

חוות דעת מומחה

ד"ר מיכל שוסטר
הפקולטה למדעי הרוח
אוניברסיטת בר אילן
רמת גן 52900

אני החתומה מטה התבקשתי על ידי ב"כ העותרים לחוות דעתי המקצועית בשאלת תרגום לערבית בוועדות הביטוח הלאומי, במסגרת עתירה בנושא המוגשת לבית המשפט העליון בשבתו כבג"ץ. אני מצהירה בזאת כי ידוע לי היטב, שלענין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין חוות דעתי זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

ואלה פרטי השכלתי: אני מחזיקה בתואר ראשון בהצטיינות (2000) ביחסים בין-לאומיים ובלשנות מהאוניברסיטה העברית בירושלים. ברשותי תואר שני (2003) ושלישי (2009) בתרגום וחקר התרגום, מאוניברסיטת בר-אילן. בנוסף, השתלמתי בפוסט-דוקטורט ב Department of Language Management and Language Practice, University of the Free State, דרום-אפריקה.

ואלה פרטי ניסיוני המקצועי: מאז שנת 2003 אני מלמדת באוניברסיטת בר-אילן, בתחום המתורגמות הקהילתית וההתאמה התרבותית של שירותי ציבור. בקורס "מתורגמות קהילתיות" אני מלווה, נוסף על ההוראה האקדמית, את הסטודנטים בעבודתם ההתנדבותית בשטח כמתורגמים במוסדות ציבור. בשנים האחרונות מתנדבים כמה סטודנטים במכון להערכה תפקודית, ומכאן שאני מלווה מקרוב את האתגרים הכרוכים בתרגום בגוף זה.

בנוסף אני חברה במרכז לחקר מדיניות לשון באוניברסיטת בר-אילן האחראי למחקרים שונים בנוגע למעמדה של השפה הערבית, סוגיות הקשורות במתורגמות לשפת סימנים ישראלית, ועוד.

מאז שנת 2007 אני מייצגת למוסדות ציבור (בעיקר בריאות) בתחום ההנגשה הלשונית וההתאמה התרבותית. ייעוץ זה כולל אפיון צרכים, המלצות ליישום, הכשרת אנשי צוות רפואי לטיפול מותאם תרבותית ולשימוש נכון במתורגמים, הכשרת אנשי צוות רפואי במיומנויות תרגום ועוד. מאז שנת 2006 אני מנהלת את שירות המתורגמות הרפואית לאמהרית "קול לבריאות" של עמותת "טנא בריאות", שגם הייתי שותפה להקמתו. התפקיד כולל הנחיה מקצועית של המתורגמים, הכשרת עובדי מערכת הבריאות בנושא הנגשה לשונית ושימוש במתורגמן רפואי, וקידום מיסוד ההנגשה הלשונית ברמה הפרלמנטרית והממשלתית.

אני חברה באגודה הבני"ל למתורגמים רפואיים (IMIA) ואף תרגמתי לעברית את הסטנדרטים המקצועיים המומלצים למתורגמים רפואיים.

וזאת חוות דעתי:

על פי המידע שהובא לידיעתי, מתנהלים דיוני הוועדות הרפואיות לתושבי מזרח ירושלים בשפה העברית. הסניף במזרח ירושלים מתנהל ברובו בערבית, אולם הדיונים בוועדות עצמן (שנערכים במרכז העיר) מתנהלים בעברית. יש לציין כי במכתבי הזימון לוועדה נכתב כי מי שאינו שולט בעברית, מתבקש להביא עמו מתורגמן מטעמו.

בחוות הדעת שלהלן אתייחס לשלוש סוגיות:

- פערי שפה והשפעתם על האבחנה והטיפול במיעוטים לשוניים, בכלל זה הפוטנציאל לטעויות באבחון ובטיפול ולבזבוז משאבים של המערכת.
- הסכנות שבשימוש במתורגמן בלתי מקצועי, לרבות מלווה מטעם המטופל ואיש צוות חסר הכשרה בתרגום.
- הנגשה לשונית לשירותי בריאות: חשיבותה של מתורגמות מקצועית במפגש הרפואי.

