

병원의 환자안전문화 개선 방향



Ways of Improving Hospitals' Organizational Culture
for Patient Safety

김효선 | 한국 QI간호사회 부회장

병원은 의료사고 발생을 감소하기 위해 실수 가능성이 있는 위험한 진료 과정을 미리 발견해 안전사고 예방 활동을 시행해야 한다. 이러한 활동을 가장 효과적으로 할 수 있는 방법은 활발한 오류 보고와 오류로부터 배우고자 하는 조직 학습을 체계화하는 것이다. 직원들의 오류 보고 참여에 영향을 미치는 가장 중요한 요인은 조직의 환자안전문화이다. 공정문화는 안전사고와 관련된 개인에 대한 비난이나 징계보다는 결과 안전을 강조하고, 실수하는 인간 존재에 대한 이해를 바탕으로 실수 예방 시스템을 만들고자 노력하는 문화이다. 이런 문화가 정착된 조직은 안전에 대한 리더십, 개방적 의사소통, 강한 팀워크, 책임의식이 강한 직원, 자발적이고 활성화된 오류 보고 등의 특징을 보인다. 인적 오류를 예방하기 위해 개발된 실수 예방 시스템의 예로는 의사소통 도구의 사용, 수술 부위 표식, 수술 전 타임아웃, 체크리스트, 교차 확인 등의 안전 절차가 있다. 의료기관은 의료기관 종사자뿐만 아니라 환자나 보호자도 환자안전활동에 참여시켜 스스로 안전을 점검하도록 독려해야 한다.

1. 들어가며

환자안전법이 시행됨에 따라 의료기관장은 법에 따라 각 기관의 환자안전위원장으로써 환자를 위한 안전한 의료 환경 조성, 전담인력 배치,

환자안전기준 준수, 환자안전지표 산출, 환자안전사고 자율보고 등의 책임을 지게 되었다. 국가 차원에서 환자안전시스템을 구축하기 위한 목적으로 환자안전법이 제정되기는 하였으나 예방적 관점에서 환자안전시스템을 위해 필요한 것

은 환자안전문화의 정착이라고 할 수 있다. 이에 이 글에서는 환자안전의 근간이 되는 환자안전 문화를 발전시키기 위한 방안의 일환으로 ‘환자 안전문화와 실수하는 인간에 대한 이해’, ‘환자 안전문화 측정과 결과 활용’, ‘환자안전문화 개선 전략’, ‘실수를 예방하기 위한 안전장벽(safety-barrier) 구축 방법’ 등을 소개하고자 한다.

2. 환자안전문화란?

환자안전문화(patient safety culture)란 의 료서비스 제공 과정에서 발생할 수 있는 의료 오류를 예방하기 위해 조직, 부서, 개인 차원에서 공유하고 있는 신념, 가치, 행동 패턴을 의미 한다.¹⁾ Halligan(2011) 등의 연구에서는 환자 안전문화의 구성 요소로서 ‘안전 지도력(safety leadership), 팀워크, 안전에 대한 공유된 믿음, 개방적 의사소통, 비징벌적 오류 보고 및 이를 통한 조직 학습’ 등을 제시하였다. 또한 Flin(2007) 은 ‘조직과 부서장의 안전 순위에 대한 인식’이 ‘특정 행동의 결과에 대한 기대’에 영향을 미치 며, 조직 내 ‘안전하지 못한 행동 양식’은 오류를 유발하고 그 결과로 환자나 직원이 손상을 입게 된다고 설명하였다. 여기서 ‘안전하지 못한 행동 양식’은 위험이나 규칙 위반, 주의사항 등에 대

해 서로 이야기하지 않으려 하거나 오류를 보고 하지 않거나 이에 대해 서로 논의하지 않으려 하 는 조직 풍토를 의미한다.²⁾ 이순교(2015)는 환자 안전문화에 영향을 미치는 요인으로 조직적 요 인과 개인적 요인, 문화적 요인을 들었다. 조직적 요인으로는 ‘안전 리더십, 안전 절차에 대한 직원 들의 공유된 인식, 안전 정보에 대한 의사소통, 관리자의 안전 관련 행동과 방법에 대한 직원들 의 인식, 조직 내에서 안전에 부여된 우선순위의 정도’ 등을 강조하였다. 개인적 요인으로는 ‘안전 태도, 안전 지침과 절차에 대한 안전 지식’ 등을 포함하였다. 문화적 요인과 관련해서는 미국과 같이 개인주의 문화를 중시하는 조직문화에서는 개인의 목표를 중시하는 반면 중화권과 같은 집 단주의 문화에서는 집단의 목표를 중시해 위해 사건에 대해 직접 논의하는 것을 피하고 침묵 유 지를 선택하는 경향이 나타났다고 하였다.³⁾ 이처럼 환자안전문화는 그 나라에서 형성된 기존 문 화에 영향을 받으므로 환자안전문화를 조사하면 서 외국의 도구를 그대로 사용하기보다는 우리 문화에 적합한 도구를 사용하는 것이 바람직하 다.⁴⁾ 의료 오류에 대한 전통적인 접근 방식은 환 자에게 직접 의료를 제공한 최일선의 제공자를 비난하는 것이었다. 이러한 비난문화의 목적은 누가 실수했는지를 찾아서 벌을 주고자 하는 것 이며, 일어난 나쁜 일에 대해 실수한 사람에게 불

1) 이순교(2015), 한국형 환자안전문화 측정도구 개발 및 평가, 박사학위 논문, 중앙대학교, p.5.

2) Patrick Waterson(2014), Patient Safety Culture, UK: ASHGATE, p.45.

3) 이순교(2015), 앞의 책, pp.14-18.

4) 의료기관평가인증원(2015), 한국의 환자안전문화 측정, 의료기관평가인증원, p.62.

