



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

상급종합병원의 환자안전사건 보고 활성화 방안 연구

- 보고 장애 요인에 대한 의료인 심층면접을 중심으로 -

연세대학교 대학원
의료법윤리학협동과정
보건학전공
이 원

상급종합병원의 환자안전사건 보고 활성화 방안 연구

- 보고 장애 요인에 대한 의료인 심층면접을 중심으로 -

지도교수 김 인 숙

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2016년 6 월 일


연세대학교 대학원


의료법윤리학협동과정


보건학전공

이 원

이 원의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 김 인 숙 

심사위원 김 경 차 

심사위원 김 노 연 

심사위원 이 상 일 

심사위원 이 순 근 

연세대학교 대학원

2016년 6월 일

감사의 글

하고 싶은 일을 하며 살 수 있다는 사실에 감사하며 노력하겠다고 다짐했던 석사 졸업 후 또 한 번의 졸업을 앞두고 돌이켜 보니, 박사 과정은 저의 모자라고 부족한 점들을 끊임없이 마주하는 힘든 시간이었습니다. 하지만 동시에 제 인생에서 가장 소중한 잊지 못할 시간이기도 하였습니다.

부족함이 많은 저를 늘 따뜻하게 대해주시고 열정적으로 논문을 지도해 주신 김인숙 교수님, 감사합니다. 외래에서 잠시 근무하던 당시, 퇴근 후 학교에 오는 저를 위해 늘 늦은 밤까지 기다려 주시던 교수님 덕분에 힘든 순간도 이겨낼 수 있었습니다. 논문을 들고 찾아볼 때마다 반갑게 맞아주시고 조언을 아끼지 않으신 김형철 교수님, 감사합니다. 저에게 항상 많은 기회를 주시고 마지막까지 세심하게 지도해주신 김소운 교수님, 감사합니다. 표현 하나하나까지 신경을 써주시고 피드백을 주신 이상일 교수님, 감사합니다. 논문을 꼼꼼하게 검토하여 주시고 좋은 말씀을 많이 해주신 이순교 팀장님, 감사합니다. 선생님들을 심사위원으로 모실 수 있어서 영광이었습니다. 감사함을 잊지 않고 더욱 열심히 하겠습니다.

박사과정을 시작할 당시 열심히 공부하라며 격려해 주신 손명세 원장님, 학문에 대한 열정이 넘치시는 석희태 교수님, 많은 것을 일깨워주시는 이일학 교수님, 늘 응원해 주시고 모범을 보여주시는 이미진 교수님께도 감사드립니다.

중앙대병원 이비인후과 외래 식구분들께도 진심으로 감사드립니다. 오래 함께 일하지는 못하였지만 넘치는 사랑을 주셔서 그 곳에 있는 동안 정말 행복했습니다.

남매 이동현 선생님, 의지가 많이 되는 고마운 최성경 선생님, 부족한 저와 한 팀이 되어 고생이 많았을 정지연 선생님, 저의 당을 책임져 주던 오혜미 선생님, 열심히 하는 모습이 정말 예쁜 장승경 선생님, 감사합니다. 친구같은 김지민 선생님, 배울 점이 많은 조단비 선생님, 유쾌한 이승희 선생님, 우울할 틈이 없이 즐겁게 해주는 김영기 선생님, 이유리 선생님, 김한나 선생님, 양지현 선생님, 의료법윤리학연구원 모든 선생님들께 감사합니다.

힘들어 할 때마다 할 수 있다며 격려해 주고, 저를 늘 이해해 주는 친구들에게 감사합니다. 특히 논문을 쓰는 과정에서 많은 도움을 준 인식오빠, 지운, 서영, 수정, 혜현, 재옥언니, 선민, 환호, 용균, 진호에게 감사합니다. 바쁘신 와중에도 연구에 참여해 주신 간호사 선생님들과 전공의 선생님들께 진심으로 감사드립니다.

그리고 사랑하는 가족이 있었기에 버틸 수 있었습니다. 전적으로 저를 믿어 주시고 응원해주시는 우리 가족에게 부끄럽지 않은 큰 딸이 되도록 노력하겠습니다. 특히 박사 과정 동안 전폭적인 지지를 보내준 사랑하는 동생, 소영이에게 고맙습니다.

아픈 곳 없이 건강하고, 늘 옆에서 도와주시고 기회를 주시는 많은 분들이 계시고, 사랑하는 사람들과 함께 지낼 수 있다는 사실에 감사하며 살겠습니다.

2016년 7월

이 원 올림

이 논문은 2016년도 대한의사협회 의료정책연구소 석·박사 학위논문 연구비 지원 사업으로 연구되었음

차 례

국문 요약	v
제1장 서론	1
1.1 연구 배경 및 필요성	1
1.2 연구목적	4
1.3 용어 정의	5
1.4 연구방법	6
제2장 환자안전사건 보고시스템	21
2.1 환자안전사건 보고시스템의 유형	22
2.2 외국의 환자안전사건 보고시스템	24
2.3 우리나라 환자안전사건 보고시스템	27
제3장 환자안전사건 보고 장애 요인 분류	36
3.1 사건 및 보고자	41
3.2 보고 절차 및 체계	42
3.3 환류	46
3.4 보고 문화	48
3.5 장애 요인별 개선 방안	51
제4장 우리나라 환자안전사건 보고 장애 요인	57
4.1 환자안전사건 보고 과정	58
4.1.1 근접오류 보고 과정	58
4.1.2 위해사건 및 적신호사건 보고 과정	61
4.2 근접오류 보고 장애 요인	63
4.2.1 사건	63
4.2.2 보고 절차 및 체계	65
4.2.3 보고 문화	67

4.3	위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인	70
4.3.1	사건 및 보고자	71
4.3.2	보고 절차 및 체계	74
4.3.3	환류	81
4.3.4	보고 문화	82
제5장	우리나라 환자안전사건 보고 활성화 방안	89
5.1	환자안전사건 보고와 관련된 가이드라인 제시 및 교육 강화	89
5.2	보고에 소모되는 시간 및 노력의 최소화	90
5.3	확실한 익명성 보장	92
5.4	환자안전 향상을 위한 피드백 제공	93
5.5	개인의 인식 및 문화 개선	94
제6장	고찰 및 결론	98
6.1	연구방법에 대한 고찰	98
6.2	연구결과에 대한 고찰	99
6.3	결론	105
	참고문헌	108
	영문초록	119
<부록 1>	IRB 심의결과통보서	122
<부록 2>	연구대상자 설명문	124
<부록 3>	연구대상자 동의서	127
<부록 4>	심층면접 가이드	128
<부록 5>	환자안전사건 보고 장애 요인 분류	130
<부록 6>	환자안전사건 보고 장애 요인 개선 방안 분류	132

표 차 례

<표 1> 연구 참여자의 일반적 특성	11
<표 2> 연구 참여자의 환자안전사건 보고 경험	12
<표 3> 연구 참여자의 근무기관별 환자안전사건 보고시스템 특성	14
<표 4> 초기 코딩 스킴	16
<표 5> 외국의 환자안전사건 보고시스템	24
<표 6> 선행연구에서 도출된 환자안전사건 보고 장애 요인 범주와 내용	40
<표 7> 선행연구에서 도출된 환자안전사건 보고 장애 개선 방안과 내용	51
<표 8> 우리나라 근접오류 보고 장애 요인 범주와 내용	63
<표 9> 우리나라 위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인 범주와 내용	70

그 립 차 례

<그림 1> 국내 의료기관 1의 보고 절차	32
<그림 2> 국내 의료기관 2의 보고 절차	32
<그림 3> 연구 참여자가 경험한 근접오류 보고 과정	59
<그림 4> A 기관의 연구 참여자가 경험한 근접오류 보고 과정	60
<그림 5> 연구 참여자가 경험한 위해사건과 적신호사건 보고 과정	61

국 문 요 약

상급종합병원의 환자안전사건 보고 활성화 방안 연구

- 보고 장애 요인에 대한 의료인 심층면접을 중심으로 -

환자안전사건 보고는 사건의 현황을 파악할 수 있으며, 사건을 예방하고 재발을 방지할 수 있는 방법 중 하나이다. 환자안전사건 보고는 이를 통해 환자 안전을 향상시킬 수 있기에 매우 중요하다. 대부분의 의료인들은 환자 안전의 향상을 위해 환자안전사건 보고의 중요성을 인식하고 있으나, 많은 장애 요인으로 인해 환자안전사건 보고를 어려워하는 경향이 있다. 이에 본 연구는 일대일 심층면접을 통한 질적연구를 시행하여 환자안전사건 보고 장애를 포괄적으로 이해하고, 우리나라 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인과 활성화 방안을 탐색하고자 하였다.