פערי שפה והשפעתם על האבחנה והטיפול במיעוטים לשוניים

בספרות המקצועית קיימים 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). השוואה של עלויות הטיפול וזמני ההשהה במחלקה לרפואה דחופה בין מטופלים ששוחחו עם רופאים דו-לשוניים או באמצעות מתורגמנים מקצועיים, לבין מטופלים שלא זכו להנגשה לשונית (או קיבלו שירותים באמצעות תרגום לא מקצועי), מעלה שהמטופלים ללא הנגשה לשונית הולמת נשלחו ליותר בדיקות, ולבדיקות יקרות יותר, טופלו באופן שמרני יותר, ונשלחו לאשפוז בשיעור גבוה יותר מאשר מטופלים מהקבוצה הראשונה (Hampers and McNulty, 2002). במחקר שנערך לאחרונה בארצות הברית, נמצא שאורך האשפוז של מטופלים שקיבלו תרגום בקבלה לבית החולים ובשחרור ממנו היה קצר יותר ממשך האשפוז של מטופלים שלא זכו להנגשה לשונית מקצועית. נמצא גם שמטופלים שקיבלו תרגום בשתי נקודות זמן אלה חזרו פחות לבית החולים עם אותה תלונה, מאשר מטופלים שלא קיבלו תרגום (Lindholm et al., 2012).

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, חרגו ממבנה הריאיון השיטתי הנלמד בלימודי הרפואה, והקשו על בניית היחסים הטיפולים.

הסכנות שבשימוש במתורגמן בלתי מקצועי

מתורגמנות (כלומר, תרגום בעל-פה) היא מקצוע. מתורגמן הוא אדם דו-לשוני אשר עובר הכשרות, אשר במהלכן הוא לומד הן מושגים הקשורים בתהליך המורכב של המרה בין-לשונית, הן מונחים רלוונטיים בשפות שבהן יתרגם, הן כללי אתיקה מקצועית והן כללים הנוגעים לחובתו לדווח כל אימת שלא הבין, לא שמע, לא מצא את המקבילה בשפת היעד וכו'. ברבות מן המדינות שבהם פועלים מתורגמנים מקצועיים קיים קוד אתי המגדיר את תפקידו של המתורגמן המקצועי - לרבות מתורגמן העובד במגזר הציבורי, ואת גבולותיו.

מינויו של "מתורגמן" חסר הכשרה, בלתי מקצועי ונעדר בקיאות מספקת בשפות שבהן יידרש לתרגם עלול להקשות על המטפל לאבחן את החולה ולטפל בו ולסכן את בריאותו של המטופל. מעבר לכך, שימוש במתורגמן בלתי-מקצועי מהווה הפרה של זכותו לקבלת החלטות עצמאית (על פי חוק זכויות החולה) וזכותו לטיפול שווה לכל.

מתורגמנים בלתי מקצועיים עלולים להוסיף מידע, להשמיט מידע, להחליף ולערוך מידע, ולייעץ יעוץ עצמאי (Flores et al., 2003; Meyer, 2001; Pöschhacker 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 – דוגמת החובה לשמור על אובייקטיביות, תרגום מלא על כל המשתמע מכך, אי-משוא פנים - ושל גבולות התפקיד (Cambridge, 1999).

המשפטניות האוסטרליות לסטר וטיילור מדגישות את הסכנה הגלומה בתרגום בלתי מקצועי או תרגום שאותו מספק "מתורגמן" העשוי להטות את הדברים לטובת צד זה או אחר:

It is highly unlikely that even fluent foreign language speakers will have the necessary linguistic skills to provide competent interpreting in a variety of contexts. More importantly, there is often an inherent conflict of interest in having staff of an agency act as interpreters. This is particularly important when, for example, formal questioning in police or immigration interviews takes place. (pp. 91-92)

פלורס ואחרים (Flores et al., 2003) בדקו טעויות בתרגום אצל מתורגמנים מזדמנים ומתורגמנים בלתי מקצועיים ברפואת ילדים. ל-63% מהטעויות בתרגום היו השלכות קליניות, ביחוד אצל המתורגמנים הבלתי 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 מקצועיים מול מתורגמנים אד-הוק בלתי מקצועיים. 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 (Karlner et al., 2007).

ממצאים דומים עולים גם כאשר השוו בין 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 היו מולם פערי שפה (Brach et al., 2005; Karlner et al., 2007).