평하고자 하는 것이다. 이 문화에서는 사람들이 옳고 효과적인 일을 하는 대신 비난으로부터 자신을 보호하는 데 초점을 두게 된다. Robert M. Wachter는 이러한 오류는 대부분 잘 훈련된 의사가 과중한 업무를 수행하면서 발생했으며, 혼계하거나 수치심을 주거나 소송하는 방식으로 예방되지 않았다고 하였다. 이와 같은 이유로 그는 오류 예방을 위해서는 ‘비난과 수치’를 주는 것보다는 시스템적 사고(systems thinking)라고 불리는 새로운 접근법으로 대체해야 함을 강조하였다.⁵⁾

가. 무비난문화

무비난문화(No-Blame Culture)는 실수의 원인을 조사하여 무엇이 사람으로 하여금 실수하게 하고, 왜 그 실수가 발생했는지를 밝혀내는 데 초점을 둔다. 예를 들면 바쁜 스케줄, 방해, 불분명한 리더십, 구식 절차, 불만족스러운 훈련 등이 실수의 근본 원인일 수 있다. 무비난문화는 사람들을 벌하기보다 오히려 위로하고 격려하려 한다. 왜 잘못되었는지, 비슷한 실수가 다시 발생하는 것을 방지하기 위해 무엇을 할 수 있는지에 대한 의견을 듣는다. 만약 의사가 수술을 하는 과정에서 실수로 환자가 죽었다면 비난문화에서는 그것은 의사의 실수이므로 의사는 그에 상응하는 벌을 받아야 한다는 결론에 이를 것이다. 그

러나 무비난문화에서는 의사가 왜 실수했는지를 알고자 한다. 그 의사는 적절하게 훈련을 받지 못했거나 너무 많은 일정으로 피곤했을 수도 있다. 수술방의 환경이 매우 복잡하고 시끄러워서 집중하지 못했을 가능성도 있다. 수술 중 필요한 장비가 미리 점검되지 않았을 수도 있다. 무비난문화에서는 사람이 실수하는 데 영향을 미치는 요인을 점검하여 이러한 요인들을 관리할 수 있는 시스템을 만든다. 그래서 실수할 가능성을 최소화하려고 노력한다. 반면, 우리는 빈번하게 부주의한 오류를 저지른 개인이나 전문성이 부족한 개인, 합리적인 안전규칙을 위반하는 개인은 비난받아야 마땅한 것이 아니냐는 의문을 가지게 된다. 이에 대한 보완으로 공정문화와 관련한 논의가 대두되었다.

나. 공정문화

‘공정문화(Just Culture)⁶⁾’라는 용어는 의료기관에서 제공하는 서비스와 각 조직, 각 부서, 직원 개개인에 대해 정의되고 공유된 책임과 관련된 안전 지원 시스템(safety-supportive system)을 말한다. 직원 개개인은 환자가 받는 서비스가 가능한 한 최고의 질을 보장받을 수 있도록 선택할 책임이 있다. 공정문화의 뼈대는 항공산업 및 원자력과 같은 고신뢰 산업의 위험관리 개념을 기반으로 하여 David Marx에 의해 발

5) Robert M. Wachter(2009), 김은경 외 역(2011), 환자안전의 이해, 현문사, p.12, p.15.

6) ‘Just Culture’를 정의문화로 번역한 경우도 있으나 필자는 의료기관 종사자들이 전문가적 지식과 기술에 부합되는 책임을 바탕으로 그들의 행동을 선택해야 하며, 그 결과에 대해 관용과 책임이 따르는 문화가 정착되었으면 하는 바람으로 공정문화로 번역하였다.

전되었다. 공정문화에서 공유된 책임은 규범이며, 이 문화에는 실수 가능성을 줄이기 위한 행동이 널리 퍼져 있다. 공정문화는 개개의 실무자들이 통제할 수 없는 유형의 오류(시스템 오류)에 대해서는 그들이 책임져서는 안 된다는 점을 인정한다. 또한 많은 오류가 인적 요인들과 시스템 간의 예측 가능한 상호작용 때문에 생긴다는 점을 인정한다. 나아가 역량 있는 전문가들이라 하더라도 실수할 수 있으며 불건전한 규범(지름길, 상투적인 규칙 위반 등)을 만들고자 한다는 점을 인정한다. 공정문화는 ‘인적 오류, 위험 행위, 무모한 행위’를 구분하여 그에 따라 각각 다르게 대응한다.⁷⁾

1) 인적 오류(Human Error)는 인간의 실수로 해야 할 일보다 다른 것을 하게 되는 부주의한 행동을 말한다. 심리학자들은 이것을 실책(Slip), 실패(lapse), 실수(mistake)라고 말한다. 이러한 오류들은 인간을 실수하게 만드는 시스템으로 인해 발생하는 것이므로 시스템 개선과 지도, 학습을 통해 관리해야 한다.

2) 위험 행위(At-risk behavior)는 인식하지 못하거나 혹은 실수로 옳다고 믿어 버리고 위험을 증가시키는 방법으로 행동을 선택하는 것이다. 흔한 일상의 위험 행위로는 운전하면서 음식을 먹거나 제한속도를 위반하는 행위 등이 있다. 이러한 행위에 대한 대책은 위험 행위를 선택함

으로써 얻게 되는 이점을 제거하고, 건강한 행동에 대한 이점을 만들며, 위험 행위를 선택하게 하는 개인 주위의 시스템이 있는지를 조사하는 한편, 코칭과 학습을 통해 관리하는 것이다.

3) 무모한 행위(reckless behavior)는 의식적으로 위험을 선택하는 옳지 않은 행동이다. 음주운전을 예로 들 수 있고, 병원 환경에서는 수술부위 표시이나 수술계수 등 안전 절차와 관련된 주요 규정을 의도적으로 위반하는 행위 등이 이에 해당한다. 이런 행동을 하는 개인은 별함으로써 징벌적 억제 신호를 보내야 한다. 동시에 반복적으로 이러한 선택이 가능하도록 허용하는 시스템상의 문제가 있는지 살펴보아야 한다.

공정문화의 특성을 요약하면 다음과 같다.

- 비난이나 징계보다는 질과 안전을 강조한다.
- 실수, 오류가 있는 프로세스의 결과로 발생한 오류에 대해서는 징계하지 않을 것을 권장한다. 그러나 오류가 발생한 프로세스의 근본 원인은 밝혀야 한다.
- 고의나 악의가 없는 인적 오류라면 코칭, 상담, 교육 등으로 반복적인 실수를 감소시킨다.
- 무모한 행위에 대해서는 관용하지 않는다.
- 직원들이 징계에 대한 우려 없이 안심하고 자신들의 실수와 위험한 행위에 대해 안전 보고서를 제출할 수 있다고 느낄 만한 환경을 구축한다.

7) AHRQ(2012), Rockville, MD, Internet Citation: Facilitator Notes. Content last reviewed December 2012, Agency for Healthcare Research and Quality, slide 3-6.

<http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculumtools/cusptoolkit/modules/apply/acapplycusp.html>에서 2016. 9. 9. 인출.

이와 같은 공정문화를 우리 의료 현장에 적용 하기에는 시기상조라는 의견도 있다. 아직 자발적 오류 보고조차 기대에 미치지 못하는 수준인 까닭이다. 우리나라에서 공정문화에 대한 사회적 인식과 합의가 이루어지려면 많은 시간이 소요될지도 모른다. 그러나 공정문화는 우리 사회와 의료기관이 추구해야 할 방향임은 틀림없다.

