את אמונם באשר למתורגמנים הטלפוניים – מיהו האדם שמאחורי הקול, מהי הכשרתו, מהם הכללים שלפיהם הוא עובד, והאם הוא יאריך את השיחה עם המטופל או אולי יסייע לקצר אותה.
7. היעדר ההכרה ביתרונות התרגום הטלפוני, ותפיסתו כנחות לעומת תרגום פנים-אל-פנים, ולעתים אף בהשוואה לתרגום של בן משפחה, הקשתה על שיווק השירות. כפי שצויין במשוב של אחת המרפאות שהשתתפו בשלב החלוץ של הפרוייקט: "השירות עדיין חשוב, כי ממשיכים להגיע לקוחות חדשים שעבורם נזדקק לשירות, עד שיביאו מישהו [לתרגום להם] ועד שילמדו את השפה" (משוב מרפאת שיכון עממי, 15/11/2007) ד"ר דיאן לויין-זמיר, שהיתה מעורבת בהטמעת השירות ב"שירותי בריאות כללית", סברה שיעילותו של שירות המתורגמנות הטלפוני מוגבלת: "זה לא במקום תרגום במקום וגישור במקום. לפעמים מסתפקים בזה. זה צריך להיות לשימוש מיידי, בהול. השימוש טוב אבל רק למקרים שהכי ניתן לדבר עליהם באמצעות הטלפון ויש מקרים שלא. דברים שקשורים להבעה, לשפת גוף דברים שצריך להראות או להסביר והמתורגמן לא קולט את היחסים בין הרופא למטופל. זה לא מושלם בוא נגיד. זה לא מושלם. (ד"ר דיאן לויין-זמיר)
8. חששות פוליטיים - חלק מהמרואינים, בעיקר חברי העמותה, סברו שאחד הקשיים בישום שירות המתורגמנות נבע מתפיסה של גורמים מערכת הבריאות שאם יתמכו במתן שירות מתורגמנות לאוכלוסיית מיעוט אחת, עלולות לבוא קבוצות מיעוט אחרות ולדרוש את אותו שירות, שגם אותו יצטרכו מוסדות הבריאות לממן.

הרים אלי טלפון ד"ר [...], רופא שאחראי על רפואה בקהילה [ב"שירותי בריאות כללית"-מ.ש], שאמר, שאנחנו לא רוצים לעשות משהו שהוא יעשה אפליה לטובת קבוצה אחת בתוך כלל המטופלים שלנו, שמא זה יפתח פתח לדרישות נוספות ובעצם אמר לי 'לא רוצים את זה.' (ד"ר ענת יפה)

בשטח יש רצון – מצד צוותים ומנהלים. אבל התחלנו תהליך עם הנהלת הקופה, כללית בעיקר, שמאטים את הקצב. לא ברורות לנו הסיבות, אולי החשש שזה יעלה להם כסף בעתיד, כי המטרה שלנו להכניס את השירות לסל הבריאות - שהמדינה והקופות ייקחו אחריות ויתנו זאת כשירות לאזרחים. אני לא יודע מהן הסיבות. הם אומרים ונותנים לנו להרגיש שהם רוצים אבל זה הולך לאט. (פקדו גדמו)

בנוסף, במהלך הפעלת השירות (לאחר שלב החלוץ) התקבלו בעמותה ידיעות על כך שמתאמות הטיפול בנשאי איידס חוששות מהרחבת שירות המתורגמות שמא הוא ייתר את עבודתן ויגרום לפיטוריהן. העמותה פנתה למשרד הבריאות על מנת להבהיר את ההבדלים בין שירות המתורגמות הטלפוני לבין עבודת המתאמות, ולבקש להרגיע חששותיהן של מתאמות הטיפול.

9. הגשת בקשות תקציב לגורמים המסורתיים – "טנא בריאות" הגישה למשרד הבריאות בקשות לתקצוב השירות, ונענתה בשלילה. למרות שהעמותה פנתה מספר פעמים למנהלים במשרד הבריאות וב"שירותי בריאות כללית" (סעיף 5.1), הרי שהבקשות המפורטות למימון הוגשו דרך הגורם שמולו היתה רגילה העמותה לעבוד, קרי המחלקה לחינוך וקידום הבריאות (שמימנה פעילויות אחרות של העמותה). ייתכן, שהיה צורך לאתר גורמים אחרים במשרד הבריאות שמולם היה סיכוי לקבל את המימון הנדרש. כך התבטאה רות ויינשטיין, ראש המחלקה לקידום בריאות במשרד הבריאות: אז הם ["טנא בריאות"] הגישו [בקשה למימון] לנושא של הטלפון ואנחנו לא העברנו את זה. לא מהוועדה הזו. יכול להיות שאם משרד הבריאות היה רואה את זה יכול להיות שיש איזה זרוע של המשרד שכן. בזרוע של קידום בריאות זה לא התקבל. זה לא אומר שאנחנו לא בעד, אבל אין לנו הרבה תקציבים בקידום בריאות".

10. היעדר תקדימים לביטוח רפואי למתורגמים - ביטוח מקצועי לעובדי מערכת הבריאות קיים במדינת ישראל, אולם ביטוח מקצועי למתורגמים בעיקר, ולמתורגמים רפואיים בכלל, לא היה מוכר בחברות הביטוח. שירות "קול לבריאות" הציב תקדים בדרישה לבטוח מתורגמים רפואיים בביטוח מקצועי. עמותת "טנא בריאות" פנתה למספר חברות ביטוח בבקשה לקבלת הצעות מחיר לביטוח מקצועי. רוב חברות ביטוח לא היו מעוניינות לתת הצעות מחיר, וחברה גדולה שעוסקת בביטוח לאנשי מקצוע לא ידעה כיצד לחשב את הפרמיה לסוג הביטוח המבוקש. על מנת לטפל בבקשה, הביאה מנהלת השירות נתונים מארצות אחרות על ביטוחים דומים, וכן את העובדה שלא מוכרים מקרים שבהם נתבעו מתורגמים רפואיים על רשלנות בתרגום. בסוף התהליך, חושב סכום ביטוח יקר מאוד יחסית לתקציב של עמותה, והוא חושב על-פי מספר המרפאות, ולא על פי מספר המתורגמים שעבדו בשירות.

11. היעדר סינגור - בתקופה הנבדקת במחקר זה, לא היה גורם פוליטי, או ארגון מגזר שלישי, שיקדם את הטמעת השירות ברמה ארצית – לצורך מיסוד המימון, פתיחת דלתות וחקיקה. ח"כ חיים אורון ניסה לקדם דיון בנושא בכנסת אך לא הצליח. בנוסף, ל"טנא בריאות" לא היו כלי סינגור, שיש לארגונים אחרים, והיא לא חברה לארגוני

מגזר אחרים שיכלו לבצע סינגור כזה. ד"ר נורית גוטמן סברה שהטמעת שירות המתורגמות תלוי, מעל לכל, בעבודת סינגור פוליטית:

לדעתי זה לא קשור למערכת הבריאות כפי שהיא. כי עובדה שאמרו שלא ייקחו את המגשרים ובסוף לקחו. כשרוצים מוצאים את הכסף. אנחנו מדברים על סכומים קטנים. [...] זה לא הכסף. זה עניין של החלטה מדינית אם כדאי להם. זה מכשיר קטן לבית-חולים. זו עבודה פוליטית. זה מיעוט בלי כוח. זה משרד שטרוד בעניינים אחרים. שאין לו אפילו מישהו שאחראי רפרנט אתיופי לענייני אתיופיה. זה משרד עם המון כוונות טובות ואנשים נהדרים אבל יש להם משימות אחרות. הכוחות האתיופיים חלשים ולא מתמקדים בראיות. טנא בריאות פר אקסלנס עוסקת בבריאות וזה די עצוב. מצד שני היא יכולה לשים את זה על המפה. אבל אז זה הופך לאדווקסי [סינגור] ולזה היא לא בנויה. יש אבל עמותות אחרות ואנשי מקצוע. אתם צריכים לבנות את הקייס כי זה נשמע מינורי צריך להוציא נייר, עמוד אחד, למה זה חשוב למצוא משוגע לעניין. הממשלה יכולה לעשות וי על עניין שיש בו עלות נמוכה ותוצאות גבוהות. צריך למצוא מישהו רופא במערכת. אולי על התכנית של 2020. אולי אלי רוזנברג. לשים את זה כיעד שעד אז האוכלוסיה האתיופית ומיעוטים אחרים יהיו להם שירותי תרגום כדי שיוכלו לממש את חוק זכויות החולה. (ד"ר נורית גוטמן)

ד"ר גוטמן סברה שמאחר של"טנא בריאות" אין יכולות סינגור משל עצמה, היה עליה ליצור שותפויות עם עמותות ואנשי מקצוע שמתמחים בסינגור, ויחד לקדם את הטמעת הנושא במערכת הפוליטית ובמסד הבריאות. בהקשר זה, ציינה בר (2006), את ההבחנה בין יזמות חברתית – שמטרתה לממש רעיון או חזון חדש במרחב הציבורי בצורת שירות חדש, ויזמות מדיניות היא יכולת של ארגונים ליזום הצעות מדיניות חדשות, אך ברגע שהיזומה מוצגת לציבור או לממשלה, הארגונים מגלגלים את הכדור לידי הגופים הללו וגורלה של היזומה נותר בידיהם. על סמך מקרה המבחן שבדקה בר, ויזום הרעיונות לשינוי חברתי אינו מספיק להטמעת השינוי. היכולת להגדיר בעיה או ליזום מדיניות חייבת להיות מלווה גם ביכולת לקדם את הרעיונות והיזומות הללו בזירה הציבורית והפוליטית, וקידום זה דורש יכולות ומיומנויות שונות מאלה הנדרשות לצורך יזום ועיצוב המדיניות – מיומנויות של משא ומתן, שכנוע בצדקת הרעיון, ושליטה ברטוריקה (בר, 2006, עמ' 269). למשל באמצעות פורומים של ארגונים, עבודה מאורגנת, יעוץ ארגוני וכולי.

12. קושי לגייס את המטופלים יוצאי הקהילה לדרוש את שירות המתורגמות – "טנא בריאות" הודיעה על קיום השירות במספר ערוצים – באמצעות תכנית הרדיו שהיא משדרת אחת לחודש, במסגרת הרצאות ובהודעה למוקדי הקליטה העירוניים. בהודעות אלה היתה טמונה המגבלה שהשירות בשלב החלוץ ניתן במספר מצומצם של מרפאות, ולא ברמה הארצית. בפועל, לא נבדק מספר המטופלים שדרשו את השירות מרופאיהם (למרות שמוכרים מקרים של מטופלים במרפאה מסויימת שבאו למנהלת המשרד

וביקשו תרגום בשיחתם עימה), ובחלק מהמרפאות שכן הציעו את השירות היו מטופלים שהופתעו מקיומו.

6.3 מחשבות על עתיד ההנגשה הלשונית של שירותי בריאות בישראל

בעת בחינת חומרי המחקר - התכתובות והראיונות, התגלו כמה התייחסויות באשר לעתיד שירותי ההנגשה הלשונית לשירותי בריאות בישראל.

אמנם, בעת הקמת שירות המתורגמות, "טנא בריאות" לא ניסחה תכנית אסטרטגית הכוללת חזון ברור ויעדי ביניים למימוש לאורך מספר שנים, אבל השירות נתפס בעמותה לא רק כסיוע לשוני נקודתי אלא כזכותו של מיעוט, וכמכשיר לצריכה יעילה יותר של שירותי בריאות. לפיכך, ניתן לאתר בחומרי המחקר התייחסויות לנושא הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים בעתיד, על בסיס הניסיון של "קול לבריאות".

בבחינת החומרים הנוגעים לעתיד שירות המתורגמות הטלפוני, ושירותי מתורגמות קהילתית בכלל, ניתן לזהות כמה תימות, שחלקן סותרות. מצד אחד, היו שחקנים שסברו שהצורך בשירותי המתורגמות ילך ויעלה, לאור העלייה במודעות נותני השירות, התקדים שיצר שירות "קול לבריאות" וכן בשל היכרות עם פתרונות דומים מחו"ל. מאידך, היו שחקנים שסברו מגזרים רחבים בישראל אינם זקוקים לשירותי ההנגשה לשונית בבריאות, מסיבות שונות. בנרטיבים מעטים בלבד תוארה תמונה של ההנגשה לשונית כוללת, אך גם תמונה זו היתה מופשטת למדי. רוב ההתייחסויות צפו לשירותי ההנגשה העתידיים קשיים כלשהם – חוקיים, פיננסיים או מינהליים.

חלק מהמראיינים במחקר התייחסו ל"עולם אידיאלי" או ל"מצב אידיאלי" שבו קיים תרגום לכל, או תרגום כמכשיר המסייע לטיפול הרפואי, אבל באותה נשימה הזכירו את המגבלות בדרך למימוש מצב זה.

להלן הנושאים העיקריים שעלו בחומרי המחקר לעתיד שירותי ההנגשה הלשונית לבריאות בישראל.

6.3.1 "בעתיד לא יצטרכו תרגום"

על אף שכל המראיינים במחקר זה היו מודעים לצורך של יוצאי אתיופיה בשירותי מתורגמות רפואית, הרי שחלקם לא הכירו בבעיית ההנגשה כסוגייה כללית יותר: בצורך בהנגשה לאורך זמן, באוכלוסיות הזקוקות לשירות, ובסיכון שבשימוש בבני משפחה כמתורגמים.

מראיין אחד, ד"ר שמואל גבעון, סבר שקשיי הנגישות לשירותי בריאות בישראל מאפיינים רק אוכלוסיות מסוימות, והם עתידים להיעלם בעתיד: "דור המדבר [של יוצאי אתיופיה] ייאסף אל אבותיו, כעבור עשרות שנים, ואז צריך לקוות שהצעירים [יסתדרו]. הערבים לא צריכים כי

עובדים איתם רופאים ערבים ולכן אין להם בעיה. גם ברפואה ראשונית וגם ברוב בתי-החולים יש עובדים ערבים, מרופאים ומטה, ככה שהם בסך הכל (מסתדרים), ורובם ככולם יודעים עברית ברמה סבירה, ונולדו פה וחיים פה, אז גם מכירים את המנטליות. הבעיה קיימת אבל היא לא מאוד קשה. אם נניח זאת אישה שבכלל לא מדברת עברית, אז בעלה, או בנה, או קרוב משפחה מדברים עברית, מה גם שהיא לא באה לבד בדרך כלל לבית-חולים ולפעמים גם למרפאה. הבעיה פחות אקוטית. תמיד יהיה מישהו מהסביבה שידע לתרגם כלשונם וכרוחם. הרוסים, אצל המבוגרים זה בוודאי בעיה, אבל גם אצלם לעתים לא נדירות יהיה מי שיתרגם להם, מהצוות הרפואי, כי יש הרבה דוברי רוסית, או שיש בן משפחה שיתרגם להם, כך שהבעיה פחות קשה. גם אין פערי מנטליות כל כך גדולים. הם לא כאלה גדולים כמו אצל יוצאי אתיופיה המבוגרים. שם זה לסגור פער של אלפיים שנה. באופן אידיאלי היה עדיף שיהיה תרגום לערבית ולרוסית אבל זה פחות אקוטי ובעיתי מאשר אצל יוצאי אתיופיה. [...] במדינה הזו יש עולים מכל הארצות. אז כמובן בלתי אפשרי לתת שירות תרגום לכולם. אז צריך לטפל בעיקר באלה שהבעיה אצלם היא חמורה במיוחד. (ד"ר שמואל גבעון)

מרואיין אחר הסכים עם תפיסתו של ד"ר שמואל גבעון שאין צורך בשירותי מתורגמנות לערבית, אולם סבר שמהגרי העבודה בישראל נתקלים בבעיות נגישות בבואם לקבל טיפול. במקרה זה, גם נותני השירות הרפואי אינם דוברים אנגלית ברמה גבוהה, ולכן ייתכנו בעיות תקשורת בין הצדדים:

[אולי יהיה צורך] גם בשירותי תרגום לאנגלית. כי יש לנו אוכלוסיה לא קטנה של עובדים זרים בעיקר, אותם אלה שבאו בעיקר מיבשת אפריקה שהם דוברי אנגלית, לאו דווקא הכי מלוטשת אבל זו השפה שהם יכולים להשתמש זה. אני לא בטוח אם הם לא נתקלים בבעיות אצל חלק מעובדי רפואה שיש להם פחות אנגלית מהם. זה בהחלט יכול לקרות. אני מתאר לעצמי שרוב הרופאים מסתדרים אם כי יש שתי קבוצות רופאים שאין להם אנגלית. זה רופאים יוצאי ברית-המועצות לשעבר, וערבים שלמדו בברית-המועצות או בגרמניה או באיטליה. אין סיבה שתהיה להם אנגלית ואין להם. [...] ואחיות בהחלט יש הרבה מאוד שאין להן אנגלית. [...] ובוודאי עובדי משרד. אז יכול להיות שצריך דווקא למרבה הפלא תרגום לאנגלית. כי זו אוכלוסיה לא קטנה (פרופ' מיכאל ויינגרטן).

פרופ' ויינגרטן הבחין בין צרכיהם של מהגרי עבודה לבין צרכי ההנגשה של עולים ממדינות דוברות אנגלית: "כן, יש כאלה, אבל הם בדרך כלל עם מערכות תמיכה מספיק חזקות. שלא צריך לתמוך בהם והם לא צריכים את התרגום. אולי זו כן תובנה. אנשים שצריכים שירותי תרגום זה אנשים שלא זאת הבעיה היחידה שלהם. אלה אנשים עם יחסית מעט מערכות תמוך בעצמם. האוכלוסיה הזו בעיקר מאפריקה רבים מהם כן צריכים. ואני מניח שהם יהיו חלק מהנוף הישראלי לעשר השנים הבאות". כלומר, לתפיסתו של פרופ' ויינגרטן, אנשים תלויי תרגום נתקלים בקשיים נוספים (חברתיים ומשפחתיים) פרט לקשיי שפה, להבדיל, לדעתו, מעולים חדשים אשר יש להם מערכות תמיכה לקליטה מוצלחת בישראל ולפיכך יזדקקו פחות לשירותי מתורגמנות.

6.3.2 "בעתיד יורחבו שירותי המתורגמנות הרפואית"

ד"ר ענת יפה סברה ששירותי המתורגמנות יורחבו בעתיד לשפות אחרות, על סמך התקדים שיצרה עמותת "טנא בריאות": "השירות צפוי לשפר תודעת שירות ואיכות שירות. אני מצפה שזה יועבר לשפות אחרות. לא יודעת אם ב'טנא בריאות' או בנגזרות שלה." פרופ' ויינגרטן, צרכן של השירות סבר ששירות המתורגמנות צריך להינתן ככלי עבודה לצוותי הבריאות: "לדעתי, הקופה צריכה לתת שירותי תרגום בדיוק כמו שהיא נותנת את התרופות ואת הרוקח להסביר לאנשים איך לקחת את התרופות. כמכשיר כדי שהצוות הרפואי והאדמיניסטרטיבי יוכלו לתקשר עם הלקוחות שלה."

פקדו גדמו, מנכ"ל טנא בריאות, צפה כי שירותי המתורגמנות הרפואית יתמסדו בישראל, לאור התקדימים למיסוד ההנגשה הלשונית בעולם, וכן לאור המאבק שיאבקו ארגוני מגזר שלישי, דוגמת "טנא בריאות", למתן שירותי המתורגמנות: "מאחר שיש תקדימים בעולם, אני חושב שבארץ זה ילך ויתפוס מקום נכבד. התרגום הטלפוני הוכיח את עצמו בעולם. אני מאמין שזה יצליח כי אנחנו לא מתכוונים לוותר."

האחות צביה לוי, אשר השתמשה בשירות המתורגמנות, סברה כי השירות יורחב עקב ההכרה בחשיבותו אצל נותני שירותים, ועקב רצון של ארגונים לחקות זה את זה בסוגיית ההנגשה הלשונית:

השירות עתיד רק להתרחב. זה תלוי במשובים ואני מניחה שכל אחד שמשמש בשירות רואה שזה מקל עליו. מהנקודה האגואיסטית של נותן השירות. זה עוזר לנו. למרות שזה מאריך. חוץ מזה שעם המגמה העולמית הדברים האלה נכנסים זה לא יעזור, צריך להתקדם קדימה. גם כל ארגון מארגוני הבריאות הם יראו שבבתי-משפט יש מתורגמנים וירצו גם. יגידו גם אנחנו רוצים. [...] ארגונים לומדים אחד מהשני (צביה לוי).

תפיסתה של צביה לוי באה לידי ביטוי בשלב 3ד – שלב ההכפלה, במודל ההנגשה הלשונית של שירותי ציבור, שיוצג בפרק ז'.

אחד מהתנאים להרחבת השירות, הינו, לדברי ד"ר נורית גוטמן, התנייתו בנגישות כוללת של כל המטופלים בני מיעוט לשוני, והסרת ההגבלות שמכתיבים שירותי הבריאות: "קודם כל צריך [שהשירות] יעבוד בכל מקום ולא רק במרפאות מסוימות שהקופה החליטה שהיא יכולה להרשות לעצמה. חייבת להיות נגישות לשירותי תרגום לכל תושב ללא קשר למין מוצא ומקום מגורים (ד"ר נורית גוטמן).

6.3.3 גורמים מפעילים ומממנים של שירותי המתורגמנות העתידיים

המרואיינים העלו סברות שונות באשר לגוף שיפעיל את שירותי המתורגמנות בעתיד. ברמת האידאלי, סברו המשתתפים שהגוף המפעיל צריך להיות גוף ממלכתי, דוגמת ממשלת ישראל, משרד הבריאות, או קופות החולים:

הגוף המפעיל צריך להיות בתוך אותם המוסדות [מוסדות בריאות] או באופן ארצי. מה שאתם עושים עכשיו [שירות בעמותה חוץ-ממסדית – מ.ש.] זה אילוץ. צריכה להיות לשכה בתוך כל ארגון רפואי. השירות יפעל גם במרפאות וגם בבתי-חולים. במרפאות זה יכול להיות יותר דרך הטלפון ובבתי-חולים זה יכול להיות פנים-אל-פנים. בתי-חולים צריכים להיות ערוכים לא פחות ממרפאות (ד"ר דיאן לוין-זמיר).

אולי משרד הבריאות צריך לקחת את זה על עצמו. עמותה יכולה להיסגר, עמותה חיה על תרומות. אני לא מאמינה שעמותה צריכה להחזיק על עצמה פרויקט כזה. זה משרד הבריאות לדעתי. זה בדיוק האנשים מלמעלה. ואז כולם דואגים שזה יצליח (צביה לוין).

חלק מהמרואיינים אפיינו את הצורך שבהדרכת המתורגמנים על-ידי גוף מקצועי, בשיתוף עם גורמים מקהילות המיעוט, יהא אשר יהא מיקום השירות:

מבחינה מקצועית מי שצריך לטפל בזה זה האנשים שהקימו וחשבו על הרעיון. הקבוצה שהקימה את קול לבריאות צריכה להסביר למה זה חשוב. והאנשים שהוכשרו צריכים להמשיך לעבוד. האנשים שבשטח יודעים את מי לבחור. משרד הבריאות לא מחובר למציאות היום יומית ולקושי שהקהילה עוברת במרפאות (אתי גולסטאני).

לקופה אין המיומנויות הדרושות [להקמת שירות מתורגמנות] ולכן צריכים לקנות את השירות מבחוץ. [...] מצד שני לחברת תרגום אין המיומנויות הבריאותיות. לכן צריכה להיות איזה שהוא שיתוף פעולה. צריכה להיות איזו שותפות כאן. של שתי המיומנויות יחד הן חיוניות ואי אפשר להסתפק באחד בלי השני. לצורך הדבר הזה צריך. אני מנסה לחשוב אם יש מקבילה לכך. כן. בעבודה סוציאלית. יש עו"סים בתוך הקופה. אפשר לשאול, מה פתאום יש שירותי רווחה בקופה? תקנה את השירותים או תפנה אליהם. מה פתאום שיש לך משלך? והתשובה היא שעבודה סוציאלית רפואית היא מומחיות בפני עצמה. שצריך גם את העבודה הסוציאלית וגם תובנות בריאותיות ולכן הקופה עושה זאת לבד. יש לקופה עובדים סוציאליים משלה (פרופ' מיכאל ויינגרטן).

מרואיינת אחת הבחינה בצורך בהתמחויות ספציפיות בתרגום למוסדות הציבור השונים:

מי יפעיל? כולם. קופות חולים צריכות, בתי-חולים גם. ביטוח לאומי אני מניחה שגם, אם עוד אין להם. הצורך עולה. למשל [ב]כל ארגוני הבריאות למיניהם [יהיה שירות

אחד]. משרד הבריאות. כולם יוכלו להשתמש באותו שירות. אבל אם במשרד ממשלתי צריך מתורגמן שההתמחות שלו בנושא היא אחרת. שיש לו טרמינולוגיה ספציפית. כמו בתרגום בכלל. תרגום טכני. צריך לדעת את התחום (צביה לוי).
חלק מהמשתתפים סברו שעקב הוצאת שירותי הרווחה בישראל לידיהן של חברות פרטיות או עמותות, יופעלו שירותי המתורגמנות במיקור חוץ, ע"י גופים למטרת רווח או שלא למטרת רווח

לצערי אני חושב שזו תהיה עמותה. היום מה שקורה במדינתנו, כך אני רואה, כל עניין של רווחה, גם מה שבעבר נעשה ברמה הממשלתית הולך ומוצא החוצה בקבלנות לעמותות. וזו בעיה קשה מאוד. בעמותות [יש] אנשים נהדרים אבל קודם כל צריכים מימון. ומימון תמיד בא עם תנאים. אין מימון כמעט אלטרואיסטי. אז לכן זה משקף אינטרסים זרים. גם [אם] הקופה משלמת לעמותה כסף, העמותה מתקיימת לא בזכות הכסף של הקופה. זה לא חברה קבלנית זה עמותה, והיא צריכה להיות ממומנת על-ידי מי שמעוניין לממן עמותה, והם גם רוצים תמורה כלשהי. כל אחד והסיבה שהוא תורם. מה שאין כך בשירות הממשלתי, שמשקף בסופו של דבר את הרצון הפוליטי של העם. בצורה מעוותת זו או אחרת, אבל בכל זאת מנגנון של עשייה ממשלתית. אם (חולמים?) יותר מדי אז קמה צעקה ואז לא מקבלים את הקולות בבחירות הבאות. ועמותה חשופה לגמרי לחסדי התורמים (פרופ' מיכאל ויינגרטן).

6.3.4 בעיות צפויות במיסוד השירות, ודרכים להתגבר עליהן

כמעט כל המרואיינים התייחסו לאתגרים (כלומר, קשיים שיהיה אפשר להתגבר עליהם) בדרך להקמת שירותי מתורגמנות רפואית בעתיד.

6.3.4.1 בדיקת מוכנות של המערכת ובדיקת צרכים

במקביל להעלאת רעיון שירות המתורגמנות, יהיה צורך לבצע הערכת צרכים אצל נותני השירותים: "אני צריך לבדוק, אה באמת עד כמה השטח רוצה ומוכן לקבל את זה. [...] בדיקת צרכים והתאמה לשטח", אמר ד"ר שמואל גבעון, בראייה מנהלית של מתן שירות בריאות: "הייתי שואל [...] את כל הצוותים באותן המרפאות, אה הנה יש שירות כזה וכזה, בתנאים האלה והאלה האם תשתמשו? האם בפועל זה מועיל לכם? האם זה עלול לעכב? הייתי עושה סקר שווקים. כדי לוודא שבאמת זה שזה נשמע לי יפה כאדמיניסטרטור, זה רלוונטי לשטח. כי לא תמיד דברים שרואים מכאן רואים משם. יכול להיות שבשטח יגידו 'אל תבלבלו את המוח! אין לנו חשק, אין לנו צורך, אין לנו זמן, יש לנו מגשר'. אז אין טעם להתחיל לבלבל את המוח אם השטח לא צריך. לא כל מה שנראה לי טוב, רלוונטי בשטח.

מימון השירות העתידי הוא סוגייה שעלתה בכל ההתייחסויות. מעורבות כלכלית של הממסד הרפואי בהפעלת שירותי המתורגמנות בעתיד משמעותה גם התחייבות להנגשה לשונית. לפיכך, צפו המרואיינים, שיהיה קושי לקבוע מי יהיה הגוף המממן, ובאיזו מסגרת. חלק מהמרואיינים סברו שמימון השירותים צריך להיות חלק מסל השירותים שנותנות הקופות למטופליהן. זו תפיסה דומה ל"סל ההנגשה" שהציגה ד"ר יפה במסגרת פעילות "טנא בריאות" (ר' סעיף 5.6.4.7). כך, למשל סברה ד"ר לוי-זמיר: צריך תחזוקה כספית [של שירות המתורגמנות] לטווח ארוך. זה צריך להיות כחלק מהחישובים לסל השירותים שהקופות צריכות לתת. אני חושבת שצריך לאפשר לצוותים להשתמש נכון בשירות.

חלק מהמרואיינים התייחסו למרכיב התרומות במימון השירות. מרואיינת אחת, העובדת במשרד הבריאות, שללה את ההסתמכות על תרומות: "זה שחבר הכנסת יכול להעביר קצת כסף השנה לטנא בריאות וזה קורה, מצוין אבל הם לא יכולים לסמוך על זה" (רות ויינשטיין). מרואיין אחר, פרופ' ויינגרטן, סבר שהתלות בתרומות תגביל את פעילות השירות, משום שתורמים מצפים לתמורה עבור הכסף. מרואיינת אחרת (ד"ר נורית גוטמן) אף סברה שהמשך מימון השירות מתרומות חיצוניות עלול, בטווח הארוך, לעכב את מיסוד השירות, מאחר שהמדינה לא תצטרך למצוא לו מימון מתקציבה שלה: "כי אם אתם [טנא בריאות] תמשיכו כמו עכשיו, אתם נותנים לממסד תירוץ לא לעשות – אם אתם עושים, למה שהם יעשו?"

מרואיינים שפועלים בממסד הבריאות העלו את ההצעה להוכיח את החיסכון הכספי שעשוי שירת המתורגמנות לתרום למערכת הבריאות, או את ההימנעות מתשלום על תביעות עקב רשלנות רפואית במקרה של תקשורת לקוייה.

צריך להראות להם שהשטח מאוד מרוצה, לשכנע אותם ליטול חלק בעלות, באיזה שהוא שלב. בדרך כלל, כדי לשכנע אדמיניסטרטור, שהוא לא תמיד רופא, צריך להראות לו שאם הוא משקיע שקל, הוא מרוויח שניים. צריך להראות לו שכתוצאה מכך שהרופא מבין את המטופל, מספר הביקורים פוחת, שמספר הבדיקות וההפניות פוחת. אפשר לוותר על כל מיני דברים שאם לא היתה לרופא אפשרות להבין את הצרכים של המטופל הוא היה צריך להפנות לבדיקות, להדמיות, לרופא מקצועי. אחרת אין סיכוי. הוא לעולם לא יוציא כסף רק לשם שמיים. הקופה היא מלכ"ר והיא לא פועלת לשם שמיים. היא גם חייבת להיות מאוזנת בתקציב. הוא לא יוציא אגורה בלי שיראה שהוא ירוויח שתיים או עשר. שהשירות לא רק משפר את שביעות הרצון, שזה בעיני האדמיניסטרטור הוא דבר שולי. הוא לא יגיד לך [שזה דבר שולי] אבל ירצה שנראה לו שזה מביא תועלת [כלכלית] ורק אז נדבר. חובתנו כעמותה להוכיח במעקב על השירות, בבדיקה של לפני ואחרי, שאדם זה או אחר מגיע פחות, מופנה פחות לבדיקות לשירותים להדמיות לייעוצים וכדומה. ואת זה צריך להוכיח שחור על גבי נייר. מעבר לתחושה הסובייקטיבית של הצדדים. ואת זה קל היום מאוד להוכיח, המערכות שלנו יכולות לבדוק זאת בקלות.

(ד"ר שמואל גבעון)

ברגע שאנשים מצפים שיהיה להם בחדר המתנה מיזוג ומים וטלוויזיה, הם לא שואלים מי משלם. אני מניחה שהמימון יבוא מחסכון בבדיקות מיותרות וביקורים אקראיים – מחלוקה אחרת של התקציב הקיים. (ד"ר ענת יפה)

כמעט כל המרואיינים המשתייכים, או שהשתייכו למשרד הבריאות, סברו שלא עלות השירות היא הבעיה במיסודו: "אנחנו מדברים על סכומים קטנים. זה לא הכסף. זה עניין של החלטה מדינית אם כדאי להם. זה מכשיר קטן לבית חולים. זו עבודה פוליטית (ד"ר נורית גוטמן).

מרואיינת אחרת התייחסה להיבטים הפוליטיים של סוגיית מימון השירות, שעלו בפועל גם בשלבי ההקמה של "קול לבריאות" (ר' סעיף 6.2). נראה, כי מקבלי ההחלטות בקופות החולים או במשרד הבריאות חוששים לממן שירות מתורגמות לשפה אחת, ואז לקבל דרישה לשירותי מתורגמות מקבוצות מיעוט נוספות החיות בישראל:

מי יממן? יריבו על זה. יהיה ויכוח. משרד הבריאות, קופת-חולים, ביטוח לאומי. כל אחד רוצה שמישהו אחר יממן. מאחר שאנו מגירת הגירה זו סוגיה של המון שפות. לא, אולי, כמו מדינות שיש הגירה במדינה שגובלת בהן ויש הגירה של שפה אחת או שתיים. אצלנו צריך להנגיש מספיק שפות מבלי שאחרים לא ירגישו מקופחים. תתחילי מהרוסים האתיופיים יצעקו. תתחילי מהאתיופיים הרוסים יצעקו. וכשאינן כסף אי אפשר לעשות בבת אחת (צביה לוי).

6.3.4.3 שיקולים פוליטיים בדרך למתן שירותי מתורגמות

הקישור בין מתן שירותי מתורגמות לבין מאבקי סינגור, והתנגדויות פוליטיות, עלה גם במקומות אחרים בעבודה זו (סעיף 5.6.4.7, סעיף 6.2.3).

אני חושב שהשירות חיוני מאוד ואני מניח שתהיה לו דרישה גם לשפות אחרות. וזה גם החשש של קופת חולים כללית שידרשו גם הערבים וגם הרוסים ושפות זרות אחרות. אני חושב שהפרוייקט ילך ויתפתח. אני לא יודע להגיד לך כרגע אם הפרוייקט ייתן את השירות בשפות אחרות. אני מדבר על 3 – 4 שנים מתוך היכרות עם הדרך שבה דברים פועלים, לא חשוב באיזו מסגרת יינתן השירות (פקדו גדמו).

ד"ר שמואל גבעון, שהיה מעורב בשיווק שירות המתורגמות ל"שירותי בריאות כללית", הבחין בין מצב אידיאלי שבו יינתנו שירותי מתורגמות לכל המיעוטים, לבין מתן שירותי מתורגמות רק לאוכלוסיות שהפער התקשורתי בינם לבין הממסד גדול במיוחד: "באופן אידיאלי, היה צריך לתת לכולם שירות, אבל במדינה הזאת יש עולים מכל הארצות, מסין או יפן במזרח וכלה

בהונולולו במערב. זה כמובן בלתי אפשרי. אז צריכים בעיקר לטפל באלה שהבעיה אצלם היא חמורה במיוחד" (ד"ר שמואל גבעון).

6.3.4.4 חקיקה כדרך להרחבת שירותי ההנגשה

עמותת "טנא בריאות" סברה ששירותי המתורגמנות צריכים להינתן בעתיד במסגרת "סל הנגשה" למיעוטים לשוניים אשר יעמדו בקריטריונים שתקבע המדינה:

[אנו מציעים] בנייה של מסגרת ביטוחית נוספת להנגשת שירותי בריאות. הביטוח יממן שירותי תרגום, חומרי הדרכה מותאמי שפה ותרבות, קורסי קיום בריאות וכדומה. שירות ההנגשה אשר ימומן על-ידי המדינה, יהיה זמין לאזרחים אשר יעמדו בקריטריונים שונים, כגון: עולה חדש, גיל עלייה מתקדם, [אדם] בודד ואשר אנשים אשר מירב הסיכויים שלא ילמדו עברית ולכן זקוקים לעזרה לשונית ותרבותית בהנגשה רפואית (סיכום ישיבת המועצה הלאומית בקידום בריאות: תכתובת עם ח"כ חיים אורון, מסמך מס' 66).

ד"ר יפה ביקשה לכנס וועדה בין-מקצועית לדיון בפתרון זה. הבקשה הופנתה למנכ"ל משרד הבריאות. המשנה למנכ"ל השיב כי "משרד הבריאות מודע היטב לצורך בהנגשה תרבותית (ולשונית) של יוצאי אתיופיה [...] אך ציין כי אין בתקציב הקיים כדי לתת מענה לכל הצרכים. המשנה למנכ"ל הוסיף כי המשרד מנסה למצוא מקורות מימון נוספים, מחוץ לתקציב, לפעילויות ההנגשה התרבותית, וכל סיוע בנושא יתקבל בברכה (מסמך מס' 84). תשובה זו החזירה, למעשה, את הכדור לידיו של חבר הכנסת, בנימוק של היעדר תקציבים לפעילות נוספת לשיפור הנגשת שירותי הבריאות. תשובה זו הוחזרה כלשונה לעמותת טנא בריאות, ולמעשה לא שינתה דבר.

בראיון עימה, התייחסה ד"ר דיאן לוי-זמיר לחוק זכויות החולה (1996), וקשרה בינו לבין הזכות להנגשה הלשונית, אם כי הזכות לטיפול בלשונו של אדם אינה מוגדרת במפורש בחוק: "על פי החוק כתוב שכל אחד אמור לקבל טיפול בלשונו אבל זה לא מוגדר ברור איך, ולכן אין לכך את המשאבים המתאימים. ברור לי שזה צריך להיעשות וכך זה צריך להיות אבל זה קורה לאט לאט".

בהתייחסה לבסיס העתידי להפעלת שירותי המתורגמנות, השוותה אחת המרואיינות את המצב הרצוי בישראל למצב שירותי ההנגשה הלשונית במדינות אחרות: "יש ארצות שזה בתודעה שלהם, כמו אוסטרליה, שאני מאמינה שהם עושים את זה כי כל הנושא של קליטה אצלם מאוד מפותח" (רות ויינשטיין) אם כי היתה ריאלית באשר לסיכויים שהשינוי בישראל יתרחש בשל שינוי תודעתי ממלכתי.

מרואיינת אחרת, ד"ר נורית גוטמן, המליצה לאתר תומכים בשירות המתורגמות מתוך המערכת, שיסייעו להכניס את נושא ההנגשה הלשונית לתוך תוכניות אסטרטגיות, ואף לסייע לשנות חקיקה בנושא: "זה חשוב למצוא משוגע לעניין. הממשלה יכולה לעשות יוי על עניין שהעלות שלו נמוכה והתוצאות שלו גבוהות. צריך למצוא רופא במערכת, אולי מישהו שיקדם [את הנושא] במסגרת התכנית של 2020⁷⁶. צריך לשים את זה כיעד, שעד אז האוכלוסיה האתיופית ומיעוטים אחרים יהיו להם שירותי תרגום כדי שיוכלו לממש את 'חוק זכויות החולה'".

6.3.4.5 תביעות משפטיות כדרך להרחבת שירותי ההנגשה הלשונית

אחת המרואיינות ציינה כי דרך למסד שירותים ומימון עבורם היא בהגשת תביעות. ייתכן שהמרואיינת מתייחסת לתביעות על רשלנות רפואית, שאירעו עקב בעיות בהנגשה לשונית (דוגמת דלאשה ואח' נגד מדינת ישראל, סע' 2.5), שבהן תוכר אחריות המדינה להנגשה לשונית של הטיפול, וייתכן שאף פסיקה לממן שירותים אלה (דוגמת תיק אלדריגי בקנדה, 1997): "יכול להיות, שהדרך זה ללכת על תביעות. לפעמים זה מאוד מזרז את המוסדות. אני לא יודעת אם [יש תביעות] בקרב אתיופים, בקרב הערבים אני שומעת שיש, כמה תביעות, אני לא יודעת כמה. אז יכול להיות, כי זה דרך הכיס" (רות ויינשטיין).

6.3.4.6 צורך בהכשרת צוותי הבריאות לטיפול מותאם תרבותית ולשימוש בשירות

מספר מרואיינים ציינו כי בעתיד יהיה צורך להכשיר בצורה יסודית את צוותי המרפאות לשימוש בשירותי מתורגמות, לצד הסברה לאוכלוסיות המטופלים שמשתמשים בשירות.

אם לא ילמדו את האחיות או את כל הצוותים, יתנו יותר רקע על התרבות זה לא יתרום להם. לדעתי יש [...] שלא מבינים עד כמה התרבות של האתיופים שונה. הם צריכים ידע וצריכים להכיר. קודם כל. יש כאלה שיזלזלו או יתעלמו גם אחרי ההכשרה. אבל אני חושבת שצריך ידע יותר מעמיק. מערכת יחסים במשפחה, למשל העניין הזה שהגבר לא יקום לקחת לעצמו אוכל אפילו אם אשתו לא בבית הוא לא ייקח. מי מכבד את מי וכולי. (צביה לוי)

עד עכשיו אנשים הסתדרו איכשהו בלי וצריך להכניס את זה כהרגל [עבודה] לאיפה שקיים ושלא יוותרו איפה שלא מבינים. אני יושבת עם עצמי ואומרת שלא תמיד קל להכניס את השינוי למרות שמתבקש. (ד"ר דיאן לוי-זמיר)

המתורגמנית תמיד תופסת נוכחות. וזה מה שכולם מציינים שהשיחות בין המתורגמנית הן מאוד ארוכות ואתי השיחות קצרות. ז"א יש הרבה יותר נפח של תקשורת שמתרחשת בין המטופל למתורגמנית מעבר לתקשורת ביני לבין המתורגמנית. אז לכן אני מדבר על

⁷⁶ תכנית "לעתיד בריא 2020" היא תכנית שמרכז משרד הבריאות, בשיתוף משרדים אחרים וגורמי אקדמיה, לגיבוש יעדי בריאות בתחום קידום הבריאות והמניעה. עוד על התכנית באתר משרד הבריאות.