עם זאת ולמרות הנחיצות שבשימוש במתורגמן מקצועי שעבר הכשרה מתאימה, עדיין מעדיפים אנשי הצוות (ובמידה מסויימת גם מטופלים) לתקשר ביניהם ללא מתורגמן מקצועי, על אף קשיי השפה, או להשתמש במתווכים לשוניים לא מקצועיים ולא אובייקטיביים.

בני-משפחה הם המתורגמנים השכיחים ביותר בתקשורת בין מיעוטים לשוניים לממסד הרפואי (Baker et al., 1996; 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).

כבר ב-1964 הופיע מאמר השולל את השימוש בבני-משפחה, ביחוד בילדים, במתורגמנים (Richie, 1964). בני משפחה עלולים לפגוע באבחון ובטיפול, בידועין או שלא בידועין. ראשית, הם אינם בהכרח שולטים במינוח הרפואי והאדמיניסטרטיבי הנחוץ לשיחות בין מטפל לבין מטופל. מוכרות לי דוגמאות לא מעטות, מהספרות המקצועית ומניסיוני בשטח, שבהן טעות בתרגום של מילה הביאו לאבחון שגוי, לחוסר אבחון, לנטילה שגויה של תרופות, לשיחה מסורבלת ומתסכלת ועוד.

זאת ועוד, ברוב המקרים, בן המשפחה-המתרגם מעורב רגשית בטיפול, ויתכן שיהיו דברים שירצה להסתיר מהמטופל, או סוגיות שבהן דעתו שונה מזו של המטופל, והיא זו שתבוא לידי ביטוי בזמן התרגום. כך למשל, אני מכירה מספר מקרים שבהם בן משפחה, אשר היה מעורב בתרגום לחולה במחלה קשה, הסתיר מהמטופל היבטים של המידע הרפואי הנוגע למצבו. כך נשללה מהמטופל זכותו הבסיסית לדעת מה מצב בריאותו, ולפעול בהתאם לכך (למשל, לבקש חוות דעת נוספת, להיפרד מקרובים, לעבור תהליך נפשי ראוי וכולי).

שימוש באנשי צוות כמתורגמנים לעת-מצוא גם הוא נפוץ במוסדות בריאות (Pöchhacker, Elderkin-Thompson et al., 2001; Neal et al., 2006 1999, 2000). זהו למעשה הפתרון הזמין ביותר לבעיות התקשורת בין מטפלים 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 במתורגמנות רפואית עלולים להשמיט מידע, להוסיף מידע, ליעוץ יעוץ אישי וכדומה. במחקר שנערך בבית-חולים בקליפורניה, עלה כי בכמחצית מהמפגשים שבהם שימשו אחיות כמתורגמניות, 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 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 האחיות לדבר בשם המטופל, או לתת משקל שיחתי נמוך יותר להערותיו ולשאלותיו ולא לאפשר לו ליזום שאלות הבהרה.

הנגשה לשונית מקצועית של שירותי בריאות

הנגשה לשונית של שירותי בריאות הינם פתרונות קבועים וזמניים שנוקט מוסד רפואי או מערכת-בריאות לשם גישור על פערי שפה ותרבות. פתרונות אלה כוללים לרוב העסקת מתורגמנים מקצועיים - קהילתיים או רפואיים - שעברו הכשרה ייעודית - במינוח, בטכניקות של תרגום, בכללי אתיקה, בעולם התוכן המתורגם וכולי. בסעיף זה אתייחס להנגשה לשונית של שירותי בריאות וטיפול רפואי במונח הרחב של המושג, קרי בכל פונקציה שבה מתבצעת פרודורה אבחנתית ו/או טיפולית.

בישראל, השיח על השפעת פערי שפה ותרבות על איכות הטיפול הרפואי נמצא בתחילתו. בפועל, צוותי בריאות מסתפקים לרוב בתקשורת בלתי-מילולית או בשפה מןפסטת עם המטופל שאינו דובר עברית, או משתמשים בקרוב משפחה, מלווה אחר או אחד מאנשי הצוות כמתורגמן (שוסטר, 2003, 2009; Shlesinger and Carmel, 2002). לאי-ההכרה בצורך בפתרונות ממוסדים להנגשה לשונית מקצועית, תורמים שיקולי תקציב, שיקולים פוליטיים, אך גם חוסר הידיעה שקיימת אפשרות לפתרונות מקצועיים יותר מהפתרונות המאולתרים שצוינו לעיל.