연구 결과, 우리나라 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인은 사건 및 보고자, 보고 절차 및 체계, 환류, 보고 문화의 범주로 분류가 가능하였다.

근접오류 보고 장애 요인은 사건, 보고 절차 및 체계, 보고 문화의 범주로 도출되었다. 사건의 범주에서는 환자에게 미적용, 위해 미발생, 높은 발생빈도가 보고의 장애 요인이었다. 보고 절차 및 체계 범주에서는 지식 부족, 정의 및 기준의 모호함, 시간 부족의 장애 요인이 파악되었다. 보고 문화와 관련하여서는 비난에 대한 두려움, 선임이나 중간 관리자의 부적절한 반응, 롤모델의 부재가 장애 요인으로 작용하였다.

위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인은 사건 및 보고자, 보고 절차 및 체계, 환류, 보고 문화 범주로 도출되었다. 사건 및 보고자 범주에서는 사건이 심각하지 않음, 부담감, 죄책감, 의무 보고가 아닌 점이 장애 요인으로 파악되었다. 보고 절차 및 체계 범주에서는 교육 및 지식 부족, 모호한 정의 및 기

준, 시간 부족 및 추가업무 발생, 보고서 검토 및 보고 이후 발생하는 추가 업무, 부서 내부 및 기관에서의 익명성 보장 결여가 장애 요인으로 나타났다. 환류 범주에서는 피드백 및 이익 부족이 장애로 파악되었고, 보고 문화 범주에서는 불이익·비난·낙인에 대한 두려움, 보고에 대한 부적절한 반응 및 직종 간의 협조 부족, 내부 논의 선호와 선임 또는 중간 관리자의 보고 여부 결정, 불공평한 보고가 장애 요인으로 나타났다.

환자안전사건 보고 장애 요인을 개선하고 보고를 활성화하기 위해서는 보고 대상에 대한 명확한 보고 기준 및 가이드라인 제시, 보고 관련 교육 실시가 필요하다. 사건 보고서 양식을 개선하고, 보고 절차를 간소화하는 등의 보고를 위한 시간과 노력을 감소시켜주는 것이 필요하며, 보고자 및 보고 내용에 대한 익명성이 반드시 보장되어야 한다. 또한 보고자에게 적절한 피드백이 제공되어야 하며, 개인의 인식 변화와 함께 보고 장려 활동, 리더십 발휘와 같은 조직문화의 변화가 동반되어야 한다.

2016년 7월부터 시행되는 우리나라 환자안전법에서 환자안전사건 자율보고는 환자안전 향상이라는 법의 목적을 달성하기 위하여 매우 중요하다. 국가 보고 학습시스템이 원활하게 운영되기 위해서는 보건의료인 및 보건의료기관의 참여가 필수적이다. 또한 보건의료기관 차원의 보고 활성화도 반드시 이루어져야 할 것이다. 이번 연구에서 파악된 우리나라 상급종합병원 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인 및 개선방안이 향후 간호사와 의사의 환자안전사건 보고 장애 감소에 기여하기를 기대한다.

핵심되는 말 : 환자안전사건 보고, 환자안전사건 보고 장애, 환자안전사건 보고 장애 개선, 환자안전사건 보고 활성화

제1장 서론

1.1 연구 배경 및 필요성

보건의료기관에서 치료를 받는 환자는 안전해야 하지만, 환자안전이 보장되고 있다고 단언하기 어려운 실정이다(Kohn, Corrigan and Donaldson 2000). 위해사건의 발생을 체계적으로 고찰한 논문에 의하면(de Vries et al. 2008), 위해 사건의 발생 확률은 입원 당 9.2%이며, 위해 사건이 발생한 환자의 사망 확률은 7.4%이다. 이 수치를 우리나라 한 해 입원건수에(2013년 기준)에 적용해보면, 예방 가능한 위해사건은 256,933건에 이른다(건강보험심사평가원 2014).¹⁾

이러한 환자안전사건의 예방 및 재발방지를 위해서는 환자안전사건의 보고가 중요하다. 보고를 통하여 환자안전사건 관련 현황을 파악할 수 있으며, 보고된 정보는 재발을 방지하기 위한 자료로 활용하여(Uribe et al. 2002) 환자안전의 향상을 위한 개선책 제안 및 공유가 가능하다.

환자안전사건 보고는 환자안전의 향상을 위하여 매우 중요함에도 불구하고 보건의료인은 보고를 잘 하지 않으려는 경향이 있다(Stanhope et al. 1999; Vincent, Stanhope and Crowley-Murphy M 1999; Lawton, and Parker 2002). 뿐만 아니라 보건의료인의 보고 양상은 환자에게 발생한 위해의 정도,

1) 이러한 방법의 위해 사건 규모 추정엔 한계가 있고, 학계의 논란을 불러일으킬 수 있다. 하지만 환자안전의 향상을 위해서는 현재 우리가 어느 위치에 있고 상황이 얼마나 심각한지에 대한 파악이 이루어져야 한다. 따라서 우리나라에서도 전국적인 규모의 위해사건 발생 현황 파악이 필요하다(이상일 외 2012).

사건의 특성 등에 따라 차이가 나타났고, 특히 환자에게 위해가 발생하지 않은 경우에는 상당수가 보고되고 있지 않은 것으로 나타났다(강민아 외 2005; 김정은 외 2007; 서상순 2013). 직종에 따라서도 보고 양상 및 인식의 차이가 존재하였는데, 간호사는 의사보다 보고를 많이 하는 편이었고 보고 절차나 보고에 대해 더 잘 알고 있었다(Evans et al. 2006; Kreckler et al. 2009).

간호사와 의사는 임상에서 환자 치료에 가장 근접해 있다. 또한 환자안전사건을 직접적으로 경험하는 직종이고 환자안전사건의 당사자가 되는 경우가 흔하다(김혜선 2011; 이태경, 김은영, 김나현 2014). 간호사의 환자안전사건 경험에 대한 연구들에 의하면 사건 이후 간호사는 보고 여부에 대한 갈등을 하게 된다(이태경, 김은영, 김나현 2014). 이러한 갈등 상황에서 간호사와 의사가 환자안전사건 보고와 관련하여 경험하는 어려움과 장애, 활성화 방안에 대한 총체적인 자료를 얻기 위한 연구가 필요하다고 판단된다.

외국에서는 다양한 보건의료인을 대상으로 환자안전사건 보고의 인식 및 태도, 보고에 영향을 미치는 요인 등에 대한 연구(Kreckler et al. 2009; Pfeiffer, Manser and Wehner 2010; Williams, Phipps and Ashcroft 2013; Naveh and Katz-Navon 2014)를 시행하였다. 또한 환자안전사건 보고 장애 요인과 보고 활성화 방안을 파악하기 위하여 일대일 심층면접, 포커스그룹 인터뷰를 활용한 질적연구(Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004; Waring 2005; Elder et al. 2007; Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012; Hooper et al. 2015) 및 설문조사를 시행한 연구들(Vincent et al. 1999; Uribe et al. 2002; Evans et al. 2006; Abualrub, Al-Akour and Alatari 2015)이 이루어졌다.