נוכחות שלישית. זה לא תפקיד סביל אלא תפקיד מאוד פעיל. בעצם, ע"י בן אדם שאני לא רואה, לא מכיר, אין לי סיבה לסמוך עליהם אלא כמתורגמנים, כי יש ההכשר של טנא בריאות. מתורגמנים מוסמכים. אבל כבני אדם אינטליגנטים, רגישים, אין לי סיבה לסמוך עליהם. יכול להיות שהם טובים יותר ממני, אבל אני אינני יודע את זה. ובדרך כלל, כשאני מערב איש, גוף שלישי, אדם נוסף באינטראקציה, למשל, אחות או משהו כזה, זה בן אדם שאני יודע מיהו. ויש לנו יחסי צוות. והמתורגמנים הם לא בתוך הצוות. אז כאן יש אני חושב משהו ששווה הבהרה. אני לא אומר שחייב להיות פתרון של משוואת תרגום להצטמצם לתרגום מילולי של מה שנאמר בשני הכיוונים, אלא אולי דווקא לקבל את המציאות שיש גורם מטפל נוסף. ולמה המתורגמנים כגורם מטפל דורש תקשורת אחרת בין הרופא לבין המתורגמנית. (פרופ' מיכאל ויינגרטן)

6.3.4.7 זהות המתורגמנים בשירות העתידי

רוב המרואיינים לא התייחסו לאיכות המתורגמנים, ולצורך לתת להם הכשרה, במסגרת המחשבות על שירותי מתורגמנות עתידיים. המרואיינת היחידה שהתייחסה לסוגיה זו בפירוש, אם כי בקיצור, היתה הד"ר דיאן לוי-זמיר מ"שירותי בריאות כללית", שסברה ששירותי מתורגמנות מקצועי עתידי יהיה צריך להעסיק אנשי מקצוע מיומנים, אשר יתמידו בעבודתם.

ד"ר ענת יפה הסיקה לקחים מניסיונה של "טנא בריאות" בתהליך המיון והבחירה של המתורגמנים, וציינה כי לא היתה ממליצה לבחור באנשים העוסקים במקצועות הבריאות כעבודתם העיקרית.

באופן עקיף, הועלה הצורך בהכשרת המתורגמנים לעבוד בצורה שתתאים יותר למגזרים שונים בצוות הרפואי, דוגמת אחיות או רופאים, או לכל הפחות להסביר לצוות הרפואי למה התרגום עשוי להיות ארוך יותר ממה שנדמה להם: "התרגום הוא לא תרגום של אחד לאחד. אני שומעת שאני אומרת שני משפטים ומתרגמים חמישה. זה עדיין קיים למרות שזה לא אמור להיות כך ובגלל הבדלים תרבותיים זה כנראה לא יהיה כך. אבל זה מאריך את הזמן [של המפגש]" (צביה לוי).

מרואיין אחר התייחס לתכונות הרצויות ממתורגמן טוב, מעבר למיומנויות הלשוניות, והן פעילות התנדבותית בקהילה, יכולת ביטוי, מיומנויות מחשב ויכולות למידה עצמית (ד"ר ספפה איצ'ק). הוא סבר, כי חלק מהקשיים שהשירות נתקל בהם בשלב החלוץ נבעו מחוסר אחריות חברתית ואישית של המתורגמנים.

פרק ז': מודל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל

שירות המתורגמות "קול לבריאות" הינו שירות המתורגמות הראשון מסוגו בישראל. לפיכך, יש להתייחס אליו כמקרה מבחן, ולהיזהר מהכללה ממנו. עם זאת, השירות נותן מענה לבעיה שמטרידה מיעוטים לשוניים אחרים, ונותני שירותים ממגזרים נוספים: הקושי להשתמש בשירותי ציבור בשל פערי שפה. לפיכך, בפרק זה יוצג, על סמך התהליכים שתוארו בניחוח מקרה המבחן של "קול לבריאות" (פרקים ה', ו-ו'), ועל סמך מבנים ותהליכים להנגשה לשונית במדינות אחרות (פרקים ב', ד'), מודל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל. יודגש, כי יש להתייחס למודל בזהירות הראויה, לאור היעדר גופים נוספים המספקים הנגשה לשונית כוללת, ממוסדת ומקצועית כפי שמוצגת להלן. עם זאת, ניתן להסיק מהתנאים ששררו בעת הקמת השירות והפעלתו, לצורך תיאור הגופים המעורבים בבניית מודל להנגשה לשונית לשירותי ציבור בישראל, והתהליכים הכרוכים בכך.

במדינת ישראל חיות קבוצות מיעוט רבות. כחמישית מאוכלוסיית המדינה דוברת ערבית כשפת אם, ושפה זו מוגדרת כשפה רשמית שנייה במדינה. בנוסף, מתגוררים בישראל עולים ממדינות רבות, וכן מהגרי עבודה מכמאה מדינות שונות (רשימת מדינות המוצא של המהגרים משתנה במהלך השנים). יש לציין, כי לעתים מונים עם אוכלוסיית המיעוטים הלשוניים גם את החרדים דוברי היידיש.

המודל המוצג מתאר תהליכים המובילים ממצב של אי-סדר בתחום ההנגשה הלשונית במרחב הציבורי, שבו אין פתרונות ממוסדים ומקצועיים לתקשורת בין נותני השירות לבין פונים מקבוצות מיעוט לשוני, ועד למצב של מרחב ציבורי נגיש לשונית, שבו מוטמעת מדיניות להתאמה תרבותית באופן כולל. בתיאור המודל נכללים התהליכים המשפיעים עליו, כגורמים הדוחפים להנגשה לשונית כוללת או מעכבים אותה. המודל הינו כרונולוגי מטבעו, אולם ישנם תהליכים המתרחשים במקביל לתהליכים אחרים.

שלבי המודל המתוארים בתרשים הינם:

א. שלב אי-הסדר

ב. שלב ההכרה בצורך

ג. שלב הקמת השירות

ד. שלב ההכרעה:

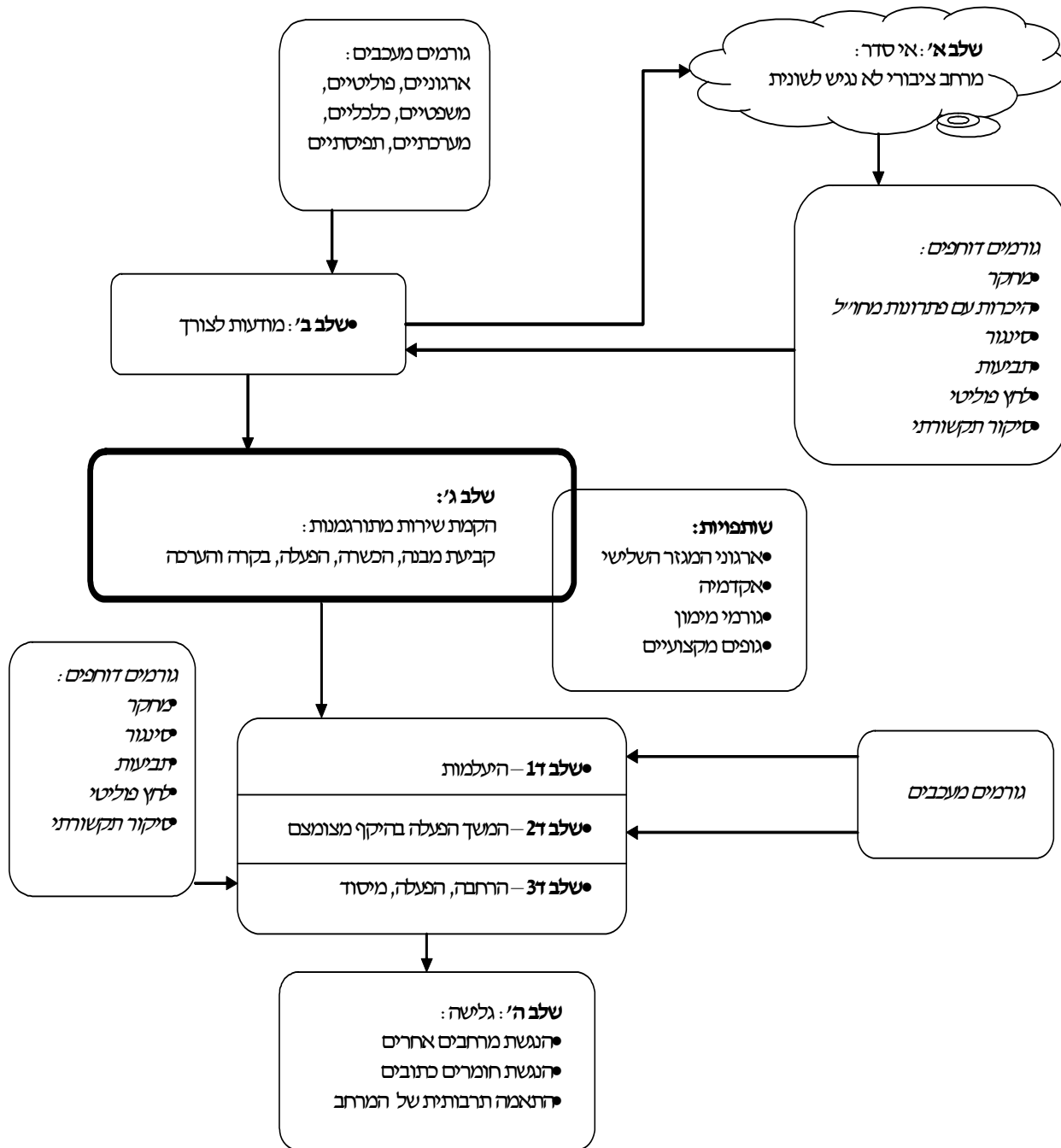
1ד – שלב ההיעלמות

2ד – שלב המשך הפעלה מצומצם

3ד – שלב ההרחבה, ההכפלה והמיסוד

ה. שלב הגלישה

להלן יוצג המודל בצורה גרפית, ולאחריו יפורט כל שלב, או תהליך, במודל.



תרשים מס' 3: מודל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל

7.1 שלב א': אי-סדר

שלב אי-הסדר מתאר מצב שבו אין במדינה מענה כולל וממוסד להנגשה לשונית של שירותי ציבור. לפיכך, כאשר מגיע פונה בן מיעוט לשוני לקבל שירות במגזר הציבורי, הוא, ונותן השירות, נאלצים לתקשר באמצעות פתרונות מאולתרים (ראו סעיף 2.4 לעיל). ייתכן מצב, שבו חלק מהארגונים במרחב מסוים הינם נגישים לשונית, וחלקם בלתי-נגישים – בשל סיבות משפטיות, כלכליות, חברתיות או פוליטיות. ייתכן שמוסד מונגש לדוברי שפה אחת (ערבית למשל) אך נאלץ להסתפק בפתרונות מאולתרים לדוברי שפה אחרת (אמהרית, רוסית, ספרדית וכולי).

ההנגשה הלשונית של ההליך המשפטי הפלילי הינה אחד התחומים היחידים המוגדרים בחוק בישראל. חוק סדר הדין הפלילי קובע כי "הוברר לבית המשפט שהנאשם אינו יודע עברית, ימנה לו מתרגם או יתרגם לו בעצמו." (סדר הדין הפלילי, מהדורה שנייה, התשס"א, סעיף 16.7.1). החוק מתייחס גם לשכרו של המתורגמן עבור תרגום בבית המשפט.

באשר לחקירות משטריות, קיים חוק המסדיר את ביצוען של חקירות, בעברות שדיןן 10 שנות מאסר ומעלה, בשפת החשוד.

"חקירת חשוד תתנהל בשפתו או בשפה שהחשוד מבין ודובר אותה, לרבות שפת סימנים." (חוק סדר הדין הפלילי (חקירת חשודים), התשס"ב, סעיף 2)

"לעניין שפת התיעוד של חקירת חשוד בתחנה יחולו הוראות אלה:

- 1) תועדה חקירת חשוד בכתב בלבד, יהיה התיעוד בשפה שבה התנהלה החקירה;
 - 2) לא ניתן לתעד בכתב חקירתו של חשוד בשפה שבה היא מתנהלת, תתועד החקירה בתיעוד חזותי או בתיעוד קולי; ואולם אם התנהלה החקירה בשפת סימנים, תתועד בתיעוד חזותי בלבד.
- ..." (חוק סדר הדין הפלילי (חקירת חשודים), התשס"ב, סעיף 8)⁷⁷

החוק מיועד לתקן את נוהל העבודה הקודם במשטרה, לפיו ההודעות שנגבו מנחקרים שאינם דוברי עברית נרשמו בעברית. הנחקרים נדרשו לחתום על ההודעות מבלי שהבינו אותן, גם כאשר ההודעות נגבו בשפתם (פינטו ואבריאלי, 2001). יש לציין כי כבר בשנות ה-60 של המאה שעברה קבע היועץ המשפטי הנחיה לגביית הודעתו של חשוד:

1. אימרה לאחר אזהרה הנרשמת מפיו של החשוד או הנאשם יש לרשמה בשפה בה מוסר אותה החשוד או הנאשם.

2. [...] בית המשפט העליון קבע כי כל מי שמצוי בענייני לשון ותרגום יודע כי דיוק התרגום מותנה לא רק בבקיאות המתרגם בלשון, אלא גם בכישרון מיוחד ולא מן המידה להזיק את בית המשפט לאחר מכן לנוסח המתורגם של המסמך שעל-פיו

⁷⁷ חוק חקירת חשודים אינו חל, נכון ליולי 2008, על חקירות שירות הביטחון הכללי, והוראת החוק המחייבת תיעוד אינה חלה על עברות ביטחוניות. לפירוט אודות מאבק ארגוני זכויות לשנות מצב זה, ראו בסעיף 7.2.3 להלן.

לא ניתן לקבוע מה היה הדיבור שננקט בידי מוסר ההודעה. (הנחיה מס' 50029, מתאריך 1 בדצמבר, 1969, אצל פינטו ואבריאלי, 2001).

עם זאת, יישומו של החוק לוקה בחסר, ובשנת 2007 הגיש הוועד נגד עינויים בישראל עתירה לבג"צ שבה נדרש המשרד לביטחון פנים לנמק מדוע החוק אינו מיושם (להרחבה בנושא ראו סעיף 7.2.3 להלן)

להלן סקירה של פתרונות להנגשה לשונית בבריאות הקיימים כיום בישראל, העולים מתוך דיון שנערך בכנס "מה הגשר – הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים", שנערך במאי 2006, ומתוך משוב אנשי הצוות שמתמשים בשירותי המתורגמנות של "קול לבריאות". ניתן ללמוד ממצב זה גם על מצבם של מרחבים מוסדיים אחרים בישראל, שלגביהם אין חקיקה המחייבת הנגשה לשונית⁷⁸:

1. מגשרות - עובדות ממוצא אתיופי המקשרות בין יוצאי אתיופיה לבין נותני השירות הרפואי. מספרן של המגשרות קטן, והן אינן עונות על הצורך הכולל בתיווך לשוני. יש לציין, כי פיתרון המגשרות ייחודי לקהילת יוצאי אתיופיה – וניתן בתחומי בריאות, חינוך ורווחה. אין עד כה מגשרות בריאות לקהילות מיעוט אחרות בישראל.
2. בנות שירות לאומי – בנות המשרתות בשירות הלאומי משמשות כמקשרות בין יוצאי אתיופיה לבין נותני השירות הרפואי.
3. תרגום בבת-חולים באמצעות אנשי צוות - אנשי צוות בבת-חולים משמשים כמתורגמנים, לעתים באמצעות רשימות עובדים דו-לשוניים המופצות בבית-החולים. לעתים מתקשרים מבית-החולים לעובדים אלה הביתה, לאחר שעות העבודה הרגילות, כדי להיעזר בהם לצורך תרגום.
4. התאמה לשונית נעשים ניסיונות לתת לפונים דוברי שפת מיעוט את הטיפול באמצעות מטפלים דוברי שפתם. קורה שההתאמה הלשונית איננה מדויקת, כמו, למשל, "שידוך" בין נותן שירות דובר ספרדית לפונה דובר פורטוגזית.
5. רשימות מתורגמנים מתנדבים – בחלק ממוסדות הבריאות, בעיקר בבת-חולים מופצות רשימות של מתורגמנים מתנדבים. לרוב משתמשים בשירות המתורגמנים המתנדבים לתרגום באמצעות הטלפון
6. פתרונות אד-הוק לשיחה ספציפית – תרגום באמצעות מלווה (קרוב משפחה, שכן, פונה אחר בן אותו המיעוט)
7. שימוש במילונים ושיחונים בשפות מיעוט הנפוצות במוסד
8. "מסתדרים" - ניהול תקשורת ישירה, בשפה מינימלית

כל הפתרונות שצוינו לעיל נהוגים בחלק מהמוסדות, לחלק מהשפות. היעדר המודעות לנזק העלול להיגרם מהיעדר הנגשה לשונית מקצועית, וחוסר היכרות עם פתרונות מקצועיים

⁷⁸ מצב ההנגשה הלשונית בהליך הפלילי בישראל שונה מהמתואר בפרק זה לגבי שירותי ציבור אחרים ובכלל זה שירותי בריאות, משום שהחוק מחייב את בית המשפט להנגיש את ההליך למיעוטים לשוניים. על מצב ההנגשה הלשונית בתחום המשפט הפלילי, ראו אצל סבניה-גבריאלי (2007).

אפשריים, הינם גורמים אפשריים למצב הקיים של אי-הסדר. כך למשל, אחת המרואיינות בעבודה זו, ד"ר ענת יפה, סבורה שתחושת ה"מסתדרים" שחשים אנשי צוות רפואי בעת הטיפול במיעוטים לשוניים, היא גורם לזלזול בצורך בתרגום רפואי מקצועי: "לי זה גם גרם לחשוב ש [...] חלק מהעובדה שהמנהלה הרפואית די מזלזלת בנושא של התרגום הרפואי זה בגלל שזה חלק מהיום-יום שלנו אנחנו כולנו, לכאורה, מתפקדים."

ייתכן מצב שלפיו נותני שירות מודעים לפערי תקשורת עם מיעוט אחד, אולם אינם מכירים בפערי התקשורת הקיימים מול אוכלוסיות מיעוט אחרות, או בצורך של המדינה לספק שירותי מתורגמות לכלל המיעוטים או לרובם: "Ideally [באופן אידיאלי], היה צריך לתת לכולם שירות [מתורגמות], אבל במדינה הזאת יש עולים מכל הארצות, מסין או יפן במזרח וכלה בהונולולו במערב. זה כמובן בלתי אפשרי. אז צריכים בעיקר לטפל באלה שהבעיה אצלם היא חמורה במיוחד" (ד"ר שמואל גבעון).

כאשר נשאל ד"ר גבעון על הצורך בהנגשה לשונית של הטיפול הרפואי למיעוטים אחרים בישראל, הוא השיב:

הערבים לא צריכים כי עובדים איתם רופאים ערבים ואין להם בעיה כזו ברמה [אקוטית]. ברוב בתי-החולים עובדים ערבים כאלה או אחרים, מרופאים ומטה. רובם ככולם [מטופלים דוברי עברית] יודעים עברית ברמה סבירה. [הם] נולדו וחיים פה, אז גם פחות או יותר מכירים את המנטאליות. ככה שהבעיה קיימת, אבל [...] היא לא מאוד קשה. ואם נניח זאת אישה שפחות מדברת עברית, אז בעלה או בנה, או קרוב משפחה מדברים עברית ויכולים [לתרגם], מה עוד שהיא לא באה לבד בדרך כלל. אישה נשואה במגזר הערבי. אני מדבר ברמה של בית-חולים. גם ברמה של מרפאות אגב, לא רק בבתי-חולים. אז הבעיה הזאת היא פחות אקוטית. אה תמיד יהיה מישהו בסביבה שידע לתרגם להם כלשונם וכרוחם [...]. [לגבי] הרוסים - לגבי המבוגרים שבהם זו בוודאי בעיה. אבל אלף גם אצלם מן הסתם לעתים לא נדירות יהיה מי שיתרגם להם או מקרב הצוות הרפואי או הפארא-רפואי כי יש הרבה דוברי רוסית, [...] מכל הכיוונים, או שיש בן משפחה שיכול לתרגם להם, ככה שהבעיה היא פחות קשה.

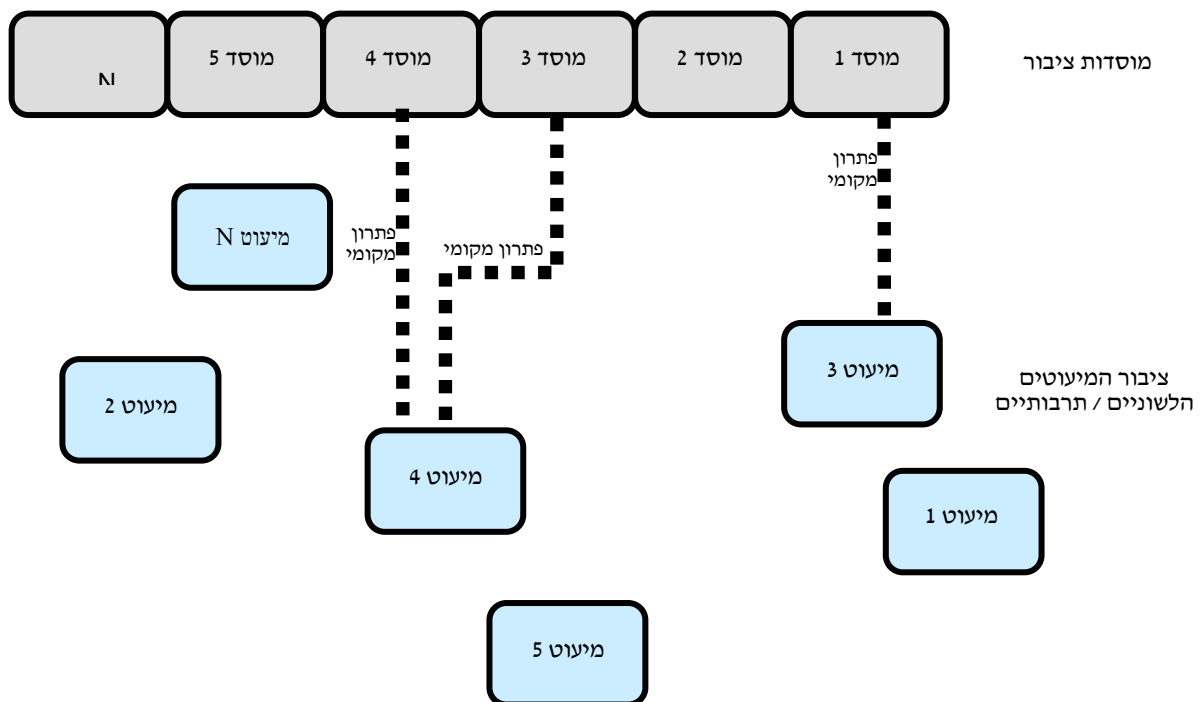
התייחסותו של ד"ר גבעון שיקפה, מחד, את מודעותו לצורך במתורגמן שידע לתרגם את הדברים "כרוחם וכלשונם", כדבריו, כלומר, לא רק תרגום מילולי אלא תרגום המעביר משמעויות תרבותיות. ד"ר גבעון אף היה מעורב בהכשרת מתורגמני "קול לבריאות" ובשיווק השירות, כך שהכיר מקרוב את הצורך בתרגום מקצועי ומהימן. מאידך, המרואיין היה סבור ש"מישהו בסביבה" - כלומר איש צוות, או בן משפחה, יוכל לבצע תרגום מהסוג שעליו דיבר.

דעה זו השתקפה גם בתשובה שהעניק אחד מבתי-החולים בארץ, בתגובה לפניית ארגון "טנא בריאות" שהציע את שירות המתורגמות הטלפוני:

הצעתך נדונה בישיבת ההנהלה של בית-החולים. אנו סבורים שעדיין קיים סיכון של שיבוש המידע בעת תרגומו והעברתו מהחולה לרופא או מהרופא לחולה באמצעות המתורגמן. יחד עם זאת, המציאות של בית-החולים מאפשרת קבלת עזרה מעובד דובר אמהרית במקרה הצורך בתרגום ללא קושי מיוחד. מספר העובדים ממוצא אתיופי בבית-החולים גדול, יחסית. יש גם לקחת בחשבון, שבמרבית המקרים ניתן להסתייע בבני משפחה המלווים את החולים לשם קבלת ומסירת מידע. ככל שניתן נראה לנו נכון יותר שהתרגום נעשה פנים מול פנים. בסיכום: אין אנו רואים צורך בשילוב בית-החולים בהסדר המוצע על ידך (מכתב מהמרכז הרפואי "הלל יפה" אל ד"ר ענת יפה, מסמך מס' 54).

על פי מכתבה זה, הנהלת בית-החולים היתה מודעת לסיכום שבתרגום לא-מדויק בעת התקשורת בין מטפל למטופל, אך סברה שעובדי בית-החולים דוברי האמהרית, או בני משפחה המלווים את המטופלים, מספיקים על מנת לתרגם בצורה מדויקת וללא שיבוש המידע.

מצב אי-הסדר שמתואר לעיל מאופיין בחוסר שיתוף במשאבי הנגשה לשונית בין המוסדות הפועלים במרחב הציבורי. מוסדות עשויים להטמיע פתרונות הנגשה פנים-ארגוניים, והם אינם חולקים בהם, לרוב, עם מוסדות אחרים. יוצאת דופן בתחום זה היא תכנית "עצמאות" של הג'וינט, המפעילה מגשרים יוצאי אתיופיה לסיוע למשפחות עולים מול מגוון מוסדות ציבור. ייתכן שההסבר לראייה ההוליסטית הפועלת במקרה של תכנית "עצמאות", נעוץ בעובדה שהגוף האחראי לפרוייקט הינו חוץ-ממסדי, ולפיכך לא חלים עליו בהכרח המגבלות והכללים, הארגוניים והחברתיים שחלים על מוסדות במגזר הציבורי. עוד על חלקם של ארגוני המגזר השלישי בהקמתם של שירותי מתורגמנות ראו בסעיף 7.3.3.1 להלן.



תרשים מס' 4: אי סדר: מרחב ציבורי נגיש חלקית/בלתי נגיש

7.2 שלב ב': הכרה בצורך

שלב "ההכרה בצורך" מתייחס לתהליך שבו עובדי המרחב הציבורי ומקבלי החלטות הנוגעים אליו (בין אם בתוך המרחב או מחוצה לו), מכירים בבעיות הנגרמות בשל קשיי התקשורת מול הפונים שאינם דוברי עברית, ובצורך למצוא פתרונות קבועים, ומקצועיים יותר, לגישור על פערי השפה. לשלב זה מגיע המרחב הציבורי באופן הדרגתי, בדרך כלל כתוצאה מכמה תהליכים המתנהלים במקביל: מחקר, עתירות, היכרות עם פתרונות בארצות אחרות וסינוור קהילתי (סעיף 7.2.1 – 7.2.6). במקביל לזרזים להקמת שירות מתורגמנים, עשויים להתרחש תהליכים שיעכבו את ההכרה של הממסד בצורך בהנגשה לשונית, ואילו יתוארו בסעיפים 7.2.7 – 7.2.12.

7.2.1 מחקר

מחקר אקדמי המוכיח את יעילותם של שירותי מתורגמנות קהילתית, או את הנזק העלול להיגרם מהיעדרם הוא אחר מהגורמים המשפיעים על מודעותם של מקבלי החלטות לצורך בהנגשה לשונית. מחקרים מסוג זה עשויים להיות מושפעים מהיכרות עם פתרונות להנגשה לשונית מחו"ל (סעיף 2 להלן). כך, למשל, המחקר שהיה אחד הגורמים להקמת שירות המתורגמנות "קול לבריאות", הוא המחקר אודות ניצול שירותי בריאות של יוצאי אתיופיה בהשוואה למטופלים שאינם יוצאי אתיופיה (טולדנו ואח', 2005) (ראו סעיף 5.1). במחקר עלו, בתצפיות ובראיונות, הקשיים שחשו יוצאי אתיופיה בבואם לצורך שירותי בריאות, וכן התסכול שחשו אנשי המקצוע בתקשורת עם מטופלים מקהילה זו. המחקר גם הציג את הפתרונות להנגשה לשונית ותרבותית של שירותי הבריאות במרפאה בה נערך המחקר ליוצאי אתיופיה כפי שציינה ד"ר ענת יפה, אחת מהחוקרות שערכו את המחקר:

למדנו מה היתרון של מגשרים וגם מה החסרונות של מגשרים. וחלק גדול מזה היה הנגישות, בנוסף לזה, היה קושי מסוים עם מישהי שיושבת בקהילה ונמצאת במקום, [...] וההגדרה המאוד רחבה של התפקיד שלה, שלא אפשרה לה להתעסק בדיוק בלהגיד לי, מה המטופל רוצה ממני, ולמה הוא מצפה ממני, ולהגיד לו מה אני רוצה ממנו

מערכות, ככלל, ממשלתיות ועסקיות כאחד, מעדיפות לפעול על פי נתונים מהשטח. לכן יש צורך באיסוף שיטתי של נתונים ומספרים על הצורך בשירותי הנגשה לשונית. על בסיס הנתונים, ייתכן שייקל על מקבלי החלטות לאשר את בנייתו של מודל להנגשה לשונית של המרחב הציבורי, על מוסדותיו השונים.

אחת המרואיינות, אשת אקדמיה העובדת שנים רבות עם יוצאי אתיופיה, הציגה את חשיבותה של ההוכחה האקדמית לקידום התהליך: "אתם [העמותה, פעילי שטח] צריכים להוכיח שהמודל עובד טוב. אם הוא טוב ולא כל כך יקר, אז זה מדהים. [...] ככל שהמיעוט קטן יותר, המודל חשוב כי אין דוברי השפה." (ד"ר נורית גוטמן)

בתחום ההנגשה הלשונית של שירותי ציבור במדינות אחרות בעולם פועלות מספר רשתות של אקדמיה-שירותי מתורגמנות/ארגוני מתורגמנים-קהילה-מממנים, ברמה בין-לאומית (The Critical Link, וכן International Association of Medical Interpreters) וברמה הלאומית (Health Interpreting Network בקנדה, California Endowment בארצות הברית). רשתות אלה מעורבות במחקרים הבודקים צרכי הנגשה לשונית, ומעורבות בהכשרת מתורגמנים קהילתיים.

7.2.2 היכרות עם פתרונות להנגשה לשונית ממדינות אחרות

פתרונות קבועים להנגשה לשונית של שירותי ציבור פועלים כיום בעשרות מדינות, ביניהן מדינות מערב אירופה, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו-זילנד, ודרום-אפריקה. פתרונות אלו מופעלים מכוח חוק, תקנות פנימיות, או נורמות שהמרחב הציבורי מאמץ מתוך אמונה שהנגשה לשונית היא חלק מזכויות האדם והאזרח, או כלי חיוני למימוש זכותו לצרוך שירותי ציבור.

מערכות ציבוריות בישראל מקושרות עם מערכות דומות בחו"ל, מחליפות ידע ומכירות צורות הפעלה של פרויקטים. עובדי מרחבים ציבוריים משתתפים במפגשים עם עובדים ממרחבים דומים בחו"ל. הם סופגים מידע ורעיונות בדיונים (רשמיים ולא רשמיים) בסוגיות של הנגשה לשונית ותרבותית. האקדמיה ואגודות מתורגמנים משמשים גם הם כערוצי "ייבוא" של פתרונות מחו"ל, כחלק מחילופי הידע בין חוקרים בעולם:

כך, ציינה אחת המרואיינות במחקר זה, את היכרותה עם צורות הנגשה ממוסדות לטיפול הרפואי בארצות הברית, בעת ששהתה שם לצורך תקופת בתר-דוקטורט: "אני זוכרת מהפוסט בדוקטורט בבית ספר לרפואה בניו ג'רזי [...] איפה שאת לא מסתובבת תמיד היה שלט גדול של שירותי תרגום בעשר שפות. קוריאנית, וייטנאמית, סינית, ספרדית, שפות לטיניות שונות, פורטוגזית" (ד"ר נורית גוטמן). עוד ציינה המרואיינת, כי הבחינה שבסביבה ההיא היתה מודעות גבוהה אודות הקשר שבין שפה לבין מימוש זכויות מטופלים באמצעות מתורגמן.

יש לציין, כי חוקרי תרגום ומתורגמנים מקושרים כבר היום לרשתות אינטרנטיות שבהן מתקיימים חילופי מידע – פסקי דין, חומרי הדרכה, סמינרים מקוונים וכולי. מנהלת המחלקה לקידום בריאות במשרד הבריאות, ציינה בריאיון למחקר זה כי היא הכירה את התפיסה האוסטרלית, שמנהיגה הנגשה לשונית ותרבותית כוללת בתחום הבריאות, כחלק מהמאמץ לשפר את ההיענות לטיפול: "בעולם אידיאלי אז היינו כמו אוסטרליה. ממה שאני שומעת כי אני לא יודעת, אני למדתי שיש על פי החוק גם על פי התפיסה שעם הנגשה תרבותית, שפה, הכול, יש יותר הענות לטיפול, יש יותר הצלחה." גב' ויינשטיין לא רק שהכירה פתרונות להנגשה לשונית כוללת, היא הביעה שאיפה שגם בישראל יונהגו פתרונות אלה. ד"ר לוי-זמיר, ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות ב"שירותי בריאות כללית", ציינה בריאיון למחקר הנוכחי כי היתה נוכחת בכנסים בנושא ההנגשה התרבותית והלשונית, וכי היא מעורבת בפעילות למיסוד ההנגשה הלשונית והתרבותית באירופה:

כבר ידעתי על זה [שירותי מתורגמנות בבריאות] קודם ולמדתי על זה במסגרת כנס של WHO [ארגון הבריאות העולמי] בנושא בתי"ח ידידותיים למהגרים. באמסטרדם השתתפתי בכתיבת הצהרת אמסטרדם⁷⁹ וראיתי את העבודה בבליגיה, וגם במקומות אחרים. דיברו במליאה לא רק על [תרגום באמצעות] הטלפון אלא גם תרגום בפאלס (ד"ר לוי-זמיר).

אחת המרואיינות במחקר זה התייחסה להיכרות הראשונה שלה עם נושא המתורגמנות הרפואית המקצועית אמרה, בכנס בנושא הנגשה לשונית שנערך באוניברסיטת בר-אילן במאי 2006, ושילב הרצאות של מומחים מחו"ל, ושל אנשי שטח ואקדמיה מישראל: "אני חייבת לומר לך שכל הנושא של מהם הבאגים בתרגום של מתורגמן זר ומתורגמן קרוב משפחה, וזה, לא היו לי ברורים עד שלא הגעתי לכנס שלכם." (ד"ר ענת יפה)

כינוסים בנושא הנגשה לשונית של שירותי ציבור יכולים להוות את תחילתה של רשת נושאים לחילופי מידע ורעיונות בין החברים המתעניינים בנושא, וכך לייבוא מודלים להנגשה לשונית על-ידי מומחים מחו"ל. באוקטובר 2007 ערך המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות (מלמ"ב) סדנה בהשתתפות מומחים בין-לאומיים, שנושאה: הכשירות התרבותית של מערכת הבריאות. לכנס הוזמנו בכירים (בדרגות ניהול ובדרגות ביניים) במערכת הבריאות בישראל, ומטרתה היתה להציג את הבעיות הנוגעות להנגשה תרבותית של שירותי הבריאות בישראל, להציג פתרונות קיימים, ולידע את המשתתפים על מצב ההנגשה התרבותית בארצות-הברית ובמדינות מערב-אירופה (אתר מלמ"ב). מפגשים מסוג זה עשויים לתרום לחילופי ידע במגזר המקומי, וייתכן שאף לתת מענה חלקי לבעיית אי-השיתוף במשאבים שתוארה בסעיף 7.1 לעיל, בעיה שמקורה, לעתים, בחוסר תקשורת בין ארגונים שונים באותו המרחב.

התייחסויות המרואיינים שהובאו לעיל מציגות את הצורך בשותפים מתחומים המשיקים לנושא המתורגמנים, המכירים לא רק את הצורך אלא יודעים כיצד מתגברים במקומות אחרים בעולם על פערי שפה ותרבות בשירותי ציבור.

7.2.3 תביעות ועתירות

תביעות של בני מיעוטים לשוניים שנפגעו כתוצאה מהיעדר נגישות לשונית אינן נפוצות בישראל. תביעות אלה משרתות, מעבר לבקשתו של האדם היחיד לסעד, גם את הצורך להעלות את סוגיית ההנגשה הלשונית למודעות הציבורית, ועשויות אף לתרום לשינוי בפועל במדיניות ההנגשה הלשונית במרחבים ציבוריים שונים (וראו גם Shlesinger, 2007). יש לשער, שחלק מן התביעות של בני מיעוטים לשוניים זכות לסיוע של ארגוני סינגור וארגוני זכויות, ולהלן כמה דוגמאות הממחישות סוגיה זו.

⁷⁹ הצהרת אמסטרדם (2004) – The Amsterdam Declaration towards a Migrant-Friendly Hospitals in ethno-culturally diverse Europe.

בשנת 2007 פסק בית משפט השלום בירושלים פיצויים לבני זוג דוברי ערבית, אשר עוברים נולד מת, לאחר שהיולדת ובעלה לא הבינו את הוראות הרופאים למעקב ההיריון. על פי פסק הדין של השופט דראל, מדינת ישראל הכירה בחובתו של המטפל לתת למטופל הסבר בשפה המובנת למטופל:

ההסבר אותו יש לתת הוא הסבר שיעניק למטופל את המידע הנדרש לגבי מצבו ואת הוראות הטיפול הנדרשות לאחר שחרורו מבית-החולים. על ההסבר לעמוד בקנה אחד עם יכולתו האינטלקטואלית והרגשית של החולה [...] ובהתאמה למקרה שבפנינו עליו להינתן בשפה המובנת למטופל.

לפיכך, היה על בית-החולים לתת את ההסבר בשפה שאותה יבינו מהא וסלים. נוכח השליטה החלקית של סלים בעברית ונוכח חוסר ידיעתה של מהא את השפה בצורה מספיקה לקבלת ההסבר, לא היה נכון בנסיבותיו של מקרה זה להסתפק בהסבר בעברית והיה על בית-החולים לדאוג לכך שאיש צוות דובר ערבית ימסור את ההסבר, כפי שבית-החולים נוהג לעשות במקרים אחרים.

לא זו בלבד, היה על בית-החולים וצוותו לוודא שההסבר הניתן מובן. ניתן היה על נקלה לבקש ממהא לחזור על ההסבר שקיבלה מסלים ולראות אם הבינה את שעליה לעשות ואם היא מסוגלת להדגים כיצד עליה לבצע את הבדיקה, באיזו תדירות ומתי.
(תיק דלשאה ואח' נגד מדינת ישראל, 2564/05 א)

כמפורט לעיל, טען בית-החולים עצמו כי הוא דואג, כאשר הרופאים סבורים כי הדבר נחוץ, למתן הסבר על ידי איש צוות דובר ערבית. במקרה זה ההחלטה שלא לקרוא לאיש צוות שיינתן את ההסבר בערבית ומתן ההסבר לסלים בעברית על מנת שיעביר אותו לגברת דלשאה היתה החלטה מוטעית המהווה הפרה של חובת הזהירות המוטלת על בית-החולים.

עוד עלה כי בית-החולים דואג לתת דף הסבר בשפות שונות לגבי אופן הפעולה בהריון ממושך [...]. אין ספק כי גם פעולה זו יכולה היתה למנוע את התוצאה המצערת שהתרחשה.

לסיכום, עמדתי כי היה על הנתבעת לספק לתובעים את הוראות הטיפול בעת שחרורה של מהא מבית-החולים באופן שיובן לה ובמקרה זה לא היה די בכך שההסבר ניתן לסלים בעברית כדי שיתרגם אותו אלא בהתחשב בכך שמהא עצמה אינה שולטת בעברית ושליטתו של סלים בעברית חלקית היה על הנתבעת לדאוג למתן ההסבר על ידי איש צוות דובר השפה הערבית. (שם, סיכום פסק הדין על-ידי השופט דראל, עמ' 9 – 14)

בדברי פסק הדין מופיעים הפירושים שהיו נהוגים בדרך כלל לצורך תקשורת עם מטופלים דוברי ערבית. בחלק מן המקרים לא השתמשו המטפלים כלל במתווך לשוני, וניסו להסביר את הנאמר בעברית. בחלקם, כמו במקרה דנן, השתמשו המטפלים בבן-משפחה כמתורגמן. במקרים אחרים

(ללא אחידות) קראו המטפלים לאיש צוות דובר ערבית שיסביר את הנאמר בעברית. בית-החולים ציין כי חלק מהמידע מונגש באמצעות עלונים בשפות שונות. השופט דראל, שסיכם את המקרה, הכיר בזכותו של המטופל לקבל טיפול והנחיות בשפתו, ואף הציע דרכים לוודא שההסבר מובן. עם זאת, השופט לא ראה מקום להתייחס לסוגיית ההנגשה הלשונית הכוללת הנדרשת בבית-החולים:

איני סבור כי בנסיבותיו של המקרה שבפני יש מקום לקביעות רחבות העוסקות בשאלה האם בית-חולים, דוגמת בית-החולים "פוריה", המשרת אוכלוסיה דוברת ערבית, חייב שבכל מחלקה ומחלקה יימצאו אנשי צוות דוברי ערבית כל הזמן כדי שיוכלו לספק את ההסברים בשפה זו לכל החולים תמיד או די בכך שיהיו זמינים בעת הצורך. עוד אין צורך בהכרעה בשאלה האם השיטה של מתן ההסבר לבן הזוג הדובר את השפה העברית בשפה זו על מנת שיתרגם לשפה אחרת היא ראויה או שאינה ראויה. כאמור, בנסיבותיו של מקרה זה, מהלך הדברים שננקט לא היה ראוי ובית-החולים לא עמד גם בחובה המינימלית המוטלת עליו של מתן ההסבר באופן שבו יבין אותו המטופל, תוך שהוא מוודא את הבנת היולדת את הדברים המתורגמים לה. (סעיף 50)

עתירה שהוגשה בשנת 2007 לבג"צ, ביקשה מהמשרד לביטחון פנים לנמק מדוע לא יישם את הוראות חוק סדר הדין הפלילי (חקירות חשודים) משנת 2002, לפיו הודעות חשודים אמורות להיגבות בשפה שאותה מבינים ודוברים החשודים (ראו סעיף 7.1 לעיל). את העתירה הגיש הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל, ארגון זכויות אדם (וראו הקשר לסעיף 7.2.4 לעיל), ובה נאמר:

1. מדוע לא תפעל המשיבה 1 בהתאם להוראות חוק סדר הדין הפלילי (חקירת חשודים), התשס"ב – 2002 (להלן: "החוק"), ותחדל מהפרתן, בכך שתגבה את אמרותיהם של חשודים ותתעד אותן בשפה שהחשודים מבינים ודוברים;
2. עניינה של עתירה זו הוא גם שוויון הכל בפני החוק בהליך הפלילי: כפי שחשוד או נחקר ישראלי שדובר עברית זוכה להבין את הודעתו הרשומה בניסוחו ובשפה המובנת לו, כך גם חשודים שאינם דוברי עברית, ובכללם פלסטינים, עובדים זרים ואחרים, זכאים לכך שהודעותיהם ישקפו את ניסוחם ויהיו מובנים להם.
3. חרף הוראתו החד-משמעית של החוק בדבר החובה לתעד בתיעוד חזותי בלבד את ההודעות הנגבות בשפת הסימנים, הרי הוראה זו אינה מקוימת. על הימנעות זו של המשטרה בחקירות של חירשים ניתנו מספר החלטות שיפוטיות:
4. הוראות החוק, המחייבות חקירת חשוד בשפה המובנת לו ותיעוד החקירה בשפה זו, נועדו להגשים את עקרון השוויון: חשוד דובר עברית וחשוד שאינו דובר שפת הרוב ייהנו מאותה מידה של הבנה ושליטה על הדברים הרשומים מפיהם, שעשויים לשמש ראיות נגדם. התעלמות המשטרה מהוראות החוק, על ידי תיעוד חקירות של חשודים שאינם דוברי עברית בתרגום לעברית בלבד, יוצרת אפליה מובנית בתוך חומר הראיות, ללא הצדקה ובניגוד לחוק. תוצאה זו מהווה אפליה פסולה והיא מחמירה את הפסול שבאי-קיום החוק (עתירה מס' 3589/07)

תגובת המשיבים, המשרד לביטחון פנים, היתה:

עד להשלמת הליכי הגיוס וההכשרה המקצועית נקטה משטרת ישראל במספר מהלכים שנועדו לאפשר את תיעוד החקירות בכתב, אף בתקופת הביניים, ובכלל זה הסטת כוח אדם מיחידות אחרות במשטרת ישראל.