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 (תא-י-ם) 2564/05 מהא דלאשה נ' מדינת ישראל). השופט דראל הטיל את האחריות המלאה להנגשה הלשונית על בית-החולים, ולא על המטופלת ובעלה (קרי, המלווה):

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. (סעיף 49 לפסק הדין)

דוח של ההסתדרות הרפואית בישראל (2008) מציין כי תפיסות תרבותיות שונות ביחס למחלות ולטיפול בהן, רמת עברית שאינה מאפשרת תקשורת תקינה, וכן פריפריאליות חברתית וג"ג המאפיינת את המיעוטים הלשוניים והתרבותיים, מפחיתות את השוויון המחויב ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). רוב העובדים במערכת הבריאות לא הוכשרו להתמודד עם הרב-גונית והרב-תרבותיות של האוכלוסייה המטופלת. כתוצאה מכך במפגש מטפל-מטופל אין הבנה הדדית הן בקשר לבעיה הבריאותית הקיימת והן לגבי הטיפול. גם דוח רשמי של משרד הבריאות בנושא אי-השוויון בבריאות וההתמודדות עמו (משרד הבריאות, 2010) מציין את השפעת פערי השפה והתרבות על הטיפול:

יש לציין, כי חוסר ידיעת השפה ברמה מספקת מהווה מחסום משמעותי בפני התושבים הזקוקים לשירות רפואי. אי שליטה בשפה פוגעת ביכולת התקשורת עם הצוות המטפל, ולפגיעות באיכות הטיפול במצבי דחק וסכנת חיים, בעיות בתקשורת יכולות להיות בעלות השלכות קשות מלבד חשיבותה של התקשורת עם הצוות המטפל, קיים תחום נוסף, בו קשיי השפה פוגעים בצורה משמעותית ביותר ביכולת האזרח להשתמש בצורה נכונה ומתאימה בשירותי הבריאות. מדובר בתחום של מידע אותו ארגוני הבריאות מספקים למבוטחים, כגון מידע בנושא של פריסת השירותים הרפואיים, זכויות המטופל, טפסי הסכמה, עלוני מידע בנושא קידום בריאות, טיפול עצמי במחלות ונושאים רבים אחרים. חוסר שליטה בשפה במקרים האלה לא רק מונע מהמטופל להכיר את השירות הרפואי, את הדרכים המועילות לקדם ולשמר את בריאותו, אלא גם מגביל בצורה משמעותית את יכולתו לממש את זכויותיו העומדות לרשותו במפגש עם המערכת (עמ' 31 - 32).

הדוח גם מכיר בכך שהתאמה תרבותית בין מטפל לבין מטופל אינה תמיד אפשרית, על אף שפתרון זה היה יכול לפתור חלק מהפערים בנגישות.

בשנים האחרונות פועלים מספר שירותים להנגשה לשונית מקצועית, בהם שירות מתורגמנות רפואית לשפה האמהרית, וכן שירות דומה לשפה הערבית והרוסית, הזמין למבוטחים בקופת החולים "מכבי". מספר זעום של בתי חולים מעסיק מתורגמנים רפואיים מקצועיים בהיקף זה או אחר, אולם ככלל, רוב מוסדות הבריאות (והרווחה) במדינת ישראל, אינם מונגשים באופן מספיק לפונים שאינם דוברי עברית במידה שמאפשרת להם לקבל שירות וטיפול שווה.

לעניין ההנגשה הלשונית בנושא הנדון: הוועדה רפואית אליה מוזמן אדם התובע קצבת נכות מורכבת מרופא (או רופאים, על פי התלונה), ומזכיר ישיבה הרושם פרוטוקול. חוות הדעת של הרופאים המומחים תועבר ל"רופא המוסמך" מטעם הביטוח הלאומי שיקבע את אחוז הנכות הרפואית המשוקללת.

