

כשירות תרבותית בשירותי בריאות: חקיקה ומדיניות בארה"ב, אוסטרליה, אנגליה וישראל – מבט משווה

ניבי דיין^{1,2}, איה בידרמן²

¹המכון להגירה ושילוב חברתי, המרכז האקדמי רופין

²החטיבה לבריאות בקהילה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מילות מפתח: כשירות תרבותית, חקיקה, מדיניות

תקציר

כשירות תרבותית (Cultural Competency) הינה התפיסה המקובלת כיום בעולם המערבי בהקשר ליכולת ארגונים, מערכות ואנשי מקצוע לתפקד בצורה יעילה במצבים בין-תרבותיים. בתחום הבריאות, נחשבת כשירות תרבותית לאסטרטגיה מרכזית בהתמודדות עם פערי בריאות ושימוש בשירותים על רקע של הבדלים בין-תרבותיים. זהו תהליך מתמשך המתקיים ברמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית.

ארצות הברית, אוסטרליה ואנגליה הן המדינות המרכזיות בעולם המערבי הנוקטות בגישה כוללת של כשירות תרבותית בבריאות. מניעים שונים הביאו מדינות אלה לתהליך כשירות תרבותית. בארה"ב, כשירות תרבותית באה כחלק מהמאבק לצמצום פערים בבריאות ובשירותי בריאות. באוסטרליה, המניעים האידיאולוגיים הם אלה המרכזיים במסמכי המדיניות, ומודגשת בהם המורשת הרב-תרבותית. לעומתן, באנגליה, הכרה ב"גזענות מוסדית" ובאפליה מבנית וארגונית, הם אלה שהניעו את המדיניות והחקיקה בתחום. בישראל נובעת המדיניות משילוב של החוק (חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה), וכחלק מאסטרטגיה כוללת של משרד הבריאות לצמצום אי-השוויון בבריאות.

רשמית, ישראל הצטרפה רק לאחרונה למגמה בעולם המערבי לעבר כשירות תרבותית. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות* האיץ את התהליך בקרב ארגוני וספקי השירות, וניכר כי התחום הולך ומתעצב בתקופה קצרה יחסית. הרחבה והטמעה של תהליכי הכשירות בהיבט הרחב, לרבות כלי מדידה והערכה בקונטקסט הישראלי סייעו לביסוס המהלך.

מחברת מכותבת: nividayan1@gmail.com

* "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות", חוזר מנכ"ל, 2011.

מבוא

כשירות תרבותית (Cultural Competency) הוא מושג המתאר מכלול של התנהגויות, ידע, גישות ומדיניות המשולבים במערכת, ארגון או בין אנשי מקצוע המאפשרים עבודה יעילה במצבים בין-תרבותיים (1, 2). הכשירות מתייחסת ליכולת לתפקד בצורה יעילה כפרט או כארגון בהקשר לצרכים, אמונות ופרקטיקות תרבותיות של מטופלים וקהילותיהם (3). כשירות תרבותית בשירותי בריאות מתייחסת להבנה של חשיבות ההשפעות החברתיות והתרבותיות של מטופל על האמונות וההתנהגויות הבריאותיות שלו, לזיקת בחשבון כיצד מרכיבים אלה באים לידי ביטוי ברמות השונות של מערכת שירותי הבריאות ומקדמת התערבויות לשיפור איכות מתן השירות לאוכלוסיות מטופלים בעלות שונות תרבותית (4). כשירות תרבותית נחשבת לאסטרטגיה מרכזית בהתמודדות מערכות עם פערי בריאות ושימוש בשירותים על רקע של הבדלים בין-תרבותיים בין נותני השירותים ללקוחותיהם ולצמצום פערים בבריאות, בהיותה מאפשרת קשר ותקשורת מטפל-מטופל מבלי שהבדלים בין-תרבותיים מהווים חסם (1, 4, 5).

מדינות מהגרים בעולם המערבי, ובמיוחד ארה"ב, אוסטרליה, ניו זילנד ואנגליה מובילות את ההתפתחות בחקיקה, אכיפה, סטנדרטיזציה, חינוך והכשרה בכל הנוגע לכשירות תרבותית בשירותי הבריאות (6-11). כניסתו לתוקף של חוקר מנכ"ל משרד הבריאות "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות" (12) בחודש פברואר 2013 מהווה הזדמנות נאותה לדיון בנושא. המאמר סוקר את התפתחות תפיסת הכשירות התרבותית, משווה בין מספר מדינות בנושא חקיקה ומדיניות בתחום, ובוחר היכן מצויה ישראל ביחס למתרחש בעולם המערבי, בתחומי החקיקה, המדיניות וישומן.

התפתחות היסטורית

הגישה המסורתית בה נקטו שירותי בריאות בהקשר לעבודה בין-תרבותית הייתה להקנות לצוותי בריאות ידע על תרבויות של מטופלים מרקע ספציפי (היספאני, אסיאתי וכד'), לרבות תפיסות בריאות וחולי מסורתיות, מערכות ריפוי בארץ המוצא וכד' (4). גישה זו לא הקנתה למטופלים כלים להתמודדות עם תרבויות אחרות, פרט לאלה שבהן התמקדו. כיום הגישה המקובלת בעולם המערבי היא להרחיב ידע, מיומנויות וכלים גנריים לעבודה עם אוכלוסיות מרקעים שונים. השינוי בגישה נובע ממניעים מעשיים ורעיוניים: בשל התגברות תנועת ההגירה וריבוי הקבוצות ותת-הקבוצות האתניות במדינות השונות, המטרה לפתח ולהקנות ידע תרבותי על כל אחת מהקבוצות המקבלות טיפול הינה יומרנית ואינה בת יישום; הקניית ידע על תרבות ספציפית עלולה לתייג לקוחות באופן

קטגוריאלית, לקבע סטריאוטיפים ודעות קדומות לגבי אותה תרבות; השינוי שעובר כל מהגר בתהליך האקולטורציה לארץ חדשה הינו דינמי ובעל מאפיינים רב-שכבתיים המשתנים על פני הרצף, כך שהכללה ויישום של ידע תרבותי ספציפי על הפרט עלולה לחטוא למטרה (4, 13, 14).