בעקבות מהלכים אלה הוציא ראש אגף חקירות ומודיעין במשטרת ישראל הוראה רענון ברורה וחד משמעית לכלל החוקרים במשטרה המורה להם לקיים את הוראות ללא כחל ושרק, וזאת לגבי כלל הנחקרים.

לצד הוראה זו יקיים אגף החקירות המודיעין מערך של בקרה בשיתוף עם התביעה המשטרתית ופרקליטות המדינה במטרה לוודא כי הוראות החוק מקוימות. בנוסף, מינתה משטרת ישראל ראש מדור בחטיבת החקירות, בדרגת סגן ניצב, שיהיה אחראי על מכלול הפעולות הדרושות להמשך יישום החוק. כמו כן בכוונת משטרת ישראל לשוב ולהטמיע את חשיבות הנושא בקרב החוקרים באמצעות קורסים והשתלמויות מקצועיות.

לאור המהלכים האחרונים שנקטו המשיבים, וההנחיה הברורה של ראש אח"מ לחוקרי המשטרה נדמה כי עתירה זו באה על סיפוקה. כמו כן לאור הוראת ראש אח"מ על קיום כללי ומידי של הוראות החוק, סבורים המשיבים כי אין מקום להוצאת צו ביניים (אתר הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל).

7.2.4 סינגור ואקטיביזם קהילתי

ארגוני קהילה המייצגים זכויות של אזרחים ותושבים בכלל, ושל מגזרי מיעוטים בפרט, מסייעים להעלות את נושא ההנגשה הלשונית לסדר היום, באמצעות כלים סינגוריים. לצורך עבודה זו, פעילות סינגור פוליטי מוגדרת, לצורך מחקר זה כהשתתפות פעילה בתהליכי קביעת מדיניות, וכניסיון להשפיע על החלטות ממשלתיות או מוסדיות כדי לקדם מטרה או אינטרס קולקטיבי (להרחבה ראו פרק 1א אצל בר, 2006). שוף וסטבנסון מגדירים ארגוני סינגור כ"ארגונים ללא כוונת רווח, שמטרתם המרכזית היא להגן ולקדם את הזכויות האזרחיות והחירויות החברתיות של יחידים, לפעול למימוש של מטרות חברתיות או פוליטיות ספציפיות, או לעודד את ההשתתפות של אזרחים בשיח הציבורי אודות מדיניות ציבורית. (Schoff and Stevenson 1998). פעילות סינגור יכולה להתנהל באמצעות לובי בכנסת ובממשלה לקידום הצעות חוק ותקנות, סיקור עיתונאי, מכתבי תלונה לרשויות, ומחקרים על הפרות בנושא ההנגשה או שיפור הנגישות הלשונית (Agger-Gupta, 2001), למשל, מצא שאקטיביזם קהילתי היה זרז להקמת שירותי מתורגמנות בארצות-הברית ובקנדה). נכון לסוף 2008, אין בישראל ארגון שמטרתו קידום ההנגשה הלשונית בישראל, אולם כמה ארגוני זכויות אדם מקדמים את הנושא מזוויות שונות, כחלק מפעילותם למימוש זכויות אזרחים ותושבים.

בשנת 2007 החליט ארגון "אמון הציבור" לזכויות צרכנים בישראל, לקדם את נושא ההנגשה הלשונית לשירותי ציבור, באמצעות תלונות למוסדות ציבור, פניות לעיתונות, סקירות משפטיות לטובת דיונים בממשלה ובכנסת וכולי. במכתב שנשלח לנציב שירות המדינה, שמואל הולנדר, קבל הארגון על כך שנאסר על משרדי הממשלה לענות לציבור שאינו דובר עברית בשפתו. הפנייה התבצעה על רקע המקרה הבא:

אישה מבוגרת, ניצולת שואה, החיה לבדה בארץ מאז עלתה לישראל ב-1995 ומצבה הרפואי רעוע, פנתה לגורמים שונים – ובהם משרד הקליטה – כדי לבדוק האם היא זכאית, מתוקף מצבה, לדיור ציבורי על-פי חוק. משרד הקליטה שלח לה ביולי 2007 מכתב ובו הסבר על זכאותה, בתוספת הכוונה לכתובת ומספר טלפון של רכזת בסניף משרד הקליטה בחולון לבירורים נוספים.

המידע, החשוב כל כך, הגיע אל אותה אישה רק כעבור שנה, ביולי 2008, כאשר נציגה דוברת רוסית של "אמון הציבור" תרגמה עבורה את תוכן המכתב, שהיה כתוב בעברית, ושכב בביתה מבלי שתוכל לעשות בו שימוש. יום לאחר תרגום המכתב פנתה האישה אל אותה רכזת בסניף בחולון כדי לברר פרטים נוספים ומימשה את זכאותה באיחור רב.

פניית "אמון הציבור" למשרד הקליטה בדרישה לברר מדוע לא זוכים הפונים – עולים חדשים שאינם דוברי עברית לתשובה בשפתם, זכתה לתשובה - המשרד אינו משיב לפניה ברוסית, כיוון שהוא כפוף להוראות התקשי"ר האוסרות זאת. ואכן, בסעיף בתקשי"ר המנחה את משרדי הממשלה ועובדי המדינה בעניין התכתבות בלועזית, נכתב כך: "...על מכתב המתקבל מן הארץ ושפתו לועזית, יש לענות בעברית".

מבדיקה שביצע הארגון עלה, כי הוראות התקשי"ר סתרו את החלטות הממשלה בנושא – החלטות שהתקבלו ביוני 2003 על רקע דו"ח מבקר המדינה וקבעו כי "אתרי האינטרנט של משרדי הממשלה יכללו, משנת התקציב 2004, מידע בשפות עברית וערבית, ובשפות נוספות בהתאם לצורך...". החלטות אלה הצטרפו אף להנחיות היועץ משפטי לממשלה, שקבע כי "במדינה כישראל הקולטת עלייה והכוללת מיעוטים, יש חשיבות רבה בקשר של רשויות השלטון עם אוכלוסיות ששליטתן בשפה העברית היא חלקית או אפסית...". בפניה לנציב שירות המדינה, עו"ד שמואל הולנדר, בנובמבר 2008, נתבקש הנציב ליישב את הסתירה בין החלטת הממשלה והנחיות היועץ המשפטי, לבין הנחיות התקשי"ר – כאשר אין ספק כי הנחיות התקשיר אינן הגיוניות וגורמות לטרטורים מיותרים ולפגיעה בלתי סבירה באוכלוסיית העולים. ("אמון הציבור", 20/11/2008) תשובת הביניים שקיבל הארגון ממשרד הנציב בדצמבר 2008, היתה כי הנציבות מכירה בבעייתיות ובוחנת נוסח חדש לתקשי"ר (תכתובת אישית עם סמנכ"ל ארגון "אמון הציבור", מר רונן רגב-כביר).

7.2.5 לחץ פוליטי

לחץ פוליטי לשינוי חקיקה או תקנות פנימיות יכול להיות מופעל באמצעות נציגי ציבור בני מיעוט לשוני המכהנים, ברשות המחוקקת או המבצעת, או באמצעות נציגי ציבור שנושא ההנגשה הלשונית קרוב לליבם. בשנת 2005 ניסו נציגי "טנא בריאות" לרתום את חבר הכנסת חיים אורון למאבק לטובת שינוי מדיניות ההנגשה הלשונית והתרבותית בישראל. נציגי העמותה ביקשו מחבר הכנסת לקשר בינם לבין מנכ"ל "שירותי בריאות כללית", וגם לנסות להשיג מימון ממשלתי לטובת פרויקטים של קידום בריאות. מאוחר יותר, בשנת 2007, ניסחה "טנא בריאות" מצע לדיון בנושא ההנגשה התרבותית של שירותי בריאות, על מנת שחבר הכנסת אורון יסייע לכינוס ישיבה בוועדה הרלוונטית בכנסת.

7.2.6 סיקור תקשורתי

לעיתונות, המכונה לעתים "הרשות הרביעית של הדמוקרטיה", יש תפקיד בהעלאת נושאים הנוגעים לזכויות אדם ואזרח על סדר היום הציבורי והפוליטי. עם זאת, העיתונות משקפת את החברה ואינה פועלת במנותק ממנה. כלומר, בדרך כלל, מעדיפה העיתונות להעלות נושאים שכבר התחילו לעלות לסדר היום הציבורי. עיתונאים אחדים כותבים בקביעות על נושאים הנוגעים למיעוטים לשוניים או בעיות נגישות (ביניהם יצוינו רותי סיני בנושא מהגרי עבודה, ודן אבן בנושאי בריאות והנגשה לשונית). כך, למשל, פורסמו פסקי-דין בתביעות על היעדר הנגשה לשונית, או מקרים של הפרת זכויות בהיעדר מתורגמנים. כמו כן סוקרה, למשל, התופעה לפיה תלונותיהם של עובדים מסרי לנקה לא נחקרות במשטרה בשל היעדר מתורגמן. תגובת המשטרה היתה, שהיא ממתינה שהעמותה אשר דואגת לזכויות העובדים ותמכה בהגשת התלונה, תספק מתורגמן. לדברי חנה זהר, מנהלת "קו לעובד": "הבעיה חוזרת על עצמה במשטרה, בבתי משפט, בבתי-חולים - כשמגיעים פצועים מקטטה או תאונה עבודה ואין מי שידבר איתם. אם המדינה לא מוכנה ולא נערכת לטפל בעובדים זרים, למה היא מביאה אותם? הרי זה אל"ף-בי"ת שאם מביאים עובדים מארץ מסוימת, צריך תשתית לכך, ותרגום זה הדבר הבסיסי ביותר" (רותי סיני, "הארץ", 30/06/08)

בנוסף לסיקור מקרים בולטים של הפרת זכויות עקב היעדר הנגשה, עיתונות חוקרת יכולה בעצמה לבצע בדיקות על מצב ההנגשה הלשונית של מוסדות ציבור. בדיקה כזו נערכה על-ידי העיתון "גלובס" במרס 2008, אשר ערך סקר: מהו המענה הניתן ברוסית, בערבית ובאנגלית במוקדי השירות הטלפוני בשירותים חיוניים, במשרדי ממשלה גדולים, בקופות-החולים ובחברות גדולות אחרות. העיתון גם ציין לחיוב גופים אשר מנגישים את שירותיהם לדוברי שפות אחרות מלבד אלה שצוינו לעיל (רז-חיימוביץ, "גלובס", 03/03/2008)

ששת הגורמים שצוינו לעיל עשויים לתרום לכך שהמרחב הציבורי יהיה מודע יותר לצורך להנגיש בצורה ממוסדת את שירותיו. אולם לא די בכך. מרחב ציבורי יכול להתקיים כמה שנים בשלב זה, בו עובדיו מודעים לצורך, אולם אינו עובר לשלב הבא, שהוא שלב הקמת השירות בפועל, בשל

גורם מעכב אחד או יותר. בשלב זה, שבו נמצא הארגון בשלב אי-הסדר, בעוד עובדיו כבר מודעים לפתרונות האפשריים להנגשה לשונית, ייתכן שעובדיו יהיו מתוסכלים מהמצב הקיים, אולם לא יהיו בידם הכלים לשפרו.

נשוב ונציין את הגורמים המעכבים את הקמתו של שירות מתורגמות, כפי שהועלו בפרק ו'

7.2.7 גורמים מעכבים את הקמתו של שירות מתורגמות

1. העדר מיפוי של התושבים הנזקקים לשירותי מתורגמות
2. היעדר הכרה מערכתית בצורך בשירותי מתורגמות - תפיסת ה"מסתדרים" (וראו רובנובסקי 2006)
3. חששות פוליטיים – אם הממסד יתמוך במתן שירות מתורגמות לאוכלוסיית מיעוט אחת, עלולות לבוא קבוצות מיעוט אחרות ולדרוש את אותו שירות, שגם אותו יצטרכו המוסדות לממן.
4. מימון – היעדר מימון על-פי חוק להנגשה לשונית, וצורך לגייס מימון חיצוני (מתרומות ומענקים)
5. סדרי עדיפויות - "כי אף אחד לא רואה את זה היום בראש סדר העדיפויות שלו. נגיד יש כמה משוגעים שרואים את זה בראש סדר העדיפות אבל לא בתוך המערכת. לא בתוך קופות החולים." (רות ויינשטיין)
6. היעדר הכרה בצורך לתקצב באופן מיוחד שירותים מותאמים תרבותית.
7. מצב פוליטי לא יציב בישראל – חילופי השלטון התדירים בישראל, מתוספים להיעדר הכרה בחשיבות השירות מצד מקבלי החלטות ברשות המחוקקת והמבצעת, ומקשים על מיסוד שירותי ההנגשה הלשונית במימון ממלכתי
8. היעדר חקיקה ותקינה: היעדר סל הנגשה לשונית והיעדר תקדימים לביטוח מקצועי למתורגמים.
9. מתן שירותים בלחץ של זמן עלול לגרום לכך שנותני השירותים לא יהיו מעוניינים להאריך את המפגש בשל התרגום.
10. הבדלים בתפיסות של חלקים שונים בממסד – הגורמים המכשירים, הגורמים הצורכים את השירות, והגורמים המממנים אותו.
11. היעדר גורמי סינגור.

יצויין, כי שוסטר, חוקרת מאיטליה, סברה שהמעבר משלב פתרונות אד-הוק להנגשה לשונית, והיעדר חקיקה ותקינה להסדרת שירותי מתורגמות, לשלב של עליה במודעות ועליה בהתמקצעות קשור גם לאופיים של גלי ההגירה למדינה הקולטת, ולתדירותם. כך למשל, באיטליה, נמצאת ההגירה ב"שלב יציב" שלה, ולא מוגדרת כמצב חירום, ולפיכך פתרונות אד-הוק לגישור לשוני אינם הכרח והממסד צריך לחשוב על פתרונות יציבים יותר ביחס למתורגמות בשירותי ציבור (Schuster, 2005). מאידך, ייתכן שדווקא מצב שבו מדינה מוצפת במהגרים

שאינן להם פתרון להנגשה לשונית, ושמכבידים על מתן השירותים לאזרחי המדינה, עשוי להביא את הממסד לחשיבה על פתרונות ממוסדים עבור אוכלוסיות אלה.

לפיכך, בהיעדר מסה קריטית של כוחות דוחפים, או במצב שבו הכוחות המעכבים חזקים יותר מהכוחות הדוחפים, נחזור חזרה למצב המתואר בשלב א' – שלב אי-הסדר. רק כאשר כוחו של גורם מניע אחד או יותר מבין ששת הגורמים שתוארו, יגבר על האילוצים הקיימים בשדה, למשל, תביעה ייצוגית יקרה מאוד, או לחץ פוליטי שיביא לתיקון תקנה, יתרחש מעבר לשלב ג'.

7.3 שלב ג': הקמת שירותי מתורגמנות

בשלב ג' של המודל, ניתן לחזות בהקמתו שירותי מתורגמנות מקצועי, המנגיש את שירותיו של חלק מהמרחב הציבורי. כפי שאינו בסקירת הספרות (פרק 2), קיימות כמה אפשרויות להקמה של גוף להנגשה לשונית של מוסד ציבורי. שירותי המתורגמנות יכול להיות חלק מהארגון או המרחב הציבורי (למשל שירותי מתורגמנות של המוסד לביטוח לאומי), או ארגון עצמאי, עם-או ללא כוונת רווח, הנותן שירותי מתורגמנות למוסדות ציבור כקבלן משנה. התרגום יכול להתבצע פנים-אל-פנים, באמצעות הטלפון, או בשתי השיטות, על פי הצורך.

מאחר שבישראל לא קיימת הנגשה לשונית ממוסדת לכל המרחבים, נציג בסעיף זה דוגמאות גם משירותי הנגשה לשונית הפועלים במדינות אחרות. מחקרים עתידיים יוכלו לבדוק את תקפות המודל, אם יקומו שירותי הנגשה לשונית למוסדות הציבור. עם זאת, יש להציג את הגופים הבודדים המספקים כיום שירותי מתורגמנות למרחב הציבורי. שירותי המתורגמנות לכל משרדי הממשלה, וכן לבתי המשפט, מסופקים (עד סיום המכרז באפריל 2009) באמצעות חברה פרטית.

7.3.1 מודלים למבנה שירותי מתורגמנות קהילתית

בסעיף זה מוצגים חמישה מודלים למתן שירותי מתורגמנות בקהילה, כפי שנצפו בתחום הבריאות בקנדה:

1. שירותי מתורגמנות כחלק משירותי משרד הבריאות.
2. שירותי מתורגמנות פנימיים (in-house) במוסדות בריאות – בתשלום ובהתנדבות. המודל פועל בעיקר בבתי-חולים, ובמתכונת מצומצמת של השפות הנפוצות. מתורגמנות מתנדבים עדיין קיימת, אך הולכת ומצטמצמת לאור ההכרה בחשיבות מקצועיותו של המתורגמן.
3. מיקור חוץ – עמותות קהילתיות המספקות שירותי מתורגמנות. העמותות מתקשרות עם מתורגמנים עצמאיים, ומשמשות כקבלן משנה של בית-החולים בניהול ההזמנות לתרגום, במעקב ובבקרה.

4. מיקור חוץ – חברות כלכליות המתחרות על מתן שירותי מתורגמנות, לרוב בתעריף גבוה יותר.

5. מיקור חוץ – שימוש במתורגמנות טלפונית. השימוש מוגבל למקרים דחופים, או לתרגום לשפות נדירות, ומבצעים אותו מתורגמני-בית, מתורגמני פרי לאנס, או חברות למתורגמנות טלפונית (שוסטר, 2007).

7.3.1.1 שירות מתורגמנות אינהרנטי למרחב הציבורי

כאשר המתורגמנות הקהילתית היא חלק מהשירותים שניתנים לציבור במוסד מסויים, שירות המתורגמנות מהווה ענף בתוך המבנה הארגוני של כל ארגון וארגון במרחב הציבורי. השירות יכול להיות חלק מכל ארגון במרחב הציבורי או שירות ממלכתי כללי, המעניק הנגשה לשונית למספר ארגונים ציבוריים. במקרה כזה המימון לשירות – כמימון ייעודי לתרגום או כחלק מהתקציב הכללי של המרחב הציבורי. לדוגמה, בארצות הברית מחויבים שירותי הבריאות לספק מתורגמנות על-פי חוק, אולם מוסדות הבריאות הציבוריים אינם מקבלים מימון יעודי מהמדינה או מהמבטחים לצורך שירות זה, ומממנים אותו מהתקציב הכללי שלהם.

שירותי מתורגמנות במגזר הציבורי ניתנים בשני אופנים: תרגום פנים אל פנים ומתורגמנות טלפונית. בהסתמך על תצפיות שערכה החוקרת בקנדה ובאוסטרליה, המוסד מעסיק לרוב מספר מצומצם של מתורגמנים קבועים (in-house interpreters), לשפות הנפוצות ביותר ומתורגמנים לשפות הנדרשות לעתים רחוקות יותר פועלים על בסיס פרי-לאנס, ויזומנו במקרה הצורך.

שירות מתורגמנות טלפוני יכול לפעול במסגרת מוקדי המידע והשירות המופעלים כיום במוסדות ציבור רבים. במקרה זה הנהלת המוקדים הטלפוניים תצטרך לספק נגישות מהירה לשירותי המתורגמנות, ולהתגבר על תופעת ההמתנה הארוכה המאפיינת לעתים את ההתקשרות למוקדי תרגום. התייחסותו של ד"ר גבעון, רופא ב"שירותי בריאות כללית" שרואיין לצורך המחקר הנוכחי, מבהירה נקודה זו:

ה"כללית" יכולה לשלב בצורה זו או אחרת [את שירות המתורגמנות] במוקד שלנו. אבל [...] אם זה יעבור דרך כוכבית 2700 [מוקד המידע של הקופה], אז אין סיכוי שישתמשו בזה, כי ההמתנה שם היא פשוט מטורפת. היא בלתי אפשרית. המענה חייב להיות מייד. בצלול הראשון או השני שמישהו ירים את הטלפון, אחרת תשכחי מזה. באילוצים של הרופא בשטח, כפי שאת חווה את זה כמטופלת, אין מצב שמישהו ישתמש בזה. (ד"ר שמואל גבעון,)

ייתכן, ששירות מתורגמנות שפותח מחוץ למגזר הציבורי, יועבר בשלב כלשהו להפעלה בתוך המרחב הציבורי. ד"ר גוטמן התייחסה לאפשרות זו בריאיון עימה, אם כי לא היתה אופטימית באשר לקלות ההכנסה של שירות כזה לתוך המגזר הציבורי:

עמותה מפתחת שירות או משאב, ובאיזה שהוא שלב זה חייב להיות ממלכתי ציבורי. ככה התחילו המגשרים של הגוינט. התורם נתן תרומה והתנה אחרי 5 שנים להעביר [למשרד הבריאות]. גם עכשיו זה לא עובד. זה קטסטרופה זה עדיין לא ממלכתי זה לשחק בנדמה לי. זה זכויות אדם זה חוק זכויות החולה, והממשלה מוצאת דרכים לא ליישם אותם. ואז משוגעת לדבר כמו ענת ואת מקימים מודל והשאלה היא מתי הוא הופך לחלק מזכות המהגרים בישראל. לא סתם מהגרים אלא כאלה שהממשלה הביאה, והבטיחה להם זכויות. ארצות הברית הבינה את זה. אין כזה דבר שלא לתת שירות תרגום, לפי חוק. (ד"ר נורית גוטמן)

ראש המחלקה לקידום בריאות ב"שירותי בריאות כללית" היתה נחרצת בדעתה ש בעתיד צריכים יהיו שירותי מתורגמנות לפעול כחלק מהמבנה הארגוני של המוסד הציבורי (משרד הבריאות) או של המרחב הציבורי כולו: "גורם מקצועי. או בתוך אותם המוסדות או באופן ארצי. מה שאתם עושים עכשיו [הפעלת שירות מתורגמנות בעמותה] זה אילוץ. צריך להיות לשכה בתוך כל ארגון רפואי." (ד"ר דיאן לוי-זמיר)

7.3.1.2 שירות מתורגמנות כמיקור חוץ

שירות מתורגמנות חיצוני יכול להינתן למרחב הציבורי באמצעות מוסד ללא כוונות רווח או באמצעות חברה כלכלית. שירות "קול לבריאות", למשל, הינו שירות שמציעה לממסד, ללא תשלום, עמותה חוץ-ממסדית, והמימון ניתן מקרנות ומתורמים פרטיים. ניתן לשער שאם יוגשו שירותי ציבור בהיקף רחב, לא יינתן השירות בחינם, משתי סיבות: תורמים לא יוכלו לממן שירותי תרגום בהיקף רחב, ואף לא ירצו לממן שירותי מתורגמנות שהמדינה אמורה לממן. לפיכך, ישכור המרחב הציבורי את שירותיה של עמותה, כ"קבלן משנה" להנגשה לשונית. בישראל של סוף 2008 מוכרים כמה מקרים של מיקור חוץ של שירותים ממשלתיים לעמותות. למצב זה יתרונות וחסרונות לשני הצדדים. אחד האתגרים הבולטים שניכרו במיוחד בניתוח מקרה המבחן שלפנינו, הוא הקושי הנובע מן ההבדלים בתפיסות העבודה, בקצב העבודה ובמטרות הארגון, בעבודה בין ארגוני מגזר שלישי לבין ארגונים בירוקרטיים בתוך המגזר הציבורי (פירוט בסעיף 6.2.3). ייתכן שיהיה ניתן לגשר על פערים אלה, אולם רצוי לקחתם בחשבון בעת ההתקשרות בין עמותה שתספק שירותי מתורגמנות לבין הצרכן הממסדי.

ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות סברה שבעתיד יוגשו שירותי המתורגמנות הרפואית לכל המגזר הרפואי, באמצעות מיקור חוץ: "כי ברור שעם הפרטה בארץ, שאנחנו מנסים להפריט פה כל דבר, זה חייב להיות שירות שקופות החולים, הממשלה, מי שצריך, יקנה מהספק. זה יכול להיות עמותה, זה יכול להיות [חברה]. אבל זה יהיה ספק, והספק הזה מוכר [שירותים]. זה יכול להיות כמה ספקים. (רות ויינשטיין)

מרואיין אחר למחקר סבר גם הוא ששירותי מתורגמנות יינתנו בעתיד על-ידי מיקור חוץ, באמצעות עמותות. הוא רואה מצב זה כאילוץ, לאור המגמות הקיימות, נכון לתאריך עריכת הריאיון, של הפרטה של שירותי רווחה והוצאתם אל מחוץ למגזר הציבורי:

לצער, אני חושב שזו [הגורם המפעיל] תהיה עמותה. במדינה שלנו היום כל עניין רווחה, גם ... ברמה הממשלתית, מוצא החוצה בקבלנות לעמותות. בעמותות יש אנשים נהדרים, אבל צריך מימון, והוא תמיד בא עם תנאים. מימון או מהקופה או מבחוץ. שניהם גרועים. מה שאין כך בשירות הממשלתי, שמשקף את רצונו הפוליטי של העם [...]. עמותה חשופה לגמרי לחסדי התואמים. לכן עמותה איננה הדרך לנהל חברה [...] אבל זו הדרך שהדברים הולכים. אין יציבות לעמותות (פרופ' מיכאל ויינגרטן).

בישראל קיימות כמה חברות למתן שירותי מתורגמות. בדומה למדינות אחרות בעולם, יכולה המדינה להוציא מכרז למתן שירותי מתורגמות במגזר הציבורי, והחברה שתעמוד בתנאים, תוכל לספק שירותים אלה. נכון לסוף 2008, חברת "פרוטוקול" מספקת את שירותי המתורגמות בעיקר למערכת בתי המשפט בישראל אך גם לכל משרדי הממשלה, בעקבות זכייתה במכרז שהוציאה המדינה. עם זאת, על פי סבניה (2007) יישום המכרז הינו בעייתי, מאחר שלא מתבצעת בקרת איכות על המתורגמים, הם אינם זוכים להדרכה ולמשוב, והשכר המשולם להם נמוך. סבניה סבורה כי הדרך לשיפור המצב הוא גיוס העובדים הבכירים במרחב, השופטים, לשמירה על רמה גבוהה של שירותי המתורגמות והתרעה על הפרות בתנאי המכרז:

אחת המסקנות ממחקר זה נוגעת לתפקידים המכריע של השופטים בשינוי פני הדברים בתחום זה. ראשית, השופטים, ברצותם יאפשרו וברצותם יחסמו. שופטים אשר יפעלו כמאפשרים (enablers) ייצרו באולם המשפט שלהם אווירה שתעניק למתורגמנית ביטחון לעשות את עבודתה בצורה מסודרת, יסודית, מקצועית ויעילה. שופטים כאלה יוכלו להפיק מהמתורגמנית את מירב התועלת והמידע, תוך הפרעה מינימלית לניהול הדיון. [...] אנו סבורים כי השופטים הם היחידים המסוגלים לשנות את המצב. הנהלת בתי המשפט לא תשנה אותו, משום שזהו טיבה כמערכת מנהלתית המעוניינת בעיקר להימנע מטרחה ומהוצאות. [...] השאילתות שהוגשו בארץ לכנסת (שלא היה להן המשך) מוכיחות בעליל שחברי הכנסת בארץ אינם מסוגלים לטפל בנושא ולשנות את המערכת. לעומת זאת, השופטים הם הממונים על עשיית הצדק ולכן מוטל עליהם לנקוט צעדים לשיפור המקצועיות במערכת בתי המשפט. (שם, עמ' 168)

לצורך תיאור ההיבטים השונים בהפעלת שירות מתורגמות, נתבונן שוב בהתייחסויות המרואיינים למחקר זה, בנוגע לעתידם של שירותי הנגשה לשונית בבריאות בישראל. ניתן לשער, שחלק מתחזיותיהם של המרואיינים יהיו נכונות לא רק למתורגמות בשירותי בריאות, אלא להנגשה לשונית בכלל המרחב הציבורי.

אגר-גופטה (Agger-Gupta, 2001) איתר שלושה שלבים בתהליך הקמת שירותי מתורגמות בבריאות: איסוף נתונים והערכת צרכים להנגשה לשונית, פיתוח פרויקט חלוץ, ותיעוד והערכה של השירות. יש לשער, כי השלבים שתיאר אגר-גופטה תקפים גם למציאות הישראלית, מאחר שחלקם מצאו סימוכין בהתייחסויות של המרואיינים במחקר זה:

1. איסוף נתונים והערכת צרכים:

המערכת צריכה לבדוק עד כמה בשטח צריך את השירות. צריך לשאול את הצוות באותן המרפאות: מציעים שירות מתורגמנות בתנאים האלה והאלה, האם תשתמשו, האם זה יועיל או יעכב. מעין סקר שווקים. צריך לוודא שמה שנשמע יפה ברמת ההנהלה אכן עונה לצרכים בשטח, שהשטח אכן מעוניין להשתמש (מבחינת צורך ואילו צי זמן). ושאינ פתרונות אחרים כמו מגשר, למשל. אין טעם להתחיל לבלבל את המוח אם השטח לא צריך. לא כל מה שנראה לי טוב [ברמת ההנהלה], רלוונטי בשטח. (ד"ר שמואל גבעון)

2. פיתוח תכנית לפרוייקט חלוץ, בכלל זה תכניות מימון, איתור, הערכה וניהול של המתורגמנים, הכשרת צוותים לשימוש במתורגמנים, ונהלי הפעלה של שירותי המתורגמנות,
3. תיעוד והערכה של שירותי המתורגמנות ושל הצרכים המשתנים של בית-החולים בנושא ההנגשה הלשונית.

7.3.2 מימון

קיימות שלוש אפשרויות למימון שירותי ההנגשה הלשונית:

1. מימון חוץ-ממסדי – מימון זה יינתן, ככל הנראה, בשלב פרויקט החלוץ של השירות.
2. מימון מתוך "סל הנגשה לשונית", הממומן על-ידי ביטוח הבריאות או הביטוח הלאומי של תושבי המדינה, על פיר קריטריונים שיוגדרו מראש
3. מימון מהתקציב הכללי של המרחב הציבורי. בשירותי הבריאות ניתן יהיה לממן שירותי מתורגמנות אם יוכח חשבון החיסכון בבדיקות ובאשפוזים מיותרים כתוצאה משיפור התקשורת והטיפול הנובעים מהשימוש במתורגמן. כפי שצינה רות ויינשטיין, משרד הבריאות: "[צריך] סידור קבוע. או הקופות או משהו אחר. אבל. וגם בקופות. באמת להוכיח להם על החיסכון. וחלק יכול להיות בגלל שלא יהיו תביעות. אם מתחילים לתבוע אותם, אז הם ירוצו לזה. יש דברים שנכנסים [לסל הבריאות]: יש דברים שבגלל שאין ברירה ויש דברים שהציבור של המטפלים דורשים: רוב הרופאים והאחיות יודעים שאם הבן אדם מבין אותם והם מבינים את הבנאדם, אז הטיפול יותר טוב." (רות ויינשטיין). מרואיינת אחרת הציעה לשלב שירותי מתורגמנות במסגרת תוכניות אסטרטגיות של משרדי הממשלה: "הממשלה יכולה לעשות "וי" על עניין שיש בו עלות נמוכה ותוצאות גבוהות. צריך למצוא מישהו רופא במערכת. אולי על התכנית של 2020. אולי אלי רוזנברג. לשים את זה כיעד שעד אז האוכלוסיה האתיופית ומיעוטים אחרים יהיו להם שירותי תרגום כדי שיוכלו לממש את חוק זכויות החולה." (ד"ר נורית גוטמן)

בכל מקרה, יידרש שיתוף פעולה בין מוסדות הממשלה שיצרכו את שירותי מתורגמנות לבין משרד האוצר, אשר יחליט האם לממן שירותים אלה וכיצד: "אני יודעת שצריך לעבוד גם עם נערי האוצר. אם לא עובדים עם אלו שמחזיקים את הכסף, זה לא יחלחל

למטה לזה שהקופות יעשו. אי אפשר למשל לחוקק חוק שחייבים את זה בכל מרפאה אם אין מישהו שיממן את זה. (רות ויינשטיין). המימון לשירותי המתורגמנות צריך להיות יציב, ולא להסתמך על תרומות חד-פעמיות. "[צריכה להיות] תחזוקה כספית [לשירות המתורגמנות]. זה צריך להיות לטווח ארוך. זה צריך להיות כחלק מהחישובים לסל השירותים שהקופות צריכות לתת." (ד"ר דיאן לוי-זמיר)

7.3.3 הכשרה

במודלים המעטים שתוארו בספרות (סעיף 4.4) הודגשה חשיבות ההכשרה של המתורגמנים כחלק מהתמקצעות ההנגשה הלשונית למוסדות ציבור. אופי ההכשרות שונה ממדינה למדינה. בחלק מהמדינות נדרשים מתורגמנים קהילתיים לסיים לימודי תואר או תעודה בתחום זה, ובחלק מעניקים המוסדות המספקים שירותי מתורגמנות (עמותות או מוסדות ציבור) את ההכשרה במהלך העבודה.

לא פחות מהכשרת המתורגמנים, קיימת חשיבות להכשיר את עובדי המוסדות באשר לחשיבות השימוש במתורגמן מקצועי, אופי עבודת המתורגמן, וכיצד יכול עובד הציבור לתקשר ביעילות באמצעות מתורגמן (סעיף 2.4.2.6). ד"ר ענת יפה התייחסה לחשיבות ההכשרה לשימוש במתורגמן, לאנשי צוות בתחום הרפואי:

[ההכשרה ב] ניצנה היתה פרק מאוד מאלף. אני חושבת גם ללומדים ו[...]. אולי לנו אפילו יותר. כי כשהעליתי את הצורך בתרגום רפואי זה היה, במידה מסוימת התוכן לא היה ברור לי כי לא [הכרתי?]. אותו קודם. מה זה אומר מבחינת המתורגמן, מה זה אומר מבחינת, איזה דברים אנחנו מקבלים מתרגום, איזה דברים אנחנו לא מקבלים מתרגום, עד כמה אני יכולה להסתמך על התרגום שאני משתמשת בו ביום יום. כי אני כמעט כל חולה שני משתמשת בתרגום לא אצל יוצאי אתיופיה אבל אצל האוכלוסייה הערבית, אצל קשישים אצל, זאת אומרת הרי הנושא של מישהו שמתוודך לי את המפגש עם המטופל. לי זה גם גרם לחשוב שזה גם חלק מהעובדה שהמנהלה הרפואית די מזלזלת בנושא של התרגום הרפואי זה בגלל שזה חלק מהיום-יום שלנו אנחנו כולנו לכאורה, מתפקדים.

עד שאתה לא יושב ולא רק בהרצאה שומע, אלא עושה את התרגולות, וחוזר עליהן, ושומע את עצמך ורואה הסרטים ובעיקר שומע את התגובות של האנשים שהשתתפו וראו מהצד, אתה לא מבין את המשמעות של 'לא נאמר לי המשפט הזה' או 'הבנתי אחרת'. וזה בלי להמעיט בחלק של המתורגמן. [...] עד כמה הדבר הזה יכול להיות משמעותי. [...] יצאתי מנקודת ראות שמאיר [ד"ר מאיר אורן, מנהל המרכז הרפואי "הלל יפה"] מבטא מאוד טוב, שלא צריך את זה, אנחנו מסתדרים בלי זה, ממילא ביום-יום יש לנו את זה.

אני בטוחה שעד שאתה לא חווה חוויה מרוכזת, של חמישה ימים שבו אתה עושה תרגולות, אני אפילו לא יודעת אם כל מי שהסתכל על זה ולא השתתף באופן פעיל במפגש הרפואי וקיבל תרגום והבין אותו ואחר-כך דן עם הקבוצה על המשמעות של מה שהוא אמר, אני לא בטוחה שהוא יבין את מה שאני הבנתי אחר-כך. גם החלק של הלמה זה חשוב להכשיר וללמד אותנו איך לדבר וללמד את המטופל. [...] אני חושבת שלהשתמש בשירות תרגום זה מחייב גם לעשות אחר-כך ישיבה, גם עם מטופלים וגם עם מטפלים, עם הקרנה של הסרטים האלה שהכנו. לערוך את זה טוב, [...] להכניס גם את הדיון של הצוות אחרי הסרטים, וגם להכניס דיון אמיתי בכל קבוצה. אני חושבת שזה חלק מהללמד אנשים [איך לבצע] ריאיון רפואי בצורה אמצעית. (ד"ר ענת יפה)

7.3.4 הפעלה

בהפעלת שירות המתורגמות למגזר הציבורי יש צורך לתת את הדעת לסוגיות רבות, שחלקן עלו במחקר זה:

1. תכנון מתווה השירות – נותני שירות המתורגמות (בין אם בתוך הממסד ובין אם כספקי שירות), צריכים לתכנן שירות שיענה על צרכי ההנגשה בשטח – מבחינת תפוצת השפות, מועדי מתן השירות וקביעת דחיפויות. אחד המרואיינים במחקר זה התייחס לצורך בתכנון שירות מתורגמות טלפוני שיענה על צרכי העבודה במערכת הבריאות: שירות כזה [צריך להיות] זמין מיידית. אם הוא לא יהיה זמין מיידית, אז פשוט נפספס. בשוליים בוודאי יכול להיות מצב שמישהו יתקל בתפוס. אבל אז קרוב לוודאי שהוא יוותר. גם אי אפשר לטרטר את החולים תבוא בעוד שעתיים. (ד"ר שמואל גבעון)
2. סוגיות משפטיות בעבודת המתורגמן: במהלך עבודת המתורגמן במוסדות ציבור, הוא עשוי להיחשף למידע רגיש אודות מקבל השירות ואודות אופי העבודה במוסד. יש להגדיר מראש את כללי החיסיון החלים על המתורגמן, ואת היוצאים מהכלל (למשל מידע על התעללות בילדים). כמו כן, המוסד צריך להחליט האם הוא מחייב את תיעוד השימוש במתורגמן בשיחה עם הפונה. במקרה המבחן במחקר זה, ביררה נציגת "שירותי בריאות כללית" היבטים משפטיים הכרוכים בעבודת המתורגמים הרפואי, בכלל זה חיסיון המידע, וניהול סיכונים. רק לאחר קבלת אישור מהלשכה המשפטית של הקופה, היא אישרה להמשיך בתהליך הטמעת השירות במרפאות
3. קביעת נהלי הפעלה – עם הכנסת שירות המתורגמות, יש צורך לקבוע כללי עבודה למתורגמים, אופן הזמנת שירות המתורגמות, אופן תיעוד השימוש במתורגמן (במקרים שבהם נקבעת חובה כזו), מנגנון למשוב ולתלונות, וכן אופני חישוב שכרם של המתורגמים.
4. שיווק השירות – מתצפיות שערכה החוקרת במדינות אחרות (שוסטר, 2007) וממחקרים המוכרים בספרות, נראה שיש צורך בשיווק שירותי המתורגמות בתוך מוסדות הציבור (Brach et al., 2007): "צריך להכניס את זה כהרגל עבודה. עד עכשיו אנשים הסתדרו איכשהו בלי וצריך להכניס את זה כהרגל לאיפה שקיים ושלא יוותרו איפה שלא מבינים.

