



GAZIANTEP UNIVERSITY JOURNAL OF SOCIAL SCIENCES

Journal homepage: <http://dergipark.org.tr/tr/pub/jss>



Araştırma Makalesi • Research Article

Mekân, Dijital Hastane ve Hekimlik Mesleği¹

Space, Digital Hospital and Medicine Profession

Dilek ALDEMİR^a Emin YİĞİT^{b*}

^a Sosyal Çalışmacı, Söke İlçe Sağlık Müdürlüğü, Aydın / TÜRKİYE

ORCID: 0000-0002-5424-5869

^b Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Aydın / TÜRKİYE

ORCID: 0000-0002-1199-6988

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:

Başvuru tarihi: 7 Kasım 2022

Kabul tarihi: 22 Aralık 2022

Anahtar Kelimeler:

Mekân,

Dijital hastane,

Hekimlik,

Gözetim,

Mahremiyet

ARTICLE INFO

Article History:

Received: November 7, 2022

Accepted: December 22, 2022

Keywords:

Space,

Digital hospital,

Medical practitioner,

Surveillance,

Privacy

ÖZ

Üretim sürecini tamamen değişime uğratan endüstri 4.0, sadece akıllı ve bağlantılı sistemler ile ilgili değildir. Endüstri 4.0, dizilemeden nanoteknolojiye kadar birçok alanda dijital teknolojilerin iç içe geçip kaynaşmasını ve karşılıklı etkileşimlerini kapsarken bu teknolojik dönüşümün tamamına neoliberal küreselleşme eşlik etmektedir. Süreç ekonomik, siyasal, sosyal, kültürel ve mekânsal dönüşümler üzerinde belirleyiciyken neoliberal politikaların merkezinde yer alan özelleştirme, piyasalaştırma ve serbestleştirme uygulamaları ile devletler hizmet sunumundan ya görece olarak çekilmiş ya da bu alanlardaki hizmet sunumunda dönüşüme gitmiştir. Böylece sağlık, eğitim vb. gibi alanlar piyasa dinamiklerine göre yeniden yapılandırılmış ve “sağlık”, sermaye birikiminin bir aracı hâline getirilmiştir. Dolayısıyla dijital teknolojilerin gelişmesi, kapitalizmin küreselleşmesi ve devletin neoliberal bir anlayışla yeniden biçimlendirilmesi sürecinde sağlık hizmeti sunumu, tüm failleri ve aktörleriyle birlikte tekrardan sorgulanmalıdır. Nitekim dijital hastane konseptinde bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla dönüşümler yaşanmaktadır. Yaşanan dönüşümlerin ürettiği gelişmelerin meşruiyeti, tartışmalara açık bazı dinamikleri (profesyonelizmin yitimi, yeni gözetim ve denetim pratikleri, mahremiyet ihlalleri gibi) üretme potansiyeli barındırmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmada, dijitalleşmenin ve neoliberal kapitalizmin mekân olarak hastaneyi, hastayı ve hekimlik mesleğini nasıl dönüştürdüğü irdelenmektedir. Yine bu çalışmada hekimlik pratiklerinin dönüşümü ve profesyonelizmin yitimi, yeni gözetim ve denetim pratikleri ile mahremiyet tartışılmaktadır.

ABSTRACT

Industry 4.0, which has completely transformed the production process, is not just about smart and connected systems. While industry 4.0 includes the intertwining and fusion of digital technologies in many fields from sequencing to nanotechnology, and also includes the mutual interactions, those digital technological developments are accompanied by the neoliberal globalization process. With the practices of privatization, marketization and deregulation which are at the center of neoliberal policies, states have either relatively withdrawn from service provision or have transformed their service provision in these areas, while the process was decisive on economic, political, social, cultural and spatial transformations. Thus, areas such as health, education, etc. have been restructured by basing on market dynamics and ‘health’ became a means of capital accumulation. Therefore, in the process of the development of digital technologies, the globalization of capitalism and the reshaping of the state with a neoliberal approach, health care delivery should be re-examined altogether with its agents and actors. As a matter of fact, transformations are taking place in the digital hospital concept through information and communication technologies. The legitimacy of the developments produced by the transformations has the potential to produce some controversial dynamics (such as the loss of professionalism, new surveillance and control practices, violations of privacy). In this regard, it is examined in this paper that how digitalization and neoliberal capitalism transform the hospital as a space, the patient and the medical profession. Accordingly, the transformation of medical practices and the loss of professionalism, new surveillance and control practices and privacy are discussed.

¹ Bu makale, Dilek Aldemir’in Dr. Öğr. Üyesi Emin Yiğit danışmanlığında hazırladığı “Dijital Hastane ve Hekimlerin Tıbbi Profesyonelizmleri” başlıklı yüksek lisans tezi temele alınarak yazılmıştır.

* Sorumlu yazar/Corresponding author.

e-posta: yigitemin@yahoo.com, eyigit@adu.edu.tr

EXTENDED ABSTRACT

Together with industry 4.0, where at the point the technological transformation is became, the processes that are connected to each other become communicated and the interaction of the machine and the individuals comes into prominence and, the objects communicating over the internet collect data. Industry 4.0, which also completely changes the production process, is not only about smart and connected systems, but its scope is much wider. Therefore, industry 4.0 includes the intertwining and fusion of technologies in many fields from gene sequencing to nanotechnologies, while it includes the mutual interactions of these technologies in physical-digital-biological fields. Current developments are marked by the neoliberal globalization process, in which supranational organizations and multinational companies are decisive and nation-states are repositioned in parallel with digital technological developments. As a result of capitalism reproducing itself through neoliberal policies, economic, political, social, cultural and spatial transformations are experienced all over the world. Therefore, areas such as health, education etc. have been restructured according to market dynamics and 'health' has become a means of capital accumulation. In the digital technological development process, the globalization of capitalism and the reshaping of the state with a neoliberal approach, health care delivery should be re-examined altogether with its agents and actors. While the main dynamics of global neoliberalism and the market mechanism, together with the benefits of digitalization are decisive on health policies, healthcare spaces and health services, they also reproduce medical practices. Today, objects communicating over the internet collect data, and human-machine-data gains meaning in an integrated way. The spread of technology and digital capitalism to health brings with it the integration of medical technologies and information and communication technologies into the field of health. Thus, the determinant of technology on health components (such as physician, place, nurse, etc.) is increasing. As such, the impact of these technologies on institutional arrangements, the organization of health services, professional work and practices, medical practices, patients' treatment processes and management is inevitable. On the other hand, with the Health 4.0 process, it is argued that with the advancement of health informatics, health systems are smarter and more automatic, equipped with early diagnosis, warning systems and predictive strategies, and new information can be obtained on the diagnosis and treatment of diseases with the development of new medical devices, equipment and tools. While the process affects the space, service and institutional organization, the profession of medicine and surveillance and control practices continue to evolve. At this stage, both life and decision-making styles are transformed by digitalization, and we are entering a process where the access is extremely fluid. Now, space-specific health spaces (digital hospitals) have attained a nature consisting of "flows" organized over information-based networks, and the space of flows has established a structural dominance. On the other hand, occupations cannot be performed as detached from anything but on the contrary both occupations and the occupational groups are affected from all social, economic and cultural processes. Power, surveillance, control, medical professionals, individuals, communication and consumption are transformed and embodied in spaces, both with the organization of information through networks of space and with the transformation of traditional medicine depending on medical technological developments. In fact, in a sense, there is an institutionalization of practices with spatial structuring. As a result of transformation, privacy becomes questionable through practices such as coding, simplification, digitization and readability, and surveillance and control practices deepen. Depending on studies such as the Health Transformation Program and the strategic plans of the Ministry of Health in Turkey, the use of both medical technologies and Information and Communication Technologies has increased and research on digital hospital have accelerated. As a matter of fact, the developments produced by the transformations in the digital hospital concept through Information and Communication Technologies have the potential to produce some controversial and debatable dynamics (such as loss of professionalism, new surveillance and control practices, violations of privacy). This study is based on a more holistic perception of recovery without reducing it to medical technology and spatial equipment, unlike the tendency that perceive the patient and space (the digital hospital) as commodities, Therefore, in this paper, while examining how digitalization and neoliberal capitalism transform the hospital as a place, patient and the medical profession, the institutionalization of medical practices, the loss of professionalism, new surveillance and control practices, and privacy issues are discussed. The fieldwork was carried out in Tire State Hospital, which is the first and only digital hospital in Turkey to receive the title of "Level 7", using in-depth interviews with the participation of 31 medical doctors in October and December 2019.

Giriş: Neoliberal Süreçte Enformasyonel Bir Mekân Olarak Dijital Hastane

Mekânın fiziksel, toplumsal ve düşünsel boyutlarına gönderme yapan Lefebvre'e (2016) göre mekân tümleşik anlaşılmalıdır. Her tarihsel dönem, her ideoloji kendini üretebilmek için mekânı da üretmiştir. Mekân sadece bir ürün olmadığı gibi üretim ilişkilerini de sistematik olarak içermektedir. Örneğin mekânın teknoloji ile ilişkiselliği onu farklı bir çıktı hâline getirmektedir. Bu bağlamda bir meta olarak üretilen mekân (Madanipour, 1996; Akt. Çetin, 2008) "*dijital kapitalizm*"le son derece ilişkilidir. Dolayısıyla 20. yüzyılın sonlarında yaşanmaya başlanan teknolojik devrim süreci ve enformasyon toplumu, farklı yerlerdeki mekânların birbirlerine eklemlenebilmesini ve ekonomik, sosyal, kültürel etkileşimlerin iç içe geçmesini sağlarken yerellikten küreselliğe evrilen bir mekân anlayışını hâkim kılmıştır (Gökşen, 2020). Nihayetinde tüm mekânların ve kurumsal örgütlenmelerin kendi aralarında ve kendi içlerinde bir ağ şeklinde örgütlendiği, bilgi/veri akışlarından oluşan ağlarla örülmüş bir yapının hâkim olması söz konusudur. Bu hâkim yapıda rutin işleyişin gerçekleştirildiği uzamlar ise fiziksel olarak birbirinden ayrılmaktadır. Hâliyle *tele-çalışma*, *e-devlet*, *e-hizmet*, *e-iş*, *tele tıp* gibi uygulamaların yaygınlaşmasıyla, zaman daha esnek bir hâl alırken mekân, alışık olunan yerler mekânı değil "*akışlar mekânı*" hâline gelmektedir. Akışlar mekânı, yeni değerler ve anlamlara dayalı mekânsal pratikleri -ve hatta mesleki pratiklere dayalı yeni kurumsallaşmaları- üretmektedir. Bu süreç, mekânın da tekrar üretimini doğurur. Dijital teknolojiler, mekân ve gündelik pratikler arasındaki karşılıklı üretim benzer şekilde neoliberal politikalar, dijital teknolojiler ve mekân ilişkiselliği için de geçerlidir.

Piyasanın hedefi durumuna gelen, sermaye birikimine katkı sağlayan, meta karakterine bürünen sağlık hizmetleri ve sağlık mekânlarında sermaye, yeni mekânsal sabiteler imkânı bulabilmektedir. Bu kapsamda dijital hastanede, hastanedeki tüm bilgi sistemlerinin birbirleriyle entegre bir şekilde çalışması; her çeşit tıbbi cihazın bilgi yönetim sistemine ağlarla veya sensörlerle bilgi/veri iletebilmesi; çalışanlarla hastaların yetkileri ve onamları kapsamında bu sistemde bulunan bilgilere/verilere hastane veya hastane dışından ulaşabilmeleri (Sağlık Bakanlığı, 2019), Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin (BİT) ve yazılımın kullanım yoğunluğunu gösterir. Bu işleyişte bir yandan hastane formu, tek ve evrensel bir kalıba bağlı olmaksızın mekânsal açıdan ciddi bir dönüşüm geçirirken diğer yandan ise mekânlar arasında karşılıklı etkileşime yapılan vurguyla uzamsal davranış kalıpları, akışlar uzamının oluşmasının ardındaki mukabele ağına dönüşmüş olmaktadır (Castells, 2008). Tam da bu noktada dijital hastane formu enformasyonel mekâna işaret etmektedir. Ortaya çıkışı esas olarak enformasyon akışıyla hem mekânın içine hem de mekânın dışına taşınan potansiyellerle mekânı eskisinden fazla çeşitlendirerek, dönüştürerek ve doldurarak yeni anlamlar (Kaymaz Koca, 2015:1) katmaktadır.

