

## 안전문제-세월호는 우리에게 무엇을 시사하는가?

이 준 행

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 내과

### Safety in Endoscopy: What Did Hint Sewol Ferry Tragedy?

Jun Haeng Lee

Department of Medicine, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea

#### 서론

남해안에서 비극적인 사고가 일어난 것도 벌써 몇 개월이 지났습니다. 사실 비슷한 사고는 반복되어 왔습니다. 많은 사고가 있었음에도 불구하고 안전을 경시하고 효율만 강조하던 우리의 나쁜 관행이 고쳐지지 않고 있습니다. 그 결과로 일어난 대형 참사가 세월호 사고일 것입니다. 저는 걱정하고 있습니다. 우리가 벌써 세월호가 남긴 교훈을 잊고 있는 것은 아닐지? 이번 일을 계기로 병원에서의 환자안전에 다시 한 번 생각해 보았습니다.

#### 본론

##### 1. 환자안전은 의사가 직접 챙겨야 합니다

제가 내과 레지던트 3년차 시절에 경험한 사례입니다. 매달 세부전공을 바꿔가며 교육훈련을 받던 시절입니다. 혈액종양 내과를 돌던 어느 날 교수님 외래에서 처방전을 작성하고 있었습니다. 전자차트가 도입되기 이전이었습니다. 교수님께서 종이차트에 항암제의 용량과 용법을 쓰면 저는 처방전에 그대로 옮기는 단순한 업무였습니다. 흔히 오더 리피트(order repeat)라고 합니다. 폐암 환자의 항암 치료 처방전을 작성하던 중 그 만 큰 실수를 하고 말았습니다. 교수님께서 어떤 항암제를 'day 1, 8'에 주도록 차트에 쓰셨는데, 제가 그만 'day 1-8'로 옮겼던 것입니다. 오늘 한 번 약을 주고 일주일 후에 다시 한 번 추가하는 스케줄이었는데, 그 환자는 8일간 계속 같은 약을 맞고 말았습니다. 원하던 용량의 4배가 단기간에 투여된 셈이었습니다. 환자의 백혈구는 0 (zero)이 되었고, 폐렴이 발생하여

중환자실에서 사경을 헤매다가 가까스로 회복되었습니다. 쉽표(,)를 하이픈(-)으로 잘 못 쓴 사소한(?) 실수 때문에 환자는 거의 돌아가실 뻔 했습니다. 의사의 작은 실수가 환자의 목숨을 좌지우지할 수 있다는 것을 뼈저리게 느꼈습니다.

환자안전은 의사가 직접 챙겨야 합니다. 항암제를 4배나 맞았던 그 환자는 사실 같은 처방을 3번째 맞고 있던 상황이었습니다. 지난 달도, 그 지난 달도 일주일 간격으로 두 번 투약을 받았습니. 그런데 이번에는 병원에서 8일간 매일 항암제를 맞으라고 처방을 해 주었습니다. 환자도 처음에는 약간 이상하다고 생각하였던 모양입니다. 그런데 이내 곧 "병원에서 알아서 해 준 것이겠지....."라고 생각하고 그냥 매일 약을 맞았다고 합니다. 병원에서는 아무도 챙기는 사람이 없었습니다. 환자는 병원에게 무한한 신뢰를 주었는데, 의사는 환자에게 몹쓸 짓을 하고 만 셈이었습니다. 그 환자는 스스로 이상하다고 느끼면서도 의사에게 한마디도 묻지 않았습니. 최근 많은 병원에서 환자에게 "조금이라도 이상하거나 궁금한 점이 있으면 언제나 문의하십시오"라고 부탁하고 있습니다. 하지만 아직도 환자는 의사에게 뭔가 잘못되고 있는 것 같다고 말하는 것을 어려워합니다. 그래서 환자의 안전은 의사가 직접 챙겨야 합니다.