אני יושבת עם עצמי ואומרת שלא תמיד קל להכניס את השינוי למרות שמתבקש. " (ד"ר דיאן לוי-זמיר)

7.3.5 בקרה והערכה

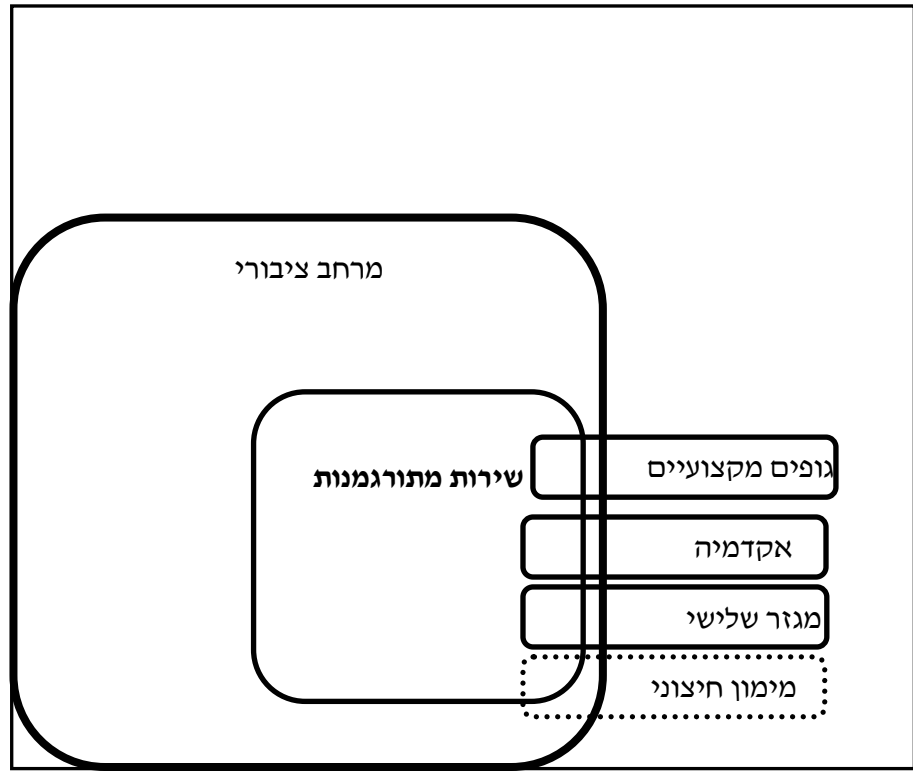
מוסד המנגיש את שירותיו צריך לפתח מנגנוני בקרה על איכות השירות וזמינותו (שוסטר, 2007). ניתן לבצע בקרה פנימית, באחריות הממונה על שירותי המתורגמנות, או בקרה חיצונית באמצעות הגוף החוץ-ממסדי שמספק שירותים אלה.

בנוסף לבקרת איכות, יש להניח שהממסד ירצה לבצע הערכה מלווה לשירות. מטרתה של הערכה זו לבדוק היבטים של עלות-תועלת במתן שירות המתורגמנות (קרי, האם הוא חוסך זמן וכסף למוסד), שביעות רצון של הצרכנים (הפונים ואנשי הצוות כאחד), ועליה במדדי שירות. בתחום הבריאות, קיימים מדדי בריאות ברורים, וניתן לבדוק האם השימוש בשירות המתורגמנות משפר מדדים אלה אצל מטופלים המשתמשים בהם (סעיף 6.2.1).

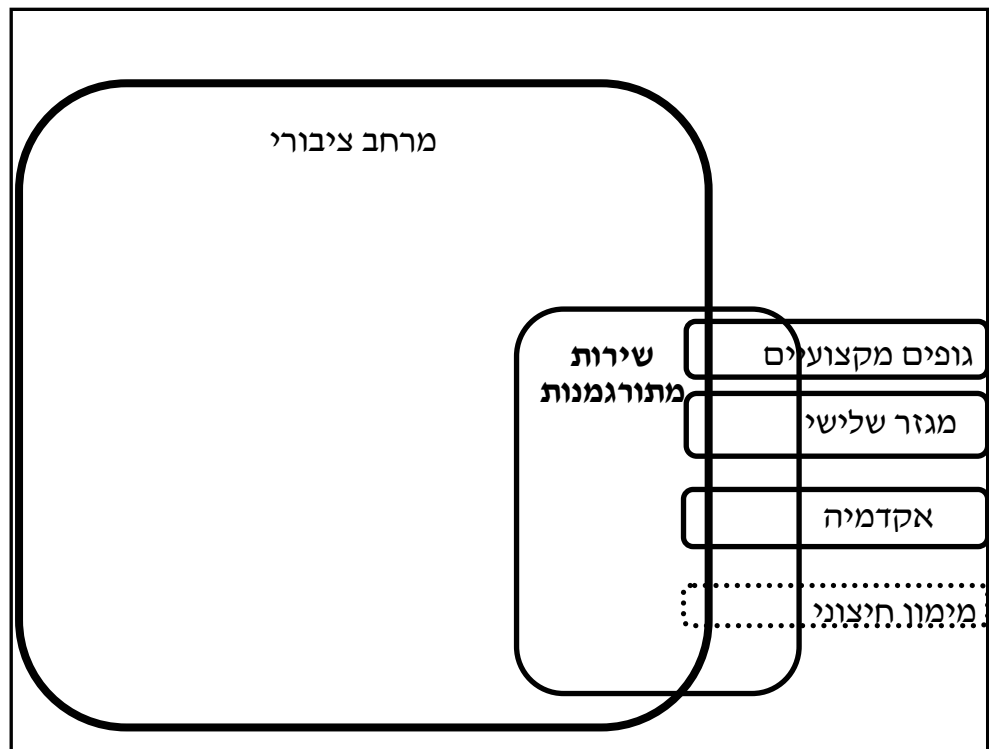
7.3.6 שותפויות

מרחב ציבורי המחליט להנגיש את שירותיו למיעוטים לשוניים, בין אם כחלק אינהרנטי מהמוסד ובין אם כשירות חיצוני, יזדקק לשותפים לצורך בנייה, הפעלה ושיווק של השירות למשתמשים. השותפים יכולים להיות מהעולם האקדמי, מקהילות המיעוט, מארגוני מתורגמנים, או ממוסדות אחרים אשר כבר הנגישו את שירותיהם.

כפי שטוענים רייר ואינדיק (Rier and Indyk, 2006b), הקמתן של תכניות חדשות מחייבת לעתים התלהבות ראשונית ותמיכה מצד מנהלים אשר מקדמים את הפעילות, מניעים את הצוות ומניידים מקורות (Kraft, Mezzoff, Sogolow et al., 2000). אולם, תמיכה זו עלולה להצטמצם כאשר מתפתחים קשיים ומשתנים סדרי העדיפויות של השותפים (Sogolow, Kay, Doll et al., 2000), או אם חלק מהשותפים עוזבים את מקום עבודתם. אחד מהפתרונות לשמירה על השותפויות, על פי רייר ואינדיק, הוא מימון של משרות חוצות גבולות ארגוניים. במשרות אלה יכהנו אנשים בעלי קשרים בתוך המערכת, ויקדמו את התכנית. עם זאת, הסתמכות על אנשים בודדים לשימור התכניות עלולה להיות בעייתית ושבירה, ולכן יש למסד את הקשרים כל אימת



תרשים מס' 5 : שותפויות: שירות מתורגמנות אינהרנטי למרחב הציבורי



תרשים מס' 6 : שותפויות: שירות מתורגמנות חיצוני למרחב הציבורי

שאפשר, שאם לא כן, יתמוטטו הרשתות הבין-ארגוניות במהירות, עם עזיבתם של כמה ממייסדי התכנית (שם, עמ' 100)

רייר ואינדיק ציינו ששותפויות ממסד-קהילה, שממקסמות את התועלת שיכול כל גוף להשיג לבד, עלולות להוביל גם לקונפליקטים בין הדדים (Indyk and Rier, 2006b). רצוי שיהיה שחקן אחד לפחות שיש לו קשרים ומהימנות שבעזרתם יגייס מסה קריטית של משתתפים שידחפו יחדיו את הפרוייקט מעבר לשלב ההזנק שלו (Ibid., p. 100) וימנעו את נפילת היוזמה אם וכאשר יעזבו אנשי מפתח. עם זאת, הישענות כבדה מידי על אנשים ספציפיים עלולה ליצור קשיים/פגיעות. לפיכך, יש למסד את הקשרים בין הגורמים ולהפוך אותם לפורמליים ככל האפשר, כדי למנוע התמוטטות של הפרוייקט אם וכאשר יעזבו חברי צוות מרכזיים. פעולות חוצות-גבולות, למרות חיוניותן, עלולות לערער את החלוקה הפורמלית של העבודה ושרשרת הסמכויות, אשר חיוניים לפעילות תקינה של ארגונים מורכבים. יתקיימו מתחים בין סוגים שונים של נותני שירותים אפילו באותה הסביבה, לא כל שכן בתחומים שונים. ללא תיאום זהיר ודיפלומטיה, עלולה עבודת הקישור להוביל לקונפליקטים, כמו למשל פעילויות חופפות של שני מקצועות. (Indyk and Rier, 2006a)

7.3.6.1 שותפויות בין הממסד לבין ארגוני המגזר השלישי

מוסדות ציבוריים משמשים פעמים רבות כצרכני השירותים אך גם כמכשירים, כמסייעים בבקרה, כמממנים.

בקנדה, למשל, יזמו רשתות שמקדמות את ההנגשה הלשונית לשירותי ציבור פרוייקט ארצי תלת-שנתי (2003 - 2006), במימון משרד הבריאות הקנדי, לבדיקת האפשרויות להגדלת הנגישות לשירותי בריאות למיעוטים לשוניים (שאינם דוברי אנגלית/צרפתית).⁸⁰ הפרוייקט כלל מיפוי בקנה מידה ארצי של פערי השפה בטיפול הרפואי, מידת היכרותם של נותני הטיפול הרפואי עם שירות המתורגמנות, והפעלת שלוש תכניות פיילוט ארציות להגדלת נגישות שירותי המתורגמנות הרפואית ולשיפור איכותם (שוסטר, 2007)

בישראל טרם הוקמו שותפויות רחבות-היקף בין ארגוני מגזר שלישי לממסד, לצורך קידום ההנגשה הלשונית. יש לציין כי בשנת 2004 העבירה עמותת "טנא בריאות" מסמך למשרד הבריאות ובו מודל מוצע להרחבת שיתוף הפעולה בין הממסד לקהילה, במטרה לשפר את בריאותם של יוצאי אתיופיה. העמותה סברה כי "יש לשלב את הקהילה בתהליך, כך שבמקום שיהיו חלק מהבעיה, הם יהיו חלק מהפתרון. [...] שיתוף הקהילה מאפשר התאמה טובה יותר של אופי השירותים הניתנים ואופי הגשתם לקהילה. [...] הרעיון של מודל השותפות הוא העיקרון שעל פיו צריכים לפעול כל המשאבים בתחום הבריאות, ברמה הארצית, במערכת משולבת אחת, הרואה את הקהילה כאוכלוסיית-היעד שלה. הוצע להקים וועדת היגוי משותפת שתדון בנושאי

⁸⁰ SAPHC – Strengthening Access to Primary Health Care

בריאות הקהילה, שותפויות בתהליכי ביצוע ובקרה, גיוס משאבים ופיתוח שירותים חדשים; ייערכו סדנאות עם עובדי השטח של משרד הבריאות הבאים במגע שוטף עם הקהילה ועם צוות "טנא בריאות"; תתבצע עבודה משותפת בתכנית הרדיו של הפרוייקט, ובאמצעי תקשורת אחרים.⁸¹

גורמי קהילה הרלוונטיים לשירותי הנגשה לשונית הינם מנהיגי-דת, מדריכים קהילתיים, עמותות קהילתיות, ועמותות סינגור. פואבלה-פורטייר (Puebla-Fortier, 1997) חוקרת אמריקנית, מתייחסת לבניית שותפויות כחלק מהותי מתהליך קידום שירותי הנגשה לשונית. לדעתה, בתהליך מיסוד שירותי מתורגמות קהילתית צריכים להיות שותפים מנהיגי-דת ומנהיגי-תרבות, עמותות סינגור, מוסדות בריאות וגופים מבטחים, וכך אנשי מקצועות הבריאות ומשפטנים.

לשותפויות בין גורמי ממסד לארגוני קהילה יש חשיבות מהותית בקידום המודעות לשירותי הנגשה לשונית ובשיווקם. אינדיק ורייר (Indyk and Rier, 2006a), הדגישו את חשיבות שיתוף הפעולה בין ארגוני קהילה לבין נותני השירותים במרכזים רפואיים, בנושאי קידום בריאות. לארגונים הקהילתיים יש אמינות בקרב הצרכנים, וכן נגישות לאוכלוסיות שהממסד מתקשה, בדרך כלל, להגיע אליהן. הארגונים מרוויחים משותפות זו נגישות לכלים, למשאבים ולשירותים שבדרך כלל אינם זמינים להם.

השותפויות עם ארגוני קהילה עשויות לסייע:

1. לאיתור מתורגמנים חדשים, בייחוד כמענה על צורך דחוף כמו מענה לצרכי גל הגירה של קבוצה לשונית חדשה.
2. לשילוב מומחי שפה ותרבות (מורים בהכשרתם או רפרנטים מבוגרים) בהכשרת המתורגמנים
3. להטמעה טובה יותר של שירות המתורגמנות בקהילה, ולקידום הלחץ הפוליטי לשם הרחבתם. כפי שצינו שני מרואיינים במחקר הנוכחי:

הרעיון הוא שתבוא דרישה, האתיופים באמת לא יודעים לדפוק על השולחן. עדיין. לטוב ולרע. אבל באיזשהו מקום זה יעלה גם מאיתם דרישה. ברגע שהם יחשפו, את יודעת הדברים זורמים שם. אצלם בעדה, עם כל הקשיים שלהם, עדיין הכל זורם, כולם יודעים. צריכה לבוא דרישה מתוכם. (ד"ר שמואל גבעון)

[צריך] ללמד את המטופלים – [שידרשו את השירות] לא רק ברמת זכויות אלא מה אתה מפסיד אם אתה לא מקבל את השירות. (ד"ר ענת יפה)

⁸¹ בפועל, לא מומשה ההצעה, למעט מפגש אחד, שבו הוצגו פעילויות "טנא בריאות" למגשרות מטעם משרד הבריאות שעובדות עם קהילת יוצאי אתיופיה.

4. לסיוע בהערכת השירות מצידם של המשתמשים מקבוצת המיעוט הלשוני – באמצעות ראיונות, שאלונים, ומפגשים בלתי-רשמיים. שיתוף פעולה בין ממסד לאנשי מקצוע ולקהילה פעל בנוגע להנגשת שירותים לאנשים חירשים בקנדה. בעקבות פסק דין אלדריגי' משנת 1997, שקבע את חובת המדינה לממן מתורגמני שפת סימנים לאנשים הזקוקים לנגישות לשירותי בריאות, הובהר שיש צורך להגדיל את מספר המתורגמנים שיוכלו לעבור את מבחני ההסמכה המקצועיים. משרד הבריאות מימן תכנית התמחות ניסיונית למתורגמנים. במסגרת שלב החלוץ זוהו גורמי העניין בקהילה, שיתרמו להצלחת התכנית. כך, אותרו מסגרות להכשרת מתורגמנים, ומתורגמנים בעלי ניסיון בהוראת תרגום, שהתבקשו לעצב את תכנית ההתמחות, תוך ניתוח התוכניות ומבחני ההסמכה למקצוע. שותפתם של מתורגמנים מהקהילה חיזקה את תחושת המחויבות להצלחת התכנית (בניגוד לתכנית הכשרה מטעם סוכנות מסחרית, למשל, Johnston, 2007).

שותפויות חזקות בין ממסד לבין אקדמיה וקהילה יאפשרו מתן שירותים נוספים, על גבי אותה תשתית, בנוסף לשירותי הנגשה לשונית, למשל הסברה בריאותית מותאמת תרבותית (לדוגמה, במודל הקו-החם שתוכנן ב"טנא בריאות" בתחילת הפרוייקט), מתורגמנות לשירותים במרחבים ציבוריים אחרים, וכן שיפור מצבן של אוכלוסיות המיעוטים ללא קשר לשירות המתורגמנות (דוגמה לרעיון זה ראו אצל אינדיק ורייר (Indyk and Rier, 2006b)).

שותפויות בין ארגוני קהילה שונים עשויות לקדם את שני הארגונים החדידית: רמת הסינגור שמספק ארגון אחד יכולה להשפיע על קידום בשירותי ההנגשה הלשונית שמספק ארגון אחר.

7.3.6.2 שותפויות עם גורמי אקדמיה

כפי שעולה מהמחקר הנוכחי, שותפות עם גורמי אקדמיה העוסקים בתחום התרגום הינה מהותית להקמה של שירות מתורגמנות מקצועי ומהימן, הפועל על פי מודלים המוכרים במדינות אחרות ומייתר את הצורך "להמציא את הגלגל מחדש", ועל פי כללי אתיקה המקובלים במקצוע המתורגמנות הקהילתית.

דימאגיו (Dimaggio, 1988) טען כי על מנת לקבל לגיטימציה, על הארגון להסתמך על גורמים אחרים בסביבתו שעמם הוא בא במגע. גורמים אלו מכונים תומכים ממוסדים (subsidiary institutions). כך למשל ניתן לטעון, כי מחלקות אוניברסיטאיות העוסקות בתחום הביוטכנולוגיה, משמשות כתומכות בנתינת לגיטימציה לחברות ביוטכנולוגיה, בעיני הציבור. הרחבה לטענה זו נמצאת אצל דימאגיו ופאוול (Dimaggio and Powell, 1991) שטענו כי אוניברסיטאות ורשתות חברתיות מעצבות הומוגניות בתהליכים ארגוניים. האוניברסיטאות ממסדות תהליכי עבודה ומעבירות אותם לסטודנטים. כאשר הסטודנט מסיים את לימודיו ונכנס לשוק העבודה הוא מעביר את אותן נורמות התנהגות, ש אותן קיבל באוניברסיטה, לארגון בו הוא

עובד. מכיוון שארגונים מעסיקים בתוך אותה מחלקה אנשים בעלי רקע דומה, יקל על הארגון להתאים עצמו לנורמות שנוצרו באוניברסיטה. באופן זה נוצרת הומוגניזציה בין עובדים מפרופסיות דומות, בארגונים שונים. מצד שני, העובדה שבכל מחלקה באוניברסיטה מוטעמות נורמות אחרות, יוצרת שונות בין עובדים ממחלקות שונות, בתוך אותו ארגון. הטמעת תהליכי העבודה ממשכה ומועברת הלאה באמצעות רשתות חברתיות, וכך מועברים מיתוסים מהאוניברסיטאות אל הארגונים.

במחקר הנוכחי, היתה יו"ר "טנא בריאות" מודעת לתרומת האקדמיה לעיצוב שירות המתורגמנות כשירות מקצועי: היינו עושים קורס מתורגמנים? מן הסתם לא. היינו עושים בקרת איכות? מן הסתם לא, האם היינו עושים ביטוח? מן הסתם לא. זה היה מתגלגל, מתבצע, מן הסתם בצורה יותר פרטצית, אני לא יכולה להתחייב על זה כי את יודעת, תמיד הצטרפו אנשי המקצוע. (ד"ר ענת יפה)

האקדמיה יכולה לפעול כגורם מקשר בין עמותות לבין עובדים במוסדות ציבור, מאחר שהיא נתפסת כגורם אובייקטיבי ונטול פניות. כך, מספרת ד"ר נורית גוטמן כי אחת מפעולותיה בעמותת "טנא בריאות" היא קישור העמותה לעובדי ממסד – במשרד הבריאות, בקופות החולים וכולי. קשרים אלה סייעו, לדבריה, לבניית קואליציה.

אנחנו האקדמיה מביאים ערך מוסף. זה הפוך ממה שאומרים על מגדל השן. אנחנו רואים, מקשיבים, קשובים. אני מדברת על אנשים חברתיים, אנשים מתחום קידום בריאות ואקדמיה. אנשים טרודים בבירוקרטיה ואנחנו יכולים לבוא עם המודל שיכול לעזור. גם יש לנו מיומנויות, אנחנו יודעים להתנסח. לדעתי הרבה ארגונים קהילתיים משתפים אנשי מדעי-החברה. יש לנו בהחלט ערך מוסף. (ד"ר נורית גוטמן)

האקדמיה מביאה עימה ידע ולכלים מחקרניים המאפשרים הערכת צרכים, בקרת איכות והערכת ביצועים. כך, למשל, הזמינה גורמי ממשל בדנמרק בשנת 1999 סקר, שנועד לבדוק את הצורך בשירותי מתורגמנות קהילתית, ב-26 רשויות מקומיות, בדגש על הצורך בהכשרת מתורגמנים קהילתיים נוספים ואופי ההכשרה הנדרשת. (Dubsloff and Martinsen, 2003). גורמי אקדמיה הם אלה שביצעו את הערכת הצרכים בשטח, במימון הממסד, כאמור.

יכולה השותפות עם האקדמיה להועיל גם בהיבטי מימון ראשוני של השירות, במידה ומדובר בשלב גישוש שאינו ממומן על-ידי המרחב הציבורי עצמו. כך, למשל, נוסדה בראשית שנות ה-90 של המאה שעברה בוונקובר, קנדה, שותפות בין שני בתי-חולים, לבין עמותה המעניקה שירותי מתורגמנות בתשלום, ומוסד להכשרת מתורגמנים. מטרת השותפות, שמומנה מכספי קרנות מחקר, היתה לפתח ולבדוק מערכת מקיפה למתן שירותי מתורגמנות (באמצעות אנשי צוות שעברו הכשרה, מתורגמנים מקצועיים ומתנדבים). בנק המתורגמנים החיצוניים מומן בתחילה

מכספי מענק המחקר, כאשר היה ברור שעם תום הפרוייקט יועברו עלויות ההפעלה לידי הסוכנויות המשתמשות בשירות. (Carr, 1997)

בנוסף על כל שצוין לעיל, יכולה השותפות עם האקדמיה לתרום לניסוח חזון לשירותי המתורגמות, ולבניית תכניות אסטרטגיות לעתיד ההנגשה הלשונית, מאחר שחוקרים יכולים לראות תהליכים ברמת המקור, ולנסחם בצורה ברורה: אולי עכשיו שירותי התרגום צריכים לבנות את החזון. ופה יש הצד האקדמי. לראות מה קורה. [זה קורה]. אוקי אם זה הולך טוב ובוא נראה לאן הולכים. זה הייחוד האקדמי. עמותות זורמות מבלי לשאול שאלות, (ד"ר נורית גוטמן)

7.3.6.3 שותפויות עם גופים מקצועיים בתחום התרגום

סוג נוסף של שותפות הוא שותפות עם גופים מקצועיים בתחום התרגום - אגודות מתרגמים או חברות תרגום. האגודות יכולות להוות מקור למתורגמים חדשים, לייעץ באשר לסטנדרטים לעבודה ואתיקה של מתורגמים ולכלי בקרה, לשמש כמסגרת להכשרות המשך. ביפן, למשל, הפעילה אגודת המתורגמים הרפואיים במחוז היוגו תוכניות להכשרת מתורגמים רפואיים ואנשי צוות רפואי, היתה שותפה בארגון כנס בנושא אתיקה מקצועית, ודנה בקוד אתי למתורגמים (Mizuno, 2006).

בישראל, הציעה האגודה לזכויות האזרח להנהלת בתי המשפט בנושא שיפור שירותי המתורגמות בבתי המשפט:

יש לקיים שיתוף פעולה עם גורמים מקצועיים שיוכלו לייעץ בכל הנוגע למדדי איכות המתורגמות. יש לפעול באופן מתמיד לשיפור השירות הניתן, ולהכשרת המתרגמים למתורגמות משפטית, כפי שהתחייב במכרז של 2003. כך, למשל, מומלץ להקנות למתרגמים מיומנויות תרגום שונות כגון העשרת השפה המשפטית ואוצר המילים, שכן רבים מהמתורגמים מגיעים ללא כל רקע משפטי. יש לדאוג, כי כללי האתיקה המקצועית יחולו ויחייבו את המתורגמים הפועלים במערכת בתי המשפט.

(מסמך מס', סעיף 20)

7.3.6.4 שותפויות עם קרנות ותורמים

גורם אחרון שיש לכלול במעגל שיתופי הפעולה הן קרנות. שירותי ציבור בכלל, ושירותים להנגשה לשונית בפרט, זוכים לתיעדוף נמוך במימון ייעודי (גם אם אלה ממומנים מכוח חוק, הרי שלרוב יוצא התקציב מהתקציב הכללי של המוסד הציבורי). שיתוף פעולה עם קרנות וגורמי מימון פרטיים חיוני במיוחד בשלבי פרויקט-חלוץ של שירותים להנגשה לשונית. במקרה של "טנא בריאות", התאפשרה שנת הפעילות הראשונה של שירות המתורגמות תודות לתרומה מקרן פרטית בישראל. בארצות הברית, מימנה קרן פרטית, The California Endowment,

מחקרים ותמכה באגודת המתורגמנים הרפואיים של קליפורניה (CHIA) שעסקה בכתיבת הקוד האתי של המקצוע (ובמידה מסוימת גם בהפצתו באמצעות קורסים במוסדות במדינה) (Angelelli, 2005). בהסתמך על מחקרים, סייעה הקרן בפיתוח מבחנים למתורגמנים בשפות נפוצות במדינה. קרן אחרת סייעה למאמץ ארצי להנגשה לשונית (בעיקר שילוט, תרגום בכתב ותקשורת בעל-פה בספרדית) (Angelelli, 2005) וקרן שלישית מימנה מחקר של שימוש בסמלים תקשורתיים בתרבויות שונות, שתוצאתו היתה כלי עיצובי לסמלול במרחב הבריאותי לאנשים בעלי שליטה מוגבלת באנגלית (Hablamos Juntos, 2003)

7.4 שלב ד' – שלב ההכרעה

במודל להתפתחות שירותי מתורגמנות קהילתית, יתכנו, לאחר שלב של הפעלה ראשונית בהיקף מוגבל ("פרוייקט חלוצי"), ובעקבות הערכה מלווה, שלוש אפשרויות להמשך תהליך ההנגשה של המרחב הציבורי:

- א. היעלמות השירות וחזרה למצב של אי-סדר (שלב א' במודל)
- ב. המשך הפעלת השירות ברמה מצומצמת במרחב הציבורי
- ג. הרחבה, הכפלה ומיסוד של השירות

ג'ונסון דאוד וריידווי (Johnson Dowd and Rideway, 2006) מציגים ארבעה שלבים שצריכה לעבור התנהגות או אמונה חדשה, על מנת להפוך למיתוס. לטענתם, בשלב הראשון נוצרת חדשנות (innovation) כתוצאה מצורך. החדשנות יכולה להיות פרוצדורה, אמונה, נורמה, רוטינה או דרך מחשבה חדשה. חלק מהפעילויות החדשניות לא יחזיקו מעמד ויעלמו, וחלק יתחזקו ויהפכו למיתוסים. כדי שהתנהגות תהפך למיתוס, היא חייבת לקבל אישוש מקומי (local validation), כלומר, השחקנים המקומיים צריכים לקבל את ההתנהגות או לפחות לא לצאת כנגדה. אם ההתנהגות מתקבלת ברמה המקומית, היא מתחזקת על ידי תהליך של חלחול (diffusion) לסיטואציות אחרות ברמה המקומית. אם אותה התנהגות נותנת מענה לצורך או למטרה של שחקנים אחרים, היא תחלחל במהירות רבה יותר. בסופו של דבר יתפשט הפתרון הלאה, עד למצב בו יהפוך למקובל בסביבה. במצב זה נוצר אישוש כללי (general validation), שמקבע את המעמד של אותה התנהגות או אמונה למיתוס. החוקרים מסכמים כי תהליך של לגיטימציה הוא תהליך בו הדגש הוא על מה שהסביבה קובעת כתקף ופחות על פעילות הארגון. על כן, לגיטימציה היא למעשה מבנים קוגניטיביים משותפים לכלל הישויות, שנמצאים בהלימה עם המסגרת התרבותית בה נמצאת אותה ישות, הכוללת את האמונות, הנורמות והערכים המקובלים על ידי כלל השחקנים האחרים בסביבה.

7.4.1 שלב 1ד: היעלמות וחזרה למצב אי-הסדר

בהיעדר החלטה להרחיב את שירות המתורגמנות, להכפילו ולמסדו, יופסק המימון (הפנימי או החיצוני מתרומות), ייעלם השירות והמרחב הציבורי יחזור, לכאורה, למצב אי-הסדר שהיה קיים בתחילת התהליך (שלב א' במודל). מצב זה מאופיין, כאמור, בפתרונות לא קבועים לפערי שפה. עם זאת, המרחב הציבורי עצמו לא יהיה כפי שהיה, משום שחלקים ממנו מודעים לעובדה שייתכנו פתרונות מקצועיים לתיווך לשוני. כך שלמעשה יחזור המרחב הציבורי למעין "שלב א2", שמאופיין בהיעדר סדר אך בהיכרות עם פתרונות מקצועיים, ותסכול אפשרי של נותני השירות מהיעדרם. לכן, ניתן לשער שינוסו פתרונות מקצועיים להנגשה לשונית ברמה המקומית, למשל הכשרת אנשי צוות לתרגום באזור מסוים, או במוסד ספציפי. פתרונות אלו ישפרו את הנגישות הלשונית ברמה המקומית בלבד, אולם לא יהוו חלק ממיסוד ארצי וחשיבה אסטרטגית כוללת.

7.4.2 שלב 2ד: המשך הפעלה בהיקף מצומצם

לאחר הפעלה ראשונית של שירות מתורגמנות בהיקף מצומצם, יקבל הממסד החלטה האם להשאירו בהיקף המצומצם, להרחיבו, או לסיימו. קבלת ההחלטה עשויה להתבסס על ההערכה שבוצעה בשלב הפעלה הראשונית. עם זאת, גם אם יתקבל משוב חיובי, ייתכן שתתקבל החלטה להמשיך את הפעלת שירות המתורגמנות, בשל אילוצים כלכליים ופוליטיים. ייתכן, אף, שהשירות ימשיך להתקיים בהיקף מצומצם (במספר קטן של מוסדות או למספר מועט של שפות) על אף הדרישה מהשטח.

אם נשליך מהקשיים שעמדו בפני מיסוד שירותי המתורגמנות הרפואית במספר פרובינציות בקנדה (שוסטר, 2007), נוכל לשער שערכובים בהרחבת שירותים ומיסודם יתרחשו בשל אחד, או יותר, מהגורמים הבאים:

1. היעדר מדיניות אחידה להנגשה לשונית במוסדות המרחב הציבורי - משרדי הממשלה השונים יפעלו, כל אחד, על פי תקנותיו הפנימיות. הידע המועבר בין הפרובינציות מתנהל ברמה האישית ולא המוסדית
2. היעדר גורם מרכזי - כל עוד לא ייקבע כי גורם אחד, או כמה גורמים קבועים, יספקו את שירותי השפה, עלולות להיווצר כפילויות מנהליות ותקציביות. אמנם, תחרות בין נותני שירותי מתורגמנות עשויה להביא לעליה באיכות, אך גם לפשרות, בשל הצורך של שירותי המתורגמנות לנצח במכרזים.
3. היעדר הכשרה ומחקר – בישראל אין לימודי תואר למתורגמנות קהילתית. לפיכך, על האקדמיה להעמיד תשתית להכשרה לשפות הנדרשות. הסוגיה מעוררת דיון עקרוני, האם אפשר והאם צריך להכשיר מתורגמנים בכל השפות. תחום המתורגמנות הקהילתית אינו משתייך למיינסטרים האקדמי, בין השאר בשל היעדר מחקרים מתוך האקדמיה בנושא פערי שפה ושירותי מתורגמנות.

4. אתגרים בהפעלת שירותי מתורגמנות – הכשרות והסמכות אינן קבועות בחוק ולפיכך קיימים פערים בין הרמה המקצועית של המתורגמנים ובין דרישות שירותי התרגום. גם בעיות של מימון ביטוח מקצועי, תשלום שכר ראוי למתורגמנים, ומעמד המתורגמן מעכבות את הרחבת ומיסוד שירותי התרגום.
5. מחסור בכוח אדם מקצועי או היעדר תיעדוף מתאים לביצוע בקרת איכות בשטח, ולהכשרת מתורגמנים.
6. היעדר קשר עם שירותי קליטת העלייה וההגירה, שיכולים להודיע מראש על הגעת זרם של מהגרים מאזור מסוים, מקשה על היערכות מראש למתן שירותי מתורגמנות.

במצב כזה :

[משרדי הממשלה] יריבו מי יממן. יהיה ויכוח. משרד הבריאות, קופות-החולים, ביטוח לאומי. כל אחד רוצה שמישהו אחר יממן. מאחר שאנו מדינת הגירה, זו סוגיה של המון שפות. לא, אולי, כמו מדינות שיש הגירה במדינה שגובלת בהן ויש הגירה של שפה אחת או שתיים. אצלנו צריך להנגיש מספיק שפות מבלי שאחרים ירגישו מקופחים. תתחילי מהרוסים - האתיופים יצעקו. תתחילי מהאתיופים - הרוסים יצעקו. וכשאינן כסף, אי אפשר לעשות בבת אחת. (צביה לוי)

השערת החוקרת היא שמצב זה, של הפעלה ברמה מצומצמת במרחב הציבורי, לא יישאר על כנו זמן רב. מדובר במעין מצב ביניים – לא "אי סדר" ולא "הנגשה מוחלטת". בחלוף הזמן, ישפיעו כוחות בתוך המרחב, מחוץ למרחב הציבורי או שילוב של השניים, על החלטת המרחב הציבורי האם להפסיק את שירותי המתורגמנות ולחזור לשלב א'2, או להרחיב, להכפיל ולמסד את שירותי המתורגמנות.

7.4.3 שלב 3: הרחבה, הכפלה ומיסוד

הרחבה הינה הפעלת שירותי המתורגמנות בימים ובשעות נוספות, בחלקים נוספים של מוסד ספציפי או הוספת אפשרות לתרגום בשפות נוספות. הרהורים על הרחבה באים לידי ביטוי בדבריהן של ד"ר נורית גוטמן וד"ר ענת יפה: צריך ש [שירותי המתורגמנות] יעבוד בכל מקום ולא רק במרפאות מסוימות שהקופה החליטה שהיא יכולה להרשות לעצמה. חייבת להיות נגישות לשירותי תרגום לכל תושב ללא קשר למין מוצא ומקום מגורים. (ד"ר נורית גוטמן)

הרחבה של שירותי מתורגמנות קיימים עשויה להתאפשר ביתר קלות אם המרחב הציבורי כבר מכיר, ומשתמש בשירותי מתורגמנות. ד"ר ענת יפה, מרואיינת במחקר הנוכחי, סברה שהתקדים שיצר שירות "קול לבריאות", ייקל על הטמעתם והרחבתם של שירותים להנגשה לשונית לשפות אחרות: שירותי תרגום אחרים כבר יעבדו במציאות אחרת. אנחנו פחדנו לעשות רעש, להגיד יותר מדי כי לא ידענו מה אנחנו מייצרים. קודם ליצר ואז לעשות רעש. כשהשירות יורחב לשפות

אחרות את יודעת איך התינוק נראה ולהגיד זה זה (ולעשות התאמות ושינויים ושיפורים). (ד"ר ענת יפה)

הכפלה הינה הכנסה של שירותי המתורגמנות למוסדות נוספים במרחב הציבורי. בתיאוריות ארגוניות מוכר המושג "איזומורפיזם", שפירושו הידמות מבנית של ארגון אחד לארגון אחר. דימאגיו ופאוול (Diaggio and Powell, 1983, 1991) מסבירים כי הסביבה הארגונית מתגמלת ארגונים המידמים לאחרים, משום שהדמיון מאפשר לארגון לתקשר עם ארגונים אחרים בקלות, וכך ניתן לבצע עסקאות (transactions) ביעילות ובפשטות רבות יותר. סופו של תהליך האיזומורפיזם מוביל לכך שהארגון מקבל הכרה ולגיטימציה מהסביבה, שמתבטאת בכך שהארגון מקבל חוזים ומענקים, כלומר משאבים מהסביבה. DiMaggio and Powell, 1983. P. (153)

אחת המרואיינות ביטאה את תהליך ההכפלה בריאיון עימה:

השירות עתיד רק להתרחב. זה תלוי במשובים ואני מניחה שכל אחד שמשמש בשירות רואה שזה מקל עליו. מהנקודה האגואיסטית של נותן השירות. זה עוזר לנו. למרות שזה מאריך. חוץ מזה שעם המגמה העולמית, הדברים האלה נכנסים. זה לא יעזור, צריך להתקדם קדימה. גם ארגוני הבריאות, הם יראו שבבתי-משפט יש מתורגמנים וירצו גם יגידו גם אנחנו רוצים. בכל זאת ארגונים לומדים אחד מהשני. אנשים מדברים בשיחות יום שישי מעבירים ויש החלפת רעיונות. [...] האנשים שבשטח. בטח שהמתורגמנות לא תפחת. (צביה לוי)

מיסוד, הינו חקיקה, הוצאת תקנות פנימיות, בתיקון משרות ותקצוב של שירותי המתורגמנות, כפי שעולה מדבריה של רות ויינשטיין ממשרד הבריאות: אני יודעת שצריך לעבוד גם עם נערי האוצר. אם לא עובדים עם אלו שמחזיקים את הכסף, זה לא יחלחל למטה לזה שהקופות יעשו. אי אפשר למשל לחוקק חוק שחייבים את זה בכל מרפאה או חייבים וזה, אם אין מישהו שיממן את זה. (רות ויינשטיין)

קאר (Carr, 1997) תיארה פתרון ניסיוני להנגשת שירותי מתורגמנות בקנדה, שכלל שלושה סוגים של מתורגמנים: מתורגמני-בית בשכר, מתורגמנים מתנדבים, ומתורגמנים עצמאיים הרשומים במאגר מרכזי. עם סיום פרויקט החלוץ נצפתה עלייה משמעותית במודעות של מוסדות הבריאות והמערכת הפוליטית לסוגיות בין-תרבותיות⁸². בסוף שלב החלוץ הקימו מוסדות הבריאות שירותי מתורגמנות כחלק אינהרנטי מהמבנה הארגוני שלהם, וכן מינו וועדות לנושאים רב-תרבותיים, ו"ממונים לעניינים רב-תרבותיים". עם הזמן, הפסיקו המוסדות להשתמש בשירותי המתורגמנים המתנדבים, מתוך הכרה שמתורגמנים בשכר זוכים להכשרה

⁸² עם זאת, במאמר לא ניתנו כלים שיאפשרו למדוד האם השינוי חל כתוצאה ישירה משירותי המתורגמנות שנוסו בפרוייקט, או כתוצאה מגורמים חיצוניים, כגון שינוי בחקיקה (למשל, פסק-דין אלדריג' שקבע את החובה לספק שירותי מתורגמנות בבריאות לאנשים חירשים, ניתן בשנת כתיבת המאמר), השפעה של גורמי אקדמיה, התחזקות רשתות של מתורגמנים (כגון ה Critical Link) שקידמו את נושא ההנגשה הלשונית, וכולי.

טובה יותר ויש יכולת בקרה טובה יותר עליהם, אך המשיכו לממן את הפעלת המתורגמנים בשכר שהשתייכו למאגר המרכזי.

תהליכי ההכפלה והמיסוד של שירותי המתורגמנות נובעים מלגיטימציה שמקבל השירות – בתוך המוסד והמרחב ומחוצה להם. קיימות כמה הגדרות בספרות למושג לגיטימציה. חוקרים מתחום הסוציולוגיה הארגונית סברו שלגיטימציה היא תהליך פנים-ארגוני (Meyer and Scott, 1983), ואחרים סברו הסביבה היא שמכתיבה את מידת הלגיטימציה שיש לארגונים. כך, למשל, הגדיר זוכמן את המושג "לגיטימציה": "לגיטימציה היא תפיסה או הנחה כללית שפעולותיה של ישות מסויימת הינן רצויות, מתאימות או הולמות מערכת חברתית של נורמות, ערכים, אמונות והגדרות (574 pp. Suchman, 1995). תהליך ההידמות בין מוסדות בנושא ההנגשה הלשונית מוביל ללגיטימציה הציבורית שלהם.

דימאגיו ופאוול טענו גם (1983) שארגונים מחקים ארגונים אחרים באמצעות שלושה מנגנונים:

1. איזומורפיזם בכפייה (coercive) שנובע מלחצים פוליטיים וחוקיים לשינוי,
2. איזומורפיזם חיקויי (mimetic) לארגונים אחרים, שנובע מתגובה לאי וודאות בסביבה,
3. איזומורפיזם נורמטיבי (normative) שפועל על פי נורמות מקצועיות מקובלות, מתוך ניסיון ליצור הבנייה לגבי הפעילות של הארגונים.

החוקרים טענו כי ארגונים ינסו לחקות ארגונים שהם מכירים בהם כמקורות לקבלת לגיטימציה, או ארגונים הנחשבים כמצליחים בתחומים מהותיים. באופן זה, המיתוסים והחוקים שהוטמעו בארגונים שהם המושא לחיקוי יועברו הלאה לארגונים החדשים. החוקים הממוסדים מחללים דרך רשתות חברתיות לכל חלקי החברה, ומגיעים לארגונים השונים, ובכך משעתקים את החוקים מתוך תפיסה שהם התהליכים הנכונים לאימוץ. בנוסף לכך, ארגונים שרוצים לקבל לגיטימציה לפרוצדורות הקיימות אצלם ייצרו מערכת סביבתית שתתמוך בחוקים החדשים.

המעבר לשלב ד' של המודל, נוצר באמצעות חלק מהגורמים הדוחפים, שצויינו במעבר משלב א' לשלב ב', ומשלב ב' לשלב ג', : לחץ פוליטי על מקבלי ההחלטות והמתקצבים, תביעות, וחקיקה

1. לחץ פוליטי על מקבלי ההחלטות והמתקצבים - תהליך זה מוצא ביטוי בדבריה של ד"ר נורית גוטמן: "זה לא הכסף. זה עניין של החלטה מדינית אם כדאי להם. זה מכשיר קטן לבית-חולים. זו עבודה פוליטית. שאילתות, הצעות, שלושה-ארבעה חברי כנסת משוגעים לדבר". סדרי עדיפויות בתקצוב נקבעים לעתים באמצעות וועדות במשרדי ממשלה או בכנסת, המתעדפות את חלוקת המשאבים. ייתכן שקידום מיסוד שירותי המתורגמנות יסתייע בשכנוע מקבלי ההחלטות בוועדות אלה, כך לדברי רות ויינשטיין ממשד הבריאות:

היום במשרד הבריאות יש מועצות לאומיות לכל נושא. בכל נושא המועצה הלאומית זה לאו דווקא אנשים של משרד הבריאות, זה מקופות, מאוניברסיטאות, מעמותות, והם נותנים סדרי עדיפות גם לגבי סל הבריאות: מה כדאי להכניס מה לא כדאי. אז יש מועצה לאומית לקידום בריאות. שבה הנושא הזה של תרגום סימולטני כמתורגמנות טלפונית. ואז יכולים להמליץ".