ניתן לתאר את השינוי כמעבר ממציאות של הנחת הנחות על מקבלי שירות על סמך הרקע התרבותי שלהם, ליישום עקרונות של "המטופל במרכז" (Patient Centered Care) (15). הגישות "כשירות תרבותית" ו"המטופל במרכז", הן המובילות בשנים האחרונות, ושתייהן בעלות ערכי ליבה דומים ומטרתן לשפר את איכות הטיפול הרפואי. בעוד שגישת "המטופל במרכז" מדגישה את שיפור השירות והטיפול לכלל המטופלים, גישת ה"כשירות התרבותית" מיועדת לצמצם פערים בבריאות ולהביא לשירות שוויוני (16). בשתי הגישות, שימוש במיומנויות תקשורת של המטפל, לרבות מיומנויות של תקשורת בין-תרבותית, מסייעות להגיע לצרכיו, ערכיו והעדפותיו של המטופל (13).

כך ברמה הקלינית, התפיסה המקובלת כיום בעולם המערבי מתמקדת בסוגיות תרבותיות וחברתיות שחוצות חברות בהקשר לאמונות והתנהגויות בריאותיות, כדוגמת סגנונות תקשורת בין-אישית (ישירה-עקיפה), יחסי כבוד וסמכות, מגדר ותפקידים במשפחה, תהליכי קבלת החלטות, תפיסות חולי ובריאות וכד' (4, 13). במדינות שונות ולאורך השנים קיים מנעד של שימוש במושגים ובהגדרות הקשורים למתן טיפול בהקשר בין-תרבותי כמו "רגישות תרבותית", "בטיחות תרבותית", "הנגשה תרבותית" ועוד (11, 16, 17). בכל אחד מהמושגים מודגשים מרכיבים שונים בתחום, בחלקם חופפים. המושג "כשירות תרבותית" נחשב כיום למושג המוביל והמקיף בנושא, ואף נוכחותו בספרות המחקרית הולכת וגדלה (16).

המהלך של כשירות תרבותית בבריאות בעולם המערבי החל בארצות הברית בסוף שנות ה-90 של המאה ה-20. הכרה בפערים בצריכת שירותי בריאות ובתוצאי בריאות על רקע המוצא האתני של מקבלי השירות, הובילו את הקונגרס האמריקאי ב-1999 להסמיך את המכון לרפואה (IOM – Institute of Medicine), זרוע של האקדמיה הלאומית למדעים להקים ועדה לניתוח מעמיק ולהמלצות לצמצום פערים אלה – Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care (10, 18, 19). ועדה זו (18) אכן אישרה כי פערים על רקע מוצא גזעי או אתני קיימים במערכת הבריאות, והם אינם מיוחסים למרכיבים ידועים כמו כיוסי ביטוח, הכנסה, גיל, חומרת המצב הרפואי וכד'. הוועדה הצביעה על מערכות בריאות ככלל, נותני שירותי הבריאות, מקבלי השירות ומתכנני השירות כתורמים לפערים אלה. הטיות, סטריאוטיפים, דעות קדומות מצד נותני השירות נמצאו כתורמים במידה לא-מבוטלת לאותם פערים (10). המלצות הוועדה כללו: הגברת

לערכים וההעדפות של מקבלי (15). לרוב הקונפליקטים באים לידי ביטוי בהפרעה לשגרת העבודה, בהתנגשות עם הערכים המקובלים בחברה ובהתמודדות עם מצבי העלבה כלפי נותן השירות (15).

מדיניות וחקיקה בשירותי בריאות בעולם המערבי – תמונת מצב

ארצות הברית

בארה"ב, שכאמור מובילה את המגמה בעולם לעבר כשירות תרבותית בבריאות, פרסם המשרד לבריאות מיעוטים בשנת 2000 סטנדרטים לאומיים למתן שירותי בריאות הולמים (The National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health care – The National CLAS Standards) (24), המהווים קווים מנחים עבור שירותי בריאות ליישום מדיניות של קידום הוגנות בבריאות, שיפור האיכות, וסיוע בצמצום הפערים בבריאות על רקע תרבותי ושפתי (24). לאחר תהליך חקיקה ממושך, חתם הנשיא אובמה בשנת 2010 על הרפורמה בשירותי הבריאות כחוק מחייב (The Patient Protection and Affordable Care Act) שנועד לצמצם פערים בבריאות ובשירותי בריאות במובן הכולל (25). מסמך המפרט כיצד ליישם את הרפורמה הוכן בהמשך על ידי המרכז למחקרים פוליטיים וכלכליים בווינגטון (25). המסמך כולל הנחיות בתחומים של איסוף נתונים ודיווח, גיוון במוצא כוח העבודה, חינוך לכשירות תרבותית בין אנשי הבריאות, יוזמות להקטנת פערים, מחקר ועוד. פרוט של המשאבים הלאומיים המוקצים ליישום המדיניות נילוה לכל אחד מתחומים אלה.

CLAS פורסם שוב במתכונת מעודכנת בשנת 2013 (26), תוך שימת דגש על השינויים בפערי הבריאות, השינויים הדמוגרפים וההתקדמות בתחום בהקשר לחקיקה ואקדמיטציה במדינות ובשירותי הבריאות בארה"ב (27). כמו כן נלווים למסמך המעודכן סקירת ספרות נרחבת ואפשרויות התייעצות עם מומחים (27).

בעקבות פרסום CLAS החלו פעולות חקיקה ותקינה במדינות הפדראליות במרכיבים שונים של החוק, וכן פותחו אסטרטגיות לשינוי מדיניות (5, 24). בחלק מהמדינות קודמה חקיקה בנושא חינוך לכשירות תרבותית לאנשי הבריאות ובחלקן בנושא גיוון במוצא של כוח האדם בשירותי בריאות (24).