Enformasyonel bir mekân olarak dijital hastane, fiberoptik ağlar, bilgisayar ağları ve diğer tıbbi teknolojiler ile donatılmış, bilgiye/veriye dayalı faaliyetler için inşa edilmiş, ağlar etrafında örgütlenmiş akışlardan oluşan doğaya (Castells, 2008) sahiptir. Bu bağlamda enformasyonel bir mekân olarak dijital hastane akışlar uzamının yapısal hâkimiyetini taşıyan bir süreç (Castells, 2008) şeklinde ifade edilebilir. Hâl böyle olunca günümüzde küreselleşme, endüstri 4.0 ve teknolojik gelişmeler ile dijital görünüm kazanan üretim, dolaşım ve tüketim süreçlerinin kapitalist sisteme gün geçtikçe daha fazla eklemlenmesiyle sağlık sistemi, sağlık mekânları, sağlık hizmetleri bu sistemin gereklerine uygun biçimlenmeye başlamıştır. Açık ki geçmişten bugüne her toplum ve her üretim biçimi, kendi mekânını üretmekte böylece de her özgül üretim biçimi ile sosyal yapı, kendine özgü bir zaman, mekân pratikleri ve kavramlar bohçası içermektedir (Çetin, 2008).

Mekân Olarak Dijital Hastane, Hekim ve Hasta

Dijitalleşme, verilen sağlık bakım hizmetlerini hastane dışına taşıyarak birbirinden uzak mesafede bulunan sağlık çalışanları ile hastane birimlerini birbirine bağlamaktadır. Ek olarak dijital hastanelerde, *e-sağlık/e-nabız* ve *e-devlet* sistemleri ile bilgi/veri alışverişinde bulunulabilmektedir (Zehir, 2017). Böylece geleneksel hastanelerde, hasta-hekim-mekân üçlüsü etkileşim hâlindeyken dijital hastanelerde, hasta-makine-veri birlikteliği hasta-hekim-mekân üçlüsünün arasına elektronik bariyerleri sokmuştur. Aynı zamanda dijitalleşme ve BİT, mekân olarak hastaneyi egemenliği altına alırken mekânsal duvarları ise yıkmaktadır. Mekânın sınırları aşındırılırken zaman aracılığıyla mekân yok edilmektedir (Harvey, 2010). Durum böyle olunca dijitalleşmeye bağlı olarak “zaman-mekân sıkışması” (Harvey, 2010:270) ‘*dijital hastaneye*’ hız katmakta; başka bir ifadeyle işler/işlemler/uygulamalar hızlanmaktadır. Kaydetme, tasnif etme, depolama, verilerin işlenmesinin kâğıda dayalı belgeleme yerine -BİT ve bilgi sistemlerinin de vasıtasıyla- dijital belgeleme ile yapılması hızın en büyük nedenidir.

Dijital belgelemede hastaların, yurttaş yerine daha çok kodlanmış numara/harf serileri ile değerlendirilmesi söz konusudur. Bu durum gerek kamu, gerek özel, gerekse de sanal ortamdaki hizmetlerden yararlanmak için kimlik numarasına sahip olmayı gerektirmektedir. Böylece bireyler, kod veya parolalar ile varlık kazanmakta ve hem sanal hem de gerçek yaşamda şifreleme düzeni içine yerleştirilmektedirler. Hastanelerde, etkili ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulması, maliyet ve kaynak kullanımında verimliliğin artırılabilmesi vurgusuyla DSÖ kaynaklı Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Disease-ICD) ve Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Bu sınıflandırmalar gereğince hastaların birer koda ya da sayıya dönüşmesi söz konudur. Anlaşılacağı üzere tüm yaşamda olduğu gibi sağlık kurumlarında da bilgi ve enformasyonun işlendiği süreçlerin hızlı bir şekilde sayısallaşmasıyla birlikte bu süreçlerde yer alan özne, nesne, olgu ve olayların sayısal karşılıkları ya da kodları var olmuştur. Böylece numaralarla temsil edilen, insana has ruh, kişilik, karakter gibi kişisel özellikleri ile özne olma durumundan nesne olma durumuna gelen (Arslantaş-Toktaş vd., 2012) ve e-sistemlerde bilginin nesnesi konumunda olan hastalar, pasif olduğu ve özne olamadığı için bilginin etkileyicisi de olamamaktadırlar (Lyon, 1997). Öte yandan bu sayısal yaşam, pratik paylaşıma imkân sağlamanın yanı sıra sayısal yaşamları kayıt altına alma, sınıflandırma, ayırıştırma, işaretleme, tanımlama, etiketleme/fişleme, takip etme ve gözetleme imkânı da sunmaktadır.

Diğer bir açıdan bakıldığında ise hastaların ICD ve TİG’e göre sayısallaştırılmasına (sayı/kod olarak) ilişkin işlemler, muayene, tanı koyma, tedavi, operasyon gibi hekimlerin meslekleri gereği yaptıkları uygulamaların yanına yeni işler ve memuriyetler eklemektedir. Sayısallaştırma işleminin, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sağlık kurumları ve eczanelere ödeme yapılmasında kullanılması hasta ile hekim arasında olması gereken özne-özne ilişkisini de dönüştürmektedir. Diğer yandan tıbbi cihazlar, hatta teşhis ve tedavi algoritmaları, karar destek sistemleri hekimlerin fiziki muayene, öykü alma gibi önemli eylemlerinin yerine geçmektedir. Bu da beraberinde mesleki olarak kendilerini gerçekleştirmelerine imkân sunan hizmet alanlarına, hizmet biçimlerine yabancılaştırmakta ve hekimlerin “geleneksel yaklaşımlarını” yok etmektedir. Böylelikle hekimlerin, özne-özne ilişkisi neticesinde hastalardan aldıkları öykülerle keşfetmek, öğrenmek, zenginleşmek imkânlarını pasifize eden, yalnızca sayılar ve yüzdelerde karşılık bulan hekimlik işi yapılıp olmuştur. Dolayısıyla hasta ile hekim arasına gerek tıbbi cihazların gerekse BİT’in yanı sıra tedaviyi planlama ve uygulama sürecinde, algoritmalarla karar destek sistemlerinin girmesi hekimleri elle muayene ve dokunmaya dayalı deneyimlerine, hastalarına ve olgu üzerine analitik düşünmeye yabancılaştırmaktadır. Aynı zamanda birer tanı kodu ile anılan hastalar nesneleşmekte, hasta-hekim arasındaki iletişim sekteye uğramaktadır. Hekimlerin, elle

muayenelerine ek olarak keşfeden hekimlik yönü kaybolmakta ve “*algoritmik hekimlik*” gelişmektedir.

Diğer taraftan dijital hastanelerde *tele tıp* ve *mobil tıp* uygulamaları ile zaman ve mekân kavramı geleneksel hastanelerden farklılaşmaktadır. Geleneksel hastanelerde bir hekim hastasının filmini değerlendirmek için eylemin gerçekleştiği mekânda yani hastanede bulunması gerekirken dijital hastanede ise artık *tele-tıp* ve *mobil-tıp* uygulamaları ile uzaktan bağlanarak hastaya ilgili bilgileri/verileri görebilmekte, hastasının tedavisini düzenleyip ilaçlarını yazabilmektedir. Hatta 5G teknolojisi sayesinde hekimler uzaktan bağlantı ile robotu manipüle ederek ameliyat dahi yapabilmekte yani elektronik bariyerlerin arkasından işlemlerini gerçekleştirebilmektedirler. Dolayısıyla önceleri nesnelere el altında, istenildiğinde dokunulup kullanılacak uzaklıktayken günümüzde nesnelere insanlar arasına elektronik bariyerler girmiştir. Böylece *tele-tıp* ve *mobil-tıp* uygulamaları sayesinde mekânsal sınırlar ortadan kalkmakta “*zaman mekân sıkışması*” (Harvey, 2010: 270) yaşanmaktadır. Dolayısıyla mekân alabildiğine daralmaya başlamakta ve hekim hastane ortamına gelmeden hastaya ilişkin süreci ilerletebilmektedir. Ancak *tele-tıp* ve *mobil-tıp* uygulamalarının getirdiği rahatlığın, kolaylığın, özgürlüğün ve hızın yarattığı yanılısama, hekimlerin özel mekânlarında özel zamanlarının işgal edilmesini doğurmaktadır. Hekimlerin özel mekânları/zamanları ile kamusal mekânları/zamanları arasındaki sınır bulanıklaşmaktadır. Aynı zamanda özgür eylemden soyutlanan hekimler sürekli olarak gözetim ve denetim altındadırlar. Açıktır ki hekimler bir nevi “*kapatılmakta*” (Foucault, 2020) ve her ne kadar fiziksel olarak dışarıda olsalar da bir güç tarafından denetlenmektedirler.

Dijital Hastanede Gözetim, Denetim ve Mahremiyet Üçgeni

Hastaların birer özne aynı zamanda nesne şeklinde kodlandığı toplumsal alan; güç ve gerilim ağı üretmektedir. Bunun oluşturduğu iktidarın bir kısmı makede, mimaride veya farklı araçlarda cisimleşmektedir (Gerrie, 2003). Sistem içindeki bilgi/veri gözetimi sadece hastaya ilişkin değildir. BİT ve bilgi sistemlerinin etkisi ile geliştirilen bu gözetim biçiminde hekimler ve hekim dışı sağlık çalışanları sıkı bir biçimde elektronik panoptikonla denetlenir olmuşlardır (Özcan, 2014). “Hız”ın ve “iş yoğunluğu”nun öncelendiği sistemde hekimler ve hekim dışı sağlık çalışanları hiç boş kalmamakta, robotvari şekilde otomatik olarak devamlı prosedürleri yerine getirmekte, tüm yaptıkları iş/işlem/uygulamalar kayıt altına alınmakta ve bu bilgiler/veriler (toplam muayene sayısı, ilk muayene zamanı, son muayene zamanı, ortalama muayene süresi, reçete sayısı gibi veriler) Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi’nde (SBYS) oluşturulan “Yönetici Takip Ekranı” ile yöneticiler tarafından takip edilmektedir. Dolayısıyla BİT ve bilgi sistemleri bir yandan elektronik gözetimi yaygınlaştırırken diğer yandan da hekimleri ve hekim dışı sağlık çalışanlarını ölçülebilir hâle getirmektedir. SBYS üzerinden denetlenmeye ek olarak hastalar ve yakınları hem hasta çağrı ekranlarından hem de barkod üzerinden hekimlerin performanslarını ve zamanlarını denetleyebilmektedir. Aynı zamanda belirli dönemlerde hastalara telefon açılmak suretiyle, aldıkları hizmetleri geriye dönük olarak değerlendirmeleri istenmekte böylece hastalara ve yakınlarına bir nevi denetçi rolü biçilmektedir. Bu durumda hekimler üzerinde yaşamlarının bütününe yayılarak içselleştirilmesi sağlanan denetime dayalı bir iktidar alanı oluşturulmaktadır. Süreç, yeni bir iktidarın doğmasını ve iktidarın görünmez bir form kazanmasını (Sennett, 2008) mümkün kılmaktadır. Panoptik gözetimin hekimlerin evlerinin içerisine kadar girmesi ile oluşturulan bu yeni denetim biçimi, hekimlerde her an her yerde gözetlenme farkındalığı oluşturmakta ve hekim emeğinin disipline edilme süreçlerini de beraberinde getirmektedir.

Dijital hastanede BİT sayesinde bireyselleştirilen ve görünmez bir hâl alan denetim ile iş, zaman üzerinden kontrol edilip örgütlenmektedir. Bir çalışanı bir başka çalışan gözetlerken hekimlerde hem gözetlendikleri bilgisi/algısı yerleşmekte hem de gözetim pratikleri,

hekimlerin üzerinde ayrımcılaştırıcı ve yargılayıcı bir görünürlük ortaya çıkarmaktadır (Foucault, 2015). Aslında gözetim ve denetim sadece hekim için değil hastalar da dâhil sürecin tüm aktörleri için geçerlidir. Aynı zamanda *tele tıp* ve *mobil tıp* uygulamaları, hekimlerin inisiyatiflerini ve özerkliklerini yok ederken hekimleri disipline etme ve hekimin emeğine içkinleşmemesi riskini üretmektedir. Bu düzenlemeler mekânın neoliberal tasarımı adına son derece işlevseldir ki endikasyonsuz müdahaleler ve malpraktislerin arttığı, etik dışı uygulamaların yaygınlaştığı tartışmaları ile hastane bilgilerindeki/verilerindeki (tetkik, yatan hasta, konsültasyon) artış bu bağlamda değerlendirilebilir.