2. תביעות - "נגיד יש כמה משוגעים שרואים את זה בראש סדר העדיפות אבל לא בתוך המערכת. לא בתוך קופות החולים. ויכול להיות, שהדרך זה ללכת על תביעות. לפעמים זה מאוד מזרז את המוסדות". (רות ויינשטיין)

כי אם תמשיכו כמו עכשיו, אתם נותנים לממסד תירוץ לא לעשות – אם אתם עושים למה שהם יעשו. אם זה הופך להיות שירות שהמדינה אומרת תעשו בכל מקום. (ד"ר נורית גוטמן)

3. חקיקה - כיום, אין בישראל חובת הנגשת שירותים ציבוריים למיעוטים לשוניים (שאינם חירשים), למעט בהליך השיפוט הפלילי. בתחום הבריאות, ייתכן שבעתיד ניתן יהיה להסתמך על חוק זכויות החולה בישראל (1996), הקובע כי על מטופל לקבל את כלל המידע אודות האבחנה, מהות הטיפול המוצע לו והסיכונים הכרוכים בו. ייתכן שיהיה ניתן להעביר תיקון לחקיקה, שלפיה קיום החוק לגבי מיעוטים לשוניים המתקשים לשוחח בעברית, יתאפשר רק באמצעות העסקת מתורגמן מקצועי. יש לשאוף לכך שייאסר על ילדים מתחת לגיל מסוים לתרגם בסיטואציות רגישות, כפי שנקבע במדינת קליפורניה.

4. סינגור- ארגונים חברתיים או חברי-כנסת עשויים לקדם את תהליך מיסוד השירות באמצעות מאבק על ההנגשה הלשונית המקצועית כזכות אדם ואזרח. כך, למשל, פנתה בנובמבר 2008 האגודה לזכויות האזרח להנהלת בתי המשפט, והתרתה על הצורך לאכוף את הפיקוח והבקרה על שירותי המתורגמנות הניתנים בבתי המשפט באמצעות חברה פרטית:

אנו פונים אליך בבקשה, כי תורה לאלתר לקיים פיקוח מקצועי הדוק על המערך המופרט של המתורגמנות בבתי המשפט, זאת נוכח בעיות קשות בתפקוד מערך זה כיום. כן נבקשך להבטיח, כי במסגרת מכרז שירותי התרגום העתיד לצאת בעוד מספר חודשים, יכללו הוראות מפורטות לגבי איכותם המקצועית של המתורגמנים, חובותיהם האתיות, ומנגנוני הפיקוח של החברה הזוכה והנהלת בתי המשפט על תפקודם. (מסמך מס' 109, סעיף 1)

בפנייה צוינו הבעיות הקיימות ביישום המכרז למתן שירותי מתורגמנות, אך גם הצעות לפתרון, כגון בקרת איכות של המתורגמנים והתהליך באמצעות גופים בלתי-תלויים, שאין להם אינטרס כלכלי בעניין זה.

ד"ר נורית גוטמן, שרואיינה למחקר זה, השוותה את תהליך המיסוד של ההגשה הלשונית לתהליך המיסוד של הגשת שירותים לאנשים עם מוגבלויות, שקודם באמצעות סינגור של ארגוני זכויות וכיום מעוגן בחקיקה:

הדבר אולי קצת דומה לזכויות של אנשים עם מוגבלויות. היה המון רעש סביב החקיקה של אנשים עם מוגבלויות שיצרה דרישה לפי החוק לתת תנאים, ואז כאשר החוק עבר (והיה המון התנגדויות בגלל העלויות שהוא צורך ליישם את החוק) ואז התחילו בכל המקומות ליישם אותו. למעשה לא היתה להם ברירה. בארץ המצב עצוב מאד גם בתחום זה, לא מקיימים נגישות לאנשים עם מוגבלויות, ויש כל מיני תירוצים כלכליים [...] (ד"ר נורית גוטמן, התכתבות אישית).

יש לציין, כי בחלק מהמדינות, דוגמת קנדה, התמסדו שירותי המתורגמנות לשפות דבורות בעקבות מאבקים ותביעות להגשה לשונית של חירשים, שהתנהלה תחת חקיקה להגשת שירותים לבעלי מוגבלויות.

בנוסף על הגורמים המזרזים שזוהו בשלבים מוקדמים של התהליך, יפעלו בתהליך גורמים דוחפים שיוכלו להשפיע רק לאחר תחילת הפעלתו של שירות מתורגמנות:

1. משוב חיובי מהשטח - עם תחילת הפעלתו של השירות, ייאספו נתונים אודות יעילותו לשיפור השירות, לקיצור זמני ההמתנה ולאיכות חייו של הפונה. משובים אלה עשויים להשפיע במיוחד על העברת עלות שירותי המתורגמנות מתורמים פרטיים למימון של הממסד עצמו. וכך התבטא ד"ר שמואל גבעון, באשר להשפעת משובים מהצרכנים למיסוד שירותי מתורגמנות רפואית: "צריך להראות להם [לממסד] שבאמת השטח מאוד מרוצה, להביא תגובות מהשטח כדי לשכנע אותם באיזה שהוא שלב ליטול חלק בעלות של [שירות המתורגמנות]."
2. מציאת תומכים לשירות בתוך הממסד – אגר גופטה (Agger-Gupta, 2001) התייחס בהרחבה לתרומתם של תומכים מקרב הממסד במיסוד שירותי המתורגמנות במוסדות בריאות. ד"ר נורית גוטמן, שרואיינה למחקר הנוכחי, הציעה לשכנע בכירים במשרד הבריאות להטמיע את שירותי המתורגמנות הרפואית כחלק מתוכניות אסטרטגיות של המוסד: צריך למצוא מישהו רופא במערכת. אולי על התכנית של 2020. אולי אלי רוזנברג [בכיר במשרד הבריאות שאחראי על התכנון האסטרטגי]. לשים את זה כיעד שעד אז האוכלוסייה האתיופית ומיעוטים אחרים יהיו להם שירותי תרגום כדי שיוכלו לממש את חוק זכויות החולה.
3. לחץ של המשתמשים מתוך הממסד, והמשתמשים מקבוצות המיעוט, לשמר את השירות – הלחץ להמשיך לקבל שירותי מתורגמנות יכול להגיע מצד בני המיעוט הלשוני, כחלק מפעילות סינגור (ר' לעיל), או מצד העובדים במוסד: "יש דברים שנכנסים יש דברים שבגלל שאין ברירה ויש דברים שהציבור של המטפלים דורשים." באם קיים במוסד, או מחוצה לו, גורם המעוניין להרחיב את שירותי המתורגמנות, ייתכן ועליו לשכנע את

אנשי הצוות באמצעות הרצאות בפורומים מקצועיים שלהם. כך, התבטאה ד"ר ענת יפה במחקר הנוכחי: "יכול להיות שצריך לעשות יותר מפגשים עם רופאים, לגשת לכנסים ללימודי המשך, כמו שדיברנו על טיפול בין-תרבותי. ובעיקר [ללמד את המשתמשים] מה יוצא לנו כמטופלים מזה. ולמטופלים – גם אליהם [...] לא רק ברמת זכויות, אלא מה אתה מפסיד אם אתה לא מקבל את השירות."

4. הוכחת תועלת כלכלית למוסד ולמרחב - לאחר שייאספו נתונים על אופי מתן שירותי המתורגמנות ועל השפעתם על השירות, ניתן יהיה לנסות להוכיח שמתורגמנות מקצועית עשויה לחסוך למוסד כספים. ד"ר שמואל גבעון הציג תפיסה זו בהקשר למתורגמנות רפואית:

כדי לשכנע אדמיניסטרטור [בבית-חולים], שהוא לא תמיד רופא, [להפעיל שירות הנגשה לשונית במוסד שלו], צריך להראות שאם הוא משקיע שקל, הוא מרוויח שניים. אנחנו צריכים להראות לו שמספר הביקורים פוחת, שמספר הבדיקות וההפניות פוחת כתוצאה מזה שהרופא מבין יותר טוב את המטופל, אז הוא יכול לוותר על כל מיני דברים... [ש]אם לא היה לו את האפשרות להבין היטב את הצרכים של המטופל, הוא היה שולח אותו לבדיקות, להדמיות, לרופא מקצועי, וכך הלאה. [צריך] להוכיח במעקב, כשהשירות רץ שבאמת, בבדיקה של before and after, אותו אדון כהן או גברת (...), מגיע פחות מופנה פחות לבדיקות, מופנה פחות לשירותים, להדמיות, לייעוצים וכך הלאה, כתוצאה מזה, ואת זה צריך להוכיח שחור על גבי נייר.

7.5 שלב ה' – גלישה

מהותו של שלב הגלישה היא תפיסה של ההנגשה הלשונית כחלק מהתאמה תרבותית כוללת של המרחב הציבורי עבור מיעוטים. תפיסת ההתאמה התרבותית, או הכשירות התרבותית (cultural competence) והולכת ומתפתחת, מזה כעשור, במדינות מערב אירופה, בארצות הברית, בקנדה ובאוסטרליה. הכשירות התרבותית של נותן שירות מורכבת מארבעה רכיבים: א. מודעות לתפיסת העולם התרבותית של אדם; ב. גישה כלפי הבדלים תרבותיים; ג. ידע לגבי תפיסות ומנהגים תרבותיים שונים; ד. מיומנויות בין-תרבותיות (Betancourt et al., 2002; Campinha-Bacotte, 2002).

כשירות במערכת הבריאות מוגדרת כיכולתה של מערכת הבריאות להעניק טיפול למטופלים השונים זה מזה בערכיהם, אמונותיהם והתנהגותם, תוך שימוש בשפה המובנת לדוברים, ובכלל זה התאמת הטיפול הניתן לצרכים החברתיים והתרבותיים השונים. היעד הסופי הינו קיומה של מערכת שירותי בריאות, לרבות אנשי המקצוע הפועלים בה, המסוגלת להעניק את הטיפול האיכותי ביותר לכל חולה ללא קשר לגזע, מוצא, רקע תרבותי ושפה (Betancourt et al., 2002).

אגר-גופטה (Agger-Gupta, 2001) זיהה שלב זה בתהליך ההקמה של שירותי המתורגמות, וכינה אותו "צמיחה נורמטיבית והבשלה" (normative growth and maturation). בשטח, כולל המעבר לעבודה תוך התאמה תרבותית את התהליכים הבאים :

1. איסוף נתונים אודות אפיון המיעוטים הלשוניים הצורכים את שירותי המרחב הציבורי, והעדפותיהם הלשוניות והתרבותיות.

- אנחנו יודעים ששמונים אחוז מהאתיופים גרים ב- 20 פלוס ישובים פה בארץ. [באזורים האלה] הייתי שמה הרבה יותר אנשי קהילה להיות מגשרים. אז יש לנו, דרך משרד הבריאות וקופות החולים, יש לנו את התכנית "רפואה שלמה". שזה תכנית של מגשרים אז יש במרפאות אבל גם, אין מספיק. אין מספיק משרות. (רות ויינשטיין)
2. הנגשת שילוט וחומרים כתובים, באופן שמותאם לשונית ותרבותית לאוכלוסיות מיעוט, וכן מותאם לרמת האוריינות של אותן קבוצות.
3. הכשרת עובדי המרחב לעבודה מתוך רגישות תרבותית

אם לא ילמדו את האחיות או את כל הצוותים, יתנו יותר רקע על התרבות זה לא יתרום להם. לדעתי יש ... שלא מבינים עד כמה התרבות של האתיופים שונה. הם צריכים ידע וצריכים להכיר. קודם כל. יש כאלה שיזלזלו או יתעלמו גם אחרי ההכשרה. אבל אני חושבת שצריך ידע יותר מעמיק. מערכת יחסים במשפחה, למשל העניין הזה שהגבר לא יקום לקחת לעצמו אוכל אפילו אם אשתו לא בבית הוא לא ייקח. מי מכבד את מי וכולי. (צביה לוי)

אם את מגיעה למרפאה [להדריך על השימוש בתרגום], שלבו את זה בהצעה להדרכה שם. זה יהיה הרבה יותר אפקטיבי, וזה באיזשהו מקום יכניס את הצוות לנושא. לשלב את הצוות בהדרכה עצמה. נניח, לבקש מכל אחד מהם באתו, נניח, ערב או צהריים שמזמינים את עולי אתיופיה למרפאה, שיהיו שותפים אקטיביים לא רק שומעים. ואז אפשר אולי להשתמש במתורגמן תוך כדי שיחה. אני חושב, שתרגום חי כמו שאומרים. [...] נניח שאת אומרת אני באה להרצות לכם על אסתמה למשל. אז מבקשים ממישהו מהמרפאה מאחד הרופאים להכין את ההרצאה, ואז אונליין המתרגם מתרגם ואז הצוות כולו, רואה איך עובד בת'כלס. (ד"ר שמואל גבעון)

הייתי אה, מנגישה את זה [שירותי המתורגמות] לכל מי שלא נולד פה. [ומרחיבה] את הנושא, לא רק שפה [גם] העניין התרבותי. ללמד את הצוותים הבריאותיים מה זה תרבות, איך לדבר, איך להסתכל [על הפונים]. (רות ויינשטיין)

4. קשר ממוסד עם הקהילה, העברת מידע באמצעות הרצאות, סדנאות, פיתוח חומרי הסברה רגישים תרבותית, הכשרות כיצד להתמצא טוב יותר בשירותי המרחב הציבורי.
5. קביעת מדיניות לטיפול במיעוטים תרבותיים.
6. מינוי אחראי כשירות תרבותית במוסד או במרחב הציבורי.
7. גיוון אתני בתעסוקה.
8. מחקר אודות השפעת אי-ישום כללים להלימה תרבותית או התועלת שביישום התפיסה
9. ישום חקיקה קיימת בנושא ההלימה התרבותית
10. התמקצעות העיסוק במתורגמות קהילתית, הקמת התאגדויות מקצועיות של מתורגמים קהילתיים.

Agger-Gupta, 2001; ; Center for Addiction and Mental Health; Think Cultural Health)
(Betancourt et al., 2002

שלב זה משפיע ומושפע, בדומה לקודמו, מגורמים חיצוניים כגון קשר עם האקדמיה, היכרות עם פתרונות מחו"ל, ופעילות סינגורית. ייתכן, שהמעבר משלב ד' לשלב ה', שתלוי יותר ברצונם של עובדי המרחב הציבורי להרחיב את מודעותם לשונות תרבותית ולרכוש כלים להתמודד עימה, תלוי בגורמים חיוביים ולא בגורמים שיש לצידם ענישה או כפייה (כגון תביעות). במצב זה, עשויים נותני השירות להתחיל לדבר על "התאמה תרבותית" כמושג אופנתי, כחלק ממדדי בריאות, אבל אינם יודעים בדיוק כיצד ליישם את התפיסה בפועל. במקרים כאלה, עשויים קשרים עם אנשי אקדמיה, עם מומחים מחו"ל ועם ארגוני קהילה, לסייע לעובדי המרחב הציבורי לניסוח אג'נדה של התאמה תרבותית, המתורגמת לפרטים מעשיים. כפי שעולה מההתייחסויות, חלק מהמרואיינים מודעים לחלק מהמרכיבים של התאמה תרבותית, ולחלקם אינם מודעים.

בפרובינציית יוקון בקנדה, נתפסת הכשרת מתורגמים ילידיים לתרגום במוסדות ציבור כחלק משימור שפות הילידים. זאת, מאחר שחוק משנת 1988 הכיר בשפות הילידיות ובצורך לשמור ולעודד את התפתחותן. המתורגמים בפרובינציה ממלאים, לפיכך, תפקיד מכריע בשימור השפות הילידיות. (Fiola, 2003).

7.6 סיכום

בפרק זה הוצג מודל לתהליך ההנגשה הלשונית של מרחב ציבורי. המודל מתבסס על חומרי המחקר הנוכחי, על סקירת המצב הקיים במספר מוסדות ציבור בישראל, וכן על תובנות מהספרות התיאורטית מחו"ל.

נכון לכתיבת המחקר, בסוף שנת 2008, נמצאים חלק מהמרחבים הציבוריים בישראל בשלב א', שהוא שלב אי-הסדר. עד כה, לא נערך מיפוי כולל של מצב ההנגשה הלשונית בשירותי ציבור, ולפיכך אין יכולת להציג נתונים מדויקים בסוגיה זו. בשלב זה, אין למוסדות פתרונות קבועים

להנגשה לשונית כוללת, אף לא למגזרי מיעוטים המהווים חלק גדול מכלל הפונים למוסד. ישנם מוסדות המעסיקים עובדים דו-לשוניים אך אין בידי החוקרת מידע האם העסקה זו נובעת ממדיניות להנגשה לשונית או ממדיניות גיוון העסקה.

חלק מהמוסדות, אשר מכירים בצורך בשירות מתורגמנות נמצאים בשלב ב' (שלב ההכרה בורך). במצב זה, המוסד מכיר בעובדה שאין לו פתרונות קבועים, מקצועיים להנגשה של שירותיו למיעוטים לשוניים. אולם, אין למוסד כלים להנהיג פתרונות קבועים ומקצועיים יותר. בית החולים "הדסה" בהר-הצופים, למשל, מעסיק מתורגמנים לשפה הערבית, אך מתורגמנים אלה לא עברו הכשרה בתרגום ואין עליהם פיקוח ובקרה בתחום זה.

בית-החולים השיקומי לילדים אלון בירושלים, נמצא, נכון לסוף שנת 2008, בשלב ג' מבחינת מתורגמנות, לאחר שבמסגרתו התקיימה הכשרה לדוברי ערבית, רוסית ואמהרית מקרב צוות המוסד, ששימשו כמתורגמנים בין הצוות לבין מטופלים מקבוצות מיעוט. יש לציין, שהכשרת המתורגמנים לא היתה מהלך מנותק, אלא חלק מתכנית כוללת להנגשה תרבותית במוסד, שעיקרה:

1. תרגום בעל-פה באמצעות עובדים שעברו הכשרה, וקביעת כללים לשימוש במתורגמנים במסגרת המוסד.
2. השלמת תרגום טפסים ודפי הסבר לשפה הערבית
3. תרגום כלל שילוט במוסד לשפה הערבית – רוב השילוט הקבוע (שמות מחלקות ומשרדים) מתורגמים כבר לערבית, ובשלב זה התבצע מיפוי של שילוט שטרם תורגם (למשל, שלט "יציאת חירום", אזהרות לשימוש במתקני משחקים, שילוט על לחצני חירום ועוד).
4. הכשרות לצוות בנושא התאמה תרבותית – צוותי בית החולים יזכו להכשרה בת יום אחד, שתיתן להם כלים תיאורטיים ומעשיים לעבודה רגישת-תרבות עם המטופלים.
5. קביעת מדיניות ונהלים להתאמה תרבותית של המוסד.

פרק ח': סיכום ומסקנות

8.1 סיכום עיקרי המחקר

מחקר זה בדק את הגורמים והתהליכים שהיו כרוכים בהקמת "קול לבריאות" - שירות מתורגמות רפואית באמצעות הטלפון לשיפור התקשורת בין מטופלים יוצאי אתיופיה לבין הצוותים המטפלים בהם במוסדות בריאות.

שירות "קול לבריאות" ייחודי בשל כמה היבטים:

1. השירות הינו הפתרון הכלל-ארצי הראשון להנגשה לשונית של שירותי בריאות בישראל. מגשרות ומתאמות פועלות, קרוב לעשור, לסייע ליוצאי אתיופיה להתנהל במערכת הבריאות, אולם מספרן מוגבל, ולפיכך השירות אינו כלל-ארצי. באוכלוסיות אחרות לא קיימים פתרונות ארציים להנגשה לשונית של שירותי בריאות.
2. טרם הקמת "קול לבריאות" לא היתה קיימת תשתית קבועה לתרגום באמצעות הטלפון, על אף שאנשי צוות רפואי התקשרו לעתים לאנשי קשר, קבועים או מזדמנים, לשם קבלת סיוע מול מטופל בן מיעוט לשוני.
3. טרם נערכה בישראל הכשרה ייעודית למתורגמנים רפואיים.

יצויין, כי שירות "קול לבריאות" אינו השירות הראשון שמספקת עמותה לטובת הציבור ולמוסדות ציבור. בישראל מוכרים מקרים רבים של עמותות, או חברות כלכליות, המספקות שירותים לממסד הציבורי, או שירותים לציבור שהממסד אמור לספק (גדרון כץ ובר, 2000).

רצונה של "טנא בריאות" להקים שירות מתורגמות רפואית גרם להפיכת הפרוייקט לעמותה עצמאית, תהליך שחייב שינויים תפיסתיים וארגוניים:

עמותת "טנא בריאות" התחייבה לספק שירותי קידום בריאות בהיקף הגדול בעשרות אחוזים יחסית לביצועיה בשנים הקודמות, עת היתה תחת כנפי המרכז הרפואי הלל יפה. עמידתה בהתחייבויות אלה מחייבת שינוי הכולל הגדלת צוות העובדים הקבוע לצורך ביצוע שירות מוזמן והגבלת הסתמכות על מתנדבים לצורך חוות דעת, סיעור מוחות, עזרה בהנעת דעת קובעי מדיניות, בהפצת מודעות לקשיים בטיפול בין-תרבותי וכדומה.

(סיכום פעילות לשנת 2007)

בניתוח חומרי המחקר אותרו הגורמים שהיו מעורבים, במישרין או בעקיפין, בהקמת שירות המתורגמות:

1. צוות בשכר של עמותת "טנא בריאות", וכן יו"ר העמותה ומספר חברי וועד-מנהל

2. "שירותי בריאות כללית" – ברמת ההנהלה הארצית, ההנהלה המחוזית, וצוותי המרפאות
3. גורמי מימון ממסדיים ופרטיים
4. חברות למתן שירותי מוקד טלפוני
5. חבר כנסת אחד, אשר פעל להעברת מימון לפעילות העמותה, אשר שימש מאוחר יותר להתנעת שירות המתורגמנות.
6. משרד הבריאות – מעורבות עקיפה, ברמת ידיעה על הפרוייקט, אך ללא רצון לתמוך בו כספית או מקצועית.

בניתוח התמונה הארגונית שנוצרה סביב הקמת שירות המתורגמנות, נראה כי "טנא בריאות" פעלה ברשת ארגונית מצומצמת – בתוך הארגון ומחוצה לו – להטמעת השירות. לעמותה היו מעט שותפים, והיה עליה למצוא בעצמה פתרונות ארגוניים וטכנולוגיים לשירות ארצי שלא היו לא תקדימים בישראל. גורמים ממשרדי ממשלה רלוונטיים (בריאות, קליטה ואוצר) לא היו מעורבים בבניית השירות ובהטמעתו, ומאידך היתה העמותה נתונה למגבלות מטעם "שירותי בריאות כללית" (שבה מבוטחים רוב יוצאי אתיופיה, ולפיכך רוב המרפאות שקיבלו את השירות השתייכו אליה). מניתוח חומרי המחקר, נראה שתהליכי ההקמה וההפעלה של שירות המתורגמנות הושפעו מאופי הפעילות של חלק מאנשי העמותה, כפי שניסחה אותה ד"ר ענת יפה: "החלטנו שפשוט כמו שעשינו את הפרוייקט עד עכשיו – פשוט קופצים לבריכה ונמצא את המצופים ואת דרכי השחיה בדרך", אך גם מתפיסת "שירותי בריאות כללית": "צריך לעשות את זה באופן יסודי ואין לעשות זאת בצורה חפוזה ורדודה", שדמתה לתפיסת נציגת משרד הבריאות: "אני ועוד כמה [משתתפים] רצינו קודם שזה יעבור את הקופות. קודם שהקופות יגידו שהם רוצים ומוכנים להשקיע בזה, ואז לעשות את הקורס הכשרה. אני רציתי לעשות את זה יותר אה, [נאנחת] אולי בירוקרטי אבל יותר עם כל ההסכמות וכל ה Loose ends הכל קשור כבר, ואז להתחיל עם ההכשרה של המתורגמנים." לצד הפער שבין שתי תפיסות העבודה – זו של הארגון וזו של הממסד, היתה העמותה מעוניינת לספק שירות איכותי וזמין, שיוכיח את יתרונותיו בשיפור התקשורת עם המטופלים, ולפיכך היה עליה להקפיד על איכות המתורגמנים, על זמינותם, על טיב השירות ועל איכות התשתית הטכנולוגית, עובדה שחייבה לעתים עבודה איטית יותר מקצב העבודה של העמותה בפרוייקטים אחרים.

תהליכי הקמת השירות כפי שעלו בניתוח החומרים היו:

1. העלאת הרעיון: פערי השפה והתרבות והשפעתם על הטיפול הרפואי ביוצאי אתיופיה היו נהירים לפעילי "טנא בריאות" מאז תחילת הפרוייקט. מחקר שיזמה "טנא בריאות" הציג את השלכות פערי התקשורת בין מטפלים לבין מטופלים על איכות השירות, והמליץ, בין השאר, על הקמת שירות מתורגמנות. עם זאת, נדרש זמן רב לגיבוש מבנה השירות ומתווה הפעלתו.
2. גיבוש מבנה שירות המתורגמנות וגיוס שותפים: על פי המתווה המקורי, היתה העמותה אמורה להעסיק שלושה מתורגמנים כוונים, אשר יענו בסדר אקראי, בטלפון נייד, על שיחות

- ממרפאות. המתורגמנים היו אמורים לשמש כמתווכים לשוניים אך גם לספק למטופלים ייעוץ בנושאים שאינם רפואיים ספציפיים. עם הזמן, ומעורבות גורמים נוספים בבניית הרעיון, שונה המתווה כמעט לחלוטין. "טנא בריאות" פנתה לשותפיה במערכת הבריאות, בכלל זה במשרד הבריאות ובקופות החולים, על מנת להקים וועדת היגוי לצורך הקמת השירות. בשל הבדלים בתפיסות בין הגופים, לא התקדם שיתוף הפעולה בקצב שהלם את צרכי העמותה ואת רצונותיה. גיוס השותפים נמשך לאורך כל תקופת הפעלת הפרוייקט
3. מימון: "טנא בריאות" קיבלה מימון לתכניות קידום בריאות ליוצאי אתיופיה מועדת הכספים של הכנסת, והועידה חלק ממנו לשלבים הראשונים של שירות המתורגמנות. לאור העובדה שמשרדי ממשלה לא תמכו כלכלית בשירות המתורגמנות, היה צורך לגייס תרומות ממקורות אחרים.
4. עיכובים בדרך להפעלת השירות: מאז שהתוותה העמותה את מבנה השירות וצורת הפעלתו ופנתה לשותפים פוטנציאליים, ועד להפעלת השירות בפועל, חלפה מעל לשנה. סעיף זה ינתח את תפיסות השחקנים השונים באשר לתקופה זו, ואת הסיבות לזמן שחלף מהפגישות הראשונות ועד להפעלת השירות במרפאה הראשונה.
5. חבירה לאקדמיה והכשרת מתורגמנים: "טנא בריאות" חברה לחוקרות מתחום התרגום, תוך קבלת החלטה להפעיל את השירות באופן עצמאי, במקביל לתהליכי קבלת ההחלטות במוסדות הבריאות כיצד להטמיע את השירות ובאילו מרפאות. בוצע תהליך לאיתור מועמדים מתאימים, ונבנה קורס הכשרה בן 5 ימים, שתוכן והועבר על-ידי חוקרות ומרצות מתחום התרגום והמתורגמנות, בהשתתפות מומחים מתחום הרפואה, הסוציולוגיה והבלשנות. לאחר ההכשרה הראשונית עברו המתורגמנים, במהלך עבודתם, שלוש הכשרות-המשך, וזכו לתמיכה מקצועית שוטפת. בפברואר 2008, בעקבות תהליכים שונים בעמותה (ראו סעיף 5.7) הוכשר צוות חדש של מתורגמנים, שהחלו לעבוד ממשרדי העמותה.
6. הפעלה בשלב החלוץ: "טנא בריאות" החליטה לספק את השירות למספר מצומצם של מרפאות למשך מספר חודשים. בחירת המרפאות נעשתה בחלקה על סמך קשרים מקצועיים והתעניינות של מנהלי מרפאות בשירות, ובחלקה על פי המלצות הנהלת "שירותי בריאות כללית". שלב זה היה רצוף קשיים, חוסר-תיאום ואי-הבנות בין העמותה לבין הגופים השונים בשירותי הבריאות. שירות המתורגמנות החל לפעול, במתכונת ניסיונית, במאי 2007. שבע מרפאות של "שירותי בריאות כללית" הוכנסו בהדרגה לשירות. לפני הכניסה לשירות עבר הצוות שבכל מרפאה הדרכה קצרה אודות השירות והשימוש בו. עד אפריל 2008 בוצעה ההתקשרות ישירות לבתי המתורגמנים, ללא תיווך מוקד טלפוני כלשהו (מאויש או אוטומטי). המתורגמנים התבקשו למלא דוחות על כל שיחה, והצוות התבקש לתעד את השימוש במתורגמן בתיק המטופל או בטבלה. ללא מערכת טלפונית המאפשרת בקרת שיחות, בוצעה הבקרה השוטפת על השירות באמצעות דוחות שמילאו המתורגמנים, שיחות משוב בעל-פה, ומשובים מהצוות המטפל. במקביל, ערכה העמותה הערכה מלווה לשירות.
7. התמסדות ארגונית: החל מאפריל 2008 פעלה העמותה ממשרד קבוע, דבר שאפשר תהליכי עבודה מקצועיים ומבוקרים יותר מבעבר. במסגרת זו הועסקו בעמותה מתורגמנים קבועים, שנתנו את השירות ממספר טלפון אחד במשרד העמותה. בנוסף, נקבע כי העמותה תנסה להרחיב את מעגל המשתמשים בשירות התרגום למרפאות נוספות ב"שירותי בריאות

כללית", לשירותי בריאות נוספים ולמוסדות בריאות שאינם שייכים לקופות (כמו למשל תחנות לבריאות המשפחה, בתי-חולים ממשלתיים ופרטיים, ועוד).

בניתוח תהליך הקמת שירות "קול לבריאות" ניתן לראות מספר נקודות דמיון לתהליך הקמת "טנא בריאות", "אבי" השירות. פרויקט "טנא בריאות" הוקם בשנת 1998, לאור זיהוי בעיה בשטח. יוזמת הרעיון כינסה צוות חשיבה שהורכב מנציגי ארגוני רווחה וקליטה, והפרוייקט נבנה לאורך זמן, תוך התאמה לצרכים המשתנים של השטח. הפרוייקט הצליח לגייס שותפים ממסדיים ומימון ממסדי ופרטי:

השלב הבא היה לנסות להתארגן עם אנשים מרכזיים בתחומים שנראו לי [הדגשה במקור] רלוונטיים לטיפול בעולה חדש, ילד, שלוקה במחלה כרונית. ולכן, כשאני ביקשתי לכנס פגישה אני ביקשתי את לשכת הבריאות המקומית, את מחלקת הרווחה של העירייה ושל בית-החולים. [...] וגם ביקשתי גם את הנציג של קופות חולים, בעיקר כללית, גם מהתחום הרפואי וגם מתחום קידום בריאות [...] נפגשנו בלשכת הבריאות של חדרה, ואני באתי עם פשוט עם סיפור. לא עם שום דבר. עם סיפור. אמרתי להם: הסיפור הזה הוא מקרה בודד של כלל. איך אנחנו מנסים ביחד, אני נכשלת, איך אנחנו מנסים ביחד מערכת שתצליח יותר טוב. (ד"ר ענת יפה)

הניסיון להקים את שירות המתורגמנות, מתואר בצורה דומה:

זרקנו את הרעיון של מתורגמנות באמצעות הטלפון, ובהמשך לזריקה של הרעיון עשינו מפגשים עם דיאן, שהיא אשת הקשר העיקרית שלי בתחום הזה [הדגשה במקור] מול "כללית", [הפסקה], ועשינו אפילו איזה מפגש אחד, אני מקווה שאני לא טועה, עם יונה יפה, ונורית [גוטמן] באוניברסיטה, ודיברנו על ה[תוכן?], הזה, היה גם מפגש אצלי במחלקה, עם העברה של מכתבים עם דיאן שהעלתה שאלות מאוד נכונות לגבי הכשרה, לגבי ביטוח, לגבי סודיות רפואית. זאת אומרת דיאן לקחה את הנושא ופרטה לתחומים שבהם צריך לטפל על מנת להפוך את זה לפרוייקט שהוא בר-מימוש. (ד"ר ענת יפה)

השוני הגדול בין תהליך הקמת "טנא בריאות" לבין תהליך הקמת שירות "קול לבריאות" ניכר בשלב שבו נדרשה מעורבות הגורמים החיצוניים לקידום מימוש רעיון השירות. השוני בתפיסות הארגוניות – בניהול התהליך, באישורים שנדרשו, ובקצב העבודה – גרם לכך שהעמותה סברה שמוסדות הבריאות מעכבים שירות שהשטח (מטפלים ומטופלים) זקוק לו.

לאחר מיפוי הגורמים שהיו מעורבים בהקמת שירות המתורגמנות, אותרו הזרזים והגורמים המעכבים בהקמת השירות וחולקו על פי תמונה ארגונית.

הגורמים שזירזו את הקמת השירות היו מעטים יחסית, אולם הם תרמו למימוש הרעיון לכלל שירות מתורגמנות פעיל:

1. מעורבות האקדמיה בשירות "קול לבריאות סייעה להפוך תכנית כללית למתן שירותי מתורגמנות בטלפון לכדי שירות שהיו לו תכנית עבודה מסודרת, כללים לבקרה ותכנית הכשרה למתורגמנים
2. העובדה ש"קול לבריאות" היה שירות ייעודי ליוצאי אתיופיה סייעה להטמעתו במערכת, עקב העובדה שקשיי התקשורת עם מטופלים מקהילה זו מוכרים במחקרים ועולים בעבודה היום-יומית במרפאות, אף יותר מקשיי התקשורת עם מיעוטים אחרים.
3. היכרות של גורמים בסביבה הארגונית עם שירותי מתורגמנות הפועלים בחו"ל סייעה להטמעת השירות לאור העובדה שלא היה צריך להוכיח את יעילות השירות להנגשה טובה יותר של שירותי בריאות.
4. הכשרה מוכוונת-מטופל של רופאי המשפחה בישראל, ששואפת לגלות היבטים פסיכו-סוציאליים אצל המטופל, גילוי שיתבצע רק באמצעות תקשורת תקינה בין הצדדים.
5. עבודת שירותי על פי מדדי בריאות, והשערת המטפלים כי שירות מתורגמנות יסייע לשיפור מדדים אלה באמצעות הגברת ההבנה ושיתוף הפעולה של המטופל.
6. גורמים כלכליים – השערה כי שירות המתורגמנות עשוי לחסוך בעלויות למוסדות הבריאות, עקב אבחנה מדוייקת יותר שתמנע הפנייה לבדיקות מיותרות. כמו כן, העובדה ששירות המתורגמנות ניתן למוסדות הבריאות ללא תשלום, היוותה גורם ממריץ להטמעתו.
7. תקדימים - במערכת הבריאות מוכרים מקרים בהם פרוייקטים במימון חיצוני סייעו לטיפול ולמניעה במגזרים שונים, ובסופו של דבר חלקם אף הוטמעו במערכת באופן זה או אחר.
8. משוברים חיוביים מהשטח – תגובות חיוביות לשירות המתורגמנות, מצד מטפלים ומטופלים כאחד, סייעה להטמעת השירות, להרחבתו מאוחר יותר, ולקבלת מימון חיצוני.

הגורמים המעכבים את הקמת השירות ואת הטמעתו (בשלב החלוץ ולאחריו), חולקו לגורמים על פי תיאוריות של יחסי ארגון-סביבה והתלות ההדדית ביניהם:

1. גורמים הנוגעים לתהליכים בתוך עמותת "טנא בריאות" (הארגון)
2. גורמים הנוגעים לתהליכים בסביבה החיצונית של הארגון
3. גורמים הנוגעים ליחסי הגומלין שבין הארגון לבין הסביבה החיצונית

חלק מהגורמים המעכבים שנעוצים בתהליכים בתוך "טנא בריאות", נעוצים בעובדה ש"קול לבריאות" היה שירות חדש בקנה מידה ארצי, שצמח בעמותה קטנה, שעשתה את צעדיה הראשונים כארגון עצמאי במרחב הציבורי. ריבוי המשימות הכרוכות בהקמת השירות, ריבוי המשתתפים בעמותה ומחוצה לה, יחד עם שאר הפעילויות שנדרשו עם היציאה לעצמאות, הקשו לעתים על התנהלות חלקה של הפרוייקט:

1. "לטנא בריאות" לא היתה תכנית עבודה מגובשת להטמעת השירות, אלא מתווה כללי אשר התפתח עם הזמן (סעיף 5.2.1, 5.2.2). "לטנא בריאות" היתה מעוניינת להקים שירות מתורגמנות, אולם לא היתה מודעת למהות תפקידו של המתורגמן, למורכבויות הכרוכות בו, ולתהליכים הנדרשים על מנת שהמתורגמנים שעונים לשיחות יהיו מקצועיים.
2. היעדר היכרות עם תקדימים לשירותי מתורגמנות, וכן תפיסות מסויימות באשר לאופי עבודתם הרצוי של המתורגמנים, הביאו לבחירת מודל עבודה שהתגלה כבלתי יעיל מכמה בחינות – העמותה בחרה העסקת צוות שזו להם עבודתם המשנית, מביתם. צורת עבודה זו הקשתה על קביעת סידור עבודה יציב, על שימור הצוות מבחינת הכשרות ומחוייבות לעבודה ועל בקרת איכות הרמטית. כך, הושקעו כספים רבים בהכשרת צוות גדול של מתורגמנים, שחלקם הגדול פרש בשנה הראשונה להפעלת השירות. בנוסף, אופי העבודה מבתי המתורגמנים, כעבודה שניה שלהם, הקשה מאוד על התמקצעות השירות ועל מיסודו בתוך העמותה.
3. תיאום ציפיות עם המתורגמנים – הגדרת תפקיד המתורגמנים, צורת העבודה והתגמול הכספי, הוגדרו באופן כללי עם העלאת רעיון השירות, והשתנו עם התפתחות השירות. ככל הנראה, לא בוצע תיאום ציפיות מלא עם המתורגמנים שנבחרו, עובדה שגרמה למרמור ולפרישת חלק מהעובדים.
4. היעדר ידע לגבי הסוגיות הטכניות הנדרשות משירות תרגום שיעמוד בסטנדרטים של מוסדות הבריאות (מהירות, יעילות, בקרת איכות) צרך זמן מהעמותה.
5. היעדר תקצוב יציב - חלק מפעילותה של "לטנא בריאות" מומן, באופן קבוע, מתקציבים של משרד הבריאות. עם זאת, אף גורם, ממשלתי או פרטי, לא התחייב לממן את השירות לטווח ארוך, ולפיכך נדרשה העמותה לגייס כספים ממקורות חד-פעמיים.
6. פערים בתפיסות, בציפיות, ובדפוסי תקשורת בין הפעילים יוצאי אתיופיה לבין אלה שאינם מהקהילה – במהלך בניית שירות המתורגמנות קרו מספר מקרים שבהם היה פער בין תפיסתם של יוצאי אתיופיה להיקלט בעבודה, אול לדחות קליטתם של פעילים אחרים, לבין התפיסות והידע של פעילי העמותה שלא השתייכו לקהילה. בכל המקרים, היה עירוב מסויים של שיקולים חברתיים ושיקולים מקצועיים. מחד, בשל מגבלות תקציב היה צורך להכשיר רק אנשים אשר יוכלו לעבוד בעתיד בשירות. מאידך, ייתכן שהיה צורך להגדיר מראש שמספר מסויים של מודרכים יכללו בהכשרה כחלק משימורם במסגרת פעילות העמותה, למרות שלא יוכלו לעבוד בעתיד כמתורגמנים.
7. שירות המתורגמנות הטלפוני שהקימה עמותת "לטנא בריאות", הוא השירות הראשון מסוגו בישראל. אמנם, בישראל פועלים מוקדי שירות טלפוניים בתחומים רבים, וישנם אנשי מקצועי המתמחים בהקמת מוקדים, אולם עלות שכירתם גבוהה. לעמותה לא היה הידע הדרוש למענה על סוגיות הנוגעות לתשתית הטכנולוגית הנדרשת – גם במרפאות וגם אצל המתורגמנים. העמותה החליטה, מטעמי תעדוף וכן בשל חוסר הוודאות לגבי עתיד השירות, שלא לשכור שירותי יעוץ מקצועי להקמת התשתית הטכנולוגית של השירות, ולפיכך בוזבז זמן רב על התלבטויות בבחירת האמצעים הטכנולוגיים למתן השירות.

גם מבחינת הסביבה הארגונית, נבעו חלק מהעיכובים בהיעדר הכרה בצורך בשירותי מתורגמנות וביעילותם, ובהיעדר היכרות מקרוב עם שירותי מתורגמנות מקצועיים ואופי עבודתם. טרם הקמתו של שירות "קול לבריאות" לא פעל בישראל שירות ארצי להנגשה לשונית בבריאות. תכניות "רפואה שלמה" והתכנית הלאומית למניעת מחלות זיהומיות פועלות מאז שנות ה-80 של המאה שעברה, לקידום בריאותם של יוצאי אתיופיה, ובכלל זה לתיווך לשוני ותרבותי, אולם יכולתן לתת שירות ארצי היתה מוגבלת בשל היקף המשרות המצומצם. שירות המתורגמנות הטלפוני יכול לתת מענה ארצי ללא מגבלות גיאוגרפיות, אולם לא היה מודל דומה לו שניתן היה ללמוד ממנו ולהפיק לקחים ממסקנותיו. היעדר התקדימים גרם למספר עיכובים:

1. העדר מיפוי של ריכוזי אוכלוסיה יוצאת אתיופיה, ביחוד עולים שעלו בחמש השנים האחרונות או עולים מבוגרים, במוסדות הבריאות גזל זמן ומשאבים ממערכת הבריאות, ונתפס בעמותה כעיכוב בירוקרטי. ככל הנראה, הנתונים היו קיימים במערכות הבריאות אולם היו צריכים לחלץ אותם ממאגרי המידע, דבר שהצריך זמן וכנראה גם תעודוף.
2. בדיקת צרכים והתאמה לשטח – מערכת הבריאות היתה צריכה לבדוק עד כמה צריך את שירות המתורגמנות, ובאילו מרפאות.
3. היעדר הכרה מערכתית בצורך בשירותי מתורגמנות - העובדה שבישראל טרם הוכיחו את הנוקים שבשימוש במתורגמנים לא-מיומנים, ואת התועלת שבשירותי מתורגמנות מקצועית, וכן חוסר היכרות עם פתרונות מקצועיים להנגשה לשונית, גרמה להיווצרות תפיסה של "מסתדרים" בקרב נותני השירות הרפואי (וראו רובנובסקי 2006)
4. מימון – היעדר פרוייקטים קודמים של הנגשה לשונית גרם לכך שאף גורם בתוך ממסד הבריאות לא רצה לתקצב את שירות המתורגמנות. בנוסף, שררה חוסר ידיעה איזה גורם בממסד הבריאות אמור, או יכול לממן את השירות (ר' 6.2.3). משרד הבריאות סירב לממן את שירות המתורגמנות, לאור תפיסה שמשרד האוצר צריך קודם כל לאשר את תקצובו, לאחר התחייבות הקופות להטמיע אותו.
5. סדרי עדיפויות בתקצוב סל הבריאות – שירות "קול לבריאות" היה אמור להתחרות עם תרופות ושירותים אחרים שנכנסים לסל הבריאות, ונתפס מראש כשירות שעדיפותו נמוכה, יחסית, למשל, לתרופות מאריכות חיים. תורמים לתפיסה זו היעדר תקדימים שהוכיחו את שיפור בריאותו של אדם כתוצאה משירותי מתורגמנות.
6. היעדר הכרה של משרדי הממשלה בצורך לתקצב תקצוב ייעודי שירותים מותאמים תרבותית ולשונית.
7. מצב פוליטי לא יציב בישראל – חילופי השלטון התדירים בישראל, מתווספים להיעדר הכרה בחשיבות השירות מצד מקבלי החלטות ברשות המחוקקת והמבצעת, ומקשים על מיסוד שירותי ההנגשה הלשונית במימון ממלכתי. המצב הפוליטי הבלתי-יציב, מתקשר להיעדר גורמים שיבצעו סינור לקידום ההנגשה הלשונית בישראל, מאחר שאם המפה הפוליטית אינה יציבה, קשה לגייס תמיכה קבועה לקידום רעיונות ופרוייקטים.
8. היעדר חקיקה ותקינה – נכון לכתובת העבודה אין בישראל חקיקה המחייבת מתן שירותי מתורגמנות לאוכלוסיות מיעוטים – ילידיים, עולים, מהגרים ופליטים. עמותת "טנא בריאות" ניסתה לקדם דיון בנושא ההנגשה התרבותית של שירותי בריאות בוועדת העבודה הרווחה והבריאות בכנסת, אולם נכשלה.