בוועדה הרפואית מתבקש התובע לפרט את המחלות שמהן הוא סובל, את כל תלונותיו, קשייו לתפקד בעבודה ונזקקותו לעזרה של אדם אחר בביצוע פעולות היומיום. תלונות התובע יירשמו בפרוטוקול הוועדה והתובע יתבקש לחתום שהוא מאשר שאלה הן תלונותיו. משמע, שלדברי התובע, לקשיים שבהם הוא נתקל, לצורך שלו בעזרה יש משמעות קריטית באבחון מצבו וקביעת הנכות הרפואית. ללא תקשורת תקינה, המידע שיועבר מהתובע עלול ללקות בחסר, מה שיפיע על הפרוצדורה, האבחון הסופי, ואחוז הנכות מטעם המוסד לביטוח לאומי. יש לזכור כי חלק לא קטן מהפונים לוועדה שבאים מקבוצות מיעוט תרבותיות, הינם אנשים מבוגרים, או נשים אשר מידת היטמעותם בחברה הישראלית קטנה, ולפיכך יכולתם להתבטא בשטף בעברית, ולהבין את הפרוצדורות הכרוכות בקבלת אחוזי נכות, הינה מוגבלת ופוגעת בזכותם לנגישות שווה לשירות זה.

במסגרת אחד הקורסים שבהם אני מלמדת באוניברסיטת בר-אילן, מתנדבים סטודנטים (המקבלים הכשרה במיומנויות תרגום במוסדות ציבור), במכוונים להערכה תפקודית. המכון להערכה תפקודית הוא גוף של הביטוח הלאומי, הנמצא בשלושה בתי-חולים, ותפקידו לבצע הערכה של מצבו הרפואי ויכולתו של אדם לתפקד, על מנת לקבוע לו את דרגת התפקוד ואחוזי הנכות. ההערכה מתבצעת בידי רופא מומחה (או כמה רופאים, בעת הצורך) ומלווה בהערכה של עובדת סוציאלית.

להלן מספר דוגמאות מפי סטודנטים-מתורגמנים הממחישות את הצורך הקריטי במתווך לשוני מקצועי ואובייקטיבי.

העו"ס הזמינה נערה בת 26, מבאר שבע, שבאה עם אחותה לעזור לה בתרגום. בזמן שהסברתי לאחותה שאני מתורגמנית (הצוות מעדיף שבזמן הפגישה החולה יהיה לבד, בלי קרובי משפחה, שלא ישפיעו על החולה), קראו לי לתרגם לאישה שלא באה עם ליווי בכלל. אז העו"ס הציעה שהאחות תתרגם לאחות שלה [החולה]. אחרי שסיימתי לתרגם חזרתי לחדר של העו"ס, החולה ואחותה שתרגמה לה. העו"ס שאלה שאלה וביקשה מהאחות שתתרגם את השאלה לאחותה החולה, אבל האחות ישר התחילה לענות בלי לתרגם לחולה. העו"ס ביקשה מן האחות לשאול את החולה, ושהיא רוצה לשמוע את התשובה מהחולה, והאחות עונה לעו"ס: "אני האחות שלה אני יודעת את הכול."
החולה בקושי דיברה בפגישה למרות שהעו"ס ביקשה מן האחות הרבה פעמים לשאול את אחותה לפני שהיא עונה.
פעם ראשונה ששמתי לב כמה זה חשוב שהחולה יהיה לבד בזמן הפגישה בלי קרובי משפחה, וכמה זה משנה אם המתורגמן זה קרוב משפחה או לא.
(28/02/2012).

זהו מקרה קלאסי שבו מתורגמן בן-משפחה חוסם, למעשה, את התקשורת הישירה עם המטופל. מטפלים רבים אינם מודעים למחסום, או שקל להם לשוחח יותר עם בן המשפחה דובר העברית. למרבה המזל, במקרה זה העובדת הסוציאלית היתה מודעת לחשיבות התקשורת הישירה עם המטופלת.

במקרה שלהלן, הגיעה לוועדה אישה שלכאורה דיברה מעט עברית, ואפילו ניסתה לתקשר ללא מתורגמן. אלא שתשובותיה הוכיחו שהשיחה תתנהל טוב יותר באמצעות מתורגמן.