우리나라에서 환자안전사건 보고와 관련하여 시행된 선행연구들은 보고인식 및 태도(강민아 외 2005; 김정은 외 2007; 김경자, 오의금 2009), 사건보고 불이행 경험(김기경 외 2006; 김혜선 2011), 투약오류 보고 장애 요인 및 관련 요인에 관한 양적 연구(나병진 2010; 서상순 2013; 김민정 2013; 이영숙 2015)가 대부분으로, 설문 항목만을 통해서는 의료인이 환자안전사건 보고 과정에서 겪는 경험 및 장애 등을 깊이 탐색하기에는 한계가 있다. 의료기관의 환자안전 관련 업무 담당자들을 대상으로 기관 내 환자안전사건 보고시스템 운영과 관련된 장애 요인과 활성화 방안을 연구하였으나(Hwang, Lee and Park 2012), 환자안전사건에 취약하며 실제로 보고를 시행하는 간호사와 의사를 대상으로 한 연구는 거의 이루어지지 않은 실정이다.

환자안전사건 보고 장애와 관련하여 국가 또는 지역마다 차이점이 존재하며, 가장 주요한 장애로 인식되는 요인이 다르게 나타났다(Abualrub, Al-Akour and Alatari 2015; Poorolajal, Rezaie and Aghighi 2015). 국가마다 보건의료환경 및 문화, 정책 등의 특성이 있으므로, 우리나라 보건의료기관에서 근무하는 간호사와 의사를 대상으로 한 연구가 필요하다. 따라서 이번 연구에서는 우리나라 상급종합병원 간호사와 의사의 환자안전사건 보고 경험 및 보고 장애 요인, 보고 활성화 방안을 구체적으로 파악하고자 한다.

1.2 연구 목적

본 연구는 심층면접을 통한 질적연구를 시행하여 우리나라 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 관련 경험과 과정, 보고 장애 요인, 활성화 방안을 탐색하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 상급종합병원 간호사와 전공의의 환자안전사건 및 환자안전사건 보고 경험, 과정을 확인한다.

둘째, 우리나라 상급종합병원 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인을 탐색한다.

셋째, 우리나라 상급종합병원 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 활성화 방안을 파악한다.

1.3 용어 정의

1.3.1 환자안전사건

환자안전사건은 환자에게 불필요한 위해가 발생하였거나 또는 발생할 수 있었던 사건이나 상황을 말한다. ‘불필요한’이라는 용어가 사용된 것은 보건의료에서 발생하는 오류, 위반 행위, 환자 학대, 의도적인 위험한 행위는 불필요한 것으로 인식하기 때문이다(Runciman et al. 2009).

1.3.2 환자안전사건 보고

환자안전사건 보고란 환자안전사건이 발생한 경우, 해당기관의 절차에 따라 구두 또는 서면 등 보고수단을 이용해서 보고하는 것을 말한다(Institute of Medicine 2006).

1.4 연구 방법

1.4.1 연구 설계

본 연구는 우리나라 상급종합병원 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인과 활성화 방안을 파악하기 위해 심층면접을 시행한 질적연구로서, 구체적인 분석방법으로는 질적내용분석 중 지시적 내용분석방법을 활용하였다.

1.4.2 심층면접

우리나라 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인 및 활성화 방안을 파악하기 위해 심층면접을 시행하였다. 인터뷰 내용은 문헌고찰을 통해 개발한 환자안전사건 보고 장애 범주를 활용해 지시적 내용분석방법으로 분석하였다. Tong, Sainsbury and Craig(2007)의 질적연구 보고지침(Consolidated criteria for reporting qualitative research, COREQ)에서 제시한 항목들 중 본 연구에 해당되는 내용들을 최대한 자세하게 기술하였다.

연구자는 이번 연구를 수행하기 위해 질적연구 관련 전문서적과 논문을 다수 숙독하였다. 질적연구방법론 워크숍 및 질적연구 관련 학술세미나에 참석하였으며, 연구를 진행하면서 질적연구 경험이 있는 교수 및 관련 전문가에게 자문 및 지도를 받았다. 석사, 박사 과정 중 환자안전과 관련된 학회, 세미나, 연구모임 등에 다수 참석하였고, 환자안전법 및 환자안전 보고 관련 프로젝트를 수행하였다.

1. 연구대상

심층면접의 대상자는 환자안전사건을 경험한 간호사와 전공의이다. 구체적인 포함기준은 다음과 같다. 첫째, 환자안전사건 보고시스템을 운영하는 상급종합병원에서 근무하고 있는 간호사와 전공의이다. 둘째, 환자안전사건을 경험한 적이 있으며, 셋째, 환자안전사건 관련 경험에 대하여 자율적인 의지를 갖고 이야기하는 데 동의한 간호사와 전공의이다. 제외기준은 첫째, 환자를 직접적으로 진료하는 업무를 담당하지 않는 사람, 둘째, 인지적, 심리적/정서적 문제로 치료를 받고 있는 사람, 셋째, 자신이 경험한 환자안전사건을 털어놓기 꺼리는 경우이다.

간호사와 의사는 보건의료기관에서 환자안전사건을 가장 직접적으로 경험하며, 이들의 사건보고에 대한 부정적인 인식이 보고율과 직결될 수 있다(김혜선 2011). 간호사의 경우, 의료기관의 보건의료인력 중 가장 많은 비율을 차지하며(Page 2004; 통계청 2014)²⁾ 환자에게 직·간접 간호를 제공하기 때문에 환자안전에서 중요한 역할을 수행한다고 볼 수 있다(Swart, Pretorius and Klopper 2015). 전공의는 수련병원에서 주치의 역할을 하며, 1인당 담당환자가 지나치게 많고 누적된 피로로 사고의 위험에 노출되어 있다(Jagsi et al. 2005; 조민수 2013; 김새롬, 김자영, 김승섭 2015). 따라서 환자 진료와 직접적인 관련이 있는 업무를 담당하며, 환자안전사건에 노출되는 위험이 높고 보고율과 직접적인 관련이 있는 간호사와 전공의를 연구 대상으로 선정하였다. 연구의 특성 상 환자안전사건 보고시스템이 운영 중인 기관에 근무하는 의료인이어야 하므로, 의료기관인증을 받아 환자안전사건 보고체계가 운영 중인

2) 병원에서 종사하는 285,782명의 의료인력 중 간호사가 126,218명으로 44.2%를 차지하고 있다 (의사 54,203명, 치과의사 3,399명, 간호조무사 44,228명, 약사 4,463명).

상급종합병원으로 참여자의 근무 기관을 한정하였다.

2. 연구절차

가. 대상자 모집

대상자는 다음의 방법을 통해 모집하였다.

첫째, 연구자의 지인을 통하여 대상자를 소개받아 모집하였다. 둘째, 참여 의사를 밝힌 연구대상자의 소개로 추가 대상자를 눈덩이표집(snowball sampling)을 이용하여 모집하였다. 셋째, 게시된 연구공고문을 보고 연구자에게 직접 연락을 취하게 하였다. 대상자 모집 과정에서 연구 참여를 거부한 사람은 없었다.