9. מגבלות צורת מתן שירותי הבריאות – שירותי הבריאות נתונים כיום למגבלות של זמן, טכנולוגיה ומדדי איכות. שירותי מתורגמנות שאינם לוקחים מגבלות אלה בחשבון, ואף מקשים על מתן שירותי הבריאות, לא יוטמעו במוסדות הבריאות, בשל חשש של נותני השירותים שהתרגום יאריך את המפגש הרפואי ויעכב מטלות נוספות שלעליהם לבצע. למשל, פרט למתן טיפול רפואי, מחוייבים נותני הטיפול לבדוק מגוון של נושאים אצל מטופליהם, בכלל זה סוגיות בקידום בריאות. ייתכן, שחלק מהמטפלים חוששים שהשימוש בתרגום הוא מטלה נוספת על המטלות שעליו למלא, ולא כלי ליעול התקשורת עם המטופל.
10. היעדר ידע טכני וגורם טכני מרכז להקמת התשתית הטכנית של השירות – היעדר תקדימים לשירות המתורגמנות, על היבטיו הטכניים, גרם למספר טעויות בהתקנות התשתית – קניית מפצלים לא נכונים, התקנות טלפונים לא נכונים, אי-פתרון של בעיות טכניות וכן התקנות במקומות שלא נזקקו לשירות.

הגורמים המעכבים שהיו נעוצים ביחסי הגומלין שבין הארגון לבין סביבתו, אופיינו בתלות שהיתה לעמותה בממסד הבריאות ובגורמי מימון חיצוניים, בהיעדר מערכת של קשרים מקצועיים בתוך מוסדות הבריאות, לטובת גיוס תומכים בשירות, ובהיעדר קשרים עם ארגוני מגזר שלישי שהיו יכולים לקדם את השירות ברמת הסינגור והחקיקה:

1. הבדלים בתפיסות בין ארגוניות – מחקר זה הראה שחלק מהעיכובים במימוש רעיון שירות המתורגמנות "קול לבריאות" נבע בהבדלים בין תפיסת העבודה של "טנא בריאות" לבין התפיסה של משרד הבריאות וקופות החולים. הבדלים אלה בין תפיסות ארגון השטח לממסד התבטאו בקצב עבודה שונה בין הגופים – שנבע, ככל הנראה מתעודף משימות במוסדות הבריאות, ומהצורך לבצע סדרה של תהליכים בתוך ארגוני הבריאות – קבלת אישורים עקרוניים להכנסת השירות, בדיקת היתכנות משפטית, בדיקת סוגיות של ניהול סיכונים, וכן מיפוי צרכים וקביעת קריטריונים להכנסת מרפאות לשירות.
2. הבדלים תפיסתיים בין ארגוניים קיימים לא רק בין ארגון שטח לבין הממסד הרפואי, אלא גם בין מוסדות הבריאות השונים. משרד הבריאות, כגורם מממן של שירותים, היה מעוניין לוודא שקופות החולים יביעו התחייבות להטמיע את שירות המתורגמנות "קול לבריאות" במסגרתן, ורק לאחר מכן לפתח את השירות ולהטמיעו. בשלב כלשהו החליטה העמותה, לאור מה שהיא ראתה כעיכובים מצד מוסדות הבריאות, להתחיל להטמיע את השירות ללא קבלת מחוייבות של הקופות או של משרד הבריאות.
3. תלות בקצב העבודה של הקופה – כאמור בסעיף 1 לעיל, הבדלים בתפיסות בין "טנא בריאות" לבין מוסדות הבריאות, הביאו לכך שהעמותה לא יכלה לשווק את שירות המתורגמנות באופן חופשי וללא מגבלות, והיתה תלויה באישור הקופה לגבי תזמון ההטמעה וזהות המרפאות שיקבלו את השירות. רכזת השטח של העמותה, אתי גולסטאני, תלתה את העיכוב בצורך של הממסד, בעיקר קופות החולים, לקבל מידע ואפיון אודות שירות שמציע לה גוף חוץ-ממסדי. פעילים אחרים בעמותה סברו שחלק מהעיכובים בהטמעת השירות נבעו מחששות של שירותי הבריאות מפני העמותה ומפני השירות הלא-מוכר.

4. תלות במימון חיצוני – תלות העמותה בגורמים מימון חיצוניים גרמה לכמה עיכובים. ראשית, הצורך לעסוק באופן מתמיד באיתור גורמי מימון לשירות, בד"כ תורמים חד-פעמיים, גזל זמן מהעמותה. שנית, התלות בגורם מממן חיצוני, גרמה ללחץ בעמותה, שמא התורמים לא יראו בעין יפה את העובדה שבשנה הראשונה להפעלת השירות היתה כמות השיחות מעטה. שלישית, היה חשש שתורמים פרטיים לא יראו בעין יפה את העובדה שמוסדות הבריאות אינם שותפים למימון השירות, למעט שווה כסף בדמות התקנת התשתית הטכנית.
5. תלות בהכתבת הקופה בבחירת המרפאות – "שירותי בריאות כללית" קבעה לעמותה לאילו מרפאות יוכל שירות המתורגמות להיכנס. בכמה מקרים הקביעה התגלתה כשגוייה, לאור היעדר שימוש בשירות במרפאות שנבחרו, מה שגרם למספר שיחות נמוך בשלב החלוץ. גם לאחר שלב הפיילוט קבעה הקופה שהשירות יוכנס רק למרפאות שבהן מעל 300 מטופלים יוצאי אתיופיה, שלא פועלות בהן מגשרות. "...אנחנו נשארנו מאוד תלויים בהרבה מאוד גורמים חיצוניים לנו שבמידה מסויימת מסוגלים גם להרוג לנו את הפרוייקט, כי הם מפסיקים לנו את הכספים, כי הם יהרסו את התנופה, כי הם ישחקו את המתורגמנים". (ד"ר ענת יפה). לדבריה של ד"ר ענת יפה, התלות בקופה השפיעה לא רק על המשך המימון, אלא גם על מוראל העבודה של המתורגמנים, שלנוכח כמות השיחות הנמוכה התיאשו מהעבודה וייתכן שאף לא האמינו בצורך שקיים בשטח לשירות. כמות השיחות הנמוכה בשלב החלוץ, היתה אף עלולה לגרום לכך שהקופות יחליטו שלא להמשיך להטמיע את השירות במרפאות נוספות, כיוון שלכאורה לא היה בו צורך:
6. מיסוד רשת ארצית להטמעת השירות בקופות – נדרש זמן למסד רשת של שיתוף פעולה בין העמותה לבין גורמים אזוריים ומקומיים בשירותי הבריאות, בעיקר ב"שירותי בריאות כללית". בתחילה התנהלו המגעים באופן ספוראדי, מול רופאים שיו"ר העמותה הכירה באופן שטחי, ובעיקר עם ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות. הדבר גרם להרבה טעויות בהטמעה בשטח. כאשר הטיפול הועבר לרמה האזורית, היה אפשר להטמיע את השירות בצורה טובה יותר.
7. נדרש זמן להסביר לצרכני השירות ממערכת הבריאות מהו טיב השירות, כיצד הוא פועל, במה הוא יכול לסייע למטפלים לשיפור המצב הקיים, וכן לרכוש את אמונם באשר למתורגמנים הטלפוניים – מיהו האדם שמאחורי הקול, מהי הכשרתו, מהם הכללים שלפיהם הוא עובד, והאם הוא יאריך את השיחה עם המטופל או אולי יסייע לקצר אותה.
8. היעדר ההכרה ביתרונות התרגום הטלפוני, ותפיסתו כנחות לעומת תרגום פנים-אל-פנים, ולעתים אף בהשוואה לתרגום של בן משפחה, הקשתה על שיווק השירות.
9. חששות פוליטיים -חלק מהמרוויינים, בעיקר חברי העמותה, סברו שאחד הקשיים בישוב שירות המתורגמות נבע מתפיסה של גורמים מערכת הבריאות שאם יתמכו במתן שירות מתורגמות לאוכלוסיית מיעוט אחת, עלולות לבוא קבוצות מיעוט אחרות ולדרוש את אותו שירות, שגם אותו יצטרכו מוסדות הבריאות לממן. בנוסף, במהלך הפעלת השירות (לאחר שלב החלוץ) התקבלו בעמותה ידיעות על כך שמתאמות הטיפול

- בנשאי איידס חוששות מהרחבת שירות המתורגמנות שמא הוא ייתר את עבודתן ויגרום לפיטוריהן. העמותה פנתה למשרד הבריאות על מנת להבהיר את ההבדלים בין שירות המתורגמנות הטלפוני לבין עבודת המתאמות, ולבקש להרגיע חששותיהן של מתאמות הטיפול.
10. הגשת בקשות תקציב לגורמים המסורתיים – "טנא בריאות" הגישה למשרד הבריאות בקשות לתקצוב השירות, ונענתה בשלילה. למרות שהעמותה פנתה מספר פעמים למנהלים במשרד הבריאות וב"שירותי בריאות כללית", הרי שהבקשות המפורטות למימון הוגשו דרך הגורם שמולו היתה רגילה העמותה לעבוד, קרי המחלקה לחינוך וקידום הבריאות (שמימנה פעילויות אחרות של העמותה). ייתכן, שהיה צורך לאתר גורמים אחרים במשרד הבריאות שמולם היה סיכוי לקבל את המימון הנדרש
11. היעדר תקדימים לביטוח רפואי למתורגמנים - ביטוח מקצועי לעובדי מערכת הבריאות קיים במדינת ישראל, אולם ביטוח מקצועי למתורגמנים בעיקר, ולמתורגמנים רפואיים בכלל, לא היה מוכר בחברות הביטוח. שירות "קול לבריאות" הציב תקדים בדרישה לבטוח מתורגמנים רפואיים בביטוח מקצועי. עמותת "טנא בריאות" פנתה למספר חברות ביטוח בבקשה לקבלת הצעות מחיר לביטוח מקצועי. רוב חברות הביטוח לא היו מעוניינות לתת הצעות מחיר, וחברה גדולה שעוסקת בביטוח לאנשי מקצוע לא ידעה כיצד לחשב את הפרמיה לסוג הביטוח המבוקש.
12. היעדר סינגור - בתקופה הנבדקת במחקר זה, לא היה גורם פוליטי, או ארגון מגזר שלישי, שיקדם את הטמעת השירות ברמה ארצית – לצורך מיסוד המימון, פתיחת דלתות וחקיקה. ח"כ חיים אורון ניסה לקדם דיון בנושא בכנסת אך לא הצליח. בנוסף, ל"טנא בריאות" לא היו כלי סינגור, שיש לארגונים אחרים, והיא לא חברה לארגוני מגזר אחרים שיכלו לבצע סינגור כזה.
13. קושי לגייס את המטופלים יוצאי הקהילה לדרוש את שירות המתורגמנות – "טנא בריאות" הודיעה על קיום השירות במספר ערוצים – באמצעות תכנית הרדיו שהיא משדרת אחת לחודש, במסגרת הרצאות ובהודעה למוקדי הקליטה העירוניים. בהודעות אלה היתה טמונה המגבלה שהשירות בשלב החלוץ ניתן במספר מצומצם של מרפאות, ולא ברמה הארצית. בפועל, לא נבדק מספר המטופלים שדרשו את השירות מרופאיהם (למרות שמוכרים מקרים של מטופלים במרפאה מסויימת שבאו למנהלת המשרד וביקשו תרגום בשיחתם עימה), ובחלק מהמרפאות שכן הציעו את השירות היו מטופלים שהופתעו מקיומו.

בעת כתיבת המחקר, כשנה וחצי לאחר תחילת ההפעלה, היה שירות "קול לבריאות" נתון בתהליך של מיסוד והתרחבות. תהליך זה היה רצוף אתגרים, שעיקרם:

1. קצב עבודה של ממסד מול קצב עבודה של ארגון קטן לשינוי חברתי
2. קושי במציאת פתרונות טכניים בתקציבים מוגבלים
3. שיווק השירות ושכנוע נותני שירות, מהמגזרים השונים, להשתמש בו
4. שיווק השירות בקהילת יוצאי אתיופיה

5. תלות העמותה במשאבים חיצוניים למימון השירות והיעדר מחויבות של מוסדות הבריאות לקחת על עצמם את מימונו.

גם לאחר המעבר למשרד עצמאי והתרחבות השירות למוסדות נוספים, נתקלה העמותה בקשיים להבהיר את יתרונותיו של שירות מתורגמות מקצועי. לראיה, בית-החולים שאירח את העמותה במשך כמעט עשור, לא היה מעוניין בשירות המתורגמות בשל "סיכון של שיבוש המידע בעת תרגומו והעברתו מהחולה לרופא או מהרופא לחולה באמצעות המתורגמן... יש גם לקחת בחשבון, שבמרבית המקרים ניתן להסתייע בבני-משפחה המלווים את החולים לשם קבלת ומסירת מידע. ככל שניתן, נראה לנו נכון יותר שהתרגום נעשה פנים מול פנים." (מכתב לד"ר ענת יפה, יוני 2008)

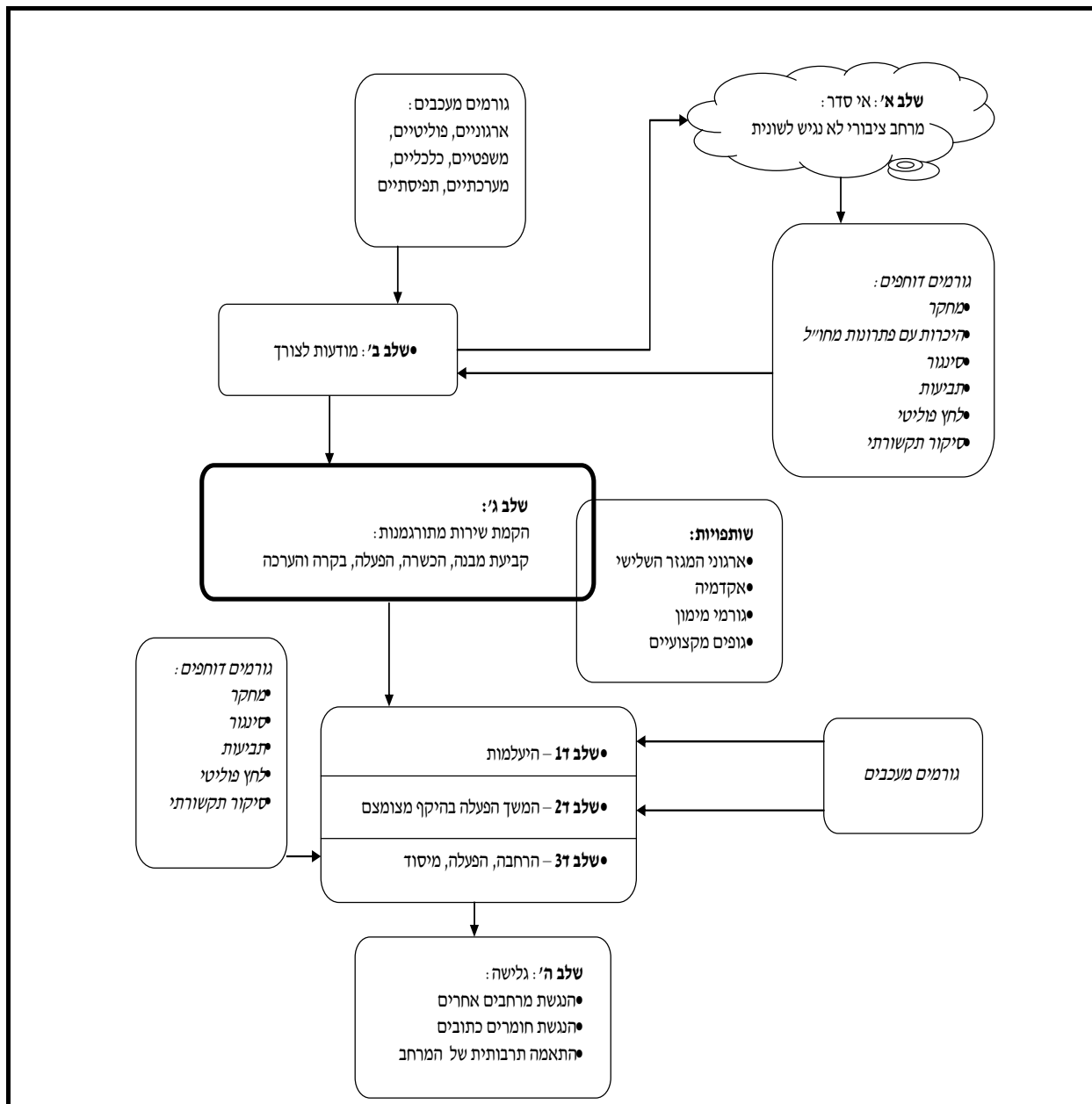
מניתוח הגופים שהיו שותפים להקמת השירות, והתהליכים שזירזו או עיכבו את מימוש הרעיון, ייתכן ש"טנא בריאות" צריכה לשקול:

1. להפעיל לחץ להטמעת שירות המתורגמות מכמה כיוונים - מול המרפאות (לחץ מלמטה), מול הנהלות במוסדות, ומול קהילת יוצאי אתיופיה,
2. לשווק את השירות בפורומים של מקצועות הבריאות, בייחוד בפורומים של אנשי מקצוע שהמעיסו לצורך שירותי תרגום, דוגמת הרוקחים.
3. לקדם קואליציה של ארגונים (ממשלתיים ובלתי-ממשלתיים) בנושא הנגשה לשונית ותרבותית של שירותי ציבור או בריאות, שתגייס מימון ממשלתי לנושא, ותכלול נציגי משרד הבריאות, קופות החולים ומשרד האוצר.
4. להגדיל את הוועד המנהל ולצרף חברים יוצאי אתיופיה מתחומים משיקים לשירות המתורגמות אשר יעזרו להעמיק את הקשר עם מוסדות הבריאות וקהילת יוצאי אתיופיה, לאתר צרכים ולהתאים דרכי פעולה להטמעת השירות.

בפרק ז' הוצג מודל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל. למודל חמישה שלבים עיקריים:

- א. שלב אי-הסדר - שלב אי-הסדר מתאר מצב שבו אין במדינה מענה כולל וממוסד להנגשה לשונית של שירותי ציבור. לפיכך, כאשר מגיע פונה בן מיעוט לשוני לקבל שירות במגזר הציבורי, הוא, ונותן השירות, נאלצים לתקשר באמצעות פתרונות מאולתרים. ייתכן מצב, שבו חלק מהארגונים במרחב מסוים הינם נגישים לשונית, וחלקם בלתי-נגישים – בשל סיבות משפטיות, כלכליות, חברתיות או פוליטיות. ייתכן שמוסד מונגש לדוברי שפה אחת (ערבית למשל) אך נאלץ להסתפק בפתרונות מאולתרים לדוברי שפה אחרת (אמהרית, רוסית, ספרדית וכולי). שלב אי-הסדר מאופיין גם באי-שיתוף במשאבי ההנגשה הלשונית בין חלקי השונים של המרחב הציבורי.
- ב. שלב ההכרה בצורך להנגשה לשונית - שלב "ההכרה בצורך" מתייחס לתהליך שבו עובדי המרחב הציבורי ומקבלי החלטות הנוגעים אליו (בין אם בתוך המרחב או מחוצה לו), מכירים בבעיות הנגרמות בשל קשיי התקשורת מול הפונים שאינם דוברי עברית, ובצורך למצוא פתרונות קבועים, ומקצועיים יותר, לגישור על פערי השפה. לשלב זה מגיע

- המרחב הציבורי באופן הדרגתי, בדרך כלל כתוצאה מכמה תהליכים המתנהלים במקביל: מחקר, עתירות, היכרות עם פתרונות בארצות אחרות וסינגור קהילתי (סעיף 7.2.1 – 7.2.6). במקביל לזרזים להקמת שירות מתורגמנים, עשויים להתרחש תהליכים שיעכבו את ההכרה של הממסד בצורך בהנגשה לשונית (סעיף 7.2.7).
- ג. שלב הקמת שירות מתורגמנות ראשוני - הכשרה, מימון, הפעלה, בקרה והערכה. בשלב זה מוקמות שותפויות בין שירותי המתורגמנות לבין ארגוני מגזר שלישי, אקדמיה, גורמי מימון, וגופים מקצועיים בתחום המתורגמנות.
- ד. שלב ההכרעה: בשלב זה שירותי הבריאות ייעלמו בשל אילוצים כלכליים או פוליטיים (שלב ד1), ימשיכו לפעול בהיקף מצומצם (אך לא לזמן רב) (שלב ד2), או יורחבו, יוכפלו וימוסדו (שלב ד3).
- ה. שלב הגלישה - בשלב הגלישה יהפכו שירותי המתורגמנות לחלק ממדיניות הנגשה תרבותית כוללת של המגזר הציבורי. תפיסת ההנגשה התרבותית, או ההתאמה התרבותית של מערכת, מתייחסת לאיסוף נתונים אודות אפיון המיעוטים הלשוניים הצורכים את שירותי המרחב הציבורי, והעדפותיהם הלשוניות והתרבותיות; הנגשת שילוט וחומרים כתובים; הכשרת עובדי המרחב לעבודה מתוך רגישות תרבותית; קשר ממוסד עם קהילות המיעוט ומנהיגיהן; קביעת מדיניות לטיפול במיעוטים תרבותיים; מינוי אחראי כשירות תרבותית במוסד או במרחב הציבורי; גיוון אתני בתעסוקה; מחקר אודות השפעת אי-ישום כללים להלימה תרבותית או התועלת שביישום התפיסה; ישום חקיקה קיימת בנושא ההלימה התרבותית; והתמקצעות העיסוק במתורגמנות קהילתית.



תרשים מס' 3: מודל להנגשה לשונית של שירותי ציבור בישראל

8.2 מגבלות המחקר

העבודה הציגה חקר מקרה של מקרה בודד, שירות המתורגמות הרפואית הראשון בישראל. קיימת בעיה להכליל ממקרה זה לכלל פתרונות ההנגשה הלשונית בישראל, בהווה ובעתיד, מכמה סיבות:

1. שירות "קול לבריאות" החל לפעול כשנתיים לפני כתיבת עבודה זו. בחינה מקפת יותר של התהליך, תוצאותיו והשפעתו על ההנגשה הלשונית בישראל תיתכן רק לאחר מספר שנים.

2. נכון לכתיבת עבודה זו, השירות טרם זכה להכרה ממסדית כוללת. לפיכך, עוד לא ניתן לדעת מה יהיה עתידו של השירות, וכיצד, אם בכלל, יזכה להטמעה בממסד הבריאות.
3. "קול לבריאות" הוא שירות הנגשה לשונית לאוכלוסייה קטנה יחסית, אשר פערי התקשורת עימה אופיינו ומוכרים בקרב נותני שירות וחוקרים. ייתכן שהנגשה לשונית למיעוטים אחרים תתנהל באופן שונה.
4. "קול לבריאות" הוא שירות מתורגמות באמצעות הטלפון, וייתכן שחלק מהתהליכים אינם תקפים לגבי שירות מתורגמות פנים-אל-פנים.
5. שירות חלוצי, דוגמת "קול לבריאות" משנה, מעצם טיבו, את המציאות במרחב ומשפיע על מה שיקרה לאחר מכן. לפיכך, ייתכן שהתהליכים שהתרחשו בדרך למימוש רעיון שירות "קול לבריאות" יתרחשו באופן שונה מאופן התרחשותם במקרה המבחן. בנוסף, ייתכן שדעתם של מקבלי החלטות ומשתמשים בשירות לגבי הצורך בהנגשה לשונית תשתנה לאור התקדים שיצרה עמותת "טנא בריאות".

8.3 תרומת המחקר

עבודה זו הציגה חקר מקרה של הקמת שירות מתורגמות רפואית באמצעות הטלפון. חקר מקרה, לצד מגבלותיו, מאפשר הבנה לעומק של תהליכים ארגוניים ושינויים בתפיסות ובפעולות.

עבודה זו תרמה לניתוח שירותי מתורגמות כארגונים ולמודליזציה של הקמת שירות מתורגמות. לא מוכרים בספרות מקרים רבים שחקרו תהליכי מעבר ממצב של אי-הנגשה לשונית במרחב ציבורי, למצב של שירות מתורגמות מקצועי, בפריסה ארצית. תובנות ממחקר זה עשויות לתרום לניתוח עתידי של שירותי מתורגמות נוספים שיקומו (בישראל או במדינות אחרות), וללמד על נקודות הדימיון והשוני בהנגשה לשונית של מרחבים אחרים או עבור מיעוטים אחרים.

תרומה נוספת מתייחסת להוספת ידע על המחקרים הקיימים בישראל על מצב ההנגשה הלשונית בשירותי ציבור בכלל ובשירותי בריאות בפרט. יש לקוות כי מחקר זה לא רק ישמש כבסיס תיאורטי למחקרים עתידיים, אלא יסייע לגופים אשר יבקשו להקים שירותי מתורגמות בעתיד להכיר את האתגרים הצפויים להם.

8.4 כיוונים אפשריים למחקר עתידי

מחקרים עתידיים יוכלו לבדוק האם שירותי מתורגמות, בתחום הבריאות או במגזרים ציבוריים אחרים, יעברו תהליכים דומים לאלה שתוארו לגבי שירות "קול לבריאות", או שונים מהם באופן כלשהו. ייתכן, שכל שירות מתורגמות קהילתית שיוקם יצטרך לעבור תהליכים דומים לאלה שתוארו לעיל, וייתכן שהתקדים אשר יצר שירות "קול לבריאות" שינה את

התפיסה המערכתית לגבי הנגשה לשונית בישראל. ייתכן גם, שדין הנגשת שירותי ציבור למיעוטים לשוניים אחרים שונה מדינו של שירות מתורגמנות לאוכלוסיה האתיופית בישראל.

כיוון מחקרי נוסף יהיה בדיקת המודל להנגשת שירותי מתורגמנות, שתואר בפרק ח', על שירותי מתורגמנות עתידיים. כפי שצוין, חלקים ממודל זה הינם תיאורטיים בעיקרם, בשל היעדר תקדימים ובשל הזמן המועט יחסית שחלף מאז הקמת שירות המתורגמנות המתואר בעבודה זו.

כיוון שלישי לבדיקה יהיה השוואת תהליך הקמתו של שירות מתורגמנות מתוך הממסד (למשל, כחלק אינהרנטי מקופת חולים זו או אחרת) לתהליך הקמתו של שירות מתורגמנות חוץ-ממסדי, כפי שתואר בעבודה זו.

רשימת מקורות

- אבן, ד' (2004). "גנחת במקום אסתמה", "מעריב", 07/11/2004.
- אבן, ד' (2007). "דוקטור, לא מבין: על קצר בתקשורת בין הרופא למטופל", "ידיעות אחרונות" מוסף הבריאות, 21/08/2007.
- אגודה ישראלית למען יהודי אתיופיה. <http://www.iaej.co.il/newsite/> (ביקור אחרון בנובמבר 2008)
- איגר-דרייפוס, ל' (2007). השפעתה של תקשורת בין-תרבותית על יחסי רופא-חולה בישראל: מגזר העולים מברית המועצות לשעבר. הד האולפן החדש, גיליון 91. http://cms.education.gov.il/NR/rdonlyres/92B80C15-D347-488F-85D2-31F0B2A6EC8E/48760/lioradrifuss_nosebmoked_hed91.pdf (ביקור אחרון באוגוסט 2007)
- אלמי, א' (2003). בשטח הפקר – בריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, תל אביב: עמותת "רופאים לזכויות אדם".
- אלקרינאווי ע' (2001). עבודה סוציאלית בחברה הבדואית בנגב: היבטים בין תרבותיים. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית, 15, 5-37.
- אלקרינאווי ע' (2002). עבודה סוציאלית עם פונים ערבים במערכות בריאות הנפש. חברה ורווחה: רבעון לעבודה סוציאלית, 22(1), 75-97.
- אמון הציבור. www.emun.org (ביקור אחרון בנובמבר 2008)
- אסמעיל, ש' ורוזן, ב' (2004). קידום בריאות באוכלוסיה הערבית: באיזו מידה מתקיימת רגישות תרבותית וכיצד ניתן לחזק אותה. מצגת מתוך כנס "מה הגשר – הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים, 23-24 במאי, 2006. http://www.a2hc.org/flash_presentation/index.htm (ביקור אחרון ביולי 2007)
- אפשטיין, ל', גולדווג, ר', אסמעיל, ש', גרינשטיין, מ' ורוזן, ב' (2006) צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה. ירושלים: מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.
- אולמן, ח' (2007). פעילות ג'וינט ישראל בקרב עולי אתיופיה בתחום הבריאות 1985 – 2006. ירושלים: ג'וינט ישראל תיעוד.
- בורגנה, ד' (1987). דפוסי האינטראקציה בין מטפל ומטופל במסגרת שירותי הבריאות בקרב עולי אתיופיה בישראל, עבודת גמר לקראת תואר מוסמך לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל אביב.
- בורגנה, ד' (2007). דפוסי אינטראקציה בין מטפל למטופל במסגרת שירותי הבריאות בקרב עולי אתיופיה בישראל (מחקר שדה). הד האולפן החדש, גיליון 91. http://cms.education.gov.il/NR/rdonlyres/92B80C15-D347-488F-85D2-31F0B2A6EC8E/48756/daliaburgana_nosebmoked_hed91.pdf (ביקור אחרון בספטמבר 2007)
- בן עזר, ג' (1992). כמו אור בכד: עלייתם וקליטתם של יהודי אתיופיה. ירושלים: הוצאת ראובן מס.
- בר, מ' (2006). מפוליטיקה של מחאה לפוליטיקה של רעיונות: פעילות הסינגור הפוליטי של ארגוני המגזר השלישי והשפעותיה על קביעת מדיניות ציבורית. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

בראון-אפל, א', גרתי-סנדלון, נ', גרין, מ' (2008). דפוסי פנייה לשירותי בריאות בקרב עולים מברית-המועצות לשעבר. הרפואה, גיליון 147(4), עמ' 282-286.

בר-צורי, ר', והנדלס, ש' (1993). צרכים והעדפות של עולי חבר העמים בתחומי הבריאות והתעסוקה. תל אביב: המכון למחקר כלכלי וחברתי.

גבתון, ד' (2001) "תיאוריה המעוגנת בשדה: משמעות תהליך ניתוח הנתונים ובניית התיאוריה במחקר איכותי," בתוך צבר בן-יהושע נ. (עורכת) מסורות וזרמים במחקר האיכותי, הוצאת דביר.

גוטליב, נ' (2008). "אנא הון" – מגדר ובריאות בכפרים הבלתי-מוכרים בנגב. נורה גוטליב. תל-אביב: עמותת רופאים לזכויות אדם.

דוידוביץ', נ', פילק, ד', בליצר, ר', פריגר, מ', נובק, ל', ורדי, ד', דרייפוס, א' ושורץ, ש' (ח"ת). דפוסי שימוש בשירותי בריאות בקרב עולים חדשים ממדינות חבר העמים ואתיופיה.

דורון, ח' ושורץ, ש' (2005). הרפואה בקהילה: משירות לעולים בנגב ועד לתחייתה של רפואת המשפחה. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

ההסתדרות הרפואית בישראל (פברואר 2008). אי-שוויון בבריאות בישראל.

הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל www.stoptorture.org.il (ביקור אחרון בדצמבר 2008)

המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי (2007).

<http://cmsprod.bgu.ac.il/Centers/ictr/inisrael> (ביקור אחרון בינואר 2009)

המרכז לסימולציה רפואית. www.msrf.org.il (ביקור אחרון בספטמבר 2008)

הנדלר, ק' (2003). תקשורת בחדר המיון: האם חולים המשתחררים מחדר-המיון זוכרים ומבינים את הנאמר להם לגבי מחלתם והטיפול בה? עבודת גמר כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר דוקטור לרפואה, האוניברסיטה העברית בירושלים.

הסוכנות היהודית. <http://www.jafi.org.il/education/100/hebrew/concepts/aliya5.html> (ביקור אחרון בספטמבר 2007)

זך, נ' (2002), בריאות סוג ב' לערביי ישראל. "הארץ", 26/08/2002.

<http://news.ep.walla.co.il/ts/cgi?tsscript=item&path=0&ids=273340> (ביקור אחרון באוגוסט 2002)

חליחל א', פלטיאל, א וגורביץ' נ' (עורכים) (2007). המצב הדמוגרפי בישראל. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

טולדנו, י', יפה, ע', גבעון, ש', איצ'ק, ס', גוטמן, נ' וקהאן, א' (2005). ניצול שירותי בריאות ואיכות הטיפול בסוכרתיים עולי אתיופיה מול סוכרתיים שאינם עולי אתיופיה. המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות. www.israelhpr.org.il/files/175 (ביקור אחרון בינואר 2009)

טליאס, מ', קטן, י' וגדרון, ב' (2000). מדיניות הממשלה והשלטון המקומי כלפי המגזר השלישי בישראל. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

יפה, א' (2002). השלטון, ההתנדבות והמלכ"רים: מהות השותפות. ההרצאה השנתית לזכרו של ד"ר ארנולף מ. פינס ז"ל, 13 במרץ, 2002. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

יפה, ע' (2006). טיפול רפואי בראייה רב תרבותית: ניסיוני האישי. הרצאה מתוך כנס "מה הגשר: הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים. אוניברסיטת בר-אילן, 23-24 במאי, 2004. http://www.a2hc.org/video_index.htm (ביקור אחרון בינואר 2009)

כנסת ישראל. הכנסת השבע עשרה, פרוטוקול מס' 46 משיבת וועדת העליה, הקליטה והתפוצות יום רביעי, א' כסלו תשס"ז (22 נובמבר 2006), דיווח השר לקליטת העלייה על יישום מסקנות הוועדה בנושא: מצבם הקשה של העולים מאתיופיה. אתר הכנסת www.knesset.gov.il (ביקור אחרון בדצמבר, 2008)

לבנת, ש', אלמוג' א', רבינוביץ', ג' ושניר, י' (2000). הבדלים בדפוסי הפניה למחלקה לרפואה דחופה בקרב אוכלוסיות שונות בנגב. הרפואה, גיליון 13(ח'), עמ' 632-634.

לבנת, י' (2008). אי-שוויון בפרישת מכשירים רפואיים מיוחדים ברחבי המדינה. מסמך עמדה. תל-אביב: עמותת רופאים לזכות אדם.

לשם, א' ורואר-סטריאר, ד' (2003). מבוא. שונות תרבותית כאתגר לשירותי אנוש. ירושלים: הוצאת ספרים ע"ש י.ל. מאגנס, האוניברסיטה העברית.

מדינה, ג' (1998). הקמתם של גופים התנדבותיים כתוצאה מהיעדר טיפול של גופים פוליטיים ועסקיים פרטיים בבעיות חברתיות שונות. חיבור לקבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.

מדינת ישראל, בית משפט השלום ירושלים (08/01/2007). פסק דין בעניין תביעת מהא דלאשה וסלים דלאשה נגד מדינת ישראל. תיק מס' 002564/05.

מדינת ישראל בית המשפט הגבוה לצדק. (2000). עתירה משותפת של האגודה לזכויות האזרח בישראל ועדאלה - המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בנושא שילוט בערים מעורבות. תיק מס' 4112/99.

<http://www.acri.org.il/print.aspx?id=150> (ביקור אחרון בדצמבר 2008)

מדינת ישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. www.cbs.gov.il (ביקור אחרון בדצמבר 2009)

מדינת ישראל, המשרד לקליטת העלייה. www.moia.gov.il (ביקור אחרון בספטמבר 2008)

מדינת ישראל, משרד הבריאות (1998) חוזר מנהל רפואה מס' 29/

מדינת ישראל, משרד הבריאות, חוזר מנהל כללי מס' 9/06 מתאריך 03/04/2006 בנושא מגילת זכויות המטופל בראייה של חובת המטפל.

מדינת ישראל, משרד הבריאות. <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=64> (ביקור אחרון בספטמבר 2008)

מדינת ישראל, משרד הבריאות, שירותי בריאות הציבור (אוקטובר 2006). נוהל קליטה בריאותית של עולים חדשים מאתיופיה. חוזר מס' 6/2006.

מדינת ישראל, משרד המשפטים (התש"ס). חוק העמותות.

מדינת ישראל, חוק סדר הדין הפלילי.

מדינת ישראל, חוק סדר הדין הפלילי חקירת חשודים.

מרציאנו, ס' (1994). עולים מאתיופיה – שימוש בשירותי קהילה ראשוניים. האחות בישראל, גיליון 148, עמ' 14-17.

משאלי, ח', לנדאו, ד' ושוהם-ורדי, א. (2007). השוואת דפוס צריכת השירותים הרפואיים של ילודים בסיכון גבוה, בקרב האוכלוסייה היהודית והאוכלוסייה הבדואית המתגוררת בישובי קבע ובישובים לא מוכרים בנגב. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

נודלמן, א' (1986). המעבר ממערכת רפואית באתיופיה למערכת רפואית בישראל, שירות רפואי עלית הנוער.

ניראל, נ', רוזן, ב', אסמעיל, ש' (2000). "רפואה שלמה" – תכנית התערבות למען יוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות: תוצאות מחקר הערכה. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ניראל, נ', אסמעיל, ש' וטרגין, מ' (2002). השפעת תכנית ההתערבות 'רפואה שלמה' למען יוצאי אתיופיה על הטיפול ומצב הבריאות בקרב חולי אסתמה וחולי סוכרת. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי והג'וינט – מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.

- - פסיכולוגיה בגרוש בקופת החולים. פורום נענע10, 15/04/2006.

<http://news.nana10.co.il/Article/?ArticleID=370739&pid=48> (ביקור אחרון באוגוסט 2008)

סבניה-גבריאלי, נ' (2007). איכות המתורגמות מטעם המדינה בבתי משפט בישראל. עבודת מוסמך שלא פורסמה, רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.

סבר, ר', וגור, י' (2001). עדשות מגע – גישור בין-תרבותי בכפר נוער עתיר חניכים יוצאי אתיופיה. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית, גיליון 15, עמ' 163-190.

סדנה בין-לאומית בנושא הלימה תרבותית של שירותי בריאות. 9 – 10 באוקטובר, 2007. אתר המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות (אנגלית).

<http://www.israelhpr.org.il/english/activity.php?aid=f7d01a025e0de499129d888f8748e3e0&did=53> (ביקור אחרון באוגוסט 2008)

סיני, ר' (2003). עולה מרוסיה מטפלת בהפרעות התקשורת של הילדים הבדואים. "הארץ", 13/11/2003

סיני, ר' (2008) עדות בסרי-לנקית? לא במשטרת ישראל. עיתון "הארץ", 30/06/2008.

סמואל, י' (התשנ"ז). ארגונים: מאפיינים, מבנים, תהליכים. מהדורה שנייה. חיפה: אוניברסיטת חיפה/זמורה ביתן

סרי, ג' (2006). גישור לשוני ותרבותי בעת המפגש הרפואי עם דוברי אמהרית: תפקיד המתורגמן הרפואי בעיני עצמו ובעיני בני השיח התלויים בו. עבודת תזה, רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.

פינטו, ד' ואבריאלי, ג' (2001). 'חוליה חסרה' במלאכת החקירה: גביית הודעה מנחקרים, שאינם דוברי עברית, ללא רישום בשפת הנחקר. הסניגור גיליון 53.

פלדמן, ד' דניאלי-להב י' וחיימוביץ' ש' (עורכים). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלויות בפתח המאה ה-21. לשכת הפרסום הממשלתית בתוך נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלויות, עמ' 13 – 14.

פרידמן, י' (התשס"ה). מדידה והערכה של תכניות חברתיות וחינוכיות. ירושלים: מכון הנרייטה סאלד.

צבר בן-יהושע נ' (1990) המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה. תל-אביב: מודן.

קפלן, ג., פרימוביץ', מ., סיקרון, פ' (2007). מצב הבריאות של בני נוער: עולים מחבר העמים לשעבר וילידי ישראל. הרפואה, גיליון 146 (6), עמ' 420-424.