אוסטרליה

באוסטרליה, כמדינת הגירה בהגדרתה, בעלת מורשת רב-תרבותית, הדוגלת בהיותה אומה בעלת שונות תרבותית ולכידות חברתית (28), המניעים האידיאולוגיים הם אלה המרכזיים במסמכי המדיניות הקשורים לכשירות תרבותית (28),

המודעות לקיום הפערים ומקורותיהם; שינויים במדיניות, חקיקה ותקינה; פיתוח התערבויות טיפוליות רגישות תרבות; חינוך, הסברה והכשרה לנותני השירות ולמקבלי; איסוף נתונים שיטתי ומחקר (18, 19).

בטאנקורט (4) מציע מסגרת להתערבות במטרה לקדם כשירות תרבותית בשירותי בריאות, ובה 3 רמות: הרמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית. הרמה הארגונית כוללת מאמצים להבטיח שונות וייצוג הולם של אוכלוסיות מקבלי השירות בהנהגות ובכוח העבודה של שירותי הבריאות. הרמה המערכתית כוללת חקיקה, סטנדרטיזציה ואכיפה, יוזמות שיבטיחו נגישות מלאה לטיפול איכותי לכל האוכלוסיות, ובכללם שירותי תרגום, גישור, חומרי הדרכה מותאמי שפה ותרבות וכיו"ב. הרמה הקלינית כוללת הגברת הידע בקרב נותני שירות בכל הנוגע לקשרים שבין מרכיבים סוציו-תרבותיים לבין אמונות והתנהגויות בריאותיות, והקניית כלים ומיומנויות במטרה לשלב מרכיבים אלה במתן שירות תקני. מדובר בתהליכים מתמשכים המתרחשים בשלוש רמות ההתערבות.

בעוד שתהליכי הכשירות התרבותית צוברים תאוצה במדינות רבות, נראה כי כיווני המחקר בתחום עדיין נמצאים בשלבים של עיצוב והתפתחות. הספרות בנושא עוסקת במידה רבה בהערכה של הכשרות צוותים רפואיים ומיעוטה בהיבטים הארגוניים והמערכתיים. סקירת מחקרי הערכה (20) שבדקו יעילות תוכניות להכשרת צוותי בריאות מצאה עדות איתנה לשיפור בידע, גישות ומיומנויות בקרב אותם צוותים, אולם לא ניתן היה לזהות איזה סוג הכשרה היה יעיל ביותר. באותם מחקרים נמצאה עדות טובה לשיפור שביעות הרצון של המטופלים. במחקרים שנסקרו לא נבדק הקשר בין הכשרת הצוותים לתוצאי הבריאות של המטופלים. בסקירה אחרת (21) נמצאו חוסר אחידות בשיטות הערכה של הכשרות צוות, שימוש ב-54 כלי מדידה כמותניים שונים, אשר חלקם היו בשימוש רק פעם אחת, ואשר התמקדו בעיקר על דיווח עצמי של המשתתפים ומיעוטם על המדריכים, תפיסת המטופל והשפעה על השירות. בסקירה מאוחרת יותר (22) לא נמצאה עדות חזקה ועקבית להשפעה של ההכשרות על המטופלים. ביקורת עקבית בנוגע להערכה ומחקר על כשירות תרבותית מדגישה את הצורך בשילוב מחקר איכותני המתיחס למטופל בקונטקסט החברתי-בריאותי (20, 21, 23), ובזיהוי משקלם של כל אחד מהגורמים המעורבים בטיפול (כמו איכות המטפל, שימוש במגשרים בין-תרבותיים או מתורגמנים) על תוצאיו (22).

בצד קבלת עקרונות "המטופל במרכז" לשיפור השירות וקבלתה של הכשירות התרבותית כאסטרטגיה מובילה בעולם המערבי לצמצום פערים בבריאות על רקע בין-תרבותי, מוצבות דילמות אתיות ומעשיות רבות הקשורות ברובן בקונפליקטים שבין המחויבות המקצועית של נותני השירות

מיעוטים. גזענות מוסדית מיוחסת לכישלון קולקטיבי של ארגון לתת שירות תקין ומקצועי ללקוחות בגלל צבע, מוצא אתני או תרבותי (32, 33). ואכן החוק, שכותרתו "Race Relations" (32) כוללני, ומורה לכל מגזרי הרשויות והשירות הציבורי – כמו משטרה, משמר לאומי, חינוך וכן שירותי הבריאות, להעריך ולהתאים את מדיניותו ותפקודו בהקשר לשוויון ותקינות השירות (7).

בעקבות החקיקה פרסם משרד הבריאות הבריטי קווים מנחים ותוכנית פעולה עבור כל ארגוני הבריאות, למילוי הוראות החוק, המתעדכנים מידי מספר שנים (34). משרד הבריאות שם דגש על המחויבות למניעת אפליה ולהשגת שירות שוויוני, ייצוג של קבוצות בעלות שונות חברתית בכוח העבודה של ארגוני הבריאות, וכן שיפור בתוצאי הבריאות (34). קווים מנחים אלה קיבלו תוקף חוקתי בחוקת שירותי הבריאות הלאומיים של אנגליה שפורסמה בשנת 2009 (35), המחייבת שירות שוויוני לכל, ללא קשר לגזע, מין, נטייה מינית, גיל, דת או אמונה. העיסוק באי-השוויון בבריאות קיבל משנה תוקף בעקבות תחקיר על מות 6 אנשים בעלי לקויות שונות, אשר הצביע על כישלון שירותי הבריאות והשירותים החברתיים במתן שירות תקני והולם (36). יש לציין כי בקווים המנחים ובתוכניות העבודה של משרד הבריאות בהקשר לשוויון, אוכלוסיות הקשישים, נפגעי הנפש, נכים וילדים בגיל הרך מודגשת בתשומת לב מיוחדת (33, 34).