나. 예비조사

예비조사에서는 상급종합병원에서 근무하고 있는 간호사 1인과 전공의 1인을 대상으로 일대일 면담을 실시하였다. 간호사는 서울 소재 1000병상 이상 상급종합병원에서 근무 중이며, 총 근무경력 및 현 부서에서의 근무경력 7년이었다. 내과계에서 근무 중이며, 환자안전사건 보고 경험, 미보고 경험, 보고 간접 경험이 있었다. 전공의는 서울 소재 500병상 이상 999병상 미만 상급종합병원의 외과계에서 근무 중이며 총 근무경력 4년, 현 부서에서의 근무 경력 3년이었다. 환자안전사건 보고 경험은 없었고, 미보고 경험은 있었다. 담당 교수로부터 수술실에서 발생한 환자안전사건을 보고하라는 지시를 받아 보고하려고 하였으나, 이미 해당 사건을 수술실 간호사가 보고를 하여서

자신은 보고하지 않았다고 하였다. 환자안전사건의 보고 간접 경험(같은 부서 의 간호사)이 있었다.

예비조사를 통하여 환자안전사건 발생 및 인지, 부서 내 환자안전사건 의사소통(선임 및 관리자 보고), 기관 내 환자안전사건 보고로 이루어지는 환자안전사건 보고에 대한 전반적인 과정을 파악하였다. 이러한 전반적인 과정을 심층면접 조사 면담 가이드 수정 시 반영하였다.

다. 심층면접 조사

서울시 소재 일개 대학 보건대학원 연구윤리심의위원회(Institutional Review Board)에서 연구 승인을 받은 후(번호: 2-1040939-AB-N-01-2016-139, <부록 1> 참조), 2016년 3월부터 2016년 4월까지 인터뷰를 시행해 자료를 수집하였다. 인터뷰는 연구 참여자들의 근무지 근처 장소 등 참여자들이 원하는 장소에서 진행하였다. 추가로 인터뷰가 필요한 경우에는, 전화를 이용하여 추가 인터뷰를 시행하였다. 인터뷰는 더 이상 새로운 범주가 생성되지 않을 때까지 시행하였으며, 16인(간호사 10인, 전공의 6인)과 인터뷰를 시행하였다.

면담을 시작하기 전, 연구의 목적과 소요시간 등에 대하여 안내하였다. 연구 참여자에게 설명문(<부록 2> 참조)을 제시하고 연구 참여 동의서(<부록 3> 참조)를 받았으며, 일반적 특성에 대한 사항을 조사한 후 인터뷰 내용이 녹음되는 것을 알리고 시작하였다. 선행연구 고찰 및 예비조사 면담 분석 내용을 바탕으로 작성하고, 지도교수와 질적 연구를 다수 시행한 간호대학 교수 1인의 자문을 받아 수정한 면담 가이드(<부록 4> 참조)의 주요 질문을 중심으로 진행하였고, 상황이나 참여자의 대답, 경험 등에 따라 유동적으로 용어나 질문 등을 변경해 가며 면담을 이어갔다.

면담 시 참여자의 표정, 반응 등을 연구자가 관찰하여 현장노트에 기록하면서 면담을 진행하였다. 면담시간은 최소 30분에서 최대 120분이었고, 참여자의 진술을 경청하면서 연구자의 의견, 판단 등을 덧붙이지 않았다.

본 연구 참여자의 일반적인 특성은 <표 1>과 같다. 총 16인의 간호사와 전공의를 대상으로 심층면접을 시행하였다. 연구 참여자 16인 중 간호사는 10인, 전공의는 6인이었다. 간호사의 평균 총 근무경력은 2년 2개월이며, 현 부서에서의 평균 근무경력은 1년 5개월이다. 전공의의 평균 총 근무경력은 2년 11개월이며, 현 부서에서의 평균 근무경력은 1년 11개월이다. 석사 과정에 재학 중인 간호사 1인을 포함하며 10인의 간호사는 모두 최종 학력이 학사 졸업이다. 전공의는 의학전문대학원을 졸업한 2인은 석사 졸업, 나머지는 학사 졸업이 최종 학력이다. 10인의 간호사 중 5인은 내과계, 5인은 외과계에서 근무 중이며, 전공의는 1인을 제외하고 모두 외과계 부서에서 근무하고 있다.

<표 1> 연구 참여자의 일반적 특성

	성별	연령	직종	최종 학력	총 근무경력	현 부서 근무경력	근무부서	근무기관
1	여	30세	간호사	학사 졸업	6년 6개월	7개월	내과계	A
2	여	26세	간호사	학사 졸업	1년	10개월	내과계	B
3	여	28세	간호사	학사 졸업	3년 9개월	2년	외과계	C
4	여	28세	간호사	학사 졸업	4년	4년	외과계	A
5	여	27세	간호사	학사 졸업	2년 1개월	2년 1개월	외과계	A
6	여	25세	간호사	학사 졸업	6개월	6개월	내과계	B
7	여	26세	간호사	학사 졸업	1년 5개월	1년 5개월	외과계	D
8	여	24세	간호사	학사 졸업	9개월	9개월	외과계	E
9	여	26세	간호사	학사 졸업	8개월	8개월	내과계	F
10	여	25세	간호사	학사 졸업	1년	1년	내과계	C
11	남	30세	의사	학사 졸업	4년	3년	외과계	B
12	남	29세	의사	학사 졸업	4년	3년	내과계	A
13	남	36세	의사	석사 졸업	3년	2년	외과계	C
14	남	35세	의사	석사 졸업	2년 2개월	1년 2개월	외과계	C
15	남	31세	의사	학사 졸업	2년 2개월	1년 2개월	외과계	C
16	남	29세	의사	학사 졸업	2년 2개월	1년 2개월	외과계	C

연구 참여자 중 환자안전사건을 기관 내 환자안전부서에 보고한 경험이 있는 사람은 9인(간호사 6인, 전공의 3인)이었고, 모든 참여자는 자신이 경험한 환자안전사건을 환자안전부서에 보고하지 않은 경험이 있었다. 직접 경험 외에도 간호사의 경우에는 부서 내 동료가 환자안전부서에 환자안전사건을 보고하는 것을 간접 경험하였고, 전공의의 경우에는 간호사가 환자안전부서에 보고하는 것을 간접 경험한 경우가 있었다(<표 2> 참조).

<표 2> 연구 참여자의 환자안전사건 보고 경험

	직종	환자안전사건 보고 경험	환자안전사건 미보고 경험	환자안전사건 보고 간접경험
1	간호사	○	○	○
2	간호사	×	○	○
3	간호사	×	○	○
4	간호사	○	○	○
5	간호사	○	○	○
6	간호사	○	○	○
7	간호사	×	○	○
8	간호사	○	○	○
9	간호사	○	○	○
10	간호사	×	○	○
11	의사	×	○	○
12	의사	○	○	○
13	의사	○	○	○
14	의사	×	○	○
15	의사	×	○	×
16	의사	○	○	×

연구 참여자들이 근무하는 기관의 환자안전사건 보고시스템의 특성은 <표 3>과 같다.

보고 대상은 적신호사건, 위해사건, 근접오류로, 모든 기관에서 동일하였다. 보고는 각 기관 내 규정 상 자율보고를 시행하고 있었으나, 간호사들은 부서에서 발생하는 적신호사건의 경우에는 대부분 의무적으로 보고한다고 하였다. 보고 수단으로는 전산 시스템, 전화, 서면, 팩스를 이용할 수 있었고, 직접 방문해서 보고할 수 있는 기관도 있었다. 모든 기관에서 전산 시스템을 이용해서 환자안전사건 보고가 가능하였다. 연구 참여자들은 전산 시스템으로 보고하는 것이 가장 간편하기 때문에 다른 보고수단보다 선호한다고 하였다. 적신호사건을 전화로 보고한 한 명의 전공의를 제외한 보고를 경험한 모든 연구 참여자들은 전산 시스템을 통해 보고를 시행하였다. 전산 시스템 보고와 관련하여, 의무기록시스템이 아닌 별도의 환자안전사건 전산 보고시스템이 있는 기관(A, B)을 제외한 나머지 기관들에서는 의무기록시스템에서 환자안전사건 보고가 가능하였다.