3. 국내 환자안전문화와 조사 현황

의료기관평가인증원에서는 2015년 ‘한국의 환자안전문화 측정’에 대한 보고서를 발표하였다. 환자안전문화 측정 도구는 의료기관 인증제 인식에 대한 조사 14문항, 환자안전문화 인식 조사를 위한 미국 의료 연구 질 관리 기구[Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)]의 도구(HSOPSC) 44문항, 이순교(2015)의 한국형 도구 12문항을 포함해 56문항으로 구성하였으며, 이들 설문 문항의 내적 일관도는 신뢰도가 높은 것으로 검증되었다. 설문조사는 인증 병원과 미인증 병원 41곳에서 일하는 종사자 1741명을 대상으로 하였다. 조사 결과 국제적인 수준(미국, 대만, 네덜란드, 스코틀랜드)보다 미흡한 항목은 ‘오류에 대한 비처벌적 문화, 직원 배치’

등이었다.⁸⁾ 또한 국내 환자안전문화 측정 결과와 AHRQ의 환자안전문화 측정 결과(2014년 미국 내 635개 병원의 40만 5281명을 대상으로 함)를 비교해 보니 ‘부서 내에서의 팀워크, 직속상관·관리자의 기대 및 행동, 환자안전에 대한 전반적인 인식, 사건 보고 빈도’ 등의 항목에서는 우리나라와 미국이 비등하였으나 ‘조직 학습, 환자안전에 대한 경영진의 지원, 의사소통의 개방성, 부서 간의 협조 체계, 직원 배치, 오류에 대한 비처벌적 대응’ 등의 항목에서는 우리나라가 미국보다 환자안전문화 점수가 현저히 낮은 것으로 나타났다.⁹⁾ 이와 같은 연구 결과를 토대로 의료기관평가인증원은 ‘환자안전문화를 증진하기 위해 비처벌적인 환경을 유지하고 오류 보고를 격려하는 공정문화, 오류로부터 배우는 조직문화 구축, 환자안전에 대한 적절한 인력 배치의 범국가적 대책 마련’ 등을 환자안전문화 개선 방향으로 제시하였다.¹⁰⁾ 이러한 제안은 제정된 환자안전법에 고스란히 담겨 있어 이 연구의 목적을 일부 달성한 것으로 보인다. 그러나 이 제도의 성과는 병원의 자발적인 참여 정도에 달려 있어 국가 차원의 환자안전문화 증진 활동과 정책 지원을 지속할 필요가 있다고 본다.

8) 의료기관평가인증원(2015), 한국의 환자안전문화 측정, 의료기관평가인증원, p.1.

9) 정연이(2014), 환자안전과 인증전략 수립, 2016년 Q간호사회 봄 학술대회 자료집, p.20.

10) 의료기관평가인증원(2015), 한국의 환자안전문화 측정, 의료기관평가인증원, p.1.

4. 병원에서의 환자안전문화 개선 전략

가. 안전 리더십을 강화하라

환자안전 증진을 위한 조직문화를 형성하기 위해서는 무엇보다 리더십이 중요하다. 질책과 훈련의 전통, 수치심을 유발하는 비난의 문화가 환자안전문화 형성을 저해하는 가장 큰 요인이므로 최고경영자는 이를 극복하기 위한 노력과 행동을 해야 한다.¹¹⁾ 최고경영자는 조직 구성원들이 환자안전에 대한 문제를 개방적으로 논의할 수 있는 문화를 양성해야 한다. 근자에는 환자안전의 날 행사를 통해 환자안전에 대한 최고경영자의 의지와 그 중요성을 표명하는 병원들이 증가하고 있다. 최고경영자는 환자안전위원회를 통해 환자안전과 관련된 주요 문제를 검토하여 신속한 의사결정과 이에 요구되는 자원을 지원해야 한다. 또한 환자안전보고체계를 활성화하기 위해 근접오류 보고자에 대한 칭찬과 격려, 오류 보고자에 대한 교육과 훈련을 지원해야 한다. 규범을 위반하는 등의 무모한 행위가 오류의 원인이라면 그 수위에 따라 경고, 징계, 면담 등의 조치를 함으로써 조직 구성원들이 환자안전 절차와 규범을 준수하도록 동기를 강화할 수 있다.

다음으로, 관리자의 안전행동에 대해 직원들이 어떻게 인식하고 있는지가 안전문화를 구성하는 데 영향을 미친다. 안전 중심 행동의 중요성을 강조하고 증진해 주는 관리자의 안전행동은

안전문화를 구축하는 데 긍정적인 영향을 미치고 높은 안전 성과를 끌어낸다.¹²⁾ 관리자는 보고된 사고에 대해 시스템 중심의 근본 원인 분석 및 개선 활동을 이행하고, 조직 구성원들의 안전 절차 준수 여부를 평가하여 안전 절차를 지킬 수 있도록 팀에 대한 긍정적인 피드백을 강화하여야 한다. 관리자는 안전사고를 예방하기 위해 직원의 경력과 역량을 고려하여 케어팀을 구성해야 한다. 이를 위해 조직 구성원의 직무 자격을 정의하고 업무 역량을 정기적으로 평가하여 이에 적합한 과업을 부여할 뿐 아니라 전문지식과 기술을 향상하기 위해 제공된 교육과 훈련이 적합한지 정기적으로 평가하여야 한다. 또한 과로로 인한 인적 오류를 예방하기 위해 의료진과 교대 근무자들이 충분한 휴식 시간을 보장받을 수 있도록 인사관리시스템을 운영해야 한다.

나. 환자안전문화 측정 결과를 활용하여 향상 전략을 수립하라

AHRQ는 환자안전문화 측정 결과를 활용한 환자안전문화 향상 전략 수립의 방법으로 ‘활동 계획 수립 도구(Action Planning Tool)’를 제시하고 있다. 그 첫 단계로 ‘활동 계획 수립팀(Action Planning Team)’을 구성해야 하는데, 이때 팀 구성을 위한 최고경영자의 지원이 요구된다. 팀은 역할, 경력, 기술, 관점 등을 고려하여 다학제 팀으로 구성한다. 팀의 핵심 능력은 자료

11) 의료기관평가인증원(2015), 위의 책, p.21-22.

12) 의료기관평가인증원(2015), 앞의 책, p.22.