כשירות תרבותית כתפיסה כוללת התפתחה באנגליה מאוחר יחסית לארה"ב ואוסטרליה (17, 33). ואכן, רק בשנים האחרונות ישנה בולטות רבה יותר בספרות לשימוש במונח זה (16, 17, 33), וניתן למצוא (בדומה לאוסטרליה, למשל) חוסר עקביות בשימוש במונחים (כשירות תרבותית, רגישות תרבותית, מודעות תרבותית, בטחון תרבותי) והגדרות שונות למונחים השונים. כיום ההמלצות לכשירות תרבותית באנגליה עוסקות בעבודה עם קהילות אתניות וארגונים קהילתיים, הכשרת צוות, שירות רב-שפתי, מתורגמנות ומידע בשפות השונות, גיוון בכוח העבודה ומעקב אחר מדיניות המכירה בשונות (33, 37). על פניו נראה שכשירות תרבותית בבריאות כמדיניות ספציפית ונגזרותיה היישומיות כתפיסה רחבה על שלוש רמותיה (מערכתית, ארגונית וקלינית) עשויה להיות השלב הבא בהקשר זה באנגליה.

ישראל

חקיקה ומדיניות

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שכותרתו "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות" (12) מהווה ציון דרך במדיניות משרד הבריאות בהקשר לשונות תרבותית באוכלוסיה, והינו המסמך הריבוני הראשון בעניין. החוזר פורסם בשנת 2011 ונכנס לתוקף בחודש פברואר 2013.

29. בניתוח מסמכי מדיניות אוסטרלים נמצא חוסר עקביות בשימוש במונחים המתייחסים ל-"Cultural Competence", וברבים מהמסמכים ניתן למצוא אף שימוש במונח "Cultural Safety" או "Cultural Security" (11), כשרק במיעוטם ישנה הגדרה מפורטת של המושגים. ועם זאת, בשנת 2006 פרסמה המועצה הלאומית למחקר בבריאות ורפואה של ממשלת אוסטרליה, מסמך מקיף לכשירות תרבותית בבריאות (29), הכולל עקרונות, אסטרטגיות וצעדים מעשיים ליישום ברמות השונות. בתהליך הכנת המסמך, הושם דגש על שיתוף ושותפות עם נציגי תרבויות וארגונים העוסקים בהיבטים הבין-תרבותיים בהקשר לבריאות. זהו ביטוי לתפיסה כוללת הרואה באנשי הקבוצות האתניות השונות שותף מרכזי להנעת המהלך. רק על מנת להדגים, מסמך המדיניות המאושר בנושא שכותרתו "The People of Australia – Australian Multicultural Policy" נגיש בתרגום ל-11 שפות (28).

בעוד שבטאנקורט (4) בנה מסגרת תלת-מימדית לכשירות תרבותית, מסמכי המדיניות באוסטרליה מתייחסים למסגרת בעלת ארבעה מימדים הקשורים זה לזה: מערכתית, ארגונית, מקצועית ואינדיבידואלית (29). התוכן היצוק לכל אחת מרמות אלה שונה מזה שבהבחנה של בטאנקורט. באוסטרליה, הרמה המערכתית מורכבת מהמעטפת הרחבה ליישום הכשירות התרבותית, וכוללת: מדיניות ונהלים, מנגנונים ומשאבים. הרמה הארגונית מכוונת לכינון ערכים של כשירות תרבותית בארגוני בריאות, כולל מחויבות של הנהלות הארגונים לצוות בעל שונות תרבותית ולשונית בכל רמות השירות וההנהלה. מנהיגות והובלת הנושא בדרגים הגבוהים ביותר בארגונים מודגשת במסמך. הרמה המקצועית מתייחסת לפיתוח וחינוך אנשי מקצוע לכשירות תרבותית, וכוללת סטנדרטים וקווים מנחים ליישום. הרמה האינדיבידואלית מתייחסת ליכולותיו של איש המקצוע למקסם וליעל את כשירותו התרבותית בעבודה השוטפת עם המטופלים, תוך תמיכה ארגונית ומערכתית (29).

יש לציין שבצד אימוץ התפיסה של כשירות תרבותית כגישה גנרית, באוסטרליה מושם דגש מיוחד על תת-הקבוצה של הילידים, וכך ניתן למצוא מסמכי מדיניות ספציפיים שעוצבו עבור אוכלוסיה זו (30).

אנגליה

התפתחות המדיניות והחקיקה באנגליה בתחום הכשירות התרבותית החלה בסוף שנות ה-90 של המאה העשרים וראשית שנות האלפיים, והואצה בעקבות תחקיר על תפקוד המשטרה באירוע של מות בן מיעוטים (31). מסקנות התחקיר, והחקיקה שבאה בעקבותיו (32), הצביעו על קיום "גזענות מוסדית" (Institutional Racism) בממלכה כולה, שהתפתחה עקב מבנים ארגוניים ותהליכים שהשפיעו על אפליה נגד

הרפואי (לדוגמא, החלטה על שימוש במתורגמים או מגשרים או שירות תרגום טלפוני, מענה במוקדי שירות וכד.). הכשרה בסיסית של המגשרים ומוקדנים בשפות השונות הינה הוראה מחייבת על פי משרד הבריאות, ופעילותם אף מחייבת בקרה מקצועית. כל ארגון בריאות חויב להגיש תוכנית ליישום חוזר המנכ"ל ומחויב לדיווח שנתי למשרד הבריאות על התקדמות היישום. בנוסף, על פי החוזר, יבצע משרד הבריאות בקרות בארגוני הבריאות על יישום עקרונות ההנגשה ואף מומלץ לבצע בקרות פנים-ארגוניות. יש לציין כי משרד הבריאות מטיל את האחריות להנגשה התרבותית והלשונית על ספקי השירות ללא תוספת תקציבית, ומכתיב קווים מנחים ליישום, אולם בשלב זה אין תקינה מוסדרת המחייבת את הארגונים. מכאן שחקיקה, סטנדרטיזציה ואכיפה הכלולים ברמה המערכתית לפי החלוקה של בטאנקורט (4), אינם באים לידי ביטוי בולט בחוזר המנכ"ל, המהווה את המסמך הרשמי הריבוי בישראל לעניין זה. חוזר מינהל הרפואה שפורסם בחודש נובמבר 2013 (42), המנחה את ששת המרכזים הרפואיים הגדולים להקצות בתי תפילה למוסלמים, הינו בגדר סנונית ראשונה כמסמך ספציפי בהקשר לכשירות תרבותית. הרמה הקלינית מצוינת בחוזר המנכ"ל בצורה מצומצמת וכהמלצה בלבד, ועם זאת השימוש במושג "Cultural Competence" מופיע בהקשר. ההמלצה מתייחסת באופן כללי להדרכה והכשרת אנשי הצוות, ובמיוחד הצוות הטיפולי, להלימה תרבותית בקשר עם אוכלוסיות מרקעים שונים, ולפעילות לצורך העלאת מודעות של העובדים בכל הקשור לשונות תרבותית והשפעתה על תקשורת בין-אישית, היענות לטיפול והתנהגויות בריאות.