##### 2. 환자안전은 문화의 문제입니다

우리는 어떻게 환자가 안전한 병원을 만들 수 있을까요? 병원 은 무척 복잡한 곳입니다. 복잡계(complex system)을 연구하는 사람들에 따르면 공항과 병원이 가장 복잡한 시스템이라고 합니다. 제가 보기에는 병원이 공항보다 훨씬 더 복잡합니다. 다들 전문영역에서 남들이 알지 못하는 일을 하는 곳이 병

원입니다. 병원 본부에서 아무리 큰 눈을 뜨고 지켜본들 구석 구석 잘못된 부분을 가려낼 수 없습니다. 그래서 병원은 실수로부터 배우는 것이 중요합니다. 흔히 소를 잃고 외양간을 고치는 것은 문제라고 합니다. 병원에서는 소를 잃더라도 외양간을 고쳐야 합니다. 이번에 고치지 않으면 계속 같은 일이 반복되기 때문입니다. 선견지명도 중요하지만 그에 못지 않게 후견지명(後見之明)도 중요한 곳이 병원입니다. 실수로부터 배우기 위해서는 실수가 잘 드러나야 합니다. 병원의 환자안전팀에 사례가 빠짐없이 보고되어야 합니다.

진료과정의 실수인 환자안전사례가 상부로 잘 보고되기 위해서는 환자안전문화가 중요합니다. 이 사례를 보고함으로써 혹시 내가 꾸중을 듣게 되지 않을까 걱정하는 문화에서는 실수에서 배울 기회는 오지 않습니다. 그래서 꾸중하지 않는 문화, no blame policy가 필요합니다. 병원직원은 누구나 환자에게 고의로 해를 입히는 사람은 없습니다. 선의를 가지고 환자에게 좋은 치료를 제공하기 위하여 노력하는 과정에서 실수가 발생했을 뿐입니다. 환자에게 잘못된 결과가 발생하면 의료진은 스스로를 탓하기 마련입니다. 누구보다도 본인의 마음이 아픕니다. 이런 상황에서 다른 사람이 질책을 하게 된다면 오히려 역효과가 나기 쉽습니다. 사실 개인이 잘못된 경우는 많지 않습니다. 실수의 근본원인이 시스템의 약점인 경우가 많습니다. 이런 상황에서 개인에 대한 꾸중은 도움이 되지 않습니다. 감추기보다는 오히려 모든 실수를 보고하고 허심탄회하게 논의하고 정성껏 개선방향을 찾아 보면 병원은 안전해집니다. 물론 no blame policy에도 예외는 있습니다. 저는 정해진 절차를 지키지 않은 경우와 환자안전사고를 감추려는 시도, 이 두 가지를 no blamen policy의 예외로 생각하고 있습니다. 이러한 경우가 아니라면 의료진 개인에게 책임을 물리는 것에 반대합니다. 선의를 가지고 잘 하려다가 발생한 어쩔 수 없는 실수를 탓하는 것은 아무런 개선 효과가 없기 때문입니다.

### 3. 단순화, 표준화가 필요합니다

실수를 줄이기 위해서는 표준화가 필요합니다. 만약 모든 절차가 상세히 정의되어 있다면 스스로 실수할 확률이 줄어들 뿐만 아니라 함께하는 동료도 그 실수를 발견할 확률이 높아집니다. 세 명의 의사가 같은 기술을 각기 다른 방법으로 하고 있다면 옆에서 도와주는 사람은 어디가 잘못되고 있는지 알아낼 도리가 없습니다. 원래 그런 것인지 실수로 잘못되고 있는지 구분되지 않기 때문입니다. 세 명의 의사가 같은 기술을 동일한 방법으로 시행한다면 이야기가 다릅니다. 작은 실수도 금방 눈에 띄기 마련입니다. 표준화가 되어야만 비로소 독립적인 검증(independent check) 절차를 만들 수 있습니다. 표준이 있어야 번이를 찾을 수 있지 않겠습니까?

표준화를 위한 중요 방법론으로 CP (clinical pathway)가 있습니다. CP의 목적은 (1) 표준화를 통한 환자안전도 향상, (2) 효율성 개선, 그리고 (3) 프로세스 혁신입니다. CP를 만드는 과정에서 관련 의료진들이 함께 최선의 진료를 고민하고 있습니다. 간결하고 표준화된 CP를 통하여 환자들에게 양질의 진료를 효율적으로 제공할 수 있다고 믿기 때문입니다.

### 결론

우리는 세월호 참사의 교훈을 잊지 말고 안전한 병원을 만들어야 합니다. 이를 위하여 (1) 실수로부터 배우기, (2) 표준화, (3) 독립적인 검증이라는 세 요소가 필요합니다. 그리고 그 바탕은 환자안전 문화입니다. 자신의 실수를 두려움 없이 밝힐 수 있는 문화, 조그만 이상이라도 큰 목소리로 말하는 문화, 소통의 문화가 만들어져야 합니다. 여러분, '안전한 병원 만들기'를 올해의 목표로 삼으면 어떻겠습니까?