תרגמתי לאישה בת 30, מבאר שבע, סובלת מבעיות [...] ובזמן שהייתה בהריון, עברה הרבה סיבוכים בהריון, הובהלה לבית החולים לטיפול נמרץ עקב איבוד הכרה. היא הייתה יודעת קצת עברית, אבל לדעתי היה קשה לה [...]. בזמן שהעו"ס שאלה אותה שאלה, כמה פעמים היא לא חיכתה שאני אתרגם לה, התחילה לענות, ובסוף ראינו שהיא לא כל כך הבינה את השאלה, אז ביקשתי ממנה לחכות לי שאתרגם לה, שיהיה לה יותר נוח.

הדוגמה הבאה מדגימה כיצד פועל מתורגמן המודע למסגרת תפקידו. הקוד האתי של המתורגמן מחייב אותו לתרגם במלואם את הדברים, ולא לסכם מידע עבור מי מהצדדים או לענות בשמו (גם אם הוא יודע את התשובה משיחה קודמת עם המטופל) כדי, לכאורה, ליעל את השיחה.

העו"ס התחילה לשאול שאלות, ואני תרגמתי לאישה. כמה פעמים האישה הייתה אומרת לי: "נו תגידי לה, מה סיפרתי לך לפני זה בחדר ההמתנה". [בזמן שהינו בחדר ההמתנה עם המשפחה וסיפרו על כל מני דברים]. אז עניתי לה שאני פה לתרגם ואני לא יכולה להוסיף דברים שאת סיפרת לי ולא סיפרת לעו"ס, תספרי עוד פעם מה סיפרת לי בחדר ההמתנה בבקשה.

הדוגמה האחרונה ממחישה היטב את הצורך בהכשרת המתורגמן, לתרגם את דברי הצדדים ללא עריכה, וגם מבלי לסייע למטופל לענות (למרות הצורך הטבעי לעשות זאת).

הרבה פעמים בזמן שהפסיכיאטר מתחיל לשאול שאלות נפשיות, "איך אתה מרגיש? יש לך פחדים? יש דברים שמשמחים אותך?" החולים מתחילים לענות על הכאבים הפיזיים שיש להם, ולא מתייחסים לשאלה מבחינה נפשית, והפסיכיאטר תמיד חוזר בעדינות על השאלה ומדגיש על הדברים הרגשיים. וגם בזמן שהרופא מתחיל לשאול אותם שאלות ספציפיות והם מתחילים לענות באופן כללי, ואני יודעת שהתשובה שלהם לא מה שהרופא התכוון, אני מתרגמת בכל זאת, מתרגמת מה אמרו, ומשאירה לרופא/פסיכיאטר/עו"ס לחזור על השאלה.

תרגום מדויק של הנאמר, כולל אופן אמירת הדברים (המשפיעה על אבחונים בתחום בריאות הנפש, ריפוי בעיסוק ועוד), מאפיין מתורגמנים מקצועיים שעברו הכשרה. מתווכים לשוניים שאינם מקצועיים ייטו לסייע למטופל, לענות במקומו, לערוך את השאלה, וכן לסכם ולרדד את התשובה כדי "לעזור למטפל להבין", ומתוך חוסר ההבנה של תהליך האבחון והטיפול.

משרד הבריאות הכיר בחשיבותה של הנגשה לשונית מקצועית לטיפול איכותי ושוויוני, ופרסם בפברואר 2011 חוזר מנכ"ל בנושא (מדינת ישראל, משרד הבריאות, 2011). החוזר מהווה, למעשה, יישום של חוק זכויות החולה ורוחו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוזר ממליץ שלא להשתמש בבני משפחה לתרגום, אוסר על שימוש בבני משפחה לתרגום בתחום בריאות הנפש, ומנחה להשתמש במתורגמנים שעברו הכשרה – בין אם צוות דו לשוני, מתורגמנים פנים אל פנים, או מתורגמנים באמצעות הטלפון. ארגוני הבריאות נדרשים להיערך ליישום החוזר עד פברואר 2013, וכיום נבחנים במערכת אמצעים להנגשה לשונית הולמת.

תפיסה זו של משרד הבריאות, המבוססת על רגולציות ופרקטיקות דומות בעולם המערבי, ועל הכרה באי-השוויון בבריאות בישראל (אפשטיין, 2010; ההסתדרות הרפואית בישראל, 2008), צריכה לחול על כל פרוצדורה שבה מתרחש אבחון רפואי או טיפול, גם אם זו אינה מתבצעת בין כותלי ארגוני בריאות.