Elbette ki sağlık hizmetleri esnasında kaydedilen sağlık bilgilerinden/verilerinden, tedavinin devamlılığında, bilimsel ve istatistiksel değerlendirmelerde, toplumun sağlık durumunun takibinde, toplum sağlığının korunmasında, hukuksal anlamda belge-delil oluşturmada, sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı yürütülmesinde, planlanma, finansman ve sağlık politikaları oluşturulmasında yararlanılmaktadır (Yüksel, 2019). Ancak *dijital hastanelerde* BİT ve bilgi sistemlerinin yarattığı dönüşümlerin sonuçları, verilerin güvenliği ve mahremiyet ihlalleri gibi tartışmaları beraberinde getirmektedir. Her ne kadar ‘bilgi/veri güvenliği’nin, siber güvenlik, bilgi/veri gizliliği sözleşmeleri veya yasal düzenlemeler gibi güvenlik zırhlarıyla sağlandığı iddia edilse de bilgi/veri son kertede depolanmaktadır ve verilerin bu noktada kullanım tasarrufu depolayanın elindedir. Aynı zamanda bilgilerin/verilerin özel girişimler arasında olduğu kadar özel sektörden kamuya ya da kamudan özel sektörlere devamlı akış hâlinde (Solove, 2004) olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla hastaların kişisel bilgilerinin/verilerinin ulusal ve uluslararası kapsamda ticari meta olarak paylaşılabilmesine veya kullanılabilmesine ilişkin zemin hazırdır. Bu kapsamda, tıbbi veriler, hastalar ve hastalıklar metalaşma riski taşıırken sağlık ve sağlık sigortası uygulamaları üzerinden kategorize edilen bireyler, riske ve bilgiye/veriye dayalı olarak kodlanabileceklerdir. Bağlı olarak bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde zaten var olan farklılıklar ve eşitsizlikler daha da derinleşebilecektir. Bu da daha fazla dâhil etme ve dışlama biçimlerinin güçlenmesine yol açma potansiyeli taşımaktadır (Ajana, 2016).

Açıktır ki bireylerin en mahrem sağlık bilgilerinden harcamalarına kadar bütün yaşamı, üretim ve tüketim döngüsünün modeli şeklinde tasarlanmakta ve biyoiktidarın bir nevi dispozitif hâlini almaktadır (Çankaya ve Ekiz, 2018). Artık geline nokta bilgi/veri gözetimi, bireylerin/hastaların yaşam rutinlerine öylesine yerleşmiştir ki bireyler/hastalar gözetimin farkına varmadıkları gibi olağan bir süreç gibi karşılamaktadır da. İşlem sırasında rutin bir gereklilik olarak verilen bilgi/veri (muayene sırası alırken telefon numarasını verilmesi, adres bilgilerinin verilmesi gibi), uzun süre kayıt altında tutulabilir, bireyin rızası dışında kullanılabilir, başka bir kurumsal mekanizmaya aktarılabilir durumdadır. Dolayısıyla katılımcı kültürle kullanıcı türevli içeriğin üretimi imkânı üzerinden gerçekleşen yeni kamusal alanda, iktidar kaynakları tarafından “*dijital gözetim/veri gözetimi*” altında kayıtlanan bireylerin, verileri eşleştirilmekte, veriler aracılığıyla “geçer” ve “geçer olmayan” şeklinde profillemeye yapılmakta ve bireylerin fiziksel bedenlerinin “*dijital bedenlere*” dönüştürülmesiyle fiziksel bedenlerin “*dijital veri ikizleri*” üretilmektedir (Binark ve Altıntaş, 2016). Profillemeler veya tasnif/işaretleme yapılan bilgiler/veriler tek bir tuşla çağrılabilmekte hatta bilgi/veri sahibi hastalardan da habersiz bir şekilde bürokratik ağlarda her daim çağrılmaya hazır bulunmaktadır (Abalı Akgül, 2018). Hâliyle oluşturulan bu “*veri ikizleri*” bireylerin/hastaların yaşamlarını etkileme potansiyeline sahiptir. Bireylerin/hastaların kişisel dokunulmazlıkları ve bütünlükleri, kişi hakları, özerklikleri, özgürlükleri, mahremiyetleri, itibarları zarar görebildiği gibi kendisi hakkında geçer bir profillemeye yapılmayan hastalara bürokratik engellere takılabilmektedirler. Hatta hastaların önyargıya, damgalanmaya, dışlanmaya, ayrımcılığa, aşağılanmaya maruz kalması dahi söz konusu olabilmektedir. Elbette

sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin tüm süreçlerin, insan onuruna ve kişi özerkliğine saygı gözetilerek yerine getirilmesi önem arz etmektedir. Yasal düzenlemeler öncesinde, hastaların kişisel sağlık bilgilerinin korunması hekim ile hasta arasında oluşturulan güven değeri üzerinden yani hekimin sır saklama yükümlülüğü ile sağlanırken hasta ile hekim ilişkisinin çok boyutlu hâle gelmesiyle bilgilerin korunması zorlaşmaktadır (İzgi, 2014). Öte yandan kişisel sağlık verilerinin gerek toplanması, gerek dosyalanması, gerek paylaşılması gibi veri süreçlerinde yer alan yasal düzenlemelerdeki istisnai hâller bireylerin/hastaların haklarını ihlal hattına taşıma riskini barındırmakta ve yasal mekanizmaların bir denge kurmasını güçleştirmektedir (Mattelart, 2012). Yani sağlığın verileştirilmesiyle birlikte kişisel verilerin korunması adına yapılan yasal düzenlemeler nüfusun sağlığı ve eğilimlerine ilişkin tüm bilgilerin/verilerin gerekli olduğunda kullanılmasını mümkün kılmakta iken aynı zamanda ise bireylerin/hastaların temel haklarına, özerkliklerine, mahremiyetlerine, özgürlüklerine, onurlarına zarar verme ihtimalini barındırmaktadır.

Yöntem ve Teknik

Küresel neoliberalizm ve piyasa mekanizmasının ana dinamikleri, dijitalleşmenin getirileriyle birlikte sağlık politikaları, sağlık mekânları, sağlık hizmetleri üzerinde belirleyici olurken hekimlik pratiklerinin de yeniden üretimini beraberinde getirmektedir. Unutmamak gerekir ki günümüzde internet üzerinden birbirine bağlı dijital donanımlar veri toplamaktadır. Böylelikle birey/hasta, dijital teknolojiler, bilgi/veri, mekân/hastane tümleşik bir şekilde anlamlandırmakta ve yapısal dinamiklerden hem beslenmekte hem de yapısal dinamikleri tekrar üretmektedirler. Faillerin karşılıklı olarak birbirini ürettiği böyle bir yapıda bu çalışmanın sahasına bir düzlem içinde değil, sahayı sarmalayan ilişkisellikler üzerinden bakılmıştır. Bununla birlikte yapısal arka planın belirleyiciliği de dışarıda bırakılmamıştır. Dolayısıyla çalışmada, hastanın, hastalığın ve mekânın (dijital hastane) meta olarak kurgulanması eleştirisine odaklanılırken, “iyileşme” süreçleri, yalnızca tıbbi teknoloji ve mekânsal donanımın niteliğine indirgenmemiş, daha bütüncül algılanmış ve tüm faillerin, süreçlerin “iyileşme”deki belirleyiciliği dikkate alınmıştır. Bu bağlamda çalışmada dijitalleşmenin ve neoliberal kapitalizmin mekân olarak hastaneyi, hastayı ve hekimlik mesleğini nasıl dönüştürdüğü irdelenirken, hekimlik pratiklerinin “yeni kurumsallaşması”, profesyonelizmin yitimi, yeni gözetim ve denetim pratikleri ile mahremiyet tartışılmaktadır.

Çalışmanın alan araştırması Türkiye’nin “Seviye 7” unvanını alan ilk ve tek dijital hastanesi olan Tire Devlet Hastanesi’nde 2019 yılının Ekim ve Aralık aylarında 31 hekimin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, enformasyonel bir mekân olan dijital hastanenin, hekimlik pratiklerinin dönüşümünün, gözetim ve denetim pratiklerinin, mahremiyetin hekimlerin gözünden nasıl görüldüğüne ilişkin gerçekliğin yorumlanmasına ve algılanmasına dair geniş bir niteliksel veri tabanı sunan derinlemesine mülakat tekniği kullanılmıştır. Derinlemesine mülakatlar, araştırma problemine cevap üretecek “temalar” üzerinden yapılmıştır. Sahadan gelen veriler sistematik biçimde bir araya getirilmiş ve çalışmanın amaçları çerçevesinde irdelenmiştir. Bu makalede ise “temalar” aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- 1-Tüketim Mekânı Olarak Dijital Hastane, Mekânsal Donanım ve Hekimler
- 2- Enformasyonel Mekân, Hekimlik ve Özne Olarak Hasta
- 3- Gözetim, Mahremiyet, Denetim Bağlamında Mekân ve Hasta

Tüketim Mekânı Olarak Dijital Hastane, Mekânsal Donanım ve Hekimler

Muayenehanelerde hekimler tarafından sahip oldukları az miktardaki teçhizat ile bir zanaatkâr edasıyla gerçekleştirilen tıbbi bakım, modern hastanelerin inşası ve modern tıp

eğitimiyle birlikte teknolojinin ve sonrasında sağlık sermayesinin hâkimiyetine girmektedir. Dolayısıyla sağlık sermayesinin ilgisini çeken bu alan ve mekânlarda sermayenin yoğunlaşması, hizmet üretiminin kontrolünün hegemonikleşmesini de beraberinde getirmektedir. Kapitalist üretiminin öznesine dönüşen sağlık hizmetlerinin metalaşmasıyla beraber ise hizmet üretiminin ana amacı sağlıktan ziyade kâr olmaktadır. Çünkü kamusal bir hizmet olması gereken sağlık hizmetleri sunumunda neoliberal politikalara bağlı olarak özelleştirme, piyasalaştırma ve serbestleştirme uygulamaları hâkim paradigma hâline gelmiştir.

Hastaların tedavileri ve bakımlarının sağlanması amacıyla inşa edilmiş olan (Karahana, 2008) hastanelerin, tıbbi teknolojilere entegre dijital bir yapıya kavuşturulması önemliyken neoliberal anlayış, hastane mekânına yönelik düzenlemelerde/konseptlerde/anlayışlarda sermaye aklı dönüşümleri temele alınmaktadır. Dolayısıyla geleceğin hastaneleri olarak lanse edilen dijital hastanelerde gelişmiş tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemleri ile multidisipliner teşhis ve tedavi yöntemleri, maksimum konfor ve kaliteyle beraber sunulurken bu durum hastanelere yeni imaj kazandırmaktadır. Nitekim oluşturulan yeni düzenlemelerin/konseptlerin temelinde, müşteri memnuniyetinin artması arzusu yatmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunda uluslararası göstergelerdeki standartlara uygun şekilde teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra bütün hizmet süreçlerinde hastaların ve hasta yakınlarının beklentileri, gereksinimleri ile memnuniyetlerinin tam olarak karşılanması (Akdu vd., 2016) hedeflenmektedir. Bundan dolayıdır ki hizmeti sağlayan sağlık kurumları tarafından sunulacak hizmetlerin olduğunca somutlaştırılması ve kaliteye yönelik doğru mesajlar gönderilmesi (Bozpolat, 2019) temele alınmaktadır. Bu bağlamda dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hastane odalarının tasarımı, yıldızlı otel konforu baz alınarak tasarlanmaya çalışılmaktadır. Nitekim hasta odaları ve otelcilik hizmetlerine verilen önemin arttığını katılımcı hekimler de dile getirmişlerdir.

“Hastaların gözünü boyayabilmek için otelcilik hizmetleri ön plana çıkarılarak hastanelerin ve sağlık hizmetinin albenisi yüksek tutuluyor. Hastane odalarına neredeyse bir otel konforu verilmeye çalışılıyor” (K, 11).