יישום

חוזר המנכ"ל מ-2011 הניע תהליך ברמת הריבון לעבר כשירות תרבותית בבריאות, ולמעשה חבר ליוזמות מקומיות וארגוניות מזה שנים של ספקי שירות וארגונים לא-ממשלתיים לענות על צרכים בתחום השונות התרבותית והלשונית בכל הנוגע לשירותי הבריאות. החוזר אף נפל על קרקע פוריה של תהליך אקדמיזציה שהחל בבתי החולים של שירותי בריאות כללית בשנת 2006 (43) ובהמשך בבתי החולים הממשלתיים (44). תהליך הכשירות התרבותית מתנהל במקביל על ידי משרד הבריאות (45), על ידי ספקי השירות, ובאמצעות יוזמות של ארגונים לא-ממשלתיים אליהן חוברים ספקי בריאות, כמו לדוגמא המרכז הבינ-תרבותי בירושלים (The JICC – Jerusalem Inter-cultural Center) (46) ו"טנא בריאות" (47). בדומה לדגש המושם בחוזר המנכ"ל על הרמה המערכתית, כך גם ביישום החוזר, מירב המאמצים מתרחשים ברמה זו, כאשר הרמה הארגונית והרמה הקלינית מקבלים תשומת לב משנית. דוח אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו (45) מסכם את הפעילות בנושא במשרד הבריאות ובקרב ספקי השירות,

חוזר המנכ"ל אשר בעצם הגדרתו לא עבר הליך חקיקה, שואב את כוחו מחוק ביטוח בריאות ממלכתי מ-1994 (38) וחוק זכויות החולה מ-1996 (39). חוקים אלה מורים, בין היתר, על זכות אוניברסאלית לקבלת שירות רפואי באיכות סבירה תוך שמירה על כבוד האדם (38), על אי אפליה מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית וכיו"ב, על קבלת טיפול רפואי נאות הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש, ועל קבלת הסכמה מדעת של המטופל לאחר מסירת מידע רפואי נדרש באופן סביר שיאפשר למטופל להחליט אם להסכים לטיפול המוצע (39). בנוסף, החוזר נכתב כחלק מאסטרטגיה כוללת של משרד הבריאות לצמצום אי-השוויון, כאשר אחת ממטרותיה היא הורדת מחסומים לשוניים ותרבותיים בקבלת שירותי הבריאות (40, 41). מכאן שהתמודדות מערכת הבריאות עם שונות תרבותית ולשונית מושתתת על ערכים הומאניים (12), כמו גם היבטים משפטיים הקשורים להגדרת שירות רפואי סביר ונאות, וכן כאחת האסטרטגיות לצמצום פערים בבריאות (12). חלק מהסטנדרטים המצוינים בחוזר מנכ"ל הינם מחייבים וחלקם בגדר המלצה בלבד.

על אף שכותרת חוזר מנכ"ל עושה שימוש במונחים "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית", והמושג "Cultural Competency" (המתורגם בחוזר כ"הלימה תרבותית") מופיע מעט במסמך, חוזר המנכ"ל מתייחס לכל שלוש הרמות של כשירות תרבותית כפי שטבע בטאנקורט (4) – הרמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית.

ברמה הארגונית כולל חוזר המנכ"ל המלצה לגייס כוח אדם גם מקרב מיעוטים לשוניים ותרבותיים, אולם אין זו הנחייה מחייבת, ואיננה נסמכת על העיקרון להבטיח שונות וייצוג הולם של אוכלוסיית מקבלי השירות בהנהגות ובכוח העבודה של שירותי הבריאות. הרמה המערכתית מקבלת דגש רב בחוזר המנכ"ל, ולמעשה מהווה את עיקר תוכנו: פיתוח תשתית ארגונית בקרב ספקי וארגוני הבריאות למתן תמיכה שוטפת בנושא ההנגשה התרבותית ולגיבוש מדיניות פנים-ארגונית תומכת, מינוי איש הנהלה לאחריות על התחום ויישומו, חקר תחלואה, התנהגויות בריאותיות וצרכים יחודיים של קבוצות תרבותיות של מטופלים לצורך התאמת השירות, מיפוי לשוני ותרבותי של קהל היעד מרמת הארגון ועד כל אחד מאתרי השירות, תרגום טפסים ומסמכים כמו גם אתרי אינטרנט, תרגום בעל פה, שירות טלפוני ומוקדנים בשפות שונות, שילוט בשפות, גישור, חומרי הדרכה וקידום בריאות מותאמים ומתורגמים. חוזר המנכ"ל מפרט באילו מהתחומים קיימת הוראה מחייבת לגבי תרגום (לדוגמא, טפסים הדורשים חתימת המטופל יהיו בארבע שפות – עברית, ערבית, רוסית ואנגלית), באילו תחומים יש להתאים לאוכלוסיית היעד ככל הניתן (לדוגמא, שילוט), ובאילו תחומים ההחלטה על אמצעי ההנגשה הלשונית נתונה בידי ספק השירות או מנהל המוסד

אשר הואצה בעקבות כניסתו לתוקף של חוזר מנכ"ל משרד הבריאות ונסיבות נוספות. הצעדים הראשונים ליישום החוזר אמנם מתמקדים ברמה המערכתית, אולם גם ברמה הארגונית וגם ברמה הקלינית ישנן תמורות. על פניו נראה כי תחום הכשירות התרבותית בשירותי הבריאות מתפתח, מתרחב ומתעצב "תוך כדי תנועה" באמצעות מספר גופים, ריבויים, ספקי בריאות והמגזר השלישי. פעולות משלימות ברמה הארגונית והקלינית, לרבות אכיפה והערכה של יעילות המאמצים בהיבט של צמצום פערים עשויות לבסס את המגמה.