분석, 질 향상, 인적 자원, 프로젝트 관리 등을 포함하며 반드시 임상 의사를 팀에 포함시켜야 한다. 팀 발대식(kickoff meeting)을 통해 팀원의 역할과 책임을 명확히 한다. 활동 계획 수립 도구 가이드라인에 따라 팀의 목표와 개선 활동 계획, 필요한 인력, 프로세스 지표와 성과지표 선정, 시간 계획 등을 작성한다. 우선 목표 정의와 개선 영역 선정을 위해 “개선 활동에 초점을 두고 싶은 영역은 무엇인가?” “목표는 무엇인가?” “어떤 개선 활동을 구현할 것인가?” 등의 질문에 대한 답을 작성한다. 다음으로 개선 활동 계획 단계에서는 “누가 어떤 방법으로 영향을 받을 것인가?” “누가 개선 활동을 이끌 수 있는가?” “필요한 자원은 무엇인가?” “예상되는 방해물은 무엇이며

그것을 어떻게 극복할 수 있는가?” “프로세스와 성공을 어떻게 측정할 것인가?” “시간 계획은 무엇인가?” 등의 질문에 답할 수 있어야 한다. 마지막으로 “개선 활동 계획을 누구와 어떻게 공유할 것인가?”를 질문하여 활동 계획 서식(action plan template)을 작성하도록 권고하고 있다.¹³⁾ 표 1은 AHRQ HSOPSC 차원별 환자안전문화 개선을 위한 중재 예시이다. 국내에서는 다수의 병원이 환자안전문화에 대한 자체 조사를 시행하고 있으나 조사 결과를 활용한 개선 활동에 대해서는 보고된 사례가 거의 없는 실정이다. 이에 앞으로 국가 차원의 환자안전문화 조사·연구가 진행되어 환자안전문화 개선 활동이 활발하게 펼쳐져야 할 것으로 본다.

표 1. 차원별 환자안전문화 개선을 위한 중재 예시

AHRQ 문화 척도	개선 활동 예시
■ 안전에 대한 전반적인 인식 ■ 사고 보고 빈도 ■ 안전 증진 활동에 대한 관리자의 기대 ■ 조직 학습/지속적인 향상 ■ 부서 내 팀워크 ■ 개방적인 의사소통 ■ 실수에 대한 의사소통과 피드백 ■ 실수에 대한 비징벌적 반응 ■ 직원 배치 ■ 환자안전에 위한 병원의 관리 지원 ■ 부서 간 팀워크 ■ 전원, 전동, 전과 시 인수인계	■ 병원 행정부의 프로젝트 검토 ■ 부서 단위 실수 보고 시스템 ■ 조직 구성원에게 환자안전상 수여 ■ 근본 원인 분석과 고장 유형 및 영향 분석 ■ 에스바(SBAR) 기술의 적용(그림 1) ■ 안전에 대한 브리핑 ■ 조직 구성원에게 실수 보고에 대한 피드백 제공 ■ 효과적인 보고 시스템 적용 ■ 모든 부서에 안전 챔피언 임명 ■ 리더십의 환자안전 순회 ■ 팀워크 훈련 ■ 교대근무 시 안전보고 전달

자료: Culture Improvement Guide(2006), Delmarva Foundation.

13) AHRQ(2016), Action Planning Tool for the AHRQ Survey on Patient Safety Culture, pp.2-3.

<http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculumtools/cusptoolkit/modules/apply/acapplycusp.html>에서 2016. 9. 9. 인출.

다. 팀워크와 의사소통을 강화하라

심각한 의료사고의 80%가 의료 제공자 간의 인수인계 시 의사소통 오류로 인해 발생한다고 한다. 미국 의료기관평가위원회[The Joint Commission(TJC)]에서 적신호 사건에 관해 수집한 자료에 의하면 심각한 의료사고의 근본 원인으로 가장 높은 빈도를 차지하는 것은 의사소통 문제였다. 미국의 보험회사가 환자 이송 중 발생한 의료사고로 소송을 당한 사건을 분석한 결과 가장 흔한 근본 원인 역시 의사소통의 문제인 것으로 나타났다.¹⁴⁾ 의사소통 장애 요인으로는 언어 장벽, 이해하기 어렵거나 혼동하기 쉬운 처방, 환자를 진료하는 의료진이 바뀌는 경우 정보 전달이 부족한 상황 등을 예로 들 수 있다. 그러나 이러한 의사소통 장애의 근간에는 정확하지 않은 정보를 확인하는 시스템이 준비되어 있지 않거나 확인하기 힘든 조직문화가 자리 잡고 있는 경우가 많다. 예를 들어 항암제나 전해질, 혈전 용해제 등의 고위험 약물이 과량으로 처방되면 간호사나 약사가 약제의 용량을 검토해 달라고 의사에게 요청할 수 있어야 한다. 그러나 수직적인 조직문화를 가진 병원에서 수직 구조의 하위에 위치한 직원들이 이러한 요청을 하기란 어렵다. 만약 의사가 처방 수정에 대한 요청을 거부하였다면 약사나 간호사는 처방대로 약물을 조제하여 투여할지, 다른 의사에게 처방 검토를 의뢰할지 결정해야 하므로 의료기관에서는 이런

상황에 직면한 직원들의 행동 절차를 마련해야 한다. 환자와 그 가족 역시 의심스러운 점이 있다면 의료진에게 질문할 수 있어야 한다. 복잡하고 다양한 직종의 많은 사람이 관여하고 있는 치료 과정에서 실수의 기회를 최소화하려면 무언가 잘못되었다고 느꼈을 때 잠깐 멈추고 점검할 수 있는 절차와 보고체계, 개방적 의사소통이 시스템화되어야 한다. 특히 국내 병원문화에서는 직종 간, 상하 간 수직적이고 보수적인 조직문화가 주를 이루고 있어 토론과 비판을 통해 합의를 끌어내기가 어려운 구조이므로 효과적인 의사소통을 위한 교육과 훈련, 적절한 의사소통 도구의 사용이 필요하다고 생각된다.