“Hastaneler daha kaliteli. Otelcilik hizmetleri veriyorlar” (K,26).

Sağlık hizmetlerinde tüketici memnuniyetine ilişkin göstergeler katılımcı hekimlerin anlatılarına yansımıştır. Hastaların birer müşteri ve tüketici olarak nitelendirilmesi, hastanelerde “otelcilik hizmetlerine” benzer hizmetlere önem kazandırmaktadır. Hasta odalarında konfor arttırılarak estetik kalitenin ön plana çıkarılması ve bu mekânların hastalara/müşterilere tahsis edilmesi söz konusudur. Hâlbuki bir mekân öncelikli olarak işlevsel bakımdan etkin, yapısal bakımdan sağlam (Kahraman, 2014) ve asıl ihtiyaçları tam karşılar nitelikte olmalıdır. Öte yandan gözde mekânlar konforlu bir biçimde hastaların hizmetine sunulurken sağlık çalışanlarının çalışma zamanı haricinde veya nöbette dinlenme amaçlı kullanacak oldukları odalar için aynı özen ve önemin gösterilmediği ifadelere yansımaktadır.

“Artık sağlık hizmetlerinde nicelik ve konfor öne çıkarılmaya başladı ve sağlık bir konfor gibi satılmaya çalışılıyor. Sanki hastalar müşteri ve hastaneler ticari kuruluş gibi. (...) Mesela şu an konuştuğumuz odaya bakar mısınız? Ya da servislerde hemşire hanımların odalarını gördünüz mü? Hiç bu odalarda pencere var mı? Yok. Tüm sağlık çalışanlarının odaları bu şekilde. (...) Çünkü hasta memnuniyeti ön planda” (K,16).

Katılımcı hekimin (K,16) ifade ettiği gibi sağlık çalışanlarına tahsis edilen dinlenme, nöbet odası vb. gibi odaların penceresi yoktur ve güneş ışığı almamaktadır. Dolayısıyla bu mekânlar işlevsel kalite, estetik kalite, ekonomik kalite ve teknik kalite bakımlarından kötü ve gözden düşürülmüş mekânlardır. Sağlık çalışanlarına tahsis edilen odaların yoğun ve etkileşime elverecek biçimde kullanılmaya uygun olmaması mekânın “*kolektif tüketime*” uygunluğunu da sorgulanır hâle getirmektedir.

Hastanelerde hasta odalarının yıldızlı otel konforu baz alınarak tasarlanmasının yanı sıra hastalara kalite açısından ipucu vermek amacıyla gönderilen diğer bir işaret/mesaj ise her hekime bir muayene odası prensibiyle poliklinik sayılarının artırılmasıdır. Bu, aynı zamanda hekimlerin “*performans*”larının gözlenmesi adına son derece işlevseldir. Hemen vurgulanmalı ki hekimlerin çalıştıkları poliklinikler görece niteliklidir. Çünkü poliklinikler, hizmet alıcı/tüketici olarak hastaların da kullanımında olan mekânlardır ve “*performans*” mekânlarıdır. Gerek poliklinikler gerekse poliklinik bekleme alanları, müşteri memnuniyetini sağlayacak şekilde refah, konforlu ve göze hoş görünür özelliktedir. Aslında bu mekânlar hastanelerin imajlarını yansıtabilecekleri vitrinleri pozisyonundadır.

Dijital hastane sistemine geçilirken mekânsal düzenlemelerle birlikte hekimlerin poliklinik hizmetini beraber sundukları tıbbi sekreterlerin muayene odası dışındaki bankolara yerleştirilmesi hekimleri çalışma arkadaşlarından kopararak tek başına bırakmış ve hekimler yalnızlaştırılmışlardır. Öte yandan iş süreçlerinde hız ve verimliliğin artırılmasına yönelik yasal düzenlemeler yapılması yoluna da gidilmiştir. SB tarafından 2017 yılında yayınlanan 2017/10 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası” konulu genelge (Sağlık Bakanlığı, 2020) buna örnek niteliğindedir. Gerek dijitalleşme gerekse yasal düzenlemeler ile bir yandan hız ve verimlilik arttırılmaya, tıbbi hatalar minimize edilmeye, hasta güvenliği ile memnuniyeti en üst noktaya çıkarılmaya çalışılırken diğer yandan yasal düzenlemeler kamusal bir alan olan hastanelerde adeta bir askerî düzen oluşturmaktadır. Çünkü bu genelge ile hastaların polikliniğe girme biçimi bir nevi nizamlaştırılmış ve bu nizami düzenin komutanı hekimler, erleri hastalar ve poliklinik kapılarının üzerine ya da yanına monte edilen ekranlar da meşrulaştırıcı araçları durumuna getirilmişlerdir. Hekim poliklinikte bir tuşla nizami düzenin genelge doğrultusunda ilerlemesini sağlamaya çalışırken kendi inisiyatifiyle (acil hastalar hariç) sıralamayı değiştirememektedir. Örneğin genelgeye göre 65 yaş üstü hastalar öncelik sırası bakımından Türk Silahlı Kuvvetlerinde rütbeli personelden sonra gelmektedir. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) randevusu alan yani dijital okur-yazarlığı ve internete erişim üstünlüğünü elinde bulunduran hastalar da sıra bekleme konusunda avantajlıdır. Çünkü randevu saati gelince poliklinik hizmetinden faydalanmaktadırlar. Dolayısıyla bu duruma hastalar açısından bakıldığında, hastalar arasında alışılmış statü, sınıf, cinsiyet vb. önyargı kalıpları nedeniyle beklemenin avantajı ile dezavantajının yaşandığı görülmektedir. Poliklinik bekleme salonundaki hasta bekleme sıraları sadece sosyal farklılıkları belirgin kılmakla kalmamakta onları aynı zamanda inşa da etmektedir. Poliklinik hizmetlerinde öncelik sıralamasında sınıflandırma biçimi ne olursa olsun ve topluluk nasıl ortaya çıkarsa çıksın, beklemenin hiyerarşik bir konum ortaya koyduğu ve oluşturduğu görülmektedir (Molotch, 2017). Diğer taraftan hekimler poliklinikte tek başına çalışan, tüm hastalarına zamanında bakabilmek ve poliklinik düzenini sağlayabilmek için olanca hızı ile performans göstermesine karşın poliklinik dışında bekleyen hastalar tarafından kendilerinin hızı sorgulanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetinin tüketimi, hizmetin niteliğinin önüne geçmektedir. Üstelik dijitalleşmeyle birlikte hekimlerin sağlık otoritesi ve müşteri/hasta tarafından çoklu gözetimi sağlanmaktadır. Bunlara ek olarak neoliberal programın bir uzantısı niteliğindeki “*kurumsallaşmamış ve örgütsüz dijitalleşme*”nin hekimlerin iş yüklerini arttırdığı da ifadelerle yanmıştır.

“Şimdi şöyle bir iş yükü arttı. Neden? ... şöyle sekretersiz tek başına çalışmak hem hasta dinle hem buraya yaz, bilgisayar doldur biraz sıkıntı oluyor” (K, 8).

“Dijitalleşme ile sekretersiz çalışma koşulları oluşturulduğu için poliklinikte hastalara ayrılan tıbbi zaman azaldı. O (hastaya) ayrılan zamanda bilgisayar işlerine aktarıldı. Daha az doktorluk daha çok sekreterlik yapmaya başladık mecburen.” (K,26).

“(...) aşağıda çocuk doktoru günde 90 tane hasta bakıyor. Sekreteri yok. Tahlili kendisi isteyecek, tanıyı kendi girecek oraya. Bir sürü sekreterlik işi yapacak, yazacak, çizecek, tahlillerini isteyecek, ondan sonra bir de onun sonuçlarını görecektir, değerlendirecek, tedaviyi bilgisayardan yazacak...” (K, 30).

Neoliberal kapitalizm ile dijitalizmin iç içe geçtiği bu süreçte hizmet maliyetlerini düşürme adına tıbbi sekreterlerin ya da uzman hemşirelerin yaptığı iş ve işlemler hekimlere aktarılmaktadır. İşleyiş hekimlerin iş yüklerini arttırırken hastalara ayrılan zamanı azaltmaktadır. Çünkü hekimler, MHRS tarafından hastalara verilen randevu saatlerine uymak zorundadırlar zira gözetim pratiklerinin ürettiği iktidar alanı bunu dayatmaktadır. Sistem, dijital teknolojileri ve hastaları/müşterileri denetim aracı olarak kullanmaktadır. Burada oluşan iktidar alanı müşteri/hasta memnuniyetsizliği ile birleştiğinde sağlık personeline dönük şiddet ortaya çıkmaktadır. Örneğin hasta yoğunluğu göz önüne alındığında hekimlerin poliklinik kapısı önündeki hasta yığılmalarını eritebilme sürecinde doğal ihtiyaçlarını karşılamak için bile poliklinikten ayrılmaları mümkün görünmemektedir. İşleyiş, hekimin mekâna sabitlenmesini de beraberinde getirmektedir. Hekimin mekâna sabitlen(e)memesi durumunda ise, hasta ve hekim arasında çatışma çıkabilmektedir. Bu durum, hastaların şikâyet mekanizmalarına başvurmalarına ve hekimlerin pasifize olmalarına neden olabilmektedir. Dolayısıyla SDP'yle halkın memnuniyetinin yükseltildiği ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılıp hizmet sunumu verimliliğinin iyileştirildiği savlansa da bu işleyiş metalaşma yoluyla birikimi ve yeni birikim alanlarının açılmasını mümkün kılmıştır. Böylelikle sağlık alanında müşteri memnuniyetinin dikkate alındığı, tüketim kültürü ve tüketim demokrasisinin esas olduğu bir piyasa kapitalizminin hâkim hâle gelmesi, sağlık hizmeti sunumunda dengeyi kaydırmıştır (Adaş, 2013). Çünkü sağlık piyasasının büyümesi teknoloji kullanımının artmasını, sağlık çalışanlarının uzun süreli çalıştırılmasını ve iş yoğunluğunun arttırılmasını beraberinde getirmektedir.

Enformasyonel Mekân, Hekimlik ve Özne Olarak Hasta

Dijital dönüşümün bir sonucu olarak tüm işlemlerin bilgisayara dayalı yürütülmesi hekimlerin mesleki pratiklerinde bazı değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Önceleri tüm hastaların bilgileri hekimler ve hemşireler tarafından hasta dosyalarına elle kayıt edilmekteyken şu an farklı bir durum söz konusudur. Yine önceki uygulamalarda, servislerde hekim tarafından hastaların odalarında yatak başında yapılan ziyaret sırasında, hekim-hasta iletişimi yüz yüze gerçekleştirilirken gerekli bilgiler eş zamanlı olarak hem hastadan hem de hastanın dosyasından alınmaktadır. Ancak dijital dönüşüm ile hekim ziyaret esnasında, hastalara ait tüm bilgileri hasta yataklarının ayakucundaki duvara monte edilen dokunmatik ekrandan ya da tablettten görebilmektedir. Dolayısıyla ekrandaki bilgilere bakarken ya da ekranda işlem yaparken hekim hastasına sırtını dönmektedir. Oysaki yüz yüze temaslar ve gözlem birçok tanıyı koymada ve hastayı özneleştirmede çok önemlidir. Katılımcı hekimler hasta odalarında hasta yataklarının ayakucundaki duvara monte edilen dokunmatik ekranların, hem çalışma rutinlerini hem de hekim-hasta iletişimini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Her odaya bir tane monitör kondu. Sadece hastanın gözü boyanıyor. Şimdi ... açıp da bunu on tane hastaya tık tık yapmamın süresini düşünün. Her odaya ayrı ayrı her gün girip işte ‘a’ nolu odada açıyorum. O hastanın bilgileri çıkıyor. Onun işlerini oradan yapıyorum. Hastanın gözü boyanıyor. Oradan çıkıyorum. ‘b’ numaralı odaya giriyorum. Basıyorum iki saat o açılıyor. Onu tık tık giriyorum. (...) Bilgisayara sürekli sana gelen soruları cevaplamak. Onay belli şeyi onaylamak yani sen ‘x’ ampul yapıyorsan hastaya meyan kökü vermeyeceğini. Meyan kökü yani Türkiye’de kimin aklına gelir. Bu tip saçma sapan şeyler nasıl zaman kazandırırın? Korkunç bir zaman kaybı” (K,31).