סיכום

כשירות תרבותית (Cultural Competency) היא התפיסה המקובלת כיום בעולם המערבי בהקשר ליכולת ארגונים, מערכות ואנשי מקצוע, לתפקד בצורה יעילה במצבים בין-תרבותיים. בתחום הבריאות, נחשבת כשירות תרבותית לאסטרטגיה מרכזית בהתמודדות מערכות עם פערי בריאות ושימוש בשירותים על רקע של הבדלים בין-תרבותיים בין נותני השירותים ללקוחותיהם ולצמצום פערים בבריאות. כשירות תרבותית כוללת מדיניות וחקיקה, סטנדרטיזציה ואכיפה, מחקר, יישום והטמעה. כשירות תרבותית היא תהליך מתמשך המתקיים ברמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית.

ארצות הברית, אוסטרליה ואנגליה הן המדינות המרכזיות בעולם המערבי הנוקטות בגישה כוללת של כשירות תרבותית בבריאות. מניעים שונים הביאו בכל אחת מהמדינות לתהליך של כשירות תרבותית. במסמכי מדיניות בארה"ב, המובילה את המגמה בעולם, כשירות תרבותית כאסטרטגיה לצמצום פערים בבריאות על רקע תרבותי ושפתי, באה כחלק מהמאבק לצמצום פערים בבריאות ובשירותי בריאות במונח הכולל. באוסטרליה, המניעים האידיאולוגיים הם אלה המרכזיים במסמכי המדיניות, ומודגשת בהם המורשת הרב-תרבותית, והיות אוסטרליה אומה בעלת שונות תרבותית ולכידות חברתית. לעומת זאת, באנגליה, הכרה ב"גזענות מוסדית" ובאפליה מבנית וארגונית, הם אלה שהניעו את המדיניות והחקיקה בנוגע לכשירות תרבותית בכל מגזרי השלטון ובכללם בתחום הבריאות. ואילו בישראל, המדיניות בתחום מונעת משילוב של החוק (חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה), וכחלק מאסטרטגיה כוללת של משרד הבריאות לצמצום אי-השוויון בבריאות.

מעמד הכשירות התרבותית בבריאות בארה"ב, אוסטרליה ואנגליה הינו בגדר חוק מדינה, המגובה בתמיכה מקצועית ותקציבית. בישראל לעומתן, חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שהינו המסמך הריבוי המחיב, לא עבר תהליך של חקיקה בכנסת, הוא אמנם מורה שהתחום הינו בגדר אחריות הליכה

כשבנוסף, כפי שצוין, מתקיימת פעילות עניפה של ארגונים אחרים. ברמה המערכתית בוצעו קורסים לממוני כשירות תרבותית בארגוני בריאות* בבתי"ח ובקהילה (על ידי משרד הבריאות, קופות חולים, ו-JICC) (45, 46). בקורסים אלה הוכשרו למעלה מ-50 ממוני כשירות המובילים את העשייה בארגונים, ומקיימים קשר מקצועי באמצעות פורום עמיתים, לעדכון וללמידה הדדית (46). לאחרונה אף פורסם מדריך להטמעת הכשירות התרבותית בארגוני בריאות (48). כל אחד מממוני הכשירות פועל בארגונו על פי סדרי עדיפויות, כשלרוב נושאי התרגום, המתורגמות והשילוט מקבלים קדימות, וכך עונים על צורך יום-יומי, דרישות חוזר המנכ"ל ודרישות האקדמיטציה. בדוח משרד הבריאות (45) מפורטות הפעולות בדיווחי קופות החולים ובתי החולים. נושא המתורגמות קיבל משקל רב אף ברמה הארצית, כשבחודש מאי 2013 החל המשרד בהפעלת מוקד תרגום רפואי טלפוני ארצי המאויש על ידי נציגים דו-לשוניים שעברו הכשרה מקצועית בתרגום רפואי בשפות ערבית, רוסית ואמהרית, כפיילוט המיועד להתרחב לכלל המערכת בשנת 2014 (45). משרד הבריאות פועל להקמת בנק ארצי לטפסים מתורגמים, ובנוסף ספקי שירות עוסקים בנושא בהיקפים שונים (45). שילוט ודפי מידע רב-שפתיים אף הם בין הפעולות המדווחות באופן נרחב על ידי ספקי השירות (45). הגישור הבין-תרבותי פועל במספר מגזרים, כשדוגמא בולטת לתחום היא תוכנית "רפואה שלמה" (49), שפותחה עבור מרפאות ראשוניות בהן ריכוז גבוה של יוצאי אתיופיה, ואשר הוטמעה והתמסדה כחלק ממהלך הכשירות התרבותית (49).

ברמה הארגונית יישום חוזר המנכ"ל בא לידי ביטוי בגיוס כוח אדם מקרב מיעוטים תרבותיים ולשוניים, כפי שמדווחים בתי חולים וקופות חולים (45), וכן מתקיים מהלך לקידום רכישת מקצועות סיעוד, פיזיותרפיה והפרעות בתקשורת בקרב ערבים, על מנת לשלבם בכוח העבודה (45). עם זאת, לא נמצא דיווח על מהלך של שילוב אנשי מקצוע מקרב מיעוטים תרבותיים ולשוניים במטה או בהנהגות של משרד הבריאות או ארגוני הבריאות, כביטוי לעיקרון השוויון והיציג ההולם.

ברמה הקלינית יישום חוזר המנכ"ל בא לידי ביטוי בהכשרות של צוותים רפואיים לכשירות תרבותית. ישנם ארגונים, כמו לדוגמא ביה"ח אלי"ן, שבאופן קבוע וכחלק מהכניסה לעבודה, כל עובד חדש משתתף בסדנא להלימה תרבותית (50), ובצידו מתכונות שונות של הכשרות צוות על פי היערכות וסדרי עדיפויות (45).