A 기관과 B 기관은 별도의 환자안전사건 전산 보고시스템이 존재하였는데, A 기관에서는 부서 아이디로 로그인한 뒤 보고서를 작성하였고, B 기관은 개인 아이디로 로그인을 하여 보고서를 작성하였다. 나머지 기관에서는 개인 아이디로 의무기록시스템에 접속을 한 뒤, 보고서를 작성하였다. A 기관은 부서 아이디로 로그인을 하기 때문에 보고자에 대한 노출은 되지 않는다고 하였다. B 기관에서 근무하는 간호사는 환자안전사건 보고서를 작성하면, 보고자의 이름이 노출된 채로 간호부장 선까지 올라간다고 하였다.

C 기관은 보고를 할 때, 익명으로 보고할지 여부를 선택할 수 있었다. 하지만 간호사의 경우 환자안전 관리 부서에 공식으로 보고하는 사건은 간호부에도 구두로 보고를 시행하여야 하기 때문에 익명으로 보고하여도 결국 본인은 노출된다고 하였다. 그래서 대부분의 경우 전산 시스템으로 보고서를 작성할

때 익명으로 보고를 하지 않는다고 하였다. D 기관은 실명으로 보고를 받고 있었다. E 기관은 근접오류의 경우에는 전산 시스템으로 보고를 시행하고, 자신의 아이디로 로그인을 해서 작성하지만 보고자의 정보는 전달되지 않고, 환자안전사건 관련 정보만 환자안전 관리부서에 전달되어 보고자의 익명이 보장되었다. 하지만 위해사건이나 적신호사건의 경우에는 경위서 형태의 서면 양식을 사용하여 보고를 하여야 하고, 부서와 사번, 이름을 다 기입한 뒤 수간호사, 간호부장, 간호처장의 서명까지 받아야 해서 익명이 보장되지 않는다고 하였다. F 기관은 보고서를 작성할 때 개인 아이디로 로그인을 하여 보고하고, 보고서를 출력하면 출력자가 노출되기 때문에 누가 출력하였는지 알 수 있어 보고자를 유추하는 것이 가능하다고 하였다.

<표 3> 연구 참여자의 근무기관별 환자안전사건 보고시스템 특성

기관	보고대상			보고 시스템 유형	보고수단				보고자에 대한 익명보장
	근접 오류	위해 사건	적신호 사건		전산	전화	서면	기타	
A	○	○	○	자율	○	○			○
B	○	○	○	자율	○				×
C	○	○	○	자율	○	○	○	팩스, 방문	○
D	○	○	○	자율	○				×
E	○	○	○	자율	○ (근접 오류)		○ (적신호 사건, 위해 사건)		△ (서면은 익명보장 안됨)
F	○	○	○	자율	○	○	○		○

라. 자료분석

본 연구에서는 질적 내용 분석 방법을 활용하여 자료를 분석하였다. 내용 분석의 목표는 연구하고자 하는 현상을 이해하고 지식을 제공하는 것이다. 자료분석은 자료수집과 동시에 진행되었으며, 면담 과정에서 수집한 모든 내용들을 전사한 자료와 면담 시 기록한 메모를 분석에 사용하였다. 면담 당시의 상황 및 내용을 연구자가 가장 잘 알고 있으며, 주제의 민감성 등을 고려하여 연구자가 직접 면담내용의 필사를 진행하였다.

질적 내용 분석은 전통적 내용 분석(Conventional content analysis), 지시적 내용 분석(Directed content analysis), 부가적 내용 분석(Summative content analysis)의 3가지 접근방법으로 나눌 수 있다. 그 중 지시적 내용 분석 방법의 목적은 기존의 이론틀이나 이론을 확장하거나 타당성을 검증하는 것으로, 기존의 이론이나 선행연구의 핵심 개념이나 범주를 초기 코딩 카테고리 사용하는 방법이다(Hsieh and Shannon 2005). 선행연구에 따르면 환자 안전사건 보고 장애의 경우 국가 및 지역마다 차이가 존재하며(Abualrub, Al-Akour and Alatari 2015; Poorolajal, Rezaie and Aghighi 2015), 외국에서는 보건의료인을 대상으로 환자안전사건 보고 장애 요인을 파악한 선행연구들이 실시되었다. 본 연구에서는 우리나라 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인 및 활성화 방안을 탐색하고자 하므로, 외국에서 파악된 환자안전사건 보고 장애 요인을 바탕으로 지시적 내용 분석 방법을 활용하여 자료를 분석하였다.

외국에서 간호사와 의사의 환자안전사건 보고 장애 요인을 파악하기 위해 실시된 질적 연구들과 설문조사 실시 전 도구를 개발한 연구들을 중심으로 환자안전사건 보고 장애 요인을 확인하였다. 또한 보고 장애 요인과 관련하여 설문조사를 실시한 연구들을 통하여 각 연구에서 제시한 주요 보고 장애 요인을 확인하였다. 보고 장애 요인을 확인한 연구들에서 보고 장애 요인 항목별 개선 방안과 보고 활성화 방안으로 제시한 사항들을 파악하였다.

환자안전사건 보고 장애 요인들을 분석하여, 4개 범주와 9개 하위범주의 초기 코딩 스킴을 개발하였다(<표 4> 참조). 사건 및 보고자, 보고 절차 및 체계, 환류, 보고 문화의 4개 범주로 환자안전사건 보고 장애 요인을 분류할 수 있었다. 그리고 사건 및 보고자 범주에는 사건의 특성과 보고자의 감정이라는 하위범주가, 보고 절차 및 체계에는 홍보 및 관리, 시간 및 노력, 익명성의 하위범주가 도출되었다. 환류 범주에는 피드백 부족이, 보고 문화 범주에는 두려움, 리더십 부족, 내부 논의 선호의 하위범주가 파악되었다.

<표 4> 초기 코딩 스킴

범주	하위 범주
사건 및 보고자	사건의 특성
	보고자의 감정
보고 절차 및 체계	홍보 및 관리
	시간 및 노력
	익명성
환류	피드백 부족
보고 문화	두려움
	리더십 부족
	내부 논의 선호

이번 연구에서는 우리나라 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 관련 경험 및 보고의 장애, 장애 개선 방안과 관련한 모든 사항을 찾아내고자 하여, 지시적 내용분석 방법 중 신뢰성을 조금 더 높일 수 있는 방법을 선택하였다. 구체적인 자료 분석 절차는 다음과 같다.

첫째, 면담을 통해 수집된 자료를 반복적으로 읽으면서 전체적인 의미를 파악하였다.

둘째, 자료에서 환자안전사건 보고와 관련된 경험, 보고의 장애, 보고 장애 개선 방안 등 의미있는 진술문에 표시를 하였다.

셋째, 표시한 진술문을 초기 코딩 스킴에 따라 분류하였다.

넷째, 기존 코드로 범주화되지 않은 내용이 있는지 확인하였고, 하위 범주가 필요한 경우 새로운 하위범주를 부여하였다.

Warner, Capezuti and Ouslander(2006)은 근접오류와 위해사건, 적신호사건 보고 장애요인의 차이가 존재한다고 하였다. 이에 따라 대상자가 경험한 사건의 특성, 즉 환자에게 위해가 발생하였는지 여부에 따라 구분하여, 근접오류 보고 장애 요인, 위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인을 분석하였다. 근접오류 보고 장애 요인 분석 과정에서 환류 범주는 삭제되었다. 위해사건 및 적신호사건 보고 장애 분석 과정에서 삭제된 범주는 없었고, 보고 절차 및 체계 범주에서 관리자 검토 및 보고 후 업무 하위 범주가, 보고 문화 범주에서 불공평한 보고라는 하위 범주가 추가되었다.