“Dokunmatik ekranla hastaya sırtını dönüyorsun, hasta ile yüz yüze görüşme olmuyor ve hastayla iletişimi engelliyor. (...) Hasta odasında hastayla yüz yüze gelebiliyordum” (K,9).

Katılımcı hekimlerin ifadelerinden anlaşılacağı üzere “Elektronik Tıbbi Kayıt” (ETK) sistemleri hekimlerin hastalar ile iletişiminin önünde bariyer oluşturmaktadır. Öte yandan hasta yoğunluğu, süre kısıtlılığı, teknik sorunlar gibi nedenler hekimler tarafından “ETK’lerin eksik girilmesine sebep olabilirken bir yandan da hasta bilgilerinin, raporların vs. yazılırken standart metinlerin kesip yapıştırılması gerekmektedir. Dolayısıyla elektronik kayıt tutma hekimlerin

klirik ortamlarda bilişsel becerilerini geliştirme ve iyileştirme yeteneklerini zayıflattığı (Team, 2014) gibi tıbbi teknolojilerin kullanılması da hekimlerin öyküsel not alma becerilerini ve klinik bilgilerinin köreltme riskini barındırmaktadır. Ayrıca ETK formatlarının standartlaştırılmış olması, hekimlerin hasta bilgilerinin zenginliğini ve benzersizliğini anlama, soyutlama yeteneklerinin gittikçe kaybolmasına ve sonuç olarak tanı-tedavi konusunda bilinçli kararlar verme yeteneklerinin yani takdir yetkisi, özerklik ve karar verme kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Hoff, 2011). Hâlbuki hekim-hasta etkileşimlerinin somutlaşması ve öznelarasılığı, akıl yürütmede son derecede önemlidir (Gallagher ve Payne, 2015). Çünkü klinik ortamlarda tanısallık akıl yürütme, daha fazla eğitimle, hastaların belirtilerinin ve yüz yüze iletişimden elde edilen özelliklerin anında örüntülerinin tanınmasına dayalı olarak geliştirilmektedir (Cummings, 2013). Bu nedenle hekim-hasta iletişimi klinik pratiğin ayrılmaz bir parçasıdır. Diğer yandan hekimlik mesleğinde eğitim, pratik ve deneyimin karışımıyla elde edilen ustalık, yani işinde ehil olma çok önemlidir. Gerek tıbbi teknolojiler gerekse BİT ve bilgi sistemlerinin, hekimliği etkilemeye başlamasıyla beraber ustalık ediniminin kendisini geliştirecek elverişli ortam dijital teknolojinin hâkimiyetine evrilmektedir. Şimdilik teknolojinin, uzmanlığın ve becerinin gerektirdiği ustalığın yerini aldığı belirtilemez ise de ustalık bilgisinin teknoloji karşısında bir çelişki yaşadığı ifade (Ergur, 2020) edilmelidir. Ancak katılımcı hekimlerin bir bölümü hekime ve hekimin icrasına bağlanan hataların, sisteme, tıbbi teknolojilerin, BİT ve bilgi sistemlerinin daha fazla nüfuz etmesi sonucunda ortadan kalkacağını ve hekimlik icrasının kusursuzlaşacağını düşünmektedir. Dolayısıyla hekimlerin bir insan olarak kusurlarının olabileceği bu nedenle de dijital hastanede kullanılan karar destek sistemlerinin hekimliğin kusurluluğuna tercih edildiği zaman zaman katılımcı hekimlerin anlatılarında da dile gelmiştir.

“Çağı yakalamak adına ve kaliteli hizmet sunmak adına ve sonuçta insan. Amaç zaten şu HIMSS’in de en büyük amacı insan faktörüne bağlı oluşan hataların minimize edilmesi. Amerika’nın da şöyle bir mantığı var. İnsan her zaman hata yapabilir. Ama dijital program döngü senin ayarladığın bir kurgu hata yapmaz. Senin kurgun hatalıysa hata olabilir gibi bir mantıkla yaklaşıyorlar. Hiçbir zaman için insana güvenmiyorlar” (K,4).

“(…) hakikaten biz de insanız, unuttuğumuz, farkında olmadığımız, gözümüzden kaçan şeyler de olabilir. Eee bu konuda bunun bize yardımcı olması kötü değil ki. Uyarması kötü değil ki. Veya ikaz etmesi olabilir ya, insanoğlu gözünden kaçabilir.” (K,7).

Katılımcı hekimler, teknolojik rasyonalite üzerinden meşrulaştırıcı bir söylem üretmektedirler ve bunun gerçeklikle bağı yok değildir. Ancak bu gerçeklik başka gerçeklikleri yok etmez. Başka bir ifadeyle hata veya kazanın bertaraf edilebilmesinde teknolojinin meşruiyet kuruculuğu, hekimin veya hekimin ustalık bilgisinin konumunu, tıbbi teknolojilerin, BİT ve bilgi sistemlerinin karşısında küçültmektedir. Böylelikle hekim ustalık becerisini geliştiremediği gibi hekimin bilgisi körelmeye yüz tutmaktadır. Zira hekimin pratik alanı küçülmekte ve teknolojik rasyonalite, mükemmellik varsayımından hareketle hekimin becerisine ihtiyaç olmayacak biçimde sürece teknolojinin hükmetmesine olanak sağlamaktadır. Bu hekim için güvenli bir alan da yaratmaktadır. Çünkü her ne kadar güvenli ve kendisini düzenleyebilen mekanizmalar geliştiriliyor olsa da kusur ve aksaklık, teknik nesnesinin doğasından kaynaklanabilmektedir (Ergur, 2020).

Diğer yandan ise dijital dönüşümün getirmiş olduğu hızın, gerek konsültasyon ve tetkik çıkarma gibi işlem sürelerini azaltmasına imkân vermesi gerek aynı hastanedeki ya da başka hastanelerdeki hasta bilgilerine/verilerine ulaşılabilmesini olanaklı hale getirmesi gerekse hastaların hastanelere kolay erişebilmelerini sağlaması bakımından olumlu karşılayan hekimler bulunmaktadır. Yine katılımcı hekimlerden bazıları hastaların hastanede kalış sürelerini azaltması ve bilginin/verinin akışkanlığının hekimlerin işlerini kolaylaştırması üzerinden dijital dönüşümü onaylamaktadırlar.

“İşlemlerdeki hızlanma bana göre hastaya ayrılan süreyi olumlu etkiliyor. Şöyle hastanın şikâyetlerinde yeni bir film çekilmesini gerektiren bir durum yoksa eski tetkiklerine göre değerlendirme yapıyorsun ya da başka hastanede yapılmış tetkiklerini görebiliyorsun. Geçmiş verilerini görmek ve istenilen tetkiklerin hızlı çıkması hem hastanın hastanede kalış süresini azaltıyor hem de hekimin işini kolaylaştırıyor” (K,22).

K22'nin belirttiği gibi dijital dönüşümün yarattığı hızın ya da akışkanlığın hasta yoğunluğunun azalması ya da hastaya ayrılan sürenin artması anlamına gelip gelmediği ayrı bir sorgulama alanıdır. Dijital dönüşümün birim zamanda hekimlerin daha fazla hasta bakmalarına yarayan bir gözetim pratiği olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla dijital dönüşümün yarattığı iddia edilen ekstra zamanı hekim, nitelikli tedavi için hastaya ya da kendisini akademik, sosyal, fiziksel ve ruhsal anlamda üretecek pratiklere aktaramamaktadır. Çünkü sistemin devamlı hasta bakacak şekilde ayarlanması, kazanılan bu zamanı “sistem” için bir kazanım hâline getirmektedir. Hız, “sistem” için olumlu bir özellik olurken, insani ve fiziki temas bakımından düşük seviyede duygu alışverişini içermektedir. Hâlbuki hekimliğin temel pratiğini oluşturan ve hekimin tanısıl iletişim aracı olan dokunma, hasta ile iletişim kurulmasını sağlamaktayken aynı zamanda hastayla hekim arasında iletişimin kurulmasında da bir araç olmaktadır (Bourdallé Badie ve Erny, 1992). Ancak teknolojinin gittikçe gelişmesiyle dokunma da giderek dolaylı hâle gelmekte ve muğlaklaşmaktadır. Oysa hekimle hasta ilişkisi içermiş olduğu bütün eşitsizliklere ve iktidar dokusuna rağmen bir insan-insan bağlantısı olup özneler arasında simge alışverişiyle birlikte anlamlandırma iradesini de barındırmaktadır (Merleau Ponty, 1981; Akt. Ergur ve Çobanoğlu, 2020). Hekimin birim zamanda daha fazla hasta bakması anlamına gelen performans mekânı olarak hastane, sağlık sermayesi için daha fazla hasta, daha fazla tetkik, daha fazla tıbbi teknoloji kullanımı, daha fazla ilaç tüketimi ve daha fazla veri anlamına gelmektedir.

Hastayı üretim bandındaki meta gibi akışkanlık üzerinden kurgulayan piyasa temelli sağlık sistemi, prosedürlerin iç ve dış değerlendirmesini ve doğrulanmasını kolaylaştırma amacıyla sayısallaştırılan, kodlanan belgeler ve işlemler (Mulligan, 2010) üzerine oturmaktadır. Süreç bir yandan hasta anlatısına hiç yer verilmemesine ya da hasta anlatısının öneminin azalmasına neden olurken hastalar, bir dizi veri noktası ve ölçüt olarak kabul görürken birer e-hasta durumuna düşmektedirler.

Hastaya ayrılan süre kısıtlılığı ise devamlı olarak semptomlara odaklanan yönlendirilmiş bir sorgulama hattıyla, hastaların duygularının göz ardı edilmek zorunda kaldığı bir hekim-hasta iletişimini doğurmaktadır. Bu durum otomatikleşen, robotlaşan hekimleri ve hekimliği de beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda gün geçtikçe daha detaylı görüntüleme-inceleme yapılması ve otomasyona dair gelişmeler ile birlikte çoğu yeni tıbbi uygulama ve teknolojinin hızlı bir şekilde tıp pratiğine dâhil olması, teşhis ile tedavi prosedürlerinin yanı sıra tıp mefhumunun kendisinde de dönüşüm yaşamasına (Baumgart vd., 2017) neden olmaktadır. Bu dönüşümlere rağmen hekimin, hekimlik profesyonelizminden kaynaklanan müdahalesinin hâlen önemini koruduğu ancak ağırlığın ustalıktan teknoloji tarafına doğru kaydığını söylemek de yanlış olmayacaktır. Fakat gerek dijital teknolojilerin gerek neoliberal politikaların etkisiyle hekimlerin emeğinin metaya dönüşmesi, anlamının değişmesi ve değerinin düşmesi, hekimlerin ustalık bilgisinin teknoloji karşısında çelişki yaşamasına ve mesleki becerilerinin dönüşüm geçirmesine neden olduğu belirtilebilir.