1) 효과적인 의사소통을 위한 도구를 사용하라

군대와 항공 분야에서 잘 알려진 디브리핑(debriefing) 과정은 비난하지 않는 방식으로 허심탄회하게 잘된 점과 잘못된 점을 논의하는 것이다. 이러한 기법 중에는 SBAR과 CUS, Critical SHARE 등이 있다. SBAR은 상황(Situation), 배경(Background), 평가(Assessment), 제안(Recommendations)의 약자이다. SBAR의 훈련 대상은 간호사이다. 간호사가 보고할 때 의사들이 주의를 집중하여 듣고 적합한 행동을 취할 수 있도록 돕는 의사소통 도구이다. CUS는 먼저 “염려된다(I’m concerned

14) 김복남 외(2016), 현장전문가가 쓴 환자안전 실무지침서, 현문사, p.188.

about)”라는 표현으로 시작한 다음 “불편하다(I’m uncomfortable)”라는 표현을 사용하고 마지막으로 “안전과 관련된 사안입니다(This is a safety issue)”라고 언급하는 것이다. 주로 메시지를 수용하는 의사들이 그 말의 의미를 이해하고 적절하게 반응하도록 훈련하는 것이 중요하며 CUS 용어를 남용하지 않아야 의도한 영향력을 발휘할 수 있다. 주요 정보 공유(Critical SHARE)는 주요 내용 표준화하기(Standardize Critical Content), 의료기관 시스템 내에 적용하기(Hardwire Within Your System), 질

문할 기회 제공하기(Allow Opportunity to Ask Questions), 질 측정 강화하기(Reinforce Quality and Measurement), 교육 및 코치하기(Educate and Coach)로 구성되어 있으며 성공적인 인수인계를 위해 개발된 도구이다.¹⁵⁾ 최근 몇 년 동안 국내 의료기관에서 SBAR를 환자 정보 공유와 인수인계, 신규 간호사 교육 자료 개발에 활용한 사례가 보고된 바 있으나 아직은 개발에 시간이 오래 걸리고 임상 사례별로 작성되어야 하는 번거로움이 있어 상용화까지는 좀 더 시간이 필요할 것으로 보인다(그림 1).

그림 1. SBAR 서식 사례

SBAR [에스바]

구 성

Situation: 상황
Background: 배경
Assessment: 평가
Recommendation: 권고

개 요

- 표준화된 의사소통
- 인계, 이송, 보고, 응급 등 주요 상황 시
- 반복적인 연습 필요

방 법

- 짧게
- 요점만 간단히
- 명확히

Situation 상황	Background 배경	Assessment 평가	Recommendation 권고
<i>(현재 무슨 일이 일어났습니까?)</i> ■ 전달자 ■ 환자/확인(이름+등록번호) ■ 환자상태, 문제상황	<i>(이 상황과 관련된 배경은 무엇입니까?)</i> ■ 진단명 ■ 문제 관련 임상정보 ■ 진행된 진료내용 ■ 환자경과	<i>(문제가 무엇이라고 생각합니까?)</i> ■ 신체 이상증상 (예: 출혈양상, 수술부위) ■ 객관적 증상 (예: 통증)	<i>(문제를 해결을 위해 무엇을 해야 합니까?)</i> ■ 문제를 해결하기 위한 향후 계획 / 권고
내 용 123병동 김성실 간호사입니다. 등록번호 1234567 홍길동 환자가 갑작스런 가슴통증을 호소하고 있습니다.	협심증 진단아에 오늘 입원했고, 내일 관상동맥조영술 예정입니다. 입원 시 Cardiac Enzyme, EKG는 정상 범위였습니다.	현재 가슴통증은 8점이고, 잦아빠는 듯한 통증을 호소하고 있습니다. 혈압 140/95 mmHg, 맥박 90 회/분입니다	외과의 즉각적인 처치가 필요합니다.

바르도 부작

SBAR Sheet

분량/월/일: / /

일자: 년 월 일

Situation	☐ 시행 예정 검사: _____ ☐ 병동이동
Background	☐ 강 영: ☐ 간염 ☐ HIV ☐ 결핵 ☐ Rota-V ☐ MRSA/VRE ☐ 알러지: ☐ 약물 ☐ 음식
Assessment	☐ 환자의 주된 임상적 문제
Recommendation	☐ 시행 예정 검사: _____ ☐ 이동방법: ☐ 걸어서 ☐ W/C ☐ CART ☐ 침대 ☐ 모니터링: ☐ 산소: ☐ L/min ☐ 아니오 ☐ Patient Monitor: ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 기타 _____

보내는 부서/인계자 /
받는 부서/인수자 /

자료: 김복남 외(2016), 환자안전 실무지침서, 강남세브란스병원, p.202.

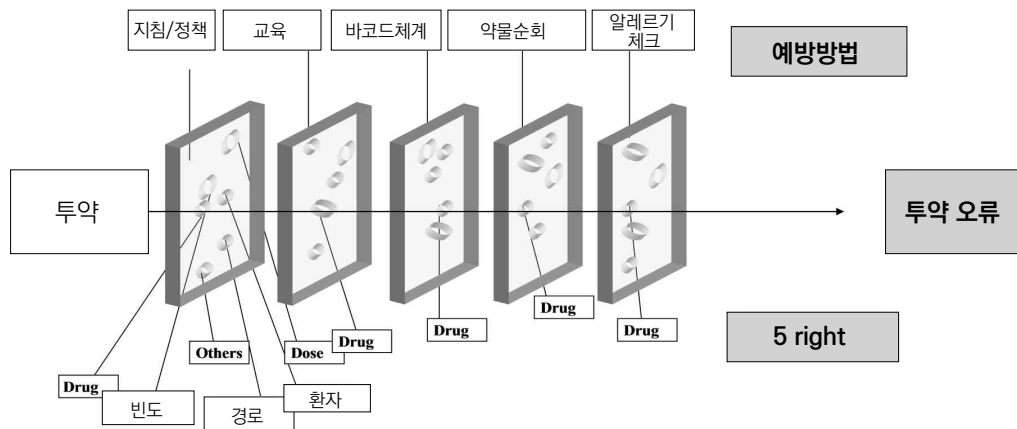
15) Robert M. Wachter(2009), 김은경 외 역(2011), 환자안전의 이해, 현문사, p.109-110.

2) 의사소통 오류를 예방하기 위한 안전장벽을 강화하라

영국의 심리학자 제임스 리즌(James Reason)의 조직사고(organizational accident)에 대한 ‘스위스 치즈 모형’은 인간 행위의 완벽성을 추구하는 불가능한 목표 대신 스위스 치즈의 구멍과 같은 잠재적 오류를 축소하는 데 초점을 맞추고 있다.¹⁶⁾ 여러 안전장벽을 겹쳐 놓음으로써 오류가 발생할 가능성을 최소화하려는 노력이다(그림 2). 의료기관인증평가의 환자안전기준에서는 의사소통 오류를 예방하기 위해 안전장벽을 강화

할 것을 요구하고 있다. 구두 처방을 수행할 때는 정확한 정보 전달을 위해 받아쓰고, 읽고, 확인하는 과정을 준수하도록 요구한다(그림 3). 필요시 처방(prn)에서는 약물 투여에 대한 명확한 적용 기준을 명시하도록 하였다(그림 3). 혼동을 일으킬 수 있는 유사 약제(유사 발음, 유사 형태, 다용량)를 보관할 때, 처방할 때, 투약할 때 오류가 발생하지 않도록 관리하는 과정이 있어야 한다. 수술 과정에서의 오류를 예방하기 위해 수술 부위 표식, 수술 전 타임아웃 등의 절차를 수행하도록 요구하고 있다(그림 4). 투약 오류를 예방하기 위

그림 2. 투약 오류 예방을 위한 안전장벽을 설명하기 위한 스위스 치즈 모델



자료: Lap Fung Tsang(2013). Identify gaps between local and international measures to avoid administration error on 1-year review in United Christian Hospital, Hong Kong, Open Journal of Nursing Vol.3 No.8A, p.2.