- רובנובסקי, י' (2005). "דפוסי התקשורת בין רופאים למטופלים שאינם דוברי עברית בישראל: ציפיות, קשיים ופתרונות", עבודה סמינריונית שלא פורסמה, אוניברסיטת בר-אילן.
- רוזן, ב', ואוטנשטיין, נ' (1994). עולים, בריאות ושירותי בריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקר עולם מברית-המועצות לשעבר. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- רוזן, ב', מצליח, ר', דובני, א' ושטרקשל, ר' (2004). התכנית הלאומית למניעת איידס בקרב האוכלוסייה האתיופית: הערכת ההסברה בקבוצות. ירושלים: מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.
- רז-חיימוביץ, מ' (2008). אקסקיוז מי פליז. "גלובס", 3 במרץ, 2008, עמ' 18.
- רזניק, ר' (2005). מחקר על עולים מאתיופיה חולי סוכרת: מקבלים טיפול רפואית נחות ואינם מבינים את הסבריהם של הרופאים.
<http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/ShArtPE.jhtml?itemNo=546992&contrassID=2&subContrassID=21&sbSubContrassID=0> (ביקור אחרון בדצמבר 2008)
- רינאווי, פ' (2007). השפעת מתורגמנים רפואיים על הבנתן ועל שביעות רצוןן של משפחות ערביות שאינן דוברות עברית במיון ילדים של הדסה הר הצופים. עבודת גמר שלא פורסמה, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- רמניק, ל' (1995). רשמים ממערכת הבריאות – עולים חדשים מברית המועצות לשעבר והמפגש שלהם עם המערכת בארץ. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שבתאי, מ', אזרחי, י' (2004). טנאטאצ'ין באג'אצ'ין: בריאותינו (היא בידנו) דוח מסכם להערכת פרוייקט "טנא בריאות", תל אביב: מרטנס הופמן יועצים לניהול.
- שוסטר, מ' (2003). דפוסי תקשורת בין מהגרי עבודה בישראל לבין נותני השירות הרפואי: מרפאת "רופאים לזכויות אדם" כמקרה מבחן. עבודת מוסמך שלא פורסמה, אוניברסיטת בר-אילן.
- שוסטר, מ' (לא פורסם). מתורגמנות קהילתית בקנדה: דוח נסיעה לקנדה במסגרת מלגת האגודה ללימודים קנדיים, דצמבר 2007.
- שוסטר, מ' ושלזינגר, מ' (2007). נגישות במבט אחר: נגישות שירותים חינויים למיעוטים לשוניים. בתוך ד' פלדמן, י' דניאלי-להב ושי' חיימוביץ' (עורכים). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלויות בפתח המאה ה-21. לשכת הפרסום הממשלתית, עמ' 639-661.
- שילה, מ' (2007). הקדמה. בתוך ד' פלדמן, י' דניאלי-להב ושי' חיימוביץ' (עורכים). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלויות בפתח המאה ה-21. לשכת הפרסום הממשלתית בתוך נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלויות, עמ' 13-14.
- שיפרמן, ע' (2004). "טיפול בלי מילים", "הארץ", מוסף הבריאות, 29/11/2004.
- שמר, א', ובר גיא, א' (2001). גישור בין תרבותי בקהילה. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית, גיליון 14, עמ' 161-175.
- שתי"ל, הסברים לתיקון לחוק העמותות, 21 ביוני, 2007. ביקור אחרון בדצמבר 2008
www.shatil.org.il

Abraham, D. and Oda, M. (2000). The cultural/community interpreter in the Domestic Violence Court: a pilot project. In R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham and A. Dufour (Eds.), The Critical Link 2: Interpreters in the community, selected papers from the 2nd international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998, pp. 165-189.

Agger-Gupta, N. (2001). From "Making do" to established service, The development of health care interpreter services in Canada and the United States of America: A grounded theory study of health organization change and the growth of a new profession. Doctoral dissertation submitted to the Fielding Graduate Institute, Santa Barbara, California.

AIIC – Professional Conference Interpreters Worldwide. www.aiic.net

The Amsterdam Declaration towards a Migrant-Friendly Hospitals in ethnoculturally diverse Europe. (2004). Amsterdam, December 10, 2004. <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm> (Retrieved December 2008)

Angelelli, C. (2005). Medical interpreting education: are we putting the cart before the horse? *The ATA Chronicle*, November-December 2005, pp. 33-38, 55.

Ashton, C. M., Haidet, P., Paterniti D.A., Collins, T.C., Gordon, H.S., O'Malley, K.J., Petersen, L. A., Sharf, B., Suarez-Almazor, M., Wray, N. P., and Street R. L. Jr. (2003). Racial and ethnic disparities in the use of health services: Bias, preferences or poor communication? *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 18(2), pp. 146-152.

Association of American Medical Colleges. Guidelines for use of medical interpreter services. (2008). http://www.aamc.org/students/medstudents/interpreter_guide.pdf . (Retrieved August 2008)

Aranguri, C., Davidson, B. and Ramirez, R. (2006). Patterns of communication through interpreters: a detailed sociolinguistic analysis. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 21(6), pp. 623-629. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118582820/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> . (Retrieved August 2008)

Atkin, N. (2008). Getting the message across: professional interpreters in general practice. *Australian Family Physician*, Vol. 37(3), pp. 174-6. <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/Publications/AustralianFamilyPhys/2008issues/afp200803/200803atkin.pdf> (Retrieved August 2008)

Azarmina, P. (2005). Remote Interpretation in Medical Encounters: A Systematic Review. *Telemedicine and Telecare*, Vol.11(3), pp.140-145.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V, Coates, W. C., and Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA*, Vol. 275(10), pp.783-788.

Baker, M. (Ed.) (1998). *Routledge Encyclopedia of Translation Studies*, London: Routledge.

Baugh, J. and Sherzer, J. (1984) (Eds.), *Language in Use*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Berinstein, E., Hardt, E., McCarthy, C. and Pearlmutter, M. (2005). *Medical Dialogues for Interpreting Practice*. Cambridge: Cambridge College.

Bernstein J. H. and Shuval J. T. (1997). Israel's open door policy: Implications for immigrant physicians. In J. T. Shuval and J. H. Bernstein (Eds.) *Immigrant physicians: Former Soviet doctors in Israel, Canada and the United States*. (pp. 43-60), Westport: Praeger Publishers.

Betancourt, J. R., M.D., Green, A. R. and Carrillo, J. E. (2002). *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches: A field Report*, The Commonwealth Fund.

Bion, W.R. (1968). *Experiments in Groups*, London: Tavistock Publications.

Bischoff, A. (2006). *Telephondolmetschen im Spital*. Basel; Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.

Blum-Kulka, S., & Weizman, E. (1988). The inevitability of misunderstandings: Discourse ambiguities. *Text*. Vol. 8(3), 230-241.

Bogdan, R. C. and Biklen, S. K. (1982). *Qualitative Research for Education: An Introduction to theory and methods*, Boston: Allyn and Bacon, Inc.

Bolden, G. B. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, Vol. 2(4), pp. 387-419.

Bonacruz Kazzi, G. and Cooper, C. (2003). Barriers to the use of interpreters in the emergency room pediatric consultations, *Journal of Pediatrics and Child Health*, Vol. 39(4), May 2003, pp. 259-263 (electronic version).

Brach, C., Fraser, I. and Paez, K. (2005). Crossing the Language Chasm. *Health Affairs*, Vol. 24(2), pp. 424-434. <http://healthaffairs.org/cgi/reprint/24/2/424> (Retrieved January 2009)

Brown, J.B., and Weston, W. W. (1995). The Second Component: Understanding the Whole Person . In M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston, I.R. McWhinney, C.L. McWilliam and T.R. Freeman (Eds.) *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 44-58.

Brown University News (2004). Meeting the needs of a diverse population: bilingual Brown students act as medical interpreters at a local hospital. www.brown.edu/administration/News_Bureau/2003-04/03-114.htm (Retrieved October 2005).

Brunette, L., Bastin, G., Hemlin, I. and Clarke, H. (Eds.) (2003). *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, Selected papers from the 3rd International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001.

California Government (2007). Department of Social Services. I speak cards. Retrieved January 2009 <http://www.usdoj.gov/crt/cor/Pubs/ISpeakCards.pdf>

Cambridge, J. (1999). "Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter," *The Translator*, Vol. 5(2), pp. 201-219.

Campinha-Bacote, J. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*. Cincinnati: Transcultural C.A.R.E. Associates.

Carr, S. E. (1997). A three-tiered health care interpreter system, In S. E Carr , R. P Roberts, A. Dufour, and D. Steyn (Eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting* (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, pp. 271-276.

Carr, S. E., Roberts, R. P., Dufour, A. and Steyn D. (Eds.) (1997). *The Critical Link: Interpreters in the Community, papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins publishing company.

Castillo García, G.S. and Taibi, M. (2005). El papel del intérprete en el ámbito sanitario: Reflexiones desde la experiencia. In C. Valero-Garcés (Ed.) *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, pp.108-113.

Center for Addiction and Mental Health. (2003). *Diversity and Equity Policy Framework*. Toronto: CAMH.

Chambers, E. (2000). Applied ethnography. In N. K. Denzin and Y. K. Lincoln (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 851-869.

Chesher, T. (1997). Rhetoric and reality: Two decades of community interpreting and translating in Australia. In S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour, and D. Steyn (Eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community, papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 277-289.

Chesher, T., Slatyer, H., Doubine, V. Jaric, L. and Lazzari, R. (2003). "Community-based Interpreting: The Interpreters' Perspective. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community, selected papers from the 3rd International conference on interpreting in legal, health and social service settings, Montreal, Quebec, Canada, 22-26 May 2001*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 223-238.

Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies* , Vol. 40(3) , pp. 299-306.

Cohen, S., Moran-Ellis, J. and Smaje, C. (2001). Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 21(2), pp. 163-186.

Connel, T. (2006). The application of new technologies to remote interpreting. In E. Hertog and B. van der Veer (Eds.) *Linguistica Antverpiensia Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting, 2005-6 series*, Antwerp: Hogeschool Antwerpen, pp. 311-324.

Cooper L.A., Roter D.L., Johnson R.L., Ford D.E., Steinwachs D.M. and Powe N.R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 139(11), pp. 907–15.

Cooper, L. A. and Powe, N. R. (2004). "Disparities in patient experiences, health care processes and outcomes: the role of patient-provider racial, ethnic and language concordance." *The Commonwealth Fund*, July 2004.

http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=231670#areaCitation . (Retrieved July 2007)

Corsellis, A. (1997). Training needs of public personnel working with interpreters. In S. E. Carr , R. P. Roberts, A. Dufour and D. Steyn (Eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995)*, Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, pp. 77-89.

Corsellis, A. (2005). Training interpreters to work in the public services. In M. Tennent (Ed.), *Training for the New Millennium*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, pp. 153-176.

Crane, J. A. (1997). Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol.15(1), pp. 1-7.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. and Isaacs, M. (1989). *Towards A Culturally Competent System of Care Vol. 1*, Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

Daft, R. L. (1989). *Organization Theory and Design*, 3rd edition, St Paul MN: West Publishing.

Daft, R. L. (1995). *Organization Theory and Design*, 5th edition. St Paul MN: West Publishing.

Dart, R. (2004). Being "Business-like" in a nonprofit organization: a grounded and inductive typology. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 33, pp. 290-310.

Davis, G. F. and Powell, W. W. (1991). Organization-environment relations. In M. D. Dunnette and L. M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Palo Alto: Consulting Psychologists Press, pp. 315-375.

De Board, R. (1978). *The psychoanalysis of organizations : a psychoanalytic approach to behaviour in groups and organizations*, London: Tavistock Publications.

De Ment, T. L., Buriel, R. and Villanueva, C.M. (2004). *Children as Language Brokers: A Narrative of the Recollections of College Students*. In R. Hossain and F. Salili (Eds.). *Language in Multicultural Education*, Greenwich: Information Age Publishing, pp. 255-272.

Denzin, N. K. and Lincoln, Y. K. (Eds.) (2000). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage Publications.

Dickinson, J. (2002). Telephone Interpreting: Hello, is anyone there?" *Deaf Worlds: International Journal of Deaf Studies*, Vol. 18(2), pp. 34-38.

Dienes, L. and Gracia-García, R. (2004). *Medical Interpreting Online at UMass Amherst*. *ATA Chronicle*, Vol. 33(1), pp. 23-29.

Dubslaff, F. and Martinsen, B. (2003). *Community interpreting in Sweden*. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community, Selected papers from the 3rd International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings*, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001, pp. 113-125.

Drew, P., and Sorjonen, M. L. (1997). *Institutional dialogue*. In T. A. van Dijk (ed.), *Discourse as Social Interaction*, Sage Publications, pp. 92-117.

Edwards, R., Temple, B. and Alexander, C. (2005). *Users' experience of interpreters: the critical role of trust*. *Interpreting*, Vol. 7(1), pp. 77-95.

Egger-Dreyfuss, L. (2005). *The impact of intercultural communication on physician-patient relations in Israel*. Doctoral thesis submitted to the Faculty of Medicine, University of Liverpool.

Elderkin-Thompson, V., Cohen Silver, R. and Waitzkin, H. (2001). *When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting*, *Social Science and Medicine*, Vol. 52, pp. 1343-1358.

Enelow, A. J., and Swishler, S. N. (1985) (Eds.) *Interviewing and Patient Care* (3rd edition) New York: Oxford University Press.

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model*. *Science*, Vol. 196, pp.129–136.

Enguidanos, E. R., & Rosen, P. (1997). *Language as a factor affecting follow-up compliance from the emergency department*. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol.15(1), pp. 9-12.

Epstein, L. (Ed.) (2007). *Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals: International Workshop Report*. Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

- ExamHealth. (2007). Survey shows compensation of professional medical interpreters. April 10th, 2007. <http://www.emaxhealth.com/38/16689.html> (Retrieved July 2008)
- Fagan, M. J., Diaz, J. A., Reinert, S. E., Sciamanna, C. N. and Fagan, D. M. (2003). Impact of Interpretation Method on Clinic Visit Length. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 18(8), pp. 634–638. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1525-1497.2003.20701.x> (Retrieved August 2008)
- Fiola, M. A. (2000). The challenges of accrediting Aboriginal interpreters. Roda P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham and A. Dufour (Eds.), *The critical link 2: Interpreters in the community. Selected papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings*, Vancouver, BX, Canada, 19-23 May 1998, pp. 121-127.
- Fiola, M. (2003). La formation des interprètes autochtones et les leçons à en tirer. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community, Selected papers from the 3rd International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings*, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001, pp. 127-147.
- Fisher, S. (1984). Institutional and the structure of discourse. *Discourse Processes*, 7(2), pp. 201-24.
- Flores, G., Barton-Laws M., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L. and Hardt, E. J. (2003). Errors in Medical Interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, Vol. 111(1), pp. 6-14.
- Flores, G. and Tomany-Korman, S. (2008). The language spoken at home and disparities in medical and dental health, access to care and use of services in US children. *Pediatrics*, Vol. 121(6), pp. e1703-e1714. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/121/6/e1703> (Retrieved August 2008)
- Fors, J. (1999). Perspectives on remote public service interpreting. <http://lisa.tolk.su.se/remote-fors.html> (Retrieved November 2006)
- Fowler, Y. (2007). Formative assessment: using peer and self-assessment in interpreter training. . In C. Wadensjö, B. Englund Dimitrova and A. L. Nilsson (Eds.), *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community: Selected papers from the 4th International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings*, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, pp. 253-262.
- Froelich, R. E., and Bishop, F. M. (1977). *Clinical Interview Skills: A programmed manual for data gathering, evaluation and patient management*. Saint Louis: The C V Mosby Company.

Galil, A., Lubetzky, H., & Heiman, N. (2001). Compliance with home rehabilitation therapy of children with disabilities in Jews and Bedouin in Israel. *Developmental Medicine and Child Neurology*, Vol. 43, pp. 261-268.

Gany, F., Kapelusznik, L., Prakash, K., Gonzalez, J., Orta, L. Y., Tseng, C. H. and Changrani, J. (2007). The impact of medical interpretation method on time and errors. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 22 supplement 2, pp. 319-323.

Garcia, E. A., Roy, L. C., Okada, P. J., Perkins, S., D. and Wiebe, R. A. (2004). A comparison of the influence of hospital-trained, ad hoc, and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, Vol. 20(6), pp. 373-378.

Gidron, B., Katz, H. and Bar, M. (2000). *The Israeli Third Sector 2000: The Roles of the Sector: The Roles of the Sector*, Beer Sheva: Ben-Gurion University of the Negev.

Gile, D. (1991). A Communication-Oriented Analysis of Quality in Nonliterary Translation and Interpretation, In M. L. Larson (Ed.) *Translation: Theory and Practice. Tension and Interdependence*, Binghamton NY: SUNY, pp. 188-200.

Glaser, B. G. and Strauss, A. L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.

Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.

Goldman, R. Amin, P. and McPherson, A. (2006). Language and length of stay in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, Vol. 22(9), pp. 640-643.

González, E. and Azumendi, L. (2005). Formación en interpretación social: pasos hacia la profesionalización. In C. Valero Garces (Ed.) *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.

Gracia-García, R. A. (2003). *The New Industry of Telephone Interpreting: A comprehensive study*, Thesis submitted to University of Massachusetts Amherst.

Green, J., Free, C., Bhavnani, V., and Newman, T. (2005). Translators and Mediators: bilingual young people's accounts of their interpreting work in health care. *Social Science and Medicine*, Vol. 60, pp. 2097-2110.

Grimshaw, A. D. (1980). Mishearing, misunderstandings and other nonsuccesses in talk: A plea for redress of speaker-oriented bias. *Sociological Inquiry*, Vol. 50, pp. 31-74.

Hablamos Juntos (2003). *Universal Symbols for Healthcare Environments*. The Robert Wood Johnson Foundation.

Hale, S. (2007). *Community Interpreting*. Palgrave Macmillan.

Hamerik, N. and Martinsen, B. (2000). Presentation carried at The Critical Link 2: Interpreters in the Community. The Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 may 1998.

http://www.criticallink.org/files/CL2_Hamerik.pdf (Retrieved December 2008)

Hampers, L. C., Cha, S., Gutglass, D. J., Binns, H. J. and Krug, S. E. (1999). Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, Vol. 103(6), pp. 1253-1256.

Hampers, L. C. and McNulty, J. E. (2002). Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, Vol. 156, pp. 1108-1113.

Hatch, M. (1997). *Organization Theory*, Oxford: Oxford University Press.

Have, P. ten (1997). Formatting the Consultation: Communication formats and constituted identities. Paper presented at the 13th World Congress of Sociology, International Sociological Association, July 18-23, 1994, Bielefeld, Germany, Research Committee 25: Sociolinguistics, Session on Doctor-patient Interaction. http://www2.fmg.uva.nl/emca/format.htm#N_1 (Retrieved December, 2008)

Heath, C. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In P. Drew, & J. Heritage (Eds.), *Talk and work: Interaction in institutional settings* (pp. 237-265). Cambridge: Cambridge University Press.

Hein N. and Wodak, R. (1987). Medical interviews in internal medicine: Some results of an empirical investigation. In S. H. Freeman, M. S. Heller (Eds.), *Text*, Vol. 7(1), pp. 37-65.

Hinnenkamp, V. (2003). Misunderstandings: Interactional structure and strategic resources. In J. House, G. Kasper, & S. Ross. (Eds.), *Misunderstanding in social life: Discourse approaches to problematic talk* (pp. 57-81). Harlow: Pearson Education LTD.

Hochschule Magdeburg Stendal, Fachdolmetschen.

www.studienangebot/bachelor/b_fachdolmetschen/index_html/view?searchterm=dolmetschen (Retrieved July 2008)

Hoen, B., Nielsen, K. and Sasso, A. (2006). *Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care: National report*. Canada: SAPHC project.

Holsti, O. R. (1969). *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*, Reading: Addison-Wesley.

Hornberger, J. Gibsson, D., Wood, W., Dequeldre, C., Corso, I., Palla, B. et al. (1996). Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. *Medical*

Care, Vol. 34, pp. 845–856. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8709665>
(Retrieved January 2009)

Hossain, R. and Salili, F. (2004). (Eds.). *Language in Multicultural Education*, Greenwich: Information Age Publishing, pp. 255-272.

Hutchinson, S.A.(1988). Grounded theory. In R.R. Sherman and R.B. Webb (Eds.), *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*, London: Falmer, pp. 123-140.

Ignaski, P. and Mason, D. (2002). *Ethnicity, equality of opportunity and British National Health Services*. Burlington: Ashgate.

Indyk, D. and Rier, D. A. (2006a). *Wiring the HIV/AIDS System: Building Interorganizational Infrastructure to Link People, Sites, and Networks*. *Social Work in Health Care*, Vol. 42(3-4), pp. 29-45.

Indyk, D. and Rier, D. A. (2006b). *Requisites, Benefits, and Challenges of Sustainable HIV/AIDS System- Building: Where Theory Meets Practice*. *Social Work in Health Care*, Vol. 42 (3-4), pp. 93-110.

Jacobs, E., A., Lauderdale, D., S., Meltzer, D., Shorey, J. M., Levinson, W. and Thisted, R. A. (2001). *Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients*, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 16, pp. 468-474.

Jacobs, E., Chen, E., Karliner, L. S., Agger-Gupta, N. and Mutha, S. (2006). *The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda*. *The Milbank Quarterly*, Vol. 84(1), pp. 111-133.

Jaffe, A., Vardi, H., Levit, B. and Alkalay Y. (n.p) *Diabetes in the Ethiopian Jewish community of Hadera: Prevalence, atherosclerotic risk factors*.

James, C. A., Bourgeois, F. T. and Shannon, M. W. (2005). *Association of Race/Ethnicity with Emergency Department Wait Times*. *Pediatrics*, Vol. 115(3), e310-315. (Retrieved June 2007)
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/115/3/e310>

Johnson, C., Dowd, T.J. and Rideway, C.L. (2006). *Legitimacy as a social process* . *Annual Review Sociology*, Vol. 32 pp.53-78.

Johnston, S. (2007). *Internship program – employer and community partnerships*. In C. Wadensjö, B. Englund Dimitrova and A. L. Nilsson (Eds.), *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community*, selected papers from the 4th International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004 Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 263-271.

Johnson, R. L., Roter, D., Powe, N. R., and Cooper, L. A. (2004). *Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits*.

American Journal of Public Health, Vol. 94(12), pp. 2084-2090.
<http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/94/12/2084> (Retrieved January 2009)

Jones, D., and Paramjit, G. (1998). Breaking down language barriers: The NHS needs to provide accessible interpreting services for all. *British Medical Journal*, May 16, Vol. 316 (7143), pp. 1476-1480.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1113154> (Retrieved August 2008)

Kanaaneh, M. (1997). The “Anthropologicality” of Indigenous Anthropology, *Dialectical Anthropology*, Vol. 22, pp. 1-21.

Karliner, L. S., Pérez-Stable E. J. and Gildengorin, G.(2004). The Language Divide. The Importance of Training in the Use of Interpreters for Outpatient Practice *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 19(2) , pp. 175-183.
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118783785/PDFSTART> (Retrieved August 2008).

Karliner, E. A., Jacobs, A. H. and Chen, S. M. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature, *Health Services Research*, Vol. 42(2), pp. 727–754.
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>

Katan, D. (1999). *Translating Cultures*, Manchester: St. Jerome.

Kelly, N. (2007). Telephone interpreting in health care settings: some commonly asked questions. *The ATA Chronicle*, June 2007, pp. 18-21.

Kelly, N. (2008a). Telephone Interpreting – CPD programme, *ITIA Bulletin*, May 2008, p. 2-3.

Kelly, N. (2008b). A medical interpreter's guide to telephone interpreting, *IMIA Bulletin*, August 2008. <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/380.pdf> (Retrieved August 2008)

Kelly N. (2008c). *Telephone Interpreting: A Comprehensive Guide to the Profession*, Victoria, Canada: Trafford Publishing.

Kemmis, S. and McTaggart, R. (2000). Participatory action research. In Denzin, N. K. and Lincoln, Y. K. (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 567-605.

Kim, Y. M., Rinehart, W., and Kols, A. (2004). Sequence analysis of doctors' responses to patient "active" communication during family planning consultations in Mexico. Presentation at the Verona Network on Sequence Analysis, Verona, Italy, February 2004.

Kleinman, A. (1978). Culture, illness and cure: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 88, pp. 251-258.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*, New York: Basic Books.

Ko, L. (2006). The need for long-term empirical studies in remote interpreting research. A case study of telephone interpreting. In E. Hertog and B. van der Veer (Eds.) *Antverpiensia Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*, 2005-6 series, Hogeschool Antwerpen, pp. 325-340.

Ko, L. (2006). Teaching interpreting by distance mode: possibilities and constraints. *Interpreting*, Vol. 8(1), pp. 67-96.

Kraft, J. M., Mezoff, J. S., Sogolow, E. D., Neumann, M. S. and Thomas, P. A. (2008). A technology transfer model for effective HIV/AIDS interventions: science and practice. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, Vol. 12(suppl. 5), pp. 7-20.

Kuo, D. Z., O'Connor, K. G., Flores, G. and Minkovitz, C. S. (2007). Pediatricians' Use of Language Services for Families with Limited English Proficiency. *Pediatrics*, Vol. 119(4), pp. e920-e927.
(<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/119/4/e920>) (Retrieved July 2008)

Kurz, I. (1999). Remote conference interpreting: assessing the technology. In H. N. Helge (coord.) *Quality Issues in Remote Interpreting*, A. A. Lugris and A. F. Ocampo (Eds). *Anovar/anosar estudios de traduccion e interpretacion*, Vol. I, Servicio de Publicacion da Universidade de Vigo, pp. 114-116.

Kymlicka, W. (1995). *Multicultural Citizenship*. New York: Oxford University Press.

Labov, W. (1984). Field methods of the project on linguistic change and variation. In J. Baugh and J. Sherzer (Eds.), *Language in Use*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, pp. 28-53.

Lannoy, K. and Van Gucht, J. (2006). Babel rebuilt: a survey of social welfare institutions and interpreting and translation services in Flanders. In A. Pym, M. Shlesinger and Z. Jettmarová (Eds.). *Sociocultural Aspects of Translating and Interpreting*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, pp. 191-200.

Leman P. (1997). Interpreter use in an inner city accident and emergency department. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, Vol. 14, pp. 98-100.

Lee, L. J., Batal, H. A., Maselli, J. H. and Kutner, J. S. (2002). Effect of Spanish Interpretation Method on Patient Satisfaction in an Urban Walk-in Clinic *Journal of General Internal Medicine* Vol.17(8), pp. 641-646.

Lee K.C., Winickoff J.P., Kim, K., M., Campbell, E. G., Betancourt, J. R., Maina, A. W. and Weissman, J. A. (2006). Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters. *JAMA*, Vol. 296, pp. 1050-1053.

Levinson, D. (1987) (Ed.). *A Guide to the Clinical Interview*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Logan P.D., Schwab R.A., Salomone J.A., Watson W.A. (1996). Patient understanding of emergency department discharge instructions. *Southern Medical Journal*, Vol. 89, pp. 770-774.

London Metropolitan University, Remote Interpreting Language C course.
<https://intranet.londonmet.ac.uk/prog-plan/postgrad-line/modules/ln/lnp027.cfm> .
 (Retrieved June 2008)

Mason (2001). (Ed.) *Triadic Exchanges*, Manchester: St. Jerome Publishing.

Massachusetts General Hospital. Medical interpreter services. .
<http://www.massgeneral.org/interpreters/working.asp> (Retrieved August 2008)

May, S. (2001). *Language and minority rights: Ethnicity, nationalism and the politics of language*. London: Longman.

Meyer, B. (2001). "How untrained interpreters handle medical terms, in I. Mason (Ed.), *Triadic Exchanges*, Manchester: St. Jerome Publishing, 2001, pp. 87-106.

Meyer, W. J., and Scott, W.R. (1983). *The structure of Educational Organizations*. In W. J. Meyer. and W.R. Scott (Eds.), *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. London: Saga.

McNeill, P. and Chapman, S. (2006). *Research Methods* (3rd edition), London Routledge.

Merlini, R., & Favaron, R. (2005). Examining the "voice of interpreting" in speech pathology. *Interpreting*, Vol. 7(2), pp. 263-302.

Mikkelson, H. and Mintz, H. (1997). Orientation workshops for interpreters of all languages: How to strike a balance between the ideal world and reality. In S. E Carr, R. P. Roberts, A. Dufour and D. Steyn (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community*, papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins publishing company, pp. 55-64.

Mishler, E. (1984). *The Discourse of Medicine*, Norwood(NJ): Ablex Publishing Company.

Mizuno, M. (2006). *The History of Community Interpreting in Japan*. In E. Hertog and B. Van der Veer (Eds.), *Linguistica Antverpiesa*, Vol. 5: *Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*, pp. 69-79.

Mortensen, C. D. (1997). *Miscommunication*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Moser-Merser, B. (2003). *Remote interpreting: assessment of human factors and performance patterns*. Joint project International Telecommunication Union (ITU)-

Ecole de Traduction et d'Interpretation, Université de Genève (ETI).
<http://www.aiic.net/ViewPage.cfm/article879#conclusions> (Retrieved August 2008).

National Council of Interpreters in Health Care. (2004). A National Code of Ethics for Interpreters in Health Care.

National Accreditation Authority for Translators and Interpreters. www.naati.com.au (Retrieved June 2008)

National Council of Interpreters in Health Care (2008). The Terminology of Health Care interpreting.
<http://data.memberclicks.com/site/ncihc/NCIHC%20Terms%20Final080408.pdf>
 (Retrieved November 2008).

Neal, R. D., Ali, N., Atkin, K., Allgar, V. A., Ali, S. and Coleman, T. (2006). Communication between South Asian patients and GPs: comparative study using the Roter Interactional Analysis System. *British Journal of General Practice*, Vol. 56(532), pp. 869-875.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17132355?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17132355?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed) (Retrieved August 2008).

New Jersey Judiciary (2001). Manual for judges and other court Officials who use Interpreting services delivered by telephone.
<http://www.judiciary.state.nj.us/directive/vicops/timan2.pdf> . (Retrieved May 2008)

New South Wales Government, Department of Health, Multicultural Health Communication Services. <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/> (Retrieved August 2008.)

New South Wales Government, Department of Health, Sydney West area health service, SWAHS Health Care Interpreter Service: Working with Interpreters.
http://www.wsahs.nsw.gov.au/services/hcis/documents/Broch_alts2.pdf (Retrieved August 2008)

New Zealand Office of Ethnic Affairs, Language Line.
 services www.ethnicaffairs.gov.nz/oeawebsite.nsf/wpg_url/language-line-Index
 (Retrieved June 2008)

Niska, H. (1998). What is remote interpreting? From the workshop "Quality issues in remote interpreting" in Vigo, Galicia, 26 March 1998 (Conference "Anovadores de vos, anosadores de nos", 25-27 March 1998). <http://lisa.tolk.su.se/remote-niska.html>
 (Retrieved July 2008)

Niska, H. (2005). Training interpreters: Programmes, curricula, practices". In M. Tennent (Ed.), *Training for the New Millennium*, Amsterdam: Benjamins Translation Library, pp. 35–64.

Niska, H. (2007). From helpers to professionals: training of community interpreters in Sweden. In C. Wadensjö, B. Englund Dimitrova and A.L. Nilsson (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*, selected papers from the 4th International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 297-310.

Oda, M. and Joyette, D. (2003). Interpreting for the perpetrator in the Partner Assault Response program. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, Selected papers from the 3rd International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001, pp. 147-161.

Official California Legislative Information (2005). Assembly Bill no. 775. <http://www.leginfo.ca.gov/index.html> (Retrieved November 2008)

Office of Minority Health. Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS). <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID> (Retrieved September 2007)

Ozolins, U. (1998). *Interpreting and translating in Australia: Current issues and international comparisons*. Melbourne: Language Australia Ltd.

Ozolins, U. (2000). Communication needs and interpreting in multilingual setting: The international spectrum of response, in R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham and A. Dufour (Eds.), *Interpreters in the Community*, Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 may 1998, Amsterdam: John Benjamins, pp. 21-33.

Parsons, T. (1951). *The Social System*, London: Routledge and Kegan Paul.

Penney, C. and Sammons, S. (1997). Training the community interpreter: the Nunavut arctic college experience. In . In S. E Carr, R. P. Roberts, A. Dufour and D. Steyn (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community*, papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins publishing company, pp. 65-76.

Perez-Stable E.J., Napoles-Springer A. and Miramontes J.M. (1997). The effects of ethnicity and language on medical outcomes of patients with hypertension or diabetes. *Medical Care*, Vol. 35(12) pp. 1212–19.

Peräkylä, A. and Silverman, D. (1991). Reinterpreting speech-exchange systems: communication formats in AIDS counseling, *Sociology*, Vol. 25, pp. 627-51.

Pfeffer, J. and Salancik, G. R. (1978). *The External Control of Organizations: A resource dependence perspective*, New York: Harper and Row.

Pollack, K, and Corsellis, A. (1990). Non-English speakers and the criminal justice system. *New Law Journal*, vol. 140 (6481), p. 1634 (part one).

<http://www.biu.ac.il/HU/tr/cisd/CorsellisPolack1ArticlePart1.pdf> (Retrieved June 2008)

Pollack, K, and Corsellis, A. (1990). Non-English speakers and the criminal justice system. *New Law Journal*, vol. 140 (6482), p. 1676 (part two) .

<http://www.biu.ac.il/HU/tr/cisd/CorsellisPolack1ArticlePart2.pdf> (Retrieved June 2008)

Pollitt, K and Haddon, C. (2005). Cold calling? Retraining interpreters in the art of telephone interpreting. In C. B. Roy, (Ed.), *Advances in Teaching Sign Language Interpreting*, Washington: Gallaudet University Press, pp. 187-210.

Powell, W. W., and DiMaggio, P. J. (1991). Introduction. In W. W. Powell and P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis.*, Chicago: The University of Chicago Press, pp. 1-40.

Pöchhacker, F. (1999). The evolution of community interpreting, *Interpreting*, Vol. 4(1), pp. 125-140.

Pöchhacker F., and Kadric M. (1999). Hospital cleaners as health interpreters. *The Translator*, Vol.5(2), pp.161-178.

Pöchhacker, F. (2000). The community interpreter's task: Self-perception and provider views. In R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham, & A. Dufour (Eds.), *The critical link 2: Interpreters in the community. Selected papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings*, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998 ,pp. 49-65. Amsterdam: John Benjamins Publishing.

Pöchhacker, F. (2001). Quality Assessment in conference and community interpreting. *Meta*, Vol. 46(2), pp. 410-425.

Pöchhacker, F. (2004). *Introducing Interpreting Studies*, London: Routledge.

Pöchhacker, F (2006a). "Going Social?" On the pathways and paradigms in interpreting studies. In A. Pym, M. Shlesinger and Z. Jettmarová (Eds.). *Sociocultural Aspects of Translating and Interpreting*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company pp. 215-232.

Pöchhacker, F. (2006b). Research and methodology in healthcare interpreting. In E. Hertog and B. Van der Veer (Eds.), *Linguistica Antverpiensa*, Vol. 5: Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting.

President of the United States of America. (2000) Executive Order 13166: Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency.

<http://www.lep.gov/13166/eo13166.html> (Retrieved January 2009)

Puebla Fortier, J. (1997). Interpreting for health in the United States: government partnerships with communities, interpreters and providers. In S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour and D. Steyn (Eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community*, papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins publishing company, pp. 165-177.

Richie, J. (1964). Using an interpreter effectively. *Nursing Outlook*, Vol. 12(12), pp. 27-29.

Rier, D. A., Schwartzbaum, A., Heller, H. (2007). Surveying the Haredim as Insiders: Identity, Objectivity and Research Ethics, *Jewish Journal of Sociology*, Vo. 49(1and2), pp. 36-46.

Roberts, B., Moss, V. W., Sarangi, S. and Jones, R. (2005). Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications, *Medical Education*, Vol. 39(5), pp. 465–475.

Roberts, C., Sarangi, S. and Moss, B. (2004). Presentation of self and symptoms in primary care consultations involving patients from non-English speaking backgrounds. *Communication and Medicine*, Vol. 1(2), pp. 159-169.

Roberts, C. and Sarangi, S. (2005). Making Sense of Qualitative Research: Theme-oriented analysis of medical encounters. *Medical Education*, Vol. 39(6), pp. 632-640.

Roberts, R. P. (1997). Community interpreting today and tomorrow. In S. E Carr , R. P Roberts, A. Dufour, and D. Steyn (Eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community*, Papers from the International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, pp. 7-28.

Rosenberg, B. A. (2001). Describing the Nature of Interpreter Mediated Doctor-Patient Communication: A Quantitative Discourse Analysis of Community Interpreting, (unpublished dissertation) Ann Arbor: UMI.

Rosenberg, B. A. (2007). A data driven analysis of telephone interpreting. In C. Wadensjö, B. Englund Dimitrova and A. L. Nilsson (Eds.), *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community*, selected papers from the 4th International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 65–76.

Roy, C. B. (Ed.) (2002). *Advances in Teaching Sign Language Interpreting*, Washington: Gallaudet University Press.

Scott, R. W. (1992). *Organizations: rational, natural and open systems* (3rd edition), Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.

- Schiffrin, D.(1994) 'Speaking for another' in sociolinguistic interviews: alignments, identities and frames. *Approaches to Discourse*, Blackwell Publications: Cambridge.
- Schoff, R. and Stevenson, D. R. (1998). *The National Taxonomy of Exempt Entities Manual*, Washington, Urban Institute.
- Schuster, C. (2005). Role and status of public service interpreters in Italy today: a perspective from regional and national policies. In C. Valero-Garcés (Ed.), *Translation and Mediation or How To Bridge Linguistic and Cultural Gaps*, Universidad de Alcalá, pp. 17-26.
- Séguinot, C. (2008). Professionalization and intervention. In J. Kearns (Ed.), *Translator and Interpreter Training: Issues Methods and Debates*, London/New York: Continuum International Publishing Group, pp. 1-18.
- Seijo, R., Gomez, H. and Freidenberg, J. (1991). Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Vol. 13(4), pp. 363-376.
- Simpson, J. M. Y. (2001). Minority Languages. In R. Mesthrie (Ed.) *Concise Encyclopedia of Sociolinguistics*. Amsterdam: Elsevier. pp. 579-580.
- Shackman, J. (1984). *The Right to be Understood*, Cambridge: National Extension College.
- Sherman R.R. and Webb, R. B. (1988). (Eds.) *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*, London: Falmer.
- Shlesinger, M., and Carmel, S. (2002). Doctor-patient communication in cases of linguistic incompatibility and its implications for health care quality, unpublished research grant application.
- Shlesinger, M. (2007). Healthcare interpreting – legal requirement, necessary evil, or best practice? In L. Epstein (Ed.), *Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals: International Workshop Report*. Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.
- Sogolow E. D., Kay, L. S., Doll, L. S., Neumann, M. S., Mezoff, J. S., Eke, A. N., Semaan, S. and Anderson, J. R. (2000). Strengthening HIV prevention: Application fo a research-to-practice framework. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, Vol. 12(Suppl. 5), pp. 21-32.
- South East Health, Central Sydney Area Health Service (2007) Health Care Interpreter Service. <http://www.wsahs.nsw.gov.au/services/hcis/index.htm> (Retrieved November 2008)
- Spandofer, J.M., Karras D.J., Hughes L.A. and Caputo C. (1995). Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 25, pp. 71-74.

Stake, R. E. (2000). Case Studies. In N. K. Denzin, and Y. K. Lincoln, (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 435-453.

Straker, J. and Watts, H. (2003). Fit for purpose? Interpreter trainings for students from refugee backgrounds. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, Selected papers from the 3rd International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001, pp. 163-176.

Stufflebeam, D. L. (2000). The CIPP model for evaluation. In D. L. Stufflebeam, G. E. Madaus and T. Kellaghan (Eds.), *Evaluation Models*, Boston: Kluwer Academic Publishers, pp. 279-317.

Stewart M., Weston W.W., Brown J.B., McWhinney I.R., McWilliam C.L. and Freeman, T. R. (1995) (Eds.) *Patient centered Medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Suchman, M. (1995). *Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches*. *Academy of Management Review*, Vol. 20 (2), pp. 571-610.

Taylor, F. W. (1911). *Principles of Scientific Management*, New York: Harper.

Tebble, H. (1999). The tenor of consultant physicians: Implications for medical interpreting *The Translator*, Vol. 5(2), pp. 179-200.

Tebble, H. (2003). Training doctors to work effectively with interpreters. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, Selected papers from the 3rd International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001, pp. 81-98.

Tennent, M. (Ed.) (2005). *Training for the New Millennium*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Timm, D. (2000). Telephone Interpreting. *American Sign Language Interpreting Resources*, Vol.12. http://asl_interpreting.tripod.com/situational_studies/dt1.htm (Retrieved June 2008)

TIS – translating and interpreting services (2008). Australian Government, Department of Immigration and Citizenship. http://www.immi.gov.au/living-in-australia/help-with-english/help_with_translating/service-charges.htm (Retrieved June 2008)

TI Solutions. (2008) www.tis01.com (Retrieved December 2008)

Thompson, J. D. (1967). *Organization in Action*, New York: McGraw-Hill.

Tseng, J. (1992) Interpreting as an Emerging Profession in Taiwan – A Sociological Model. A master's thesis submitted to the Graduate Institute of Translation and Interpreting Studies, Fu Jen Catholic University.

Universidad de Alicante, Departamento de Traducción e Interpretación..
<http://www.ua.es/dpto/trad.int/tablon/cursos.html> (Retrieved June 2008)

United States Department of Health and Social Services. Office of Minority Health (2001). National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Executive Summary. Washington DC.

United States Department of Health and Human Services, Indian Health Service. Health Care. <http://www.ihs.gov/NonMedicalPrograms/chr/vocab.cfm> (Retrieved December 2008)

United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. (n.a) Think Cultural Health - A Practical Guide for Implementing the Recommended National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services. <http://www.thinkculturalhealth.org/> (Retrieved November 2008)

Valero-Garcés, C. (2005) (Ed.) Traducción como mediación entre lenguas y culturas. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.

Valero-Garcés, C. (2008). Hospital interpreting in the classroom and the workplace. In C. Valero-Garcés, and A. Martin (2008b) (Eds.). Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and dilemmas. Amsterdam: John Benjamins, pp. 165-185

Valero-Garcés, C. and Martin, A. (2008b) (Eds.). Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and dilemmas. Amsterdam: John Benjamins.

van Dijk (1997) (Ed.). Discourse as Social Interaction. London: Sage Publications.

Van Wieringen, J.C, Hamsen, J. A. and Bruinjezeels, M. A. (2002). Intercultural communication in general practice. European Journal of Public Health, Vol. 12, pp. 63-68.

Ventola, E. (1987). The Structure of Social Interaction – A Systemic Approach to the Semiotics of Service Encounters. London: Frances Pinter.

Viaggio, S. (2004). Teoría general de la mediación interlingua. San Vicente: Publicaciones Universidad de Alicante.

Wadensjö, C. (1992). Interpreting as Interaction. Linköping: Linköping University

Wadensjö, C. (1998). Community interpreting. In M. Baker (Ed.), Routledge Encyclopedia of Translation Studies, Routledge: London and New York, pp. 33-37.