Gözetim, Mahremiyet, Denetim Bağlamında Mekân ve Hasta

Günümüzde dijitalleşme ve veri çağında, dijital hastaneler; veriye dayalı ağlar etrafında örgütlenmekte, akışlardan oluşan doğası nedeniyle de akışlar uzamının yapısal hâkimiyetinin izini taşımaktadırlar (Castells, 2008). Her ne kadar hasta yoğunluğu yaşanıyor olsa da dijital hastanelerin gelişmiş seviyede veri sağlayan otomasyon sistemleriyle yönetilmesi ve bireylere uzanan *e-sağlık*, *e-devlet* hizmetleri gibi geniş alanı kapsamaması nedeniyle hastane içerisinde

insan hareketi azalmakta, daha çok meta/bilgi/veri dolaşımı ortaya çıkmaktadır (Baştan ve Ökmen, 2004). Çünkü hastalar üzerinden büyük miktarlarda bilgi/veri üretilmektedir. Dolayısıyla enformasyon, hastalar ile sistemler arasında devamlı dolaşım hâlinindedir. Bu dolaşım sayesinde hem enformasyon hem de hastalar üzerinden üretilen veriler meta niteliği yani değişim değeri kazanmaktadır. Kuşkusuz doğrudan meta olmayan veriler, veri kümeleri oluşturulması ve daha büyük verilerle bağlantı kurulması ile metalaştırılmaktadırlar (Kaya, 2021). Nitekim satın alma davranışları ve kamu hizmetleri kullanımları baz alınarak bireylerin davranışlarının daha etkili biçimde anlaşılabilmesi amacıyla büyük veri setleri yorumlanmakta ve hatta bu nedenle veri analitiği kullanılmaktadır (European Data Protection Supervisor, 2018). Daha önce de belirtildiği üzere tüm veriler, büyük veri teknolojilerindeki algoritmalar ve benzerleri tarafından işlenmekte, bireyler hakkında davranışsal anlamlar çıkarılmakta, profillemeler yapılarak kategoriler meydana getirilmektedir. Bu bağlamda veri paylaşımı, bilgi alışverişi benzeri kavramlaştırmalarla üstü örtülen uygulamalar, verilerin metalaşması ve verilerin gözetilmesi sonucunu doğurmaktadır. Öte yandan veriler üzerinden gözetime yalnızca hastalar değil hekimler (tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile mesai sonrası bile) ve hekim dışı sağlık çalışanları da dâhil edilmektedir. Çünkü sistem açısından gözetim, hizmet üretim alanlarında “verimliliğin” art(tırıl)masını sağlamakta ve daha fazla meta üretilmesi amacıyla disiplin mekanizması yaratmaktadır. Dijital hastanede hekimler, hekimlik mesleğinin yanında ETK girişi yapmakta, *tele tıp* ve *mobil tıp* uygulamalarını kullanırken bir yandan hem gözetime hizmet etmekte hem de gözetilmektedirler. Bu bağlamda sağlık hizmet sunucuları tarafından Sağlık Bakanlığı’na iletilen verilerin raporlanmasına yönelik Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) adında yerli karar destek sistemi platformu oluşturulmuştur. SİNA ile kurum kaynaklarının daha etkin yönetilmesinin, merkez ile taşra teşkilatı kullanıcılarının karar alma yetkinliklerinin artırılmasının (Sağlık Bakanlığı, 2021) amaçlandığı ifade edilmektedir. E-nabız ile entegre çalışan SİNA platformuyla hekimler ve yöneticiler, bir hekimin muayene başına yazdığı reçete, reçete başına yazdığı ilaç/antibiyotik sayısı gibi verileri ülke bazında görebilmektedirler. Bir katılımcı hekim Sağlık Bakanlığı’nın tüm hastaneleri veriler üzerinden kaynak yönetimi için izlediğini anlatırken SİNA platformunu da şu şekilde dile getirmiştir.

“SİNA projesinde her hekim buraya giriyor, hekim kendini hem bulunduğu hastane, bulunduğu ilçe, bulunduğu il ve bulunduğu bölge ve Türkiye genelinde yapmış olduğu reçete hasta sayısı, harcadığı malzeme her şeyini görebiliyor. Yani bununla ilgili olarak geribildirim hem bakanlık adına sağlanmış hem de bakanlık kendi verilerinin de kişi hakkındaki verileri de kişinin kullanımına açmış durumda. Yani geribildirimler hat safhada feedback mekanizmaları çalışıyor karşılıklı olarak. (...) SİNA’da kendisine bakan, kendisine beş kez ve beş üzeri bakan hekimlerin istatistiğini yapmışlar. Mesela (...) kendi verilerine 5 ve üzerinde bakan kadın doğumcuların primer sezaryen oranını almışlar bakmadan önceki daha sonra baktıktan sonraki işte bu üç dört ay süresindeki primer sezaryen oranlarına bakmışlar. Anlamlı derece de düşmüş. Bakın hiçbir uyarı yok. (...) Otokontrol. (...) Miktarımı ben bilirim ve ilde, ilçede işte hastanedeki oranlarla kıyas tutarsam ister istemez kendinizde şunu oluşturuyorsunuz, yanındaki hekim ile aynı hasta popülasyonuna bakıyorsunuz, aynı işi yapıyorsunuz. Yandaki hekim 100 hastasının 10’nuna antibiyotik yazıyor. Ben 100 hastamın 80’ine antibiyotik yazıyorum. Şimdi bunu yazarken rutin eylem sırasında hiç fark etmiyorsunuz. (...) Daha sonra bakıyor. Yandaki 10 yazarken kendisi 80. Şimdi o geribildirimde bu sefer ya çok fazla yazıyorum. Evet yani diğer arkadaş bu kadar az, aynı hasta, şikâyetçi değil, aynı hasta sayısına bakıyoruz. Onları da aynı şikâyetlerle geliyor. Sonuçta bölge farklı değil. Dolayısıyla ben de azaltayım diyor. Onun da otomatikman düşüyor”. (K,4).

K4’ün anlatısından, hekimlerin teknolojiyle koordine edildiği ve sağlık hizmeti sunan kurumlar ile hekimlerin emek süreçlerinin bütününe ilişkin sistem analizlerinin yapılabildiği ileri denetim biçiminin getirildiği görülmektedir. Dolayısıyla disiplinler iktidarı karakterize eden dijital veri gözetimi vasıtasıyla hekimler üzerinde “*dijital egemenlik*” alanının oluştuğu ifade edilebilir. Hekimlerin, gözetim pratikleri vasıtasıyla disipline edilmesi ve emek güçlerinden maksimum seviyede faydalanılması amaçlanırken gerçekleştirdikleri hizmet

üretiminde gözetim altına alındıkları gerçeği ortadadır. Yeni iktidar alanı yaratımı biçiminin deneyimlendiği yani yüz yüze gözetimin/denetimin yerini elektronik/enformatik olana bıraktığı, bürokrasi ve katı denetimin yok gibi görüldüğü SİNA platformuyla hekimler üzerinde içsel bir denetim kurulmaktadır. Böylece sürekli değişkenlik gösteren SİNA platformundaki verilere göre oluşan yeni durumlara hekimlerin kendilerini uyumlulaştırmaları beklenmektedir. SİNA platformu içinde dijital ağlarla sanal ortamda oluşturulan ortak çalışma mekânında denetim, hekimler arasında paylaştırılmakta; bu sayede birbirlerini denetlemeye ve izlemeye sevk edilmektedirler. Hekimler, oluşan rekabet ortamı ve üzerlerinde artan denetim baskısıyla daha “*performanslı*” çalışmaya zorlanırken sistem, kaynakları yöneterek sağlık harcamalarının dengelenmesini amaçlamaktadır.

Öte yandan bu kadar çok verinin kaydedilip depolanması özel nitelikli veriler üzerinde kontrolü azaltmakta, gözetlemeyi arttırmakta, verilerin güvenliğiyle birlikte bireyler açısından mahremiyet başta olmak üzere bazı sorunları beraberinde getirmektedir (Kandilli, 2019). Çünkü elektronik ortama aktarıldığında ilk başlarda büyük kolaylıklar sağlayan bilgiler yayılma, irade/rıza dışı kullanılma riskleri barındırmaktadır. Dolayısıyla bu durum hem bireysel hem de toplumsal alanda bilgi güvenliği kavramını ortaya çıkarmaktadır (Koçak ve Memiş, 2018). Ancak bireyin bilgi-belge mahremiyetinin korunmasının yanında her ne kadar kesin sınırlarla çizilmesi mümkün olmasa da bedensel, hane, hane içi, düşünsel ve duygusal boyutlardaki mahremiyetinin de korunması gereklidir. Zira bireyin mahrem alanı, bedenini, kişiliğini, fiziki yaşam alanını, kişisel verilerini içerisinde barındıran elektronik cihazlara yani somut ve soyut olarak paylaşmaya istekli olmadığı bütün sahipliklerine kadar geniş sınırları bulunan bir alandır (Avaner, 2018). Günümüzde sağlık kurumlarında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeleri, Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) ve Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) olmak üzere iki unsur biçimlendirmektedir. Diğer yandan bilgilerin elektronik ortama aktarılmasının beraberinde getirmiş olduğu güvenlik zafiyetleri nedeniyle kişisel ve kurumsal bilgi güvenliği, doğru planlanma, teknik içerikli önlemler, güvenlik bilincinin yaygınlaştırılması süreçleriyle sağlanmaya çalışılmaktadır (Koçak ve Memiş, 2018). Katılımcı hekimlerin dijital dönüşümün yaşandığı tarihten itibaren görüşmelerin yapıldığı zamana kadar olan dönemde hastalara ilişkin bilgilerin güvenliğine yönelik herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmeleri olumlu bir gelişme iken bilgi güvenliğinin sağlanmasını dar bir çerçevede düşünerek daha çok teknik bir işlem (siber saldırı, hacklenme, veri kaybı vs) olarak algıladıkları görülmüştür. Bundan dolayı tüm çalışanlara bilgilerin/verilerin güvenliği açısından sözleşme imzalatıldığını, rol bazlı tanımlamaların yapıldığını, hastane olarak bazı kurumsal politikaların belirlendiğini dile getirmişlerdir. Diğer taraftan hiyerarşik açıdan belirlenmiş statü ve rol farklılaşması sonucunda hekimlerin elde etmiş oldukları tıp mesleğine yönelik kültürel kodların hekimlere sır saklama yükümlülüğünden doğan sorumluluk yüklediğini ifade etmişlerdir.

“Veri güvenliği konusunda dışarıdan kimsenin verilere ulaşacağını sanmıyorum. (...) Zaten bir kişinin hastalığını hekim anlatmaz. Hekimin hastanın sırrını tutma yükümlülüğü var. Hastalık kişiye özeldir. Hasta izin verirse bir hekim başka bir hekime anlatabilir. O da o hekimin fikrini almak içindir. Bir hastanın bilgilerini anlatmak hekimliğe uymaz (K,22).”

Katılımcı hekimlerin, hekimlik mesleğine dair sahip oldukları değerler üzerinde, içerisinde yer aldıkları toplumsal tabakanın belirleyici olduğu (Giddens, 2014) diğer yandan hekimler ile tıbbi sekreterler her gün bir araya gelip aynı ortamda bulunsalar dahi toplumsal mesafe içerisinde olduklarının (Kaplan ve Akkaya, 2013) zımni şekilde ifadelerine yansıdığı görülmektedir. Bununla birlikte katılımcı hekimin (K,22) ifadesinde mahremiyet kavramının boyutlarından biri olan bilgi mahremiyeti, mahremiyet kavramıyla eş anlamlı kullanılmakta, hastaya ait sağlık bilgilerinin hastanın bilgisi ve isteği dışında açığa vurulmaması şeklinde değerlendirilmektedir. Dolayısıyla hekimlik mesleğinin eyleyicileri olan hekimlerin gerek

eğitim gerek staj gerekse çalışma ortamından edindiği mesleki deneyimlerinin ürünü olan ve zihinlerinde taşıdığı kalıcı eğilimleri yani mesleki habitusları ile hareket ettikleri ifadelerine yansımaktadır. Keza hekimlerin etkinliklerini gerçekleştirebilmek için başvurdukları kaynakları temsil eden habituslarından biri olan sır saklama yükümlülüğü aynı zamanda hekimlerin yanlış eylem potansiyelini de sınırlamış olmaktadır (Layder, 2010). Nitekim geçmişten günümüze kadar tıp alanında sır saklama, özerkliğe saygı, mahremiyeti koruma gibi görevler Hipokrat Andı vb. tıbbi antlarda ve etik kodlarda yer almıştır. Ancak burada hekimin bireysel iradesinin dışında teknolojik gözetim, bilgilerin depolanması ve gerektiğinde kullanmaya ve ticarileştirmeye uygun bilgilerin/verilerin “sistem” tarafından raflanması söz konusudur. Bununla birlikte hekimler mesleki kapatılmışlık içinde bu durumu sorgulamayı akıllarından dahi geçirmemektedirler. Hemen belirtilmeli ki sermayenin kârlılığına göre verilerin/bilgilerin dolaşıma sokulması olasılığı ya da akışkanlaştırılması (Bauman ve Lyon 2021) neoliberal küreselleşmenin temel paradigması üzerinden düşünüldüğünde mümkündür.