מהסקירה הקצרה ניתן ללמוד על פעילות רבה המתרחשת במערכת הבריאות בתחום הכשירות התרבותית, פעילות

* במסמכים שונים המינוח הוא אחראי הלימה תרבותית או הנגשה תרבותית.

nsf/content/1AFDEAF1FB76A1D8CA257600000B5BE2/\$File/EXEC_SUMMARY.pdf. 2009 July 27; P3 -5499.

7. Dimond B. Race Relations in the U.K.: the implications for health and social care of recent changes in the law. *Diver Health Soc Care* 2004; 1: 7-12.
8. Ludeke M, Puni R, Cook L, Pasene M, Abel G, Sopoaga F. Access to general practice for Pacific peoples: a place for cultural competency. *J Prim Health Care* 2012 Jun 1; 4(2): 123-130.
9. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Community* 2011 May; 19(3): 225-249.
10. Nelson A. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. *Journal of the National Medical Association* 2002; 94(8). Available from: http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004; Accessed date: 2013 June 9.
11. Grant J, Parry Y, Guerin P. An investigation of culturally competent terminology in healthcare policy finds ambiguity and lack of definition. *Aust N Z J Public Health* 2013 Jun; 37(3): 250-256.
12. משרד הבריאות. התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות. 2011. Available from: http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2011.pdf. Accessed date: 2013 September 13.
13. Epner DE, Baile WF. Patient-centered care: the key to cultural competence. *Ann Oncol* 2012 Apr; 23 Suppl 3: 33-42.
14. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 2006;3; Available from: <http://www.ploscollections.org/article/browseIssue.action?issue=info:doi/10.1371/issue.pcol.v07.i03>. Accessed date: 2013 September 13.
15. Fiester A. What "patient-centered care" requires in serious cultural conflict. *Acad Med* 2012 Jan; 87(1): 20-24.
16. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc* 2008 Nov; 100(11): 1275-1285.
17. Evans N, Menaca A, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, Pool R, et al. Cultural competence in end-of-life care: terms, definitions, and conceptual models from the British literature. *J Palliat Med* 2012 Jul; 15(7): 812-820.
18. Smedley B, Stith A, Nelson A. Institute of Medicine, committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. 2002. Washington: National Academies Press.
19. Betancourt JR, King RK. *Unequal treatment: the Institute of Medicine report and its public health implications*. Public Health Reports 1974 (Formerly: Health Services Reports) 2003; 118; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497551/pdf/12815075.pdf>. Accessed date: 2013 February 12.
20. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 2005 Apr; 43(4): 356-373.
21. Kumas-Tan Z, Beagan B, Loppie C, MacLeod A,

של כל ארגון או ספק בריאות, אולם אינו מגובה בכל תוספת תקציבית או מערכת תומכת מקצועית.

בכל אחת מהמדינות מודגשים מרכיבים שונים של כשירות תרבותית במסמכי המדיניות ובקווים המנחים. כך לדוגמא, בארה"ב מודגשים התקינה והסטנדרטים המחייבים, באוסטרליה ניתן מקום נרחב לשיתוף ושותפות נציגי תרבויות וארגונים העוסקים בהיבטים בין-תרבותיים בבריאות, ואילו באנגליה, נוסף למרכיב זה מושם דגש על גיוון בכוח העבודה. בישראל מקבלת הרמה המערכתית מקום מרכזי בחוזה המנכ"ל, ודווקא נושא הגיוון בכוח העבודה, שיתוף הקהילות והרמה הקלינית מקבלים מקום משני.

ישראל המתמודדת עם שונות תרבותית ולשונית ועם הגירה מתמשכת, הצטרפה רק לאחרונה באופן רשמי למגמה בעולם המערבי לעבר כשירות תרבותית. משרד הבריאות הוא הראשון במגזר הציבורי שנתן תוקף ריבוני למהלך. פרסום חוזה המנכ"ל וכניסתו לתוקף, יחד עם מאמצים לצמצום אי-השוויון בבריאות ותנופת האקרדיטציה האיצו את תהליך הכשירות התרבותית בקרב ארגוני וספקי השירות בהיקפים ודגשים שונים. מסקירה קצרה של יישום הכשירות התרבותית בישראל ניתן להתרשם כי קיימת פעילות רבה בעיקר ברמה המערכתית, וכי התחום הולך ומתעצב בתקופה קצרה יחסית. הרחבה והטמעה של תהליכי הכשירות התרבותית בהיבט הרחב, פיתוח כלי מדידה והערכה של התהליך בקונטקסט הישראלי הם כיווני פעולה נחוצים על מנת לבסס את המהלך.

מקורות

1. OMH. U.S. Department of Health and Human Services. <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=54> 6.9.2011.
2. Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs M. *Towards a culturally competent system of care*. 1989; volume I. (Washington, D.C.: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center).
3. Association of American Medical Colleges. *Cultural Competence Education*. 2005; Available from: <https://www.aamc.org/download/54338/data/culturalcomped.pdf>. Accessed date: 2013 January 31.
4. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep* 2003 Jul-Aug; 118(4): 293-302.
5. Like RC. Educating clinicians about cultural competence and disparities in health and health care. *J Contin Educ Health Prof* 2011 Summer; 31(3): 196-206.
6. Australian Government. National Health and Hospital Reform Commission. *A healthier future for all Australians - Final Report* June 2009. <http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing>.