לפיכך, ולאור האמור לעיל, חוות דעתי היא ששימוש במתורגמנים מקצועיים בדיוני הוועדות של המוסד לביטוח לאומי היא צעד מתחייב להבטחת אבחון מדויק, לקביעה אמינה של אחוזי הנכות, ולנגישות שווה לשירות עבור תובעים ששפת אמם אינה עברית.

המתורגמנים שיתרגמו בוועדות צריכים להוכיח כשירות לשונית בעברית ובערבית, ותינתן עדיפות למועמדים אשר למדו תרגום באחת מן המסגרות הקיימות בישראל ואשר מתפרנסים באופן פעיל מתרגום בעל-פה. המתורגמנים צריכים לעבור הכשרה בנושאים הבאים: מיומנויות תרגום בעל-פה, אתיקה של מתורגמנים, מינוח רפואי ואדמיניסטרטיבי רלוונטי בערבית ובעברית וכן הכשרה על עולם התוכן של הביטוח הלאומי בכלל והוועדות הרפואיות בפרט. רק כך, ניתן יהיה לוודא שהמתווכים הלשוניים אכן מייעלים את המפגש, ומאפשרים נגישות שווה לשירות הניתן בוועדה.

חתימה: 

תאריך 7/10/2012

מקורות

אפשטיין, לי (2010). אי-שוויון ואי-צדק בשירותי בריאות ובמצב הבריאות. בתוך: ג' בן-נון ור' מגנזי (עורכים), היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל. דפוס זיסמן שיבר, עמ' 308 – 325.

ההסתדרות הרפואית בישראל (2008). אי שוויון בבריאות בישראל.
http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/epstein_report.pdf

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, משרד הבריאות (2010). אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו.
http://www.old.health.gov.il/Download/pages/briut_sofi.pdf

מדינת ישראל, משרד הבריאות (2011). חוזר מנכ"ל מס' 7/11 בדבר התאמה והנגשה לשונית ותרבותית במערכת הבריאות.
http://www.lprc.org.il/lprc/images/PDF/language_access_health.pdf

שוסטר, מי (2003). דפוסי תקשורת בין מהגרי עבודה בישראל לבין נותני השירות הרפואי: מרפאת "רופאים לזכויות אדם" כמקרה מבחן. עבודת מוסמך שלא פורסמה, רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.

שוסטר, מי (2009). הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים: שירות המתורגמנות "קול לבריאות" כמקרה מבחן. עבודה לקבלת תואר דוקטור. רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן

Brach, C., Fraser, I. and Paez, K. (2005). Crossing the Language Chasm. Health Affairs, Vol. 24(2), pp. 424-434. <http://content.healthaffairs.org/content/24/2/424.full> (Retrieved Oct. 2012)

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.

Cambridge, J. (1999). Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter. The Translator, Vol. 5(2), pp. 201-219.

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.

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.

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.

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.

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.

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/content/115/3/e310.long> (retrieved Oct. 2012)

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.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955368/> (retrieved Oct. 2012)

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://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/womens-and-childrens-health-policy-center/publications/PedsUseLanguage_Services.pdf) (retrieved Oct. 2012)

Laster, Kathy & Veronica L Taylor. 1994. *Interpreters and the legal system*. Australia: Federation Press.

Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J. and Reed, J. (2012). Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27(10), pp. 1294 – 1300.

Meyer, B. (2001). “How untrained interpreters handle medical terms, in I. Mason (Ed.), *Triadic Exchanges*, Manchester: St. Jerome Publishing, 2001, pp. 87-106.

- 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.
- 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, BX, Canada, 19-23 May 1998*, pp. 49-65. Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Richie, J. (1964). Using an interpreter effectively. *Nursing Outlook*, Vol. 12(12), pp. 27-29.
- 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, 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. and Sarangi, S. (2005). Making Sense of Qualitative Research: Theme-oriented analysis of medical encounters. *Medical Education*, Vol. 39(6), pp. 632-640.
- 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, E., Leanza, Y, and Seller, R. (2007). Doctor-Patient Communication in Primary Care with an Interpreter: Physician Perceptions of Professional and Family Interpreters. *Patient Education and Counseling*, Vol, 67, pp. 286-292.
- 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.
- 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.