Her ne kadar mahremiyetin, özel ve kamusal alanlarda kullanılan öznel kavram olarak sınırlarını belirlemek zor olsa da verilerin işlenmesi, toplanması, paylaşılması ve aktarılması gibi süreçlerde kontrolün verinin öznesinde kalması veri mahremiyeti bakımından önemli bir ihtiyaçtır. Bu kapsamda kurumlar tarafından mahremiyetin sağlanması adına düzenlemeler ve politikaların yanı sıra geliştirilen teknik yöntemlerden biri de anonimleştirme yoluyla kimlik ifşasının engellenmesidir. Anonimleştirmede, verilerin tipi ve şekli korunarak verilerin faydası açısından kabul edilebilir seviyede mahremiyet koruyucu işlemler geliştirilmektedir (Chaum, 1981). Katılımcı hekimler mahremiyeti koruyucu yöntemlerden anonimleştirmenin hastanede kullanıldığını ve anonimleştirmenin aslında bireylerin kimlik olarak olmasa da fiziksel ifşalarını engellemediğini ifade etmişlerdir.

“... hasta polikliniklerin görünür ekranlarında şifreli olarak kaydedildikleri için isimleri şifreli gözükmektedir. Kadın doğum ve psikiyatri gibi bazı özellikli birim polikliniklerinde hasta rumuzu kullanılmaktadır. Hasta adı kullanılmamaktadır” (K,13).

Çok saçma bir şey var. Ben size söyleyeyim. HIV pozitif hastalara yani AIDS’li hastaların ismini farklı yazıyor. Kan alırken de farklı yazıyor. ... normal yazsa anlamayacağım. Ama ben o şekilde ismini gördüm mü biliyorum ki bu hasta HIV’li. Nasıl yazıyor biliyor musun? İşte Ali Veli’yi A.V. 72 yapıyor mesela. Tamam mı? Bana bu şekilde kayıta bu hasta düştü mü, ben biliyorum ki bu HIV pozitif. (K,19).

Özne bireyle ilişkilendirilmeyecek şekilde yapılmaya çalışan anonimleştirmede amaçlanan bireyin kalabalık içinde tanınmaması iken yapılan anonimleştirmeye aslında bireyin başkaları tarafından görünmez/farkedilemez olan damgasının görünür kılındığı, işaretlenmelerine/etiketlenmelerine sebep olduğu anlaşılmaktadır. Hâliyle birey kalabalık içinde kaybedilmeye çalışılırken bireyin ismen olmasa da fiziksel olarak bilinir olmasının yolu açılmaktadır. Oysaki mahremiyet, bireylere, kişisel özerklikle beraber toplum tarafından gelebilecek bütün baskılara karşı koyma, kişisel ve duygusal alanlarda da özerkliğini güvence altına alma imkânı sağlamalıdır (İnceoğlu, 2010). Dolayısıyla bireyler açısından vazgeçilmez bir unsur olan mahremiyetin kurulması ve yaşam süresince korunması önemlidir. Çünkü mahremiyetin, bireyi hem sistemin mekanizmalarına hem de diğer insanlara; başka bir anlatımla bireyi hem ruhen hem de bedenlen diğer insanlardan gelebilecek tehlikelere karşı koruma işlevleri bulunmaktadır (Newell, 1995). Diğer taraftan mahremiyetin zedelenmesi, güven duygusu ve onun yansımaları niteliğinde olan güvenilir olmanın zedelenmesine neden olmaktadır ki bu durum beraberinde, bireyin sağlık hakkına ulaşmamayı tercih etmesini, etik ve hukuki sorunların gelişmesini getirebilmektedir. Bununla birlikte bireyler açısından önemli sorunların başında toplumsal soyutlanma, dışarıda bırakılma, sosyal dışlanma ve damgalama gibi ayrışmaya neden olacak durumlar gelmektedir. Bir bireye konulan ve hekim tarafından o an için normal görülen, işinin kolaylaşması için sisteme girilen bir tanının/tanı kodunun bireyi iş piyasası dışında bırakabileceği katılımcı hekim tarafından aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir.

“Ben ne tanımlar görüyorum. Hastayla uzaktan yakından ilgisi olmayan. (...) Yani bu etkiliyor, engelliyor ama bunu aşmak kolay. Yani tam istediğin tanıyı bulmasan da yakın bir şey bulabilirsin. Zaman harcamak lazım. Arkadaşların çoğu zaman harcamıyorlar. Bugün yaşadım bir tane. Bir tane kız çocuğu geldi. 17 yaşında. E-nabzına girdim. Hayat boyu orada yapışık kalacak epilepsi. Sende epilepsi de varmış. Yok dedi, epilepsim falan yok dedi. Sonra tetkiklerine bir girdim. Ne EEG ne bir şey var. Birisi epilepsi diye atmış kafadan, koymuş oraya. Belki kız bir kere senkop geçirdi. Bir şey oldu. Bilmem kaç yıl önce. Sonra da bir daha hiçbir nöbet yani hiç hayatında epileptik bir şey tanımlamıyor. Ön tanı olarak düşünmüş olabilir arkadaş ama yani ön tanıyı oraya yazmak zorunda değilsin. Çünkü orada senkop diye de bir tanı var. Senkop yaz oraya. Ondan sonra epilepsi tetkiklerini yap. Epilepsi çıkarsa tanını düzelt ya da ekle. Hayır. Adam epilepsi yazmış. Şimdi nerde girilse o kızcağızın şeyine belki ilerde işe girişte (...) belki şirketler inceleyecekler. Yani bu kız epileptikmiş diye almayacaklar yani çok büyük sakıncalar var” (K,31).

Anlaşılmaktadır ki yanlış tanı -ya da tanı doğru olsa bile- “sisteme yapıştığı” için bireyin yaşamı boyunca damgalanmasını beraberinde getirebilmektedir. Kolaylıkla sürdürülebilir bir hastalıkta bile hastalık hakkında bilgisi olsun ya da olmasın tüm işverenler bireyi olası bir iş başvurusunda dışarıda bırakabilecektir. Bu dışlanma, ekonomik, sosyal, politik ve mekânsal boyutlarda gündelik hayatı etkileyebilmektedir. Aynı zamanda bazı bireyler ya da gruplar sahip oldukları farklılığı nedeniyle dışlanmaya maruz kalabilmektedir (Percy, 2000; Akt. Timurturkan vd., 2017). Dolayısıyla sosyal dışlanmanın çok boyutlu ve geniş kapsamlı olması nedeniyle bireylerin çok farklı alanlarda problemler yaşaması muhtemeldir. Çünkü tanı veya tanı kodu “*bireyin sistemdeki damgası*” hâline dönüşmüştür. Dolayısıyla bir hekimin elektronik ortama hastası için girmiş olduğu tanı/tanı kodu onun “*dijital veri ikizi*” niteliğindedir. *Bireyin “dijital veri ikizinin”* bir şekilde birilerinin/kurumların/şirketlerin eline geçebilmesiyle ortaya çıkan bilgi asimetrisi, bireyin damgalanıp dezavantajlı duruma düşmesine sebep olabilmektedir. Bu durumda bireyin sahip olduğu niteliklerle toplumsal değerlerin birbirine uyuşmaması söz konusu olmakta, haliyle damgalama süreçleri gelişmekte ve damgalanan bireylerin sorunlar ya da istenmeyen durumlar yaşamasına neden olmaktadır (Goffman, 2014). “*Dijital veri ikizi*” sayesinde dijital alanda damgalanan birey kamusal mekânda da bu hâliyle var olmaktadır.

Sonuç

Dijitalleşme, kapitalizmin küreselleşmesi ve hem küresel ekonominin hem de ulus-devlet ekonomilerinin neoliberal bir anlayışla yeniden biçimlendirilmesi, hastanelerinin hem işlevsel hem de fiziksel anlamda entegre bir yapıya kavuşmasını beraberinde getirmiştir. Bu dönüşüme paralel olarak hastanelerde, dijital teknolojiler bireylerin tedavi ve bakımlarında hâkimiyetini arttırırken, hastane mekânlarına ilişkin düzenlemeler yapılmış ve yeni konseptler oluşturulmuştur. Bu gelişmeler, dijital teknolojilerin tanı ve tedavide kolaylıklar sunmasını ve daha fazla hastaya ulaşma imkânı verirken, hasta memnuniyetinin artmasını da sağlamaktadır. Mekân olarak hastanenin “konfor odaklı tasarımı” da yine bu memnuniyeti merkeze almaktadır. Ancak ortaya çıkan yeni durumun hasta -ve yakınlarının- “memnuniyetini” önceleyerek sağlık hizmetlerini ve bu hizmetlerin sunumunu ve yine bu hizmetlerin sunumuna ilişkin birtakım düzenlemelerin ikincilleşmesi riski, hem sağlık hizmetlerinin niteliğini hem de mekân olarak hastanenin tasarımı üzerine düşünülmesini gerektirmektedir. Dolayısıyla memnuniyet, tercih edilebilirlik ve kâr hedefi arasındaki doğrusal ilişkinin mekân olarak hastanede somutlanması sağlık hizmeti üretimini ve bu üretimin araçlarını metalaştırabilmektedir. Çünkü gelinen noktada kapitalist meta üretiminin öznesi hâline dönüşen sağlık hizmetlerinin metalaşması sonucunda hizmet üretiminin amacı sağlıktan kâra doğru kaymıştır. Bağlı olarak sağlığın piyasalaşması sonucunda birer tüketici/müşteri haline gelen bireylere/hastalara hizmetin verildiği mekân, hizmeti sağlayanlar, ücret, fiziksel imkânlar ve iletişim gibi konularda doğru mesajlar verilmesi hedeflenmektedir. Ancak tüketim ve “müşteri” odaklı düzenlemelerde hizmeti üretenlerin dinlenme odası gibi ortak kullanım alanları gözden düşürülmüş mekân

niteliği taşımaktadır. Bununla birlikte her hekime bir poliklinik odası uygulaması ile poliklinik oda sayıları arttırılabilmektedir. Zira hizmet alıcı/tüketici olarak hastaların ve yakınlarının kullanımında olan bu mekânlar hastanelerin imajlarını yansıtabilecekleri vitrinleri pozisyonundadır. Fakat burada tüketici/hasta memnuniyeti bakımından farklı bir sorunla karşılaşılmaktadır. Dijital hastaneye geçilmesiyle birlikte polikliniklerdeki tıbbi sekreterlerin poliklinik odası dışındaki bankolara alınması ise hekimin sekreteryayı da üstlenmesini beraberinde getirmektedir. Poliklinikte tek başlarına bırakılan hekimler tüm hastalarına zamanında bakabilmek ve poliklinik düzenini sağlayabilmek için mekâna sabitlenmiştir. Aksi durum ise şiddet ve şikâyet baskısıyla hastalar karşısında pasifize olma sonucunu doğurmaktadır.

Dijital hastane olmanın gerekliliği olan BİT ve bilgi sistemleri sayesinde hekimlerin mesleki pratiklerinde bazı değişiklikler yaşanmaya başlamıştır. Dijital dönüşüm sonrasında hekimler gerek vizit sırasında gerekse poliklinikteki tüm işlemlerde BİT ve bilgi sistemlerini kullanmaktadır. Dolayısıyla vizit sırasındaki işlemlerin tamamı duvara monte edilen dijital ekranlardan yapılmaktadır. Bu durumda hekim ile hasta arasına dijital ekran girmekte ve doğrudan hekim-hasta etkileşimi yerine hekim dijital ekrana odaklanmaktadır. Bu durumda etkileşimde “hasta özne” ikincilleşebilmektedir. Aynı zamanda hekimlik icrasını kusursuzlaştıracağı düşünülen dijital donanımların, hekimlerin öyküsel not alma becerilerini ve klinik bilgilerini zayıflatabilme potansiyeline sahip olduğu ifade edilebilir.

Hastaların aynı hastanedeki veya diğer hastanelerdeki verilerine ulaşılabilmesini sağlayan dijital dönüşüm ile bilgiler/veriler sistem içinde akışkan hale gelmekte bu da mekâna, zamana ve işe ilişkin sorgulamaları beraberinde getirmektedir. Dijital hastanelerde, bilgiye/veriye dayalı ağlar etrafında örgütlenmeye bağlı olarak akışlardan oluşan doğa, bireylere uzanan *e-sağlık*, *e-devlet* hizmetleri gibi geniş alanı kapsamaktadır. Dolayısıyla sistemin bilgi/veri sağlayan enformasyon teknolojileriyle yönetilmesi mekânda insan hareketinden çok bilgi/veri dolaşımını beraberinde getirmektedir. Ancak, enformasyon ağı içinde bilgilerin/verilerin akışkan hâle gelmesi ve dolaşımda olması bir değişim değeri de ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla bilgiler/veriler işlenmekte, bireylere yönelik davranışlardan anlamlar çıkarılarak profillemeler yapılmakta ve kategoriler oluşturulmaktadır. Aynı zamanda veri/bilgi akışkanlığı yeni gözetim pratikleri yaratırken bireylerin/hastaların mahremiyetleri üzerinde risk üretmektedir. Çünkü dijital hastanelerde birey/hasta bilgilerine/verilerine ulaşılabilirlik açısından hem hekimlere hem de hekim dışı sağlık çalışanlarına uygun bir alt yapı oluşturmaktadır.