1.4.3 연구의 엄밀성 보장을 위한 계획

질적연구의 엄밀성을 보장하기 위하여 Lincoln and Guba(1985)가 제시한 기준에 따라, 사실적 가치, 적용성, 일관성, 중립성을 충족하면서 연구를 진행하였다.

사실적 가치(Truth value)는 연구대상과 연구가 수행된 상황에서 연구결과의 ‘진실성’에 대한 신뢰를 어떻게 구축하는지에 대한 것이다. 본 연구에서는 분석결과를 연구 참여자들 중 간호사 3인, 전공의 2인에게 보여주었고, 참여자들의 환자안전사건 보고 장애와 극복방안 등이 잘 표현되었는지 질문하고 확인하는 과정을 거쳤다.

적용성(Applicability)은 특정 연구 결과가 다른 상황이나 다른 대상에 적용될 수 있는지 확인하는 것이다. 이를 위해 연구 참여자가 아닌 상급종합병원에서 근무하는 간호사 1인과 전공의 1인에게 연구결과를 보여주고 자신들의 경험과 일치하는지 확인하는 과정을 거쳤다. 또한 환자안전 관련 업무에 종사하는 1인과 환자안전 관련 연구를 다수 수행한 교수에게 연구결과를 보여주고 확인을 받았다.

일관성(Consistency)은 동일한(또는 유사한) 상황에서 동일한(또는 유사한) 대상에게 연구를 되풀이하였을 때, 연구결과가 반복될 수 있는지에 대한 것이다. 본 연구에서는 일관성을 위하여 본문에서 최대한 자세하게 연구 진행 과정을 서술하였다. 연구수행 과정에서 질적 연구를 다수 진행한 경험이 있는 교수 1인으로부터 자문을 받았다. 초기 코딩 스킴 개발과 관련하여, 상급종합

병원의 환자안전 관리 부서에서 근무 중이며 간호학 박사 과정에 있는 1인의 검토를 받았다. 상급종합병원에서 간호사로 근무한 경력이 있으며 보건학 석사 과정에 있는 1인과 분석결과에 대한 내용을 확인하였으며, 의견이 일치되지 않거나 모호한 부분은 환자안전 관리 부서에서 근무 중인 간호사에게 자문을 받는 등 연구의 일관성을 높이기 위하여 노력하였다.

중립성(Neutrality)은 연구자가 어떻게 연구대상이나 상황에 대한 연구자의 선입견, 관심사, 관점을 배제하고 연구의 결과를 도출하였는지에 대한 것이다. 중립성을 위하여 연구 주제와 관련된 연구자의 경험이나 생각, 감정이 자료 분석이나 연구 결과에 영향을 미치지 않도록 노력하였다.

1.4.4 연구대상자에 대한 윤리적 고려

연구 참여자와의 면담을 시작하기 전, 연구의 목적, 익명성 보장 등을 다음의 사항과 함께 설명하였다. 첫째, 참여자가 원할 때에는 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있으며, 중간에 연구 참여를 중지하더라도 불이익이 없다는 점, 둘째, 면담자료 및 연구 참여자 개인정보는 연구목적으로만 사용된다는 점, 셋째, 연구 관련 기록은 종료 시점을 기준으로 최소 3년간 보존한 뒤 폐기할 것이라는 점 등을 연구 설명문 제시와 함께 연구자가 참여자에게 직접 설명을 시행하였다. 연구 참여자가 연구자와의 면담에서 자신이 경험한 환자안전사건에 대하여 이야기한 내용은 개인정보 및 식별 가능한 부분들을 삭제한 뒤 연구자의 논문에서 인용될 수 있음을 설명하고 동의를 받았다. 연구 참여에 동의한 사람만을 대상으로 면담을 진행하였고, 면담 후에는 소정의 답례품(2만원 상당의 상품권)을 제공하였다.

면담 내용에 대한 전사를 시행할 시 인명은 기호로 사용하고, 익명성이 보장된 내용만을 자료분석에 사용하였다. 자료의 처리는 연구자의 연구실에서 코딩함을 원칙으로 하며, 모든 자료에서 일체의 개인정보는 삭제하였다.

제2장 환자안전사건 보고시스템

환자안전사건 보고시스템은 환자안전에 위협을 줄 수 있는 정보 수집 (Leape 2002), 피드백 제공, 추후 발생 가능한 환자안전사건을 예방하기 위한 시스템 변화, 교육 시행 등을 가능하게 하여, 환자안전을 향상시킬 수 있는 수단으로 여겨지고 있다(Brubacher et al. 2011).

보고시스템이 성공적으로 운영되기 위해서는 비처벌성(Nonpunitive), 기밀성(Confidential), 독립성(Independent), 전문가의 분석(Expert analysis), 적시성(Timely), 시스템 지향성(Systems-oriented), 반응성(Responsive)이 필요하다(Leape 2002). 환자안전사건 보고로 인하여 처벌 또는 징계를 받을 수도 있다는 두려움이 없어야 하며(비처벌성), 환자나 보고자, 기관 등의 정보가 절대로 제3자에게 유출되지 않아야 한다(기밀성). 또한 보고시스템 운영기관은 보고자나 기관을 처벌할 수 있는 권한을 가진 당국으로부터 독립되어 있어야 한다(독립성). 보고된 정보는 훈련을 받은 전문가가 분석하여야 하며(전문가의 분석), 보고된 사건, 특히 심각한 사건인 경우에는 지체없이 분석되어야 하고, 분석된 내용 및 권고안은 관련 당사자 및 직원들에게 신속하게 전파하고 공유되어야 한다(적시성). 권고안은 개인의 행위보다는 시스템, 과정, 절차 등을 변화시키는 데 초점이 맞춰져야 하며(시스템 지향성) 이러한 분석 및 공유를 통하여 시스템적인 변화를 이끌어 내야 한다. 마지막으로 보고를 받는 기관은 권고안을 전파할 수 있는 능력을 갖춰야 하며, 보건의료기관들은 권고안을 시행하는 것에 찬성(반응성)하여야 한다(Leape 2002; Evans SM et al. 2006; Brubacher et al. 2011).

2.1 환자안전사건 보고시스템의 유형

환자안전사건 보고시스템은 운영 주체에 따라 내부 보고시스템, 외부 보고시스템으로, 강제성에 따라 자발적 보고시스템과 의무적 보고시스템으로 분류할 수 있다.

이상적으로는, 보건의료기관 내에서 환자안전사건이 발생하면 기관 내 환자 안전을 관리하는 부서에 보고되고, 이후 원인을 파악하기 위한 조사 및 재발을 방지하기 위한 변화가 이루어진다. 보건의료기관 내에서 이루어진 환자안전사건의 조사 및 분석 결과는 외부 기관 등에 보고되고, 다양한 보건의료기관으로부터 수집되고 분석된 정보는 광범위하게 공유된다(Vincent et al. 2000; Leape 2002). 의료기관 내 환자안전 관리부서에 이루어지는 보고 및 원인 파악과 재발방지 대책 시행은 환자안전사건의 내부보고이며, 의료기관 외부에 존재하는 기관으로 환자안전사건이 보고된 뒤, 관련 정보가 공유되는 것은 환자안전사건의 외부보고이다.