- Frank B. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Academic Medicine* 2007; 82(6): 548.
22. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereckneyei S, Braddock CH. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *J Gen Intern Med* 2011 Mar; 26(3): 317-325.
 23. Dykes DC, White AA. Culturally competent care pedagogy: what works? *Clin Orthop Relat Res* 2011 Jul; 469(7): 1813-1816.
 24. U.S. Department of Health & Human Services. Think Cultural Health. 2013. Available from: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/Content/clas.asp>. Accessed date: 2013 June 15.
 25. Andrus D, Siddiqui N, Purtle J, Duchon L. Patient protection and affordable care act of 2010. Advancing health equity for racially and ethnically diverse populations. Available from: <http://www.jointcenter.org/sites/default/files/upload/research/files/Patient%20Protection%20and%20Affordable%20Care%20Act.pdf>. Accessed date: 2013 June 15.
 26. U.S. Department of Health & Human Services. National standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health and health care. 2013. Available from: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/pdfs/EnhancedNationalCLASStandards.pdf>. Accessed date: 2013 August 9.
 27. U.S. Department of Health & Human Services. National CLAS standards: Facts sheet. 2013; Available from: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/pdfs/NationalCLASStandardsFactSheet.pdf>. Accessed date: 2013 August 9.
 28. Australian Government. Department of Immigration and Citizenship. The people of Australia: Australia's multicultural policy. 2011; Available from: http://www.immi.gov.au/media/publications/multicultural/pdf_doc/people-of-australia-multicultural-policy-booklet.pdf. Accessed date: 2013 September 1.
 29. Australian Government. National Health and Medical Research Council. Cultural competency in health: A guide for policy, partnership and participation. 2006; Canberra. Commonwealth of Australia. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/hp19.pdf. Accessed date: 2013 September 1.
 30. Calma T. Achieving Aboriginal and Torres Strait Islander health equality within a generation: A human rights based approach. 2005. Australian Human Rights and equal opportunity commission. Available from: <http://www.humanrights.gov.au/publications/achieving-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-equality-within-generation-human>. Accessed date: 2013 September 1.
 31. Macpherson W. The Stephen Lawrence inquiry: Report of an inquiry. 1999. Available from: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm42/4262/sli-00.htm>. Accessed date: 2013 September 13.
 32. Office of Public Sector Information. Race relations (Amendment) act 2000 (C.34). Available from: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2000/34/pdfs/ukpga_20000034_en.pdf. Accessed date: 2013 September 9.
 33. Richardson K, Fulton R. Towards culturally competent advocacy: meeting the needs of diverse communities. 2010. BILD Available from: <http://www.gain.org.uk/documents/culturalcompetencypaper.pdf>. Accessed date: 2013 September 13.
 34. U.K. Gov. Department of Health Equality Objectives 2012 to 2016. 2012. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216801/DH-Equality-Objectives-Action-Plan.pdf. Accessed date: 2013 September 13.
 35. Department of Health. NHS constitution for England. 2009 London, Department of Health. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_093442.pdf. Accessed date: 2013 September 13.
 36. Local Government Ombudsman/Parliamentary and Health Service Ombudsman. Six lives: the provision of public services to people with learning disabilities. 2009. Available from: http://www.ombudsman.org.uk/improving_services/special_reports/hsc/six_lives/index.html. Accessed date: 2013 September 13.
 37. Evans N, Menaca A, Andrew EV, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, et al. Systematic review of the primary research on minority ethnic groups and end-of-life care from the United Kingdom. *J Pain Symptom Manage* 2012 Feb; 43(2): 261-286.
 38. מדינת ישראל. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994. Available from: http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
 39. מדינת ישראל. משרד הבריאות. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996. Available from: http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Zchuyot_01.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
 40. משרד הבריאות. האגף לכלכלה וביטוח בריאות. אי-שוויון בבריאות 2012. available from: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/briut_sofi2.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
 41. משרד הבריאות. האגף לכלכלה וביטוח בריאות. אי-שוויון בבריאות 2010. Available from: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/econ_briut_sofi.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
 42. משרד הבריאות. חוזר מינהל הרפואה. בתי תפילה למוסלמים. חוזר 40/2013. Available from: http://www.health.gov.il/hozer/mr40_2013.pdf. Accessed date: 2013 December 15.
 43. בר-רצון ע, דרייה י, וירטהיים א, פרלמן ל, גרוזמן ק, רוזנבוים ז ואח'. אקדמיצייה של בתי חולים – ניסיון שירותי בריאות כללית. 2011. הרפואה (4): 150

44. משרד הבריאות. מינהל הרפואה. אגף לרפואה כללית. דף הבית Available from: <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/Relalit/Pages/default.aspx>. Accessed date: 2013 December 15.
45. משרד הבריאות. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. אי-שוויון בבריאות. Available from: <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2013.pdf>. Accessed date: 2013 December 15.
46. המרכז הבין-תרבותי לירושלים. כשירות תרבותית במערכת הבריאות. 2013. Available from: <http://jicc.org.il/subActivity.asp?activityID=12>. Accessed date: 2013 December 15.
47. דף הבית. 2013. Available from: <http://www.tene-briut.org.il/>. Accessed date: 2013 December 17.
48. המרכז הבין-תרבותי לירושלים. הטמעת כשירות תרבותית בארגוני בריאות. 2013. Available from: <http://jer-icc.org/blog/wp-content/uploads/2013/08/16og15hxn15id795d7a0d799-d791d7a8d799d790d795d7aa-d79ed793d7a8d799d79a-d79ed7a8d795d79bd796-d799d795d79cd799-2013.pdf>. Accessed date: 2013 December 15.
49. דיין נ, ניראל נ. רפואה שלמה: תוכנית לקידום בריאות יוצאי אתיופיה ברפואה ראשונית. בתוך: לשם א, רואר-סטריאר, ד. (עורכים). שונות תרבותית כאתגר לשירותי אנוש. 2004. ירושלים: הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית. עמ' 345-359.
50. סדנת הלימה תרבותית בבית החולים אל"ן. 2013. Available from: <http://www.alyn.org.il/%D7%A1%D7%93%D7%A0%D7%AA-%D7%94%D7%9C%D7%99%D7%9E%D7%94-%D7%AA%D7%A8%D7%91%D7%95%D7%AA%D7%99%D7%AA-%D7%91%D7%91%D7%99%D7%AA-%D7%97%D7%95%D7%9C%D7%99%D7%9D-%D7%90%D7%9C%D7%99%D7%9F>. Accessed date: 2013 December 11.