Gözetim, bilgi/veri güvenliği başta olmak üzere mahremiyet, hak ihlalleri, ayrımcılık, damgalanma gibi birtakım sorunları da ortaya çıkarmaktadır. Sağlık kurumlarında hastaların mahremiyetlerinin ve bilgi/veri güvenliğinin sağlanması yasal düzenlemeler, teknik içerikli önlemler ve güvenlik bilincinin yaygınlaştırılması gibi yöntemlerle yapılırsa da gözetimin teknik bir konu biçiminde düşünülmesi yanıltıcıdır. Örneğin teknik bir önlem olan tanı kodu ile anonimleştirme kimlik olarak olmasa da dar mekânda fiziksel ifşanın önüne geçememektedir. Bu durum, hastanın mahremiyetinin zedelenmesine, bireyin sağlık hizmetine ulaşmayı ret etmesine, etik ve hukuki sorunların gelişmesine, toplumsal soyutlanmaya, dışarda bırakılmaya, damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz kalmasına neden olabilmektedir. Hâl böyle olunca hekimin elektronik ortama hastası için girmiş olduğu tanı/tanı kodu “*dijital veri ikizi*” niteliğinde bireyin sistemdeki “*dijital damgası*” olmaktadır.

Kaynakça

Abalı Akgül, T. Z. (2018). *Mahremiyet ve gözetim ilişkisi bağlamında aile hekimliği bilgi sistemine dair bir değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adnan

- Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Adaş, E. B. (2013). Piyasa ve toplum kısılacında hekimlik, O. Elbek (Editör), *Kapitalizm sağlığa zararlıdır* içinde (205-217). İstanbul: Hayykitap.
- Ajana, B. (2016). Digital health and the biopolitics of the quantified self. *Digital Health*, 3, 1-18.
- Akdu, U., Bostan, S. ve Akdu, S. (2016). Hastanelerde otel konforunda oda tasarımı: Beş yıldızlı otel odasını örnek edinme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19 (36), 401-418.
- Arslantaş Toktaş, S., Binark, M., Dikmen, E. Ş. vd. (2012). *Türkiye’de dijital gözetim: T.C. kimlik numarasından e-kimlik kartlarına yurttaşın sayısal bedenlenişi*. İstanbul: Alternatif Bilişim Derneği.
- Avaner, E. (2018). Mahremiyet nedir? Mahremiyetin sağlık hizmetleri penceresinden görünürlüğü nasıldır? *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 5 (3), 110-116.
- Baştan, S. ve Ökmen, M. (2004). Yerel yönetimlerde bilgi ve iletişim altyapısı ile ilgili temel sorunlar. A. Yılmaz ve M. Ökmen (Editörler), *Kuramdan uygulamaya kamu yönetimi* içinde (183-216). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Bauman, Z. ve Lyon, D. (2021). *Akışkan gözetim*. (çev. Elçin Yılmaz), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Baumgart, D. C., Wende, I. ve Grittner, U. (2017). Tablet computer enhanced training improves internal medicine exam performance. *PLOS One*, 12 (4), 1-14.
- Binark, M. ve Altıntaş, M. (2016, Şubat). Veri ikizlerimizin farkında mıyız? Dijital gözetimin çeşitli boyutlarına karşı farkındalık. *Yeni medya çalışmaları II. ulusal kongre kitabı*, İstanbul, 315-334.
- Bourdallé Badie, C. ve Erny, P. (1992). Le toucher, moyen de communication: Son évolution dans l'histoire médicale. *I-Revues Web Sayfası*. 12 Kasım 2021 tarihinde http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/32729/C&T_1992_24_253.pdf?sequence=1 adresinden alınmıştır.
- Bozpolat, C. (2019). Hizmet pazarlamasına sosyolojik bir bakış, M. Ünsalan (Editör), *Pazarlama ve sosyoloji: işletme ve toplum ilişkisi* içinde (253-284). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Castells, M. (2008). *Enformasyon çağı: ağ toplumunun yükselişi*. (Çev. Kılıç, E.). (İkinci Baskı). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Chaum, D.L. (1981). Untraceable electronic mail, return addresses, and digital pseudonyms. *Communications of the ACM*, 24 (2), 84-90.
- Cummings, C. (2013). Communication in the era of COWs: technology and the physician-patient parent relationship. *Pediatrics*, 131 (3), 401-403.
- Çankaya, H. ve Ekiz, C. (2018). Biyopolitik açıdan kişisel verilerin korunması. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 13 (29), 135-156.
- Çetin, D. (2008). *Toplum ve mekân ilişkisinin kent dinamikleri içinde incelenmesi ve Tarlabaşı örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ergur, A. (2020). Uсталık ve teknoloji eklemlenmesi: beceri, deneyim, kesinlik. *Journal of Economy Culture and Society*, Özel Sayı, 95-115.
- Ergur, A. ve Çobanoğlu, C. (2020). Sihirli dokunuştan temassız sağaltıma hasta-hekim ilişkisinin dönüşümü: robotik cerrahinin insani sonuçları. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 40 (1), 467-497.
- European Data Protection Supervisor. (2018). EDPS opinion on online manipulation and personal data. *European Data Protection Supervisor Web Sayfası*. 20 Kasım 2021 tarihinde https://edps.europa.eu/sites/edp/files/publication/18-03-19_online

- [manipulation en.pdf](#) adresinden alınmıştır.
- Foucault, M. (2015). *Hapishanenin doğuşu*. (Çev. Kılıçbay, M. A.). (Sekizinci Baskı). Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Foucault, M. (2020). *Büyük kapatılma*. (Çev. Ergüden, I. ve Keskin, F.). (Beşinci Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Gallagher, S. ve Payne, H. (2015). The role of embodiment and intersubjectivity in Clinical Reasoning. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10 (1), 68-78.
- Gerrie, J. (2003). Was Foucault a Philosopher of Technology. *Techné*, 7 (2), 14-26.
- Giddens, A. (2014). *Sosyoloji*. (Çev. Altaylar, G.). (Altıncı Baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Goffman, E. (2014). *Damga: örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar*, (çev. Ünsaldı, L. ve Geniş, Ş.). Ankara: Heretik Yayıncılık.
- Gökşen, E. (2020). Tanpınar'ın Beş Şehir'ine Foucault'nun heterotopyası üzerinden bakmak. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 33, 143-159.
- Harvey, D. (2010) *Postmodernliğin durumu*. (Çev. Savran, S.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Hoff, T. (2011). Deskilling and adaptation among primary care physicians using two work innovations. *health care management review*, 36 (4), 338-348.
- İnceoğlu, S. (2010). ABD Anayasa Hukuku'nda mahremiyet hakkı. İnsan Hakları Yıllığı. *TODAIÉ*, 19-20, 173-186.
- İzgi, C. (2014). Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1 (1), 25-37.
- Kahraman, M. D. (2014). İnsan ihtiyaçları ve mekânsal elverişlilik kavramları perspektifinde yaşanılabilirlik olgusu ve mekânsal kalite. *Planlama Dergisi*, 24 (2), 74-84.
- Kandilli, E. (2019). *Sağlık hukukunda etik açısından kişisel veriler ve mahremiyet hakkı*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaplan, Y. ve Akkaya, C. (2013). Toplumsal tabaka farklılıklarının spora yansıyan sonuçları: Antalya örneği. *Mediterranean Journal of Humanities*, 3 (2), 143-158.
- Karahan, A. (2008). Hastanelerde kat hizmetleri ve memnuniyet analizi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (2), 155-171.
- Kaya, İ. (2021). Çağdaş kapitalizmin yeni görünüşleri: veri sömürgeciliği. *İletişim Dergisi*, 34, 136-139.
- Kaymaz Koca, S. (2015). An attempt at conceptualizing the information city, its Spaces and Their Potentials. *Megaron*, 10 (1), 1-13.
- Koçak, H. ve Memiş, K. (2018). Bilgi toplumunda korku: bilgi güvenliği ve risk toplumu. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20 (3), 1-10.
- Layder, D. (2010). *Sosyal teoriye giriş*. (Çev. Tatlıcan, Ü.). (Üçüncü Baskı). İstanbul: Küre Yayınları.
- Lefebvre, H. (2016). *Mekânın üretimi*. (Çev. Ergüden, I.). (4. Baskı). İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Lyon, D. (1997). *Elektronik göz gözetim toplumunun yükselişi*. (Çev. Hattatoğlu, D.). İstanbul: Sarmal Yayınevi.
- Mattelart, A. (2012). *Gözetimin küreselleşmesi: güvenileştirme düzenin kökeni*. (Çev. Gayretli, O ve Karacan, S. E.). İstanbul: Kalkedon Yayınevi.
- Molotch, H. (2017). "Just Time" and the Relativity of Speed, J. Wajcman ve N. Dodd (Editörler), *The Sociology of Speed: Digital, Organizational, and Social Temporalities* içinde (117-130). Oxford: Oxford University Press.
- Mulligan, J. (2010). It gets better if you do? Measuring quality care in puerto rico. *Medical Anthropology*, 29 (3), 303-329.
- Newell, P. B. (1995) Perspectives on privacy. *Journal of Environmental Psychology*, 15 (2), 87-104.

- Özcan, K. (2014). Yönetimsel kontrol ve örgütsel düzen: Michel Foucault ve Zygmunt Bauman ekseninde bir tartışma. *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (2), 1-42.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye sağlık yapıları asgari tasarım standartları 2010 yılı kılavuzu. *SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 27 Ekim 2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/yayin/414> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2019). 2012-2014 Sağlık Bakanlığı dijital hastane değerlendirme çalışmaları. *SB Dijital Hastane Web Sayfası*. 03 Ocak 2020 tarihinde <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5006/saglik-bakanligi-dijital-hastane-degerlendirme-calismalari-2012-2014.html> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırası genelge değişikliği. *SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 12 Kasım 2021 tarihinde <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/11049/0/poliklinik-hizmetlerinde-oncelik-sirasi-genelge-deustyazipdf.pdf> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). Sağlıkta istatistik ve nedensel analizler (SİNA) bilgilendirme ve değerlendirme çalışmaları başladı. *SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 10 Aralık 2021 tarihinde <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-63748/saglikta-istatistik-ve-nedensel-analizler-sina-bilgilendirme-ve-degerlendirme-calistaylari-basladi.html> adresinden alınmıştır.
- Sennett, R. (2008). *Karakter aşınması yeni kapitalizmde işin kişilik üzerindeki etkileri*. (Çev. Yıldırım, B.). (Üçüncü Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Solove, D. J. (2004). *The digital person, technology and privacy in the information age*. New York: New York University Press.
- Tankut, S. G. (2013). Özgürlüğün coğrafyası: mekânsallığın triyalektik praksi ve bütünsellik arayışına dair bir tahlil. *Mülkiye Dergisi*, 37 (1), 31-69.
- Team, N. K. (2014). ABIM pass rates: behind the declines. *NEJM Knowledge+ Web Sayfası*. 12 Kasım 2021 tarihinde <http://knowledgeplus.nejm.org/abim-pass-rates-behind-declines/> adresinden alınmıştır.
- Timurturkan, M., Demez, G. ve Kart, E., vd. (2017). “Hükümlü” olmanın sosyal tezahürleri: sosyal dışlanma, damga ve suç. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (20), 138-157.
- Yüksel, G. (2019). Kişisel sağlık verilerinin hukuki korunması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6 (1), 1-10.
- Zehir, E. (2017). Dijital hastane oluşum süresinde sağlık bilgi sistemleri genel müdürlüğü çalışmaları sunumu. *SB Dijital Hastane Web Sayfası*. 03 Mart 2018 tarihinde <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,24448/calistay-sunumlari.html> adresinden alınmıştır.