다른 많은 방법들도 안전을 위협하는 요소들을 확인할 수 있지만, 내부 보고시스템은 주요한 위해에 대한 관련 당사자들의 인지를 확보할 수 있고 오류를 예방하는 과정들을 모니터링할 수 있다. 따라서 위해사건뿐만 아니라 근접 오류의 보고도 매우 중요하다(Leape 2002). 외부 보고시스템은 다양한 방식으로 환자안전을 향상시킬 수 있다. 첫째, 새로운 위해가 발생한 경우, 이에 대한 주의경보를 시행할 수 있다. 둘째, 개개별의 기관에서 오류를 예방한 새로운 방식에 대한 정보를 공유할 수 있다. 셋째, 수집된 많은 정보에 대한 중앙에서의 분석은 트렌드 파악 및 주의가 필요한 위해를 밝힐 수 있다. 넷째,

중앙분석은 “표준지침(best practices)”에 대한 권고를 할 수 있다(Flowers and Riley 2002).

자발적 보고는 환자안전사건을 파악하는 방법 중 가장 많이 사용되고 있는 방법으로, 개개인으로 하여금 사건의 인지, 질 향상 과정, 피드백 절차 등에 참여하도록 하여 태도 및 행동의 변화를 촉진하는 데 유용하다(Heavner and Siner 2015). 또한 자발적 보고시스템의 초점은 안전 향상에 있으며, 자발적 보고시스템을 통해 환자안전에 큰 영향을 미칠 수 있는 정보들을 공유할 수 있다. 자발적 보고시스템의 주요 목적이 안전 향상이라면 의무적 보고시스템의 주요 목적은 보건의료인들로 하여금 책임을 지도록 하는 것이다. 의무적 보고시스템은 심각한 위해 또는 사망과 관련된 오류에 중점을 두는데, 이러한 오류는 전체 오류 중 ‘빙산의 일각’에 불과하지만 시스템의 중요한 결함을 알려주는 것이다(Kohn, Corrigan and Donaldson 2000). 그리고 심각한 사건이 보고되어 조사 및 적절한 후속 조치가 이루어진다는 것은, 의료 소비자인 일반 국민들에게 최소한의 조치 및 보호가 제공되고 있다는 인식을 심어줄 수 있다. 자발적 보고시스템과 의무적 보고시스템 모두 중요한 역할을 하므로, 주요한 목적인 학습과 책임의 사이에서 균형을 맞추는 것이 필요하다(Kohn, Corrigan and Donaldson 2000; Ock et al. 2015).

2.2 외국의 환자안전사건 보고시스템

2000년대 초반, 외국에서는 국가 수준의 환자안전전담기구를 설립 또는 지정하여 운영하고 있다. 외국의 보고시스템 현황은 <표 4>와 같다.

<표 5> 외국의 환자안전사건 보고시스템

구분	보고 유형 및 대상	보고자	보고수단		보고자 익명보장
			온라인	전화	
미국	근접오류를 포함한 모든 환자안전사건(자율보고) 심각한 위해사건 (의무보고, 27개 주)	보건의료제공자	○		○
영국	근접오류(자율보고) 심각한 위해사건 (의무보고)	NHS 조직, 보건의료 직원, 환자	○	○	○
덴마크	근접오류(자율보고) 위해사건(의무보고)	보건의료 전문가, 환자 및 보호자	○		○

미국은 2005년 <환자안전 및 질 향상 법률(Patient Safety and Quality Improvement Act)>을 제정하였다. 해당 법은 환자안전사건 자료의 수집과 분석을 시행하는 환자안전기관(Patient Safety Organization, PSO) 지정에 대한 내용을 규정하고 있다. 현재 28개 주에 81개의 PSO³⁾가 있으며, PSO는 환자안전사고 보고 자료가 NPSD(National Patient Safety Database)로 제출되는 과정 중 중간 단계에서 자료의 검토 및 분석을 시행한다. 보고의 주체는 의료기관 등의 보건의료제공자이며, PSOPPC(The Patient Safety Organization Privacy Protection Center) 웹 사이트에서 XML(Extensible Markup Language)로 보고를 시행한다. 근접오류를 포함한 모든 환자안전사건은 자율보고 대상이며, 27개의 주에서는 심각한 사건에 대해서는 의무보고를 받고 있다.⁴⁾ 보고자를 보호하기 위해서 보고를 통해 수집한 정보, 의료제공자가 제출한 환자안전 활동 내용, 보고를 통해 수집되고 개발된 정보에 대한 기밀성과 보호에 대한 특권이 법률에 규정되어 있다.⁵⁾

영국은 2001년 NPSA(National Patient Safety Agency, 이하 NPSA)를 설립하였으며, 2003년 국가 보고학습시스템, NRLS(National Reporting and Learning System, 이하 NRLS)을 설립하였다. 2012년 NPSA가 폐지되고 NHS England에서 NRLS를 운영하고 있다. NHS 조직, 보건의료 직원, 환자 등이 보고할 수 있으며, 온라인과 전화로 보고할 수 있다. 2010년 4월부터 사망과 심각한 위해를 초래한 사건에 대해서는 의무보고를 하도록 하고 있다. 시스템에 보고된 자료는 분석을 시행하는데, 이는 환자안전의 향상을 위해 문

3) Agency for Healthcare Research and Quality. Federally-Listed PSOs[cited: 2016, 3. 1], <http://www.pso.ahrq.gov/listed>.

4) Agency for Healthcare Research and Quality. Never Events[cited: 2016. 3. 2], <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/3/never-events>.

5) Department of Health and Human Services. 42 CFR Part 3. Federal Register / Vol. 73, No. 226 / Friday, November 21, 2008

제점 또는 변화가 필요한 부분을 파악하고 안전한 의료의 제공과 관련된 권고 사항 등을 개발하기 위한 목적으로 이루어진다. 분석된 자료는 대중, 개별 NHS조직, 조직용으로 만들어져서 배포가 이루어진다. 또한 보고에 대한 피드백으로 Individual feedback reports를 제공하며, NRLS 팀은 매 6개월마다 NRLS에 보고를 한 NHS조직에 대하여 개별 피드백 리포트를 작성하고 있다 (NRLS 2014).⁶⁾

덴마크는 2003년 <Act on Patient Safety>을 제정하였다. 온라인으로 보건의료 전문가, 환자 및 보호자가 보고할 수 있으며, 보고는 지역위원회를 거친 후 국가보건위원회를 거치도록 되어있다. 근접오류를 포함한 모든 환자안전사건에 대한 보고를 받고 있으며, 보건의료전문가의 경우 심각한 위해사건은 의무보고를 시행하여야 한다. 보고자를 보호하기 위해 지역위원회에 보고된 자료는 익명 처리가 된다. 또한 보고를 접수받고 분석하는 사람 외에게는 보고자의 개인정보를 공개할 수 없다는 것과 보고자를 보고 자료에 근거해 징계 혹은 평가, 국가보건위원회의 감독 및 형사 처벌할 수 없다는 내용을 법에 규정하고 있다(PSQCWG 2014).

6) NHS. About Patient Safety[cited: 2016. 3. 2], <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/>

2.3 우리나라 환자안전사건 보고시스템

우리나라는 현재 환자안전사건을 총괄적으로 수집 및 관리하는 국가 수준의 보고시스템을 운영하고 있지 않다. 다만 환자안전과 관련이 있는 보고시스템으로 의약품유해사례보고시스템, 한국혈액안전감시체계, 전국병원감염감시체계를 운영하고 있다. 그리고 각 의료기관이 개별적으로 기관 내 보고시스템을 운영하며 환자안전사건을 관리하고 있다. 국가 수준의 환자안전사건 보고학습 시스템은 2016년 7월 시행 예정인 환자안전법에 따라 추후 운영될 예정이다.