Wadensjö, C. (1999). Telephone interpreting and the synchronisation of talk in social interaction. *The Translator: Studies in Intercultural Communication*, Vol. 5(2), pp. 247-264.

Wadensjö, C. (2007). Foreword: Interpreting professions, professionalisation and professionalism". In C. Wadensjö, B. E. Dimitrova and A. L. Nilsson (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*, selected papers from the 4th International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 1-8.

Wadensjö, C., Englund Dimitrova B. and Nilsson, A. L. (2007). (Eds.). *The Critical Link: Interpreters in the Community*, selected papers from the 4th International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Waisman, Y., Siegel, N., Chemo, M., Siegal, G., Amir, L., Blacher, Y. and Mimouni, M. (2003). Do parents understand Emergency Department discharge Instructions? A Survey Analysis. *Israeli Medical Association Journal*, Vol. 5(8), pp. 567-570.

Waitzkin, H. (1991). *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal With Social Problems*, Yale: Yale University Press.

Wearn, A., Goodyear-Smith F., Everts, H. and Huggard, P. (2007). Frequency and effects of non-English consultations in New Zealand general practice. *New Zealand Medical Journal*, Vol. 120(1264).

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17972980?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum (Retrieved April 2008)

Weissman J.S., Lee K.C., Winickoff J.P., Campbell, E. G. and Maina, A. W. (2006). Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters. *JAMA*, Vol. 296, pp.1050-1053.

Weizman, E. (2006). Roles and identities in news interviews: The Israeli context. *Journal of Pragmatics*, Vol. 38(2), pp. 154-179.

Whitehead M. (1990). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization.

Whitehead M. (1998). Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. *The Milbank Quarterly*, Vol. 76, pp. 469-492.

Wissow, L. S., Larson, S. M., Rotter, D., Wang, M. C., Hwang, W. T., Luo, X., Johnson, R., Gielen A., Wilson M.H. and McDonald, E. (2003). Longitudinal care improves disclosure of psychosocial information. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Vol. 157(5), pp. 419-24.

Wolf, M. S., Davis, T. C., Tilson, H. H., Bass, P. F. III and Parker, R. M. (2006). Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. *American Journal of Health-System Pharmacy*, Vol. 63(11), pp. 1048-1055.

Yus Ramos, F.(1998). The 'what-do-you-mean syndrome': A taxonomy of misunderstandings in Harold Pinter's plays. *Estudios Ingleses de la Universidad Complutense*. Vol. 6, pp. 81-100.

Zoppi, K. and Epstein, R.M. (2002). Is Communication a skill? Communication behaviors and being in relations. *Family Medicine*, Vol. 34(5), pp. 319-324.
<http://www.stfm.org/fmhub/fm2002/may02/ctab2.pdf> (Retrieved January 2009)

נספח מס' 1: רשימת מסמכים ראשוניים

מס'	שם	תאריך	סוג מסמך פנימי/תכתובות חוץ/מסמך קשור
1	עמותת טנא בריאות – סיכום ישיבת צוות	03/01/2007	פנימי
2	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	10/01/2007	פנימי
3	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	17/01/2007	פנימי
4	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	08/02/2007	פנימי
5	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	14/02/2008	פנימי
6	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	25/02/2007	פנימי
7	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	14/03/2007	פנימי
8	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	03/05/2007	פנימי
9	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	31/05/2007	פנימי
10	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	07/06/2007	פנימי
11	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	21/06/2007	פנימי
12	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	12/07/2007	פנימי
13	עמותת טנא בריאות - מעקב משימות	24/09/2007	פנימי
14	עמותת טנא בריאות – סיכום ישיבת צוות	22/10/2007	פנימי
15	עמותת טנא בריאות – סיכום ישיבת צוות	14/11/2007	פנימי
16	עמותת טנא בריאות - סיכום ישיבת צוות	06/12/2007	פנימי
17	עמותת טנא בריאות – סיכום ישיבת צוות	20/12/2007	פנימי
18	עמותת טנא בריאות – סיכום ישיבת צוות	07/02/2008	פנימי
19	עמותת טנא בריאות – סיכום ישיבת צוות	20/03/2008	פנימי
20	בקשה להכרה לגמול השתלמות למנהל הסיעוד	08/01/2007	חיצוני
21	בקשה להצעת מחיר לביטוח עמותת "טנא בריאות"	27/12/2006	חיצוני
22	דגשים להדרכת מתורגמנים	ינואר 2007	פנימי

23	הגדרת תפקיד מתורגמן	11/12/2007	פנימי
24	הגשת תוכניות קידום בריאות למימון משרד הבריאות	07/02/2008	תכתובת חוץ
25	הגדרות מערכת טלפונית לאגודת "יד שרה"	07/01/2007	תכתובת חוץ
26	הזמנה להשתלמות המשך	20/12/2006	פנימי
27	הזמנה להשתלמות המשך מס' 2	06/01/2007	פנימי
28	הכרה בקורס מתורגמנות לגמול השתלמות	11/03/2007	תכתובת חוץ
29	הפעלת "קו חם בנושא בריאות לעולי אתיופיה" – מכתב למשנה למנכ"ל משרד הקליטה	23/11/05	תכתובת חוץ
30	העסקת גבי' מיכל שוסטר בפרוייקט טנא בריאות	25/07/2006	חיצוני
31	הצעת חברת T	מאי 2007	חיצוני
32	הצעה ליו"ם הדרכת מדריכים במסגרת פרוייקט מתורגמנים טלפוניים במ.ס.ר.	06/08/2006	חיצוני
33	הצעת מחיר לטלפון ועידה	05/09/2006	חיצוני
34	השוואת הצעות למערכת טכנולוגית	27/12/2007	פנימי
35	ישיבת וועד מנהל 1 במרץ 2007	01/03/2007	פנימי
36	חומר להרצאת מונחי בריאות וחולי ד"ר ספפה איצ'ק	ינואר 2007	פנימי
37	הרצאה חוק זכויות המטופל – יום ההשתלמות השני	פברואר 2007	פנימי
38	טופס ריאיון לבחירת מתורגמן רפואי	2006	פנימי
39	טיוטת הסכם עם חברת T	מרץ 2007	פנימי
40	טיוטה לקראת פגישה בנושא הכשרת מתורגמנים מתוך צוות בית-החולים "הלל יפה"	יוני 2006	פנימי
41	טיוטה ושאלות בנושא הכשרת המתורגמנים (מאת מרים שלזינגר ומיכל שוסטר)	02/09/2006	פנימי
42	הערכת הפרוייקט לאחר חודש הפעלה	06/06/2007	פנימי
43	טנא בריאות – מודל לשותפות עם משרד הבריאות	31/08/2004	חיצוני
44	כללי עבודה למתורגמני קול לבריאות		פנימי
45	כללים לעבודה עם מתורגמן		חיצוני

46	מזכר הבנה עמותת בין עמותת טנא בריאות ל"שירותי בריאות כללית"		חיצוני
47	מחויבות המדינה להנגשה לשונית ותרבותית של שירותי בריאות בישראל: בקשה לדיון בוועדת הבריאות בכנסת	12/02/2007	חיצוני
48	מכתב למוקדי קליטה באמהרית	29/10/2007	חיצוני
49	מכתב המלצה לקרן לידידות	21/09/2007	חיצוני
50	מסמכי מיון מועמדים לקורס הכשרת מתורגמנים (29)	אוגוסט/ספטמבר 2006	פנימי
51	מצע לדיון - קול לבריאות המשך פעילות	דצמבר 2007	פנימי
52	משימות להשתלמות המשך	ינואר 2007	פנימי
53	מתווה קורס הכשרה 2008	ינואר 2008	פנימי
54	מתורגמנות רפואית באמצעות הטלפון	15/06/2008	חיצוני
55	נקודות למשוב הכשרת מתורגמנים	ינואר 2008	פנימי
56			
57	סדר יום לישיבת וועד מנהל – סיכום שנת 2007	30/12/2007	פנימי
58	סיכום שנת 2005 ותכנון ל 2006	2005	חיצוני?
59	סיכום דיון הקמת העמותה	נובמבר 2006	פנימי
60	סיכום אסיפה כללית 04/01/2007	04/01/2007	פנימי
61	סיכום ישיבת וועד מנהל מאי 2007		פנימי
62	סיכום ישיבת וועד מנהל יולי 2007		פנימי
63	סיכום ישיבת וועד מנהל נובמבר 2007		פנימי
64	סיכום ישיבת וועד מנהל דצמבר 2007		פנימי
65	סיכום ישיבת המועצה הלאומית לקידום בריאות	23/01/2007	עותק לעמותה
66	סיכום ישיבת המועצה הלאומית בקידום בריאות: תכתובת עם ח"כ חיים אורון	11/03/2007	חיצוני
67	סיכום פגישה בנושא קו חם	02/05/2006	פנימי
68	סיכום פגישה: נהלי עבודה במרפאות "שירותי בריאות כללית"	20/02/2008	חיצוני
69	סיכום פעילות עמותת טנא בריאות שנת 2007	30/01/2008	פנימי

70	עדכון לצוות המתורגמנים נובמבר 2006		פנימי
71	עדכון לצוות המתורגמנים אוגוסט 2007		פנימי
72	סיכום פגישה עם ספקי שירותי טלפוניה		פנימי
73	פנייה למר אלי דפס	30/11/2005	פנימי
74	פנייה לד"ר יעקב הספל, המרכז הרפואי הלל יפה חדרה ותשובה לפנייה	03/06/08, 16/06/08	חיצוני
75	פרוייקט טנא בריאות: פנית ח"כ חיים אורון למנכ"ל "שירותי בריאות כללית"	18/07/2005	העתק
76	קול לבריאות הודעה באמהרית	12/06/2007	חיצוני
77	קול לבריאות – כללי עבודה במרפאות "שירותי בריאות כללית"		חיצוני
78	קול לבריאות – תיק פרויקט	ינואר 2007	פנימי
79	קול קורא לגיוס אחים להפעלת "קו חס"	יוני 2006	חיצוני
80	קורס להכרה לגמול השתלמות – תשובת משרד הבריאות	17/10/2006	חיצוני
81	קורס להכרה לגמול השתלמות - תשובת משרד הבריאות	11/03/2007	חיצוני
82	קורס מתורגמות רפואית באמצעות טלפון ליוצאי אתיופיה להכרה לצורך גמול השתלמות – תשובה חוזרת של משרד הבריאות	04/06/2007	חיצוני
83	קידום בריאות יוצאי אתיופיה – פנית ח"כ חיים אורון למנכ"ל משרד הבריאות	27/03/2007	עותק לעמותה
84	קידום בריאות יוצאי אתיופיה – תשובת המשנה למנכ"ל משרד הבריאות	14/05/2007	עותק לעמותה
85	ריכוז עמדות - עתיד "קול לבריאות"	נובמבר 2007	פנימי
86	רשימת אחים מהמרכז הרפואי לבריאות הנפש "אברבנל"	02/07/2006	חיצוני
87	רשימת אחים ואחיות דוברי אמהרית במרכז הרפואי כרמל	22/06/2006	חיצוני
88	רשימת תלמידות סיעוד בבי"ס לסייעוד שליד ביה"ח "לניאדו"	15/06/2006	חיצוני
89	רשימת תלמידי סיעוד ליד המרכז הרפואי הלל יפה	18/06/2006	חיצוני

עותק לעמותה	21/03/2005	שאילתה ישירה בנושא טיפול בעולים מאתיופיה חולי סוכרת	90
חיצוני	11/01/2007	שירות מתורגמנות "קול לבריאות" פיילוט במחוז חיפה והצפון	91
פנימי		שירות מתורגמנות רפואית באמצעות הטלפון – תכנית עבודה לשנת 2007	92
פנימי	03/12/2007	שירות מתורגמנות "קול לבריאות" מצע לדיון	93
פנימי		תכני קורס הכשרה 2008	94
פנימי	מאי 2007	תכנים ליום ההשתלמות	95
פנימי	דצמבר 2007	תכנית יום השתלמות דצמבר 2007	96
פנימי	דצמבר 2007	תכנית עבודה קול לבריאות 2008	97
חיצוני	מרץ 2007	תקנון עמותת טנא בריאות	98
פנימי	ספטמבר 2006	תרחישים להכשרת מתורגמנים בניצנה, במודל מ.ס.ר	99
פנימי	פברואר 2008	תרחישים להדרכה 2008	100
פנימי	ספטמבר 2006	תרחישים למשחקי תפקיד להכשרת מתורגמנים רפואיים	101
פנימי	פברואר 2008	תרחישים למשחקי תפקיד להכשרת מתורגמנים רפואיים	102
חיצוני	נובמבר 2007	מזכר הבנה בין עמותת טנא בריאות ל"מכבי שירותי בריאות"	103
חיצוני	פברואר 2007	טנא בריאות: פני ה לחבר נאמנים	104
חיצוני	אפריל 2008	פניה לשירותי בריאות הציבור מחוז מרכז בעניין תרגום ל"טיפות חלב"	105
פנימי	29/12/2008	ישיבת ועד מנהל סיכום שנת 2008	106
פנימי	05/2008 – 04/2007	לוג פעילות קול לבריאות	107
פנימי	20/01/2006	הערות מתצפיות וראיונות לסרטון על בריאות הקהילה	108
	20/11/2009	פניית האגודה לזכויות האזרח להנהלת בתי המשפט בדבר שירותי מתורגמנות	109

נספח מס' 2: רשימת ראינות

להלן רשימת הראיונות שנערכו לצורך מחקר זה. מרואיינים 1 – 5 קשורים לפעילות עמותת "טנא בריאות". מרואיינים 5 – 8 הינם עובדי "שירותי בריאות כללית" הקשורים לשירות "קול לבריאות". מרואיינת מס' 9 – עובדת משרד הבריאות. מרואיינת מס' 10 – אשת אקדמיה שנתנה ליווי לפעילות הקהילתית של הפרוייקט. לפירוט הקשר של המרואיינים לשירות "קול לבריאות" והסיבה לבחירתם ראו בעמ' 93 – 94.

1. ד"ר ענת יפה - מקימת עמותת "טנא בריאות" ויוזמת רעיון שירות המתורגמות. מנהלת היחידה לאנדוקרינולוגיה במרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה. הראיון נערך ב- 06/07/2008 ובנוסף נערכו עימה תכתובות אישיות רבות לפניו ואחריו.
2. מר פקדו גדמו – מנכ"ל עמותת "טנא בריאות". הראיון נערך ב- 20/07/2008 ובנוסף נערכו עימו תכתובות אישיות.
3. גברת אתי גולסטאני- שימשה כרכזת השטח של העמותה משנת 2001 עד אפריל 2008. במסגרת תפקידה שימשה כמתאמת שירות המתורגמות. הראיון נערך ב- 14/12/2008.
4. ד"ר ספפה איציק – רכז ארצי לבריאות הקהילה מטעם "טנא בריאות" ומשרד הקליטה. הראיון הוקלט ב- 17/07/2008.
5. ד"ר שמואל גבעון – רופא משפחה ב"שירותי בריאות כללית" וחבר ועדת הביקורת של "טנא בריאות". הראיון נערך ב- 08/08/2008.
6. פרופ' מיכאל ויינגרטן – מנהל מרפאת ראש העין ב"שירותי בריאות כללית". משתמש בשירות המתורגמות. מרצה וחוקר בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב. הראיון נערך ב- 10/12/2008.
7. גברת צביה לוי – אחות מוסמכת במרפאת "שיכון עממי" של "שירותי בריאות כללית" בפתח תקווה, אשר נכללה בשלב הגישוש של הפרוייקט. הראיון נערך ב- 07/12/2008.
8. ד"ר דיאן לוי-זמיר – ראש מחלקת קידום בריאות ב"שירותי בריאות כללית. הראיונות עימה נערכו בתאריכים 06/07/2008, 10/08/2008.
9. גברת רות ויינשטיין – ראש המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. הראיון נערך ב- 06/08/2008.
10. ד"ר נורית גוטמן – מרצה במחלקה לתקשורת באוניברסיטת תל-אביב. ליוותה את פעילות "טנא בריאות" בתחילת דרכה כפרוייקט קהילתי. הראיון נערך ב- 04/08/2008.

נספח מס' 3: סוגי הכשרות למתורגמנים קהילתיים במדינות שונות בעולם

שם התכנית	מדינה	הגוף המכשיר	סוג תואר, קורס, הכשרה [מעשית]	תבחיני מיון	אורך הקורס	בחינת גמר	הסמכה כן/לא	מעורבות גורמי שטח כן/לא	תכנים בולטים	הערות
תואר שני במתורגמנות קהילתית	שוודיה		תואר שני במתורגמנות קהילתית	תנאי קבלה: 1. תואר אקדמי ממוסד אקדמי מוכר. 2. שליטה מצוינת בשפת האם (שפה א') במגוון רחב של תחומים ומשלים, 3. ידע מעמיק בשפות העבודה (שפות ב' ג'), 4. ידע כללי על המצב הכלכלי, החברתי, התרבותי והבין-לאומי של המדינות שבהן מדוברת שפת העבודה. 5. יכולת ניתוח וסינתזה, מיומנויות תקשורת, גמישות, ויכולת עבודה תחת לחץ (Niska, 2005).	שנתיים	לא	כן – של המדינה			(Niska, 2007)
הכשרה אקדמית במתורגמנות קהילתית	שוודיה		תואר במתורגמנות קהילתית		שנתיים.	כן	בחינת הגמר מהווה הסמכה		שנה א' קורסי מבוא שנה ב' התמחות במתורגמנות רפואית/משפטית קורסי שפה. תכנים:	(Niska, 2007)

	(דקדוק, נורמות, זירגונים), מינוח, היכרות עם המוסדות החברתיים, המשפטיים והרפואיים בהם נדרש תרגום; הכרת התחום התעסוקתי, אתיקה של מתורגמנים, טכניקות מתורגמות ותרגילים									
המכון ללימודי תרגום ומתורגמות באוניברסיטת סטוקהולם מפקח על ההכשרות וממליץ על תכנים	מבוא למתורגמות, דילמות אתיות, היכרות עם המוסדות, מינוח רפואי ומשפטי	לא ידוע	נדרש מבחן הסמכה ממשלתי	כן	80 ש"ל (Niska, 2005)	כן	הכשרה מעשית	מוסדות לחינוך מבוגרים	שוודיה (ומדינות סקנדינביות נוספות)	הכשרה מעשית במתורגמות קהילתית
							תואר ראשון	באוניברסיטאות בלבד	דנמרק	תואר במתורגמות קהילתית
כשל ניסיון לקיים הכשרה מעשית, בת שנתיים (Dubslaff and Martinsen, 2003)						לא ידוע	קורס אוניברסיטאי	Aarhus Business School	דנמרק	קורס אוניברסיטאי במתורגמות קהילתית
(Niska, 2005) Magdeburg-Stendal .Hochschule	פסיכולוגיה, יסודות המשפט והרפואה (כולל מינוח), תכנים תרבותיים, מידענות, והכרת השטח	התמחות של כמה שבועות בשטח	רק במתורגמות (משפטית)		שבעה סמסטרים, (2 מהם בחו"ל)	כן	תואר ראשון	אוניברסיטת מגדבורג	גרמניה	תואר ראשון במתורגמות רפואית/משפטית
	- תיאוריה של מתורגמות קהילתית - הכשרה באופנויות	לאור פניה מהרשות המקומית			7 נקודות זכות		תואר במדעי הרוח	המחלקה לבלשנות, גיאוגרפיה	ספרד	אשכול לימודי מתורגמות קהילתית

	<p>התרגום השונות - תרגילי רישום וזיכרון - מינוח – התמקדות במינוח רפואי ומשפטי - תרבויות העולם – הבדלים בין תרבויות. התמקדות בתרבויות המהגרים הקיימות באזור – צפון אפריקה, המזרח התיכון, מזרח אירופה וסיין. - גיאוגרפיה לשונית/תרבותית וסוגיות בהגירה - הכשרה מעשית וסימולציות בשיתוף רופאה ממרכז לבריאות מהגרים סמינריונים בשיתוף מנחים מרחבי ספרד</p>							והיסטוריה באוניברסיטת חבל הבסקים País Vasco University		
						תואר שני	אוניברסיטת אליקנטה	ספרד	תואר שני	
	<p>תכנים תיאורטיים ומעשיים. היכרות עם המתורגמנות במוסדות ציבור, מתורגמנות ועידות ומתורגמנות מרחוק</p>	<p>משטרת לונדון, שירותי מתורגמנות ציבורית</p>			<p>שנה 8) מודולות ופרוייקט (מעשי)</p>	<p>בחינת מיומנויות תרגום בכתב ותרגום עוקב</p>	תואר שני	London Metropolitan University	בריטניה	תואר שני במתורגמנות קהילתית
	<p>נזכר במחקר של סטריקר ו-ווטס (2003)</p>			40	כן	הכשרה מעשית	עמותת Praxis City ו University	בריטניה	קורס מינוח למתורגמנים קהילתיים	
	<p>נהלים ותהליכים במשטרה ובבתי המשפט, עבודת שירות המבחן. - שיפור מיומנויות התרגום המדויק- טכניקות בתרגום –</p>		<p>ביקורים בשטח ושיתוף עובדי ממסד בסימולציות</p>	150 שעות	כן	הכשרה מעשית		בריטניה	הכשרת מתורגמנים לבתי משפט ומשטרה	

	<p>- קוד אתי בעבודת המשטרה ובתי המשפט, וכללים בעבודת המתורגמן. - ביקורים בתחנות משטרה ובבתי משפט - סימולציות עם אנשי החוק והמשפט</p>									
	<p>- מבוא למתורגמות - אתיקה ומתורגמות - מינוח - מיומנויות תרגום בשפות השונות.</p>				12 שבועות	<p>תואר ראשון, או הוכחה לניסיון בתרגום. מועמדים דוברי אנגלית כשפת-אם: בעלי תואר אקדמי בשפה הזרה; או הוכחת שליטה בשפה הזרה ברמה מקבילה לרמת תואר. בחירת המועמדים: כישורים, ריאיון ומבחן בכתב (ע"פ הצורך)</p>	תעודה	City of Dublin College	אירלנד	קורס ללימודי תעודה במתורגמות קהילתית
							הכשרה מעשית	City of Dublin College	אירלנד, דבלין	קורס מתורגמות קהילתית לבעלי ניסיון
www.dcu.ie							הכשרה מעשית	Dublin Community College	אירלנד, דבלין	קורסי הכשרה למתורגמים קהילתיים או רפואיים.
נוכחות חובה. לחלק מהמועמדים אין השכלה תיכונית מלאה.					4 סמסטרים מורחבים - חמישה ימי לימוד		תעודה	Arctic College	קנדה, ארבייט	תעודה במתורגמות קהילתית
			דיפלומה			כן	תעודה	Vancouver Community College	קנדה, ונקובר	תעודה במתורגמות קהילתית

<p>בנוסף, המתורגמים נדרשים לעבור קורס מינוח רפואי (26 ש"ל) ביורק קולג' (York) College, במהלך השנה הראשונה לעבודתם בעמותה</p>					-7		<p>הכשרה מעשית</p>	<p>אוניברסיטת יורק עבור עמותת Access Alliance</p>	<p>קנדה, טורונטו</p>	<p>קורס מתורגמות קהילתית</p>
<p>(Fiola, 1997)</p>						<p>שליטה בשפה ילידית ובאנגלית, הכרת שתי התרבויות, מיומנויות טכניות ובין-אישיות, בעלי מעמד מכובד בקהילת השפה שלהם.</p>	<p>הכשרה מעשית</p>		<p>קנדה, יוקון</p>	<p>הכשרת מתורגמים לשפות ילידיות בפרובינציית יוקון</p>
<p>(Abraham and Oda, 2000; Oda and Joyette, 2003). הקורס אינו קיים עוד</p>	<p>פיתוח מיומנויות טכניות (תרגום עוקב, לחשנות, תרגום טלפוני, תרגום בעל פה של טקסט כתוב). - היכרות עם פרוטוקולים של מתן שירות - היכרות עם מערכת המשפט טרמינולוגיה, תחומי אחריות וקוד אתי של מתורגמים ושל שוטרים - טכניקות: תרגום</p>	<p>- ביקורי שטח בתחנות משטרה ובבתי-משפט.</p>		<p>כן</p>	<p>35 ש"ל</p>	<p>מבחן הערכה למיומנויות מתורגמות (CILISAT) נדרשים למיומנויות המשקפות את העבודה בשטח, בכלל זה היכרות וידע להוכיח ניסיון קודם בעבודה במערכות משפטיות, לגור בקרבה לבתי משפט ותחנות משטרה ולהתחייב</p>	<p>הכשרה מעשית</p>		<p>קנדה, טורונטו</p>	<p>לימודי תעודה להכשרת מתורגמים רפואיים וקהילתיים בתוך תכנית לטיפול באלימות במשפחה</p>

	רישום, שיפור הזיכרון. - סימולציות ומשחקי תפקיד - כלים בשימוש המתורגמן -					לעבודה בלילות				
מתוך אתר החברה	מינוח, היכרות עם נהלי המשטרה ושירותי החירום (911), ומיומנויות שירות לקוחות.				לא ידוע	לא ידוע	הכשרה מעשית	AT&T Language Lines	ארצות הברית	מתורגמות טלפוניות
		בשיתוף עם מסגרות הכשרה, כגון מכללות		המסיימים בהצלחה נכללים במאגר הארגון.			תעודה	Ragir Consulting	ארצות-הברית	הכשרה למתורגמים קהילתיים או רפואיים.
השלמה ללימודי תואר שני במתורגמות משפטית							תעודה	The College of Charleston	ארצות-הברית	תכנית ללימודי תעודה במתורגמות רפואית
מלכ"ר							הכשרה מעשית	NICEM	ארצות-הברית	תעודה למתורגמים רפואיים וקהילתיים בעלי ניסיון
	עבודה עצמית, הגשת מטלות וקיום דיונים באמצעות האינטרנט. בניית מונחון רפואי דו-לשוני, מונחון לתהליכים בבריאות, והגשת הקלטות של מטלות מתורגמות. אחת המטרות				שנה	לא ידוע	קורס	אוניברסיטת אמהרסט, מסצ'וסטס	ארצות הברית	קורס מתורגמות קהילתית לחסרי ניסיון

Abstract

This study examines the forces, both manifest and disguised, that applied in both helping and hindering the establishment of the Kol La'briut¹ medical interpreting service, as reflected in Tene Briut, a non-profit health-promotion organization for the Amharic-speaking Ethiopian community in Israel.

Research shows that misunderstandings between patients and medical care-givers, and problems with compliance are very common in cases where there are cultural and linguistic gaps between the two sides. A better understanding of communication difficulties between patient and medical care-giver, the implications for the proposed treatment, the recognition that medical care in the language understood by the patient is a basic human right, and the realization that medical treatment without satisfactory communication can result in avoidable financial costs, have led to the development of institutionalized language access solutions. Interpreting services have been in existence in a number of countries since the 1970s, but in Israel the recognition of language gaps and the need to find a professional solution for the problem is just beginning at the time of writing. Notwithstanding the many linguistic minority groups in Israel today, no official organization has been set up to overcome the obstacles created by language and culture gaps. The parties involved must frequently rely on improvised solutions, making use of family members or friends as go-betweens, or alternatively medical personnel lacking in interpreting skills. On occasion medical care-givers have to provide treatment without any verbal communication having taken place.

Among the linguistic-cultural minorities living in Israel today the Ethiopian community numbers some 116,000 persons. Many Ethiopian immigrants have personal and cultural baggage that makes it difficult for them to adapt to life in Israel in general, and to the medical system in particular. The difficulties encountered by the Ethiopian immigrants and the teams set up to help them have been documented in research projects and in field reports. The Tene Briut non-profit organization, which has been working since 1998 to promote health in the Ethiopian community, initiated the establishment of a telephone medical interpreting service, with the object of

¹ Literally: Voice for Health

B

"bridging the communication gap in medical treatment and improving access to medical services for the Ethiopian community, thereby promote better health for each individual."

The Kol La'briut interpreting service began functioning as a pilot project at a number of community clinics in May 2007. The medical interpreters received basic training and a number of professional development sessions. During the pilot stage, the telephone interpreting service was given from the interpreters' homes, without any monitoring or quality control mechanisms. In May 2008, as a result of conclusions drawn regarding the service's operation methods, and resulting from organizational processes in Tene Briut, the interpreters started providing the service from the organization's office, thus facilitating documentation and quality control.

The study seeks to gain an in-depth understanding of the process of setting up and running an interpreting service, and to identify elements likely to help or hinder the functioning of language access services. To this end, the following research questions were identified:

1. Which entities were involved in setting up the Kol La'briut interpreting service, and how have they contributed to the process?
2. What were the stages of setting up the Kol La'briut service?
3. Which forces (e.g. organizational, political, economical, legal) helped and which hindered the process of setting up the professional interpreting service?

To answer these three questions a qualitative research method was chosen, focusing on an understanding the process, and relying on a thorough knowledge of and familiarity with the processes and the events.

The following research materials were used:

1. Primary data including Tene Briut internal correspondence, job documents, daily jobs log, minutes of meetings; correspondence between the NGO and outside entities; documents from outside bodies relating to the interpreting service.
2. Ten semi-structured interviews with individuals involved in planning and operating the interpretation service – Tene Briut personnel, academic experts,

Clalit Health Services personnel who use the service and the Ministry of Health.

3. Video recordings of the medical interpreter training course run by Tene Briut.

The analytical tools used were: content analysis of documents, recordings and interviews. Content analysis is a research tool used for reaching conclusions, and can systematically and objectively identify the various characteristics of the given content. The data analysis was based on literature in the fields of community interpreting, sociology of health, and organizational sociology.

The thesis is divided into two parts. The first (Chapters 2-4) introduces the study's theoretical framework. **Chapter Two** contains a literature review, with the goal of providing a theoretical background to the medical interpreting service as a possible response to the challenge arising from linguistic and cultural issues and gaps in the health-care system. This chapter is sub-divided into two parts. I first introduce the problems that characterize communication with language minorities in the health system, the consequence of the lack of a systemized and professional solution for these problems, and institutionalized language-access solutions. At the end of this chapter there is a review of telephone interpreting services worldwide. The second part of Chapter Two (Sections 2.5-2.6) contains a review of the literature regarding language minorities and medical treatment in Israel, as well solutions for language and cultural access, with an emphasis on programs designed for the Ethiopian community's absorption in health-care terms. At the end of the chapter is a presentation of Tene Briut, the non-profit organization through which the interpreting service was established.

The **third chapter** reviews the frameworks for training community interpreters in other countries. The chapter discusses the challenges of training community interpreters as a profession, including the training framework, screening process, content of training, and evaluation methods.

The **fourth chapter** discusses central sociological theories that analyze organizations and their environments. Since the interpreting service presented in this study belongs to the non-profit sector, the chapter explains this term and introduces organizational

D

theories and papers written on interpreting services as not-for-profit organizations . These studies will serve as a basis for a discussion of the roles of the different entities involved with the establishment and operation of the interpreting service (Chapter Five).

The study's second part (Chapters 5-8) presents and discusses the research findings. The **fifth chapter** deals with the steps in establishing the interpreting service from the study undertaken by Tene Briut in 2004, which recommended establishing a telephone interpreting service, up to May 2008. The discussion is based on organization-environment relations theories, which serve to identify and analyze the attitudes of the entities involved in the establishment of the service and their effect on it, including: legislation, health institutions, medical personnel, financial factors, and funding sources. Data analysis identifies seven steps, some overlapping, in the establishment of the Kol La'briut interpreting service: putting the idea forward; ideas for service formats and recruiting partners; fundraising for the service; delays in service implementation; partnering with the academia and running interpreter trainings; service implementation; and organizational institutionalization. Analysis of the organizational framework created around the interpreting service shows that Tene Briut operated within a limited organizational network – internally and externally – to implement the service. The non-profit association has not recruited more than a few partners in formatting a broader network, and therefore had to find organizational and technological solutions for a national service which was completely unprecedented in Israel. Relevant government ministries (Health, Absorption, Finance) were not involved in the formation of the service and its implementation. Moreover, Tene Briut's actions were limited by differences in working concepts and patterns between a non-profit organization and its institutional environment.

The **sixth chapter** introduces both the catalysts for the establishment of the first telephone interpreting service in Israel and the factors that hampered it. Discussion of both is based on theories describing the relations between organizations and their environments. We classify the economic, legal, political, social and conceptual factors that impeded the establishment process to three categories: processes within the NGO (the organization), processes within the organizational environment (health

services, public sector, business sector, etc.) and processes concerning the inter-relationships between the NGO and its environment. The chapter also introduces the thoughts of those interviewed for this study with regard to the future access to health care for language minorities in Israel: will medical interpreting services disappear or will they expand, how they will operate and be funded, and how might it be possible to institutionalize them.

In the **seventh chapter** a comprehensive model for language access to public services in Israel is proposed, based on an analysis of the processes that brought about the establishment and operation of Kol La'briut, and also drawing on contemporary perceptions regarding language access to public institutions in Israel and elsewhere. The model describes five phases: disorder – lack of language access or partial language access only in the public sector; acknowledgement of the need to provide language access to services in the public domain; establishment of the interpreting service; the decisive phase in which the public domain decides whether the interpreting services is to disappear, to operate in a limited format, or to be extended and institutionalized; and spill-over – which occurs after the institutionalization of interpreting services in the public domain, where they are perceived as part of the domain's cultural competence when it comes to serving linguistic and cultural minorities.

Since this thesis involves a single case study, in the health care sector, future research may examine the applicability of the proposed model to the establishment of interpreting services in other parts of the public sector.

The **eighth chapter** contains a synthesis and summary of the study, and suggestions for future research in the field of language access to public services.

Table of Contents

Abstract	A
Chapter I: Introduction	3
1.1 Background.....	3
1.2 Rationale for the study.....	4
1.3 Research methodology.....	5
1.3.1 Research strategy.....	6
1.3.2 Research materials and tools.....	7
1.3.2.1 Document content analysis.....	7
1.3.2.2 Interviews.....	8
1.3.2.3 Analysis of video recordings.....	10
1.3.3 Research participants.....	10
1.3.3.1 Participant consent.....	11
1.4 Methodological limitations.....	11
1.4.1 Researcher as participant.....	11
1.4.2 Researcher not belonging to the study population.....	12
1.5 Operational definitions.....	12
1.6 Layout.....	14
Part 1: Theoretical Framework and Literature Review	16
Chapter 2: Language and Cultural Access to Healthcare Services:	
Problems and Solutions	16
2.1 Provider-patient communication and the medical interview.....	17
2.2 The problem: communicative misunderstandings in the provision of care.....	20
2.3 Problems arising in cases of medical care of linguistic and cultural minorities....	22
2.4 Bridging language gaps in health care.....	26
2.4.1 Non-professional interpreters.....	26
2.4.1.1 Implications of using non-professional interpreters.....	28
2.4.2 Institutional solutions to language barriers in health care.....	29
2.4.2.1 Patient-provider linguistic/ethnic concordance.....	31
2.4.2.2 Staff members as medical interpreters.....	33
2.4.2.3 In-house medical interpreters.....	33
2.4.2.4 Free-lance medical interpreters.....	34
2.4.2.5 Telephone interpreting.....	34

2.4.2.6 Training staff to use medical interpreters	44
2.5 Health care of linguistic and cultural minorities in Israel.....	45
2.5.1 Health care of minorities: language and language-access issues.....	50
2.6 Immigration and absorption of Ethiopian Jews in Israel	54
2.6.1 Health-absorption programs for Ethiopian Jews.....	56
2.6.1.1 "Refuah Shlema" mediation program.....	57
2.6.1.2 National program for the prevention of AIDS within the Ethiopian community	59
2.6.1.3 Tene Briut - Association for the promotion of health in the Ethiopian community.....	60
2.7 Summary	61
Chapter 3: Training Community Interpreters.....	63
3.1 Types of community interpreting programs	64
3.2 Difficulties in training community interpreters	66
3.3 Screening for community interpreter training.....	68
3.4 Contents of training programs	70
3.4.1 Training programs at institutions that provide interpreting	73
3.4.2 Adult education training programs	75
3.4.3 University-level training programs	75
3.4.4 Training telephone interpreters	77
3.5 Evaluation of community interpreting training.....	79
3.6 From training to employment	80
3.7 Summary	82
Chapter 4: Organizational Models.....	83
4.1 What is an organization?.....	83
4.2 Organizational environment.....	85
4.3 Third-sector organizations	86
4.4 Interpreting services as organizations.....	88
4.4.1 Sociological analyses of interpreting services	88
4.4.2 Setting up interpreting services.....	90
Part 2: Findings and Discussion.....	93
Chapter 5: Entities and Processes in the Establishment of Kol La'briut Interpreting Service.....	93
5.1 Findings: presenting the organization and its environment.....	96

5.1.1 The organization: the Tene Briut association	96
5.1.1.1 Salaried and volunteer staff	97
5.1.1.2 Board of Directors.....	97
5.1.1.3 General Assembly	98
5.1.2 The environment: external actors.....	98
5.1.2.1 Ministry of Health.....	99
5.1.2.2 Clalit Health Services	102
5.1.2.3 Other health services.....	103
5.1.2.4 Ministry of Immigrant Absorption.....	104
5.1.2.5 The Knesset.....	105
5.1.2.6 Third-sector organizations	105
5.1.2.7 Jewish Agency for Israel.....	106
5.1.2.8 The business sector	106
5.1.2.9 Academic actors.....	107
5.1.2.10 Foundations and private donors	108
5.2 Processes in the establishment of Kol La'Briut Interpreting Service.....	110
5.2.1 Background to the establishment of the interpreting service.....	111
5.2.1.1 Intuitive recognition of the need for an interpreting service.....	112
5.2.1.2 Need for an interpreting service resulting from research.....	113
5.2.1.3 Acquaintance with language access solutions abroad.....	118
5.2.2 Developing the service format and recruiting the partners.....	120
5.2.3 Funding	125
5.2.4 Delays	129
5.2.5 Partnership with academia - interpreter training.....	130
5.2.5.1 Difficulties in community interpreter training - The case of Kol La'Briut....	131
5.2.5.2 Screening of candidates for training	132
5.2.5.3 Training the trainers.....	135
5.2.5.4 The trainers	138
5.2.5.5 The training program	140
5.2.5.6 Feedback and summary of the training.....	151
5.2.5.7 Professional development sessions	157
5.2.5.8 Second training: February 2008.....	163
5.2.5.9 Similarities and differences between the first and the second training.....	165
5.2.5.10 From training to work	166

5.2.5.11 Summary	167
5.2.6 The pilot stage	170
5.2.6.1 Identifying clinics for the pilot stage	172
5.2.6.2 Setting up and operation	173
5.2.6.3 Intra-organizational processes in the operation of the service.....	176
5.2.6.4 Inter-organizational processes in the operation of the service.....	181
5.2.7 Organizational institutionalization: changes in work patterns.....	193
5.2.7.1 Intra-organizational processes	194
5.2.7.2 Inter-organizational processes	195
Chapter 6: Catalysts and Hampering Forces in the Establishment of Kol La'briut Medical Interpreting Service	199
6.1 Catalysts.....	199
6.1.1 Involvement of academia	199
6.1.2 A designated service for Ethiopian Jewish immigrants.....	200
6.1.3 Acquaintance with language access solutions in other countries	201
6.1.4 Patient-centered-care training of family physicians in Israel	202
6.1.5 The need to meet health indices.....	203
6.1.6 Economic factors	203
6.1.7 Precedents	204
6.1.8 Positive feedbacks from users.....	204
6.2 Hampering forces.....	205
6.2.1 Intra-organizational factors.....	205
6.2.2 Factors within the environment	208
6.2.3 Factors in interactions between the organization (Tene Briut) and its environment	212
6.3 Thoughts on the future of language access to health care in Israel	218
6.3.1 "There will be no need for interpreting in the future"	218
6.3.2 In the future: extension of medical interpreting services.....	220
6.3.3 Operating and financing bodies for future interpreting services	221
6.3.4 Possible problems in service institutionalization and means of overcoming them.....	222
6.3.4.1 Assessment of users' needs and willingness	222
6.3.4.2 Funding	223
6.3.4.3 Political factors affecting service institutionalization.....	224

6.3.4.4 Institutionalizing through legislation	225
6.3.4.5 Extending language services through lawsuits	226
6.3.4.6 Need to train care providers in culturally and linguistically appropriate care.....	226
6.3.4.7 The interpreters in future interpreting services.....	227
Chapter 7: A Proposed Model for Language Access in Public Services in Israel	228
7.1 Stage A: Chaos.....	230
7.2 Stage B: Acknowledging the need.....	234
7.2.1 Research.....	234
7.2.2 Acquaintance with language access solutions in other countries	235
7.2.3 Lawsuits and appeals	236
7.2.4 Advocacy and community activism.....	239
7.2.5 Political pressure.....	241
7.2.6 Media coverage.....	241
7.2.7 Forces hampering the establishment of interpreting services.....	242
7.3 Stage C: Setting up an interpreting service.....	243
7.3.1 Community interpreting provision models	243
7.3.1.1 In-house interpreting services	244
7.3.1.2 Outsourced interpreting services	245
7.3.2 Funding	247
7.3.3 Training.....	248
7.3.4 Operation.....	249
7.3.5 Control and evaluation.....	250
7.3.6 Partnerships.....	250
7.3.6.1 Partnerships between public and non-profit sectors	252
7.3.6.2 Partnerships with academia.....	254
7.3.6.3 Partnerships with translation associations and agencies.....	256
7.3.6.4 Partnerships with foundations and donors	256
7.4 Step D: The decisive phase.....	257
7.4.1 Step D1: Disappearance and return to chaos	258
7.4.2 Step D2: Continued operation with a limited scope	258
7.4.3 Step D3: Extension, duplication, institutionalization	259
7.5 Step E: Spill-over.....	264

7.6 Summary	266
Chapter 8: Summary and conclusions	268
8.1 Summary	268
8.2 Study limitations	280
8.3 Contribution of the study	281
8.4 Suggestions for future research.....	281
Bibliography	283
Appendix 1: List of primary documents	309
Appendix 2: List of interviews	315
Appendix 3: Training courses for community interpreters worldwide.....	315

This work was carried out under the supervision of Professor
Miriam Shlesinger (Department of Translation and Interpreting
Studies), Bar-Ilan University

Access to Health Care for
Language Minorities:

Kol La'briut Telephone Medical
Interpreting Service as a Case Study

Michal Schuster

Department of Translation and Interpreting
Studies

PhD. Thesis

Submitted to the Senate of Bar-Ilan
University

Ramat Gan, Israel

February 2009