16) Robert M. Wachter(2009), 김은경 외 역(2011), 환자안전의 이해, 현문사, p.15-16.

해 투약 프로세스의 하위 단계마다 5 right(약명, 용량, 용법, 투여 경로, 투여 시간)를 확인하여야 한다. 이 외에도 고농도 전해질, 혈액, 마약, 항암제 등의 고위험 약물을 보관할 때, 처방할 때, 투약할 때 단계마다 안전하게 관리하기 위한 절차로서 교차 확인, 중복 확인을 하도록 한다. 의료기관에서는 안전장벽 수립 대상인 위험한 과정을 알아내기 위해 환자안전보고체계에 보고된 사고(근접오류, 사건, 적신호사건)를 분석하여야 한다. 안전장벽 수립을 위해 사용되는 시스템으로는 체크리스트, 다시 읽어 주기, 교차 확인, 중복

확인, 안전기준과 절차 준수, 병원성 감염 예방을 위한 번들(bundle)의 활용(그림 4) 등이 있으며 이들은 이미 국내에서 널리 적용되고 있는 절차다. 안전장벽은 때로는 업무 속도를 지연시키고 업무 과중의 원인이 되는 듯 보인다. 따라서 전문가들조차도 바쁠 때는 번거로운 안전 절차를 무시하고 지름길을 선택하더라도 무슨 문제가 생길까 하고 생각할 수 있다. 이러한 사유로 병원은 안전장벽 준수율을 주기적으로 평가하고 결과를 직원 교육과 훈련에 반영함으로써 안전장벽이 제 기능을 다하도록 관리해야 한다.

그림 3. 안전기준과 절차 사례

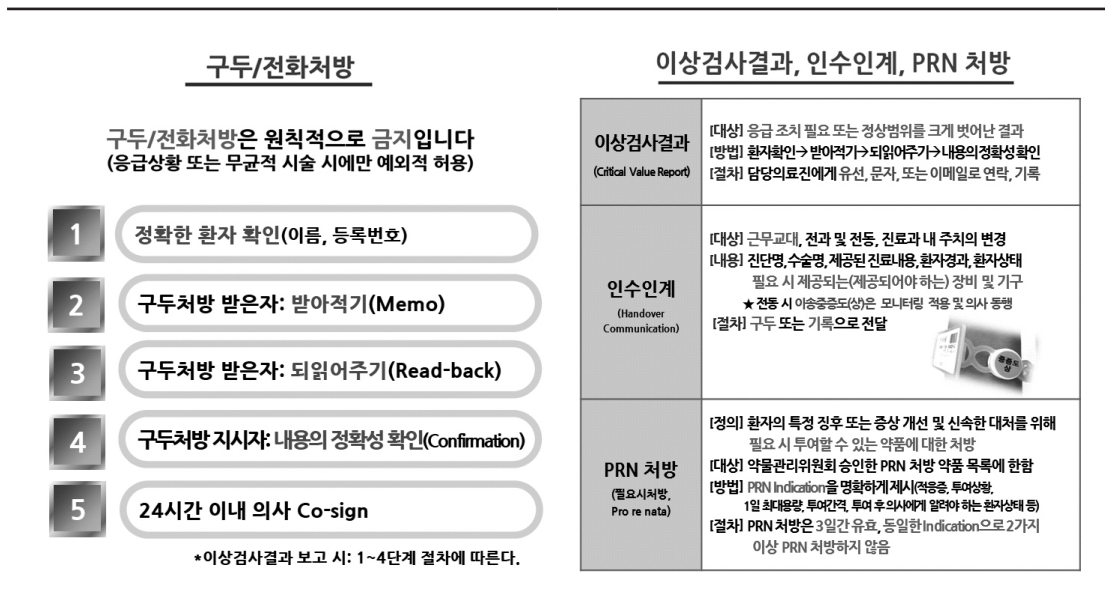


그림 4. 수술 안전 대조표(Surgical Safety checklist), MBP 번들 사례

Surgical Safety Checklist

가톨릭대학교
의정부성모병원 Patient Safety

마취 전	수술절개 전	Before patient leaves operating room
1 ■ 수술정보 확인사항 ■ 환자확인(이름과 동독번호 모두 확인) ■ 수술부위 ■ X-ray ■ 동맥서 ■ 삽입물/장비 ■ 수술부위 표시 ■ 마취전 사정(Assessment)결과확인 ■ Pulse oxymeter 부착 및 기능확인 ○ 기타 환자정보 확인 ■ Allergy가 있는가? ■ NO ■ YES (약물 / 음식물 / 환경) ■ 기도확보의 어려움 / 호흡의 위험성 ■ NO ■ YES, 보조 기구 준비 ■ 500cc 이상 삼출 가능량(소아 7ml/kg) ■ NO ■ YES, 수액주입 IV line 확보 ■ 수액주입 계획수립	2 ■ 수술팀 전원의 이름과 역할 소개 ■ 수술의사, 마취의사, 간호사가 다음 사항을 구두로 확인 ■ 환자정 ■ 수술부위 ■ 수술명 ■ 수술 관련 위험성 검토 수술의사: 수술시간, 심혈관, 장폐쇄, Implants 수술팀: 발생 가능한 문제 등에 대한 점검 마취의사: 마취유형, 특이성, 고려해야 할 사항 점검 간 호 사: 수술기구의 멸균상태 및 기구 상태 점검 ■ 수술 1시간 이내 예방적항생제 투여확인 ■ YES ■ NO ■ 해당사항 없음 ■ 종로한 영상자료 확인 ■ PACS 프로그램의 작동여부 ■ 수술환자의 영상인지 확인 ■ 해당사항 없음	3 ■ 간호사가 구두로 수술팀에게 확인 할 사항 수술 후 의무기록에 기록될 수술명 기구, 스킴, needle 카운트 수술 중 재취침 전제와 라벨 확인 ■ 환자정 ■ 관제명 및 좌/우 구분 ■ 즉시 정검이 필요한 수술기구 검토 ■ 환자 회복시기 및 주요 모니터링요소와 관리사항에 대해 의과/의사, 마취과/의사, 간호사가 함께 검토

Maximum barrier precaution(MBP)

최대절단 방아주의 준수

1. 보호장구: 멸균장갑/ 모자/ 외과용 마스크

2. C-line Drape: 멸균가운, 멸균 central venous pack

3. C-line 삽입관련 물품

피부소독제: 2% 퍽시타닐(클로르헥시딘+알코올함유), 국소마취준비: 1% Lidocaine, syringe, 23G needle, Suture set, Central V cath: single/double/triple, gard blue 소모품: N/S, Gauze pack, Tegaderm, Line 연결준비: 수액, 수액 set, 3-way, IV extension tube



1. 멸균물품준비



2. 손위생



3. 모자마스크 착용



4. 멸균가운/장갑 착용



5. 멸균 Central venous pack



6. 화살표 방향 확인



7. 환자의 머리쪽으로 완전 방호



8. 환자의 발끝까지 완전 방호

자료: 가톨릭대학교 의정부성모병원, 내부자료, 2016.

라. 리더십의 안전 순회

안전 순회(Safety Walk-rounds)는 최일선에서 일하는 직원들이 그들의 상사와 직접 안전 이슈에 관해 이야기할 기회를 제공한다. 안전 순회는 ‘실제적인 안전 지식’을 얻을 수 있는 자료를 제공한다. 그리고 직원과 상사 간의 개방적 의사소통을 향상시킨다.¹⁷⁾ 최고경영자는 직원들에게 다음과 같은 질문을 해 환자안전문화의 실질적인 문제를 파악할 수 있다. “최근에 가장 많이 발생한 환자안전 문제는 무엇인가?” “최근 발생하고 있는 환자안전 문제의 원인은 무엇이라고 생각하는가?” “그 문제에 대해 어떤 대책을 마련하

고 있는가?” “환자안전사고 발생 시 어떻게 대처하고 있는가?” “환자안전을 위한 직원 교육 프로그램이 있는가?” “환자 및 가족에 대한 교육 프로그램은 무엇인가?” “부족한 장비나 인력, 약물 공급 등 자원의 문제는 무엇인가?” “환자안전 향상을 위해 병원에 요청하고 싶은 사항은 무엇인가?” 등이다. 더불어 고위험 환자 관련 프로세스가 잘 작동되고 있는지 확인하고 싶다면 “심폐소생술팀이나 신속대응팀(Rapid Response Team) 활성화에 문제는 없는가?” “고위험 의료기기 관리는 잘되고 있는가?” “욕창 환자나 감염 환자 관리에 어떤 문제가 있는가?” 등의 질문을

17) Patrick Waterson(2014), Patient Safety Culture, UK: ASHGATE, p.144.

추가할 수 있다. 이렇게 안전 순회를 통해 파악한 문제를 면밀히 검토하여 필요에 따라 개선 활동을 수행하고 결과를 직원들과 공유하는 것은 의사소통을 증진하고 안전문화를 확산시키는 데 효과적이다.

마. 의료기관 인증평가 등 국내외 공인된 질 평가 프로그램에 참여하라

질 평가에 참여하는 것은 최고경영자가 병원의 전반적인 시스템을 환자안전과 질 향상 차원에서 점검할 좋은 기회가 된다. 특히 환자안전 지표와 의료기관 차원의 지표 관리는 의료기관의 전체적인 질 수준이 어떻게 변화하고 있는지를 한눈에 알 수 있도록 해 준다. 최고경영자는 의료기관에서 수립한 환자안전기준과 절차가 잘 가동되고 있는지 환자안전지표와 환자안전보고 체계를 통해 확인할 수 있다. 앞서 인용한 2015년 의료기관평가인증원의 ‘한국의 환자안전문화 측정’에 대한 연구 결과 ‘환자안전문화 인식도, 환자안전에 대한 지식·태도, 조직 학습·지속적인 개선, 환자안전에 위한 전반적인 인식’ 등의 항목에서 인증 병원이 미인증 병원보다 점수가 더 높은 것으로 나타났다.¹⁸⁾ 이는 국내외 인증평가의 전체적인 기준이 환자안전에 지향하고 있기 때문이며, 인증을 준비하는 과정에서 의료기관의 환자안전기준과 절차가 명확하게 수립되는 효과가 있기 때문이라고 생각된다. 더불어 리더십의 역할이 강조되며 부서 내 팀워크와 팀

간 협력이 강화되어 부서 간 장벽이 완화되고 직종 간 의사소통이 활성화된다. 국내에서는 10여 개 의료기관이 의료 질 차별화를 목적으로 미국의 국제의료기관평가위원회[Joint Commission International(JCI)] 인증 프로그램에 참여하고 있는가 하면 많은 종합병원은 아직 국내 의료기관 인증 프로그램에 참여하지 않고 있어 병원 종별·지역별로 의료 질 양극화가 뚜렷해지는 현상이 나타나고 있다. 2015년 건강보험심사평가원이 8년 전부터 시행해 오던 가감지급사업에 의료 질 평가가 포함되었고 의료기관 인증 여부가 평가 항목에 있어 의료기관 인증 참여도에 영향을 미칠 것으로 기대된다. 그러나 가감지급사업만으로는 의료 질 양극화 현상을 해결하는 데 한계가 있으므로 질 향상 역량과 자원을 갖추지 못한 병원들에 대한 정책적 지원이 필요하다고 본다.

바. 환자안전활동에 대한 환자 참여를 독려하라

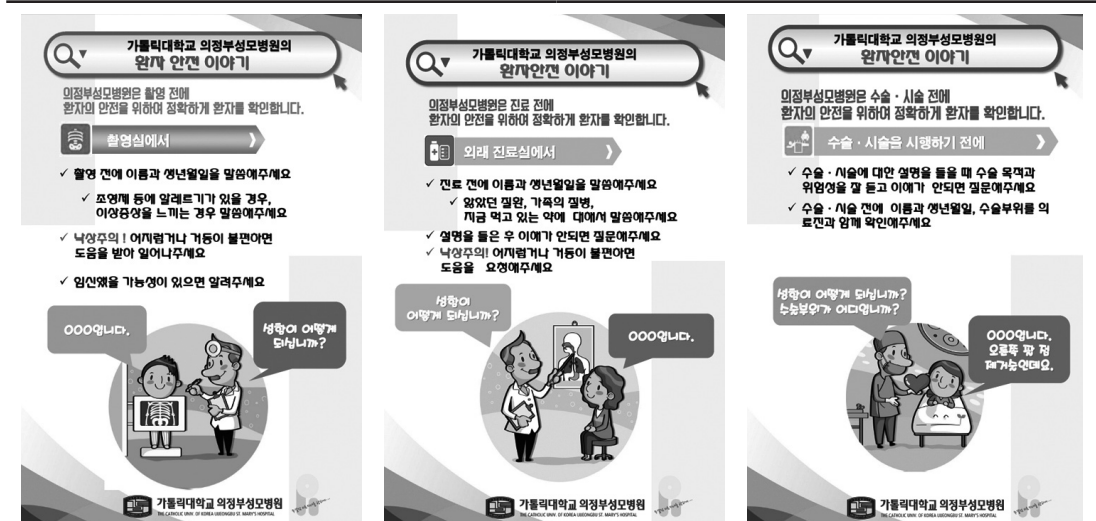
최일선에서 일하는 의사, 간호사, 기사, 치료사 등의 직원들만으로 수많은 오류의 잠재 요인들을 방어하기에는 충분하지 못하다. 의료기관의 직원들은 바쁘고 피로하고 기억해야 할 것들이 너무나 많다. 더군다나 국내 병원에서 의료인 1인이 돌보고 있는 환자의 수는 경제협력개발기구(OECD) 국가 중에서도 상위에 있다. 이러한 문제점을 보완하려면 의료기관이 주도하는 환자안전활동에 환자와 보호자도 동참할 수 있

18) 의료기관평가인증원(2015), 한국의 환자안전문화 측정, 의료기관평가인증원, p.1.

어야 한다. 환자안전법 제12조 환자안전 전담인력의 업무에 “환자와 환자 보호자의 환자안전활동을 위한 교육”이 포함된 것도 이와 같은 맥락으로 이해할 수 있다. TJC에서는 환자를 대상으로 ‘Speak UP’ 캠페인을 시행하고 있다. 그 내용을 보면 ‘S-질문이 있으면 말하고 이해하기 어려우면 다시 말해 달라고 요청하세요. 당신의 몸에 대해 알 권리가 있습니다.’ ‘P-당신이 받는 치료에 관해 관심을 가지세요. 올바른 의료진에 의해 올바른 진료 및 치료, 그리고 올바른 약물을 복용하고 있는지 확인하세요.’ ‘E-당신이 받는 진단, 검사, 치료 계획에 대하여 당신 자신을 교육하세요.’ ‘A-신뢰하는 친구나 가족을 당신의 보호자로 요청하세요.’ ‘K-당신이 복용하고 있는

약물이 무엇인지, 왜 복용하고 있는지 알도록 하세요.’ ‘U-JCI와 같은 평가기관에서 인증을 받아 질과 안전 측면에서 검증된 의료기관을 이용하세요.’ ‘P-당신의 모든 진료와 치료 결정 과정에 참여하세요.’ 등으로 모든 치료 과정에 환자가 적극적으로 참여할 것을 홍보하고 있다. 환자안전과 관련해 환자를 참여시키려는 노력은 환자를 통한 위해사건 발견, 환자 역량 강화를 이용한 안전한 진료 확보, 환자 참여를 통한 환자안전문화 개선 등의 영역에 초점이 맞춰져 있다.¹⁹⁾ 최근 몇 년 사이 국내에서도 환자와 직원을 대상으로 Speak UP 캠페인을 활발하게 시행하는 병원들이 증가하고 있다(그림 5).

그림 5. 환자안전 교육 포스터



자료: 가톨릭대학교 의정부성모병원, 내부자료, 2014.

19) 울산대 산학 협력단(2013), 환자안전 증진을 위한 제도적 개선 방안 개발, 질병관리본부, p.25.

5. 나가며

이제까지 소개한 환자안전활동들이 병원의 환자안전문화 개선을 위한 활동의 전부라고 말할 수는 없다. 우리나라에 ‘진실 말하기(disclosure)’로 소개된 ‘Sorry Works’ 프로그램은 미국 36개 주가 이미 법제화하였는데, 의료진이 법적 책임 걱정 없이 언제든지 환자나 보호자에게 사고에 대한 유감을 표현할 수 있도록 보장하였으며, 사과하는 방법과 관련해 의료진 교육 프로그램을 운영하고 있다. 그 내용을 살펴보면 ‘환자와 가족에게 무슨 일이 발생하였는지 말하라’ ‘책임을 다하라’ ‘사과하라’ ‘재발을 막으려는 조치를 설명하라’ 등으로 요약할 수 있다. 호주 역시 2003년에 ‘진실 말하기’ 표준을 개발했고, 각 주는 국가 표준에 맞춰 지침을 개발하고 있다. 호주의 ‘진실 말하기’ 표준은 의사소통의 솔직성과 시의 적절성, 인정, 유감의 표현, 환자와 보호자의 합당한 기대에 대한 인식, 의료진에 대한 지지, 통합 리스크 관리 및 시스템 개선, 적절한 관리, 비밀 보장을 원칙으로 하고 있다. 이 표준은 진실 말하기와 관련된 법적 불확실성을 명확히

할 목적으로 많은 법적 소송 절차를 포함하고 있다.²⁰⁾ 우리나라에서 환자안전사고에 대해 환자와 보호자에게 ‘진실 말하기’를 적용해야 할지에 대해서는 찬반 논란이 있다. 환자의 알 권리는 존중되어야 마땅하지만 현실적으로는 사고가 발생했을 경우 법적 분쟁이나 민원 제기에 대한 우려, 폭언, 폭행, 난동에 대한 걱정이 앞서는 의료진이 사고에 대해 유감을 말하기까지는 시간이 좀 더 걸릴 것으로 보인다. 그 시간을 앞당기려는 방안으로 ‘진실 말하기’에 대한 국가의 지침 개발과 관련법 제정, 효과에 대한 연구가 도움이 될 것이라고 생각된다. 정책 검토와 함께 의료 오류에 대한 사회적 인식에도 변화가 필요하다. 병원의 환자안전문화가 발전하는 만큼 환자와 보호자도 폭력과 분노를 표출하기보다는 실수하는 인간에 대한 이해와 시스템적 사고에 대한 생각이 무르익길 바란다. 의료기관 종사자 역시 각자 전문적 지식과 기술에 부합하는 책임을 지고 규범과 안전 절차를 이행할 수 있기를 바란다. 이로써 우리 사회에 공정문화가 정착되어 병원이 더 안전해지고 우리나라 모든 병원의 질 형평성이 보장되는 성과로 이어지길 바란다. ■

20) 울산대 산학 협력단(2013), 환자안전 증진을 위한 제도적 개선 방안 개발, 질병관리본부, p.26.