1. 의약품유해사례보고시스템(Korea Adverse Event Reporting System, KAERS)⁷⁾

한국의약품안전관리원은 의약품 유해사례 발생에 대한 정보를 보고·관리하기 위해 의약품유해사례보고시스템을 운영하고 있다. 유해사례는 의약품 등을 투여하거나 사용하는 과정에서 발생한 바람직하지 않고 의도되지 않은 증상 또는 질병을 말한다. 이러한 유해사례가 발생한 경우 온라인, 오프라인(이메일, 팩스, 우편 등), 전화를 통해 보고할 수 있다. 보고자는 일반인(소비자), 의약전문가, 지역의약품안전센터⁸⁾, 제조·수입업체 등이며, 필수 정보 4가지⁹⁾가 입력되어야 접수가 가능하다. 홈페이지에 지역센터, 일반인, 의약전문가 및 제약회사 별로 온라인보고방법을 안내하고 있다. 한국의약품안전관리원은 시스템을 통해 수집된 정보를 활용하여 실마리 정보¹⁰⁾를 탐색하고 분석·평가하며

7) 한국의약품안전관리원[인용일자: 2016. 6. 20]. <http://www.drugsafe.or.kr/ko/index.do>

8) 의약품 유해사례 수집 및 모니터링을 위해 한국의약품안전관리원이 전국 거점별로 지정한 병원 또는 기관

9) 의심되는 증상, 복용한 의약품정보, 환자정보, 보고자 정보

10) 시판 후 자발적 유해사례 보고자료 등을 대상으로 데이터마이닝을 시행하여 도출된 정보로, 약물과 유해사례간의 인과관계 가능성이 있다고 보고된 정보

특정 유해사례는 체계적이고 심층적인 약물 역학연구를 시행한다. 이러한 분석을 통해 ‘의약품 안전성 정보’를 생산하고 관련 정책에 대한 근거 자료로 이용하며, 분석 결과는 의약품 안전성 정보 보고 동향 보고서, 실마리정보 알리미, 잠재적 안전성 이슈 정보 알리미 등을 통하여 공유하고 있다.

2. 한국혈액안전감시체계¹¹⁾

한국혈액안전감시체계는 수혈과 관련된 특이사항 조기인지 및 예방, 특이사항 발생 감소를 위한 대책 마련, 수혈관련 손실 예방 등을 위하여 질병관리본부의 위탁운영사업으로 시행되고 있다. 중요한 부작용 보고의 누락을 방지하기 위하여 모든 수혈 관련 부작용에 대해 팩스, 우편을 통하여 보고를 받고 있으며, 수혈 과정에 관련된 의료관련종사자 중 누구든지 보고가 가능하다. 필요한 경우 한국혈액안전감시체계 사무실에서 추가 보고양식을 통해 자세한 자료를 요청할 수 있다. 보고받은 자료로 매년 보고서를 발간하며, 연간 주요 사업 내용, 자료 통계분석 결과, 사례 소개 등의 내용이 포함된다. 자료 통계 분석 결과는 과도한 이슈화와 공포심 조성을 방지하기 위하여 이전 통계 분석 결과와 외국 자료 등을 비교분석하여 함께 발표하고 있다. 필요한 모든 정보가 수집되고 보고가 완료되면, 보고자의 비밀을 보장하기 위하여 보고자 및 기관에 대한 정보는 모두 폐기하여 한국혈액안전감시체계 소속 연구자도 추적할 수 없도록 하고 있다.

11) 한국혈액안전감시체계[인용일자: 2016. 6. 20], <http://www.kohevis.or.kr/index.php>

3. 전국병원감염감시체계(Korean Nosocomial Infections Surveillance System, KONIS)¹²⁾

대한병원감염관리학회는 2006년부터 질병관리본부와 함께 중환자실 부문과 수술부위 감염에 대하여 전국병원감염감시체계를 운영하고 있다. 전국병원감염감시체계는 전국의 주요 종합병원 및 대학병원이 의료관련감염감시를 동일한 기준과 방법으로 수행하고, 전국적인 의료관련감염률을 파악하기 위한 체계이다(대한병원감염관리학회 2014).

먼저 중환자실 부문의 참여 기준은 총 300병상 이상의 종합병원 및 대학병원 중 한 개 이상의 중환자실을 운영하고 있는 병원이다. 또한 감염관리전임자(겸직이 아니어야 함)의 근무 및 감염관리실장이 정하는 의사가 감염관리전임자와 함께 정기적인 증례검토 수행이 가능한 병원이어야 한다. 각 참여병원의 성인 중환자실 중 대표적인 내과계와 외과계 각 1개씩을 대상으로 하며, “중환자실에 입원한 지 48시간 이후에 발생한 요로감염, 혈류감염과 폐렴¹³⁾”이 감시대상이다. 참여병원의 연구자는 해당 감염환자 자료와 월별 보고자료를 KONIS WRAP(Web-based Report and Analysis Program)에 등록한다. 각 참여병원은 KONIS WRAP을 통하여 자신의 자료를 전체 자료와 비교하여 볼 수 있으며, 해당 기관의 감염관리 정책에 자료를 활용할 수 있도록 가능한 모든 정보를 실시간으로 제공하고 있다. 비밀 보장을 위하여 참여 병원은 무작위로 배정된 코드로 구분되고, 병원의 이름, 주소, 연락처, 연구자 이름 등 인적사항과 관련된 자료는 KONIS WRAP에 등록하지 않는다. 아이디와 비밀번호

12) 전국병원감염감시체계[인용일자: 2016. 6. 20], <http://konis.cdc.go.kr/konis/index.jsp>

13) 진단 기준의 통일성을 높이기 위하여 가장 주요한 병원감염인 요로감염, 혈류감염, 폐렴만을 대상으로 하였다.

번호는 참여병원에서만 알 수 있으며, 자발적 참여와 정확한 자료입력을 위하여 보안문제를 중요하게 다루고 있다. 수집된 자료 분석을 통한 정보는 전국 병원감염감시체계의 정기보고, 학술지, 학술모임 발표, 연간보고서 발간 등의 학술적인 목적 이외의 다른 목적으로 이용되지 않는다(대한병원감염관리학회 2014).

수술부위감염의 참여병원 기준은 중환자실 부문과 동일하며, 감시대상은 “입원을 하여 수술방에서 집도의에 의하여 피부 또는 점막의 절개가 이루어진 후 수술방을 떠나기 전 봉합이 이루어진 환자”이다. 감시에 참여하는 기관은 감시 기록지를 이용해 수집한 자료를 KONIS WRAP에 입력한다. 참여기관은 실시간으로 참여기관의 수술부위 감염률 및 전국병원감염감시체계에 참여하는 전체 병원의 감염률에 대한 통계 분석 결과 자료를 제공받을 수 있어, 수술부위 감염 감소를 위한 감염관리 정책에 활용할 수 있다. 참여병원과 참여병원의 연구자 관련 인적사항은 전국병원감염감시체계 사무국에서 따로 보관 및 관리하며, 수술 환자의 인적사항은 해당 참여기관의 연구자가 보관하고 관리한다(대한병원감염관리학회 2014).

4. 국내 의료기관 내 환자안전사건 보고시스템

우리나라에서는 현재 개별 의료기관 차원에서 환자안전사건 보고체계를 운영하고 있다. 의료법 제58조에 의하면 병원급 이상인 경우 의료기관 인증을 자율적으로 받을 수 있으며,¹⁴⁾ 의료기관인증 조사기준에는 의료기관 차원에서 운영하여야 하는 환자안전 보고체계와 관련된 내용이 포함되어 있다.¹⁵⁾ 현재 전국 인증 의료기관은 총 1,499개소이다.¹⁶⁾ 조사기준에 의하면 의료기관은 환자안전관련 사건의 예방을 위한 보고체계 수립 및 보고된 사건의 원인분석 및 개선활동을 시행하여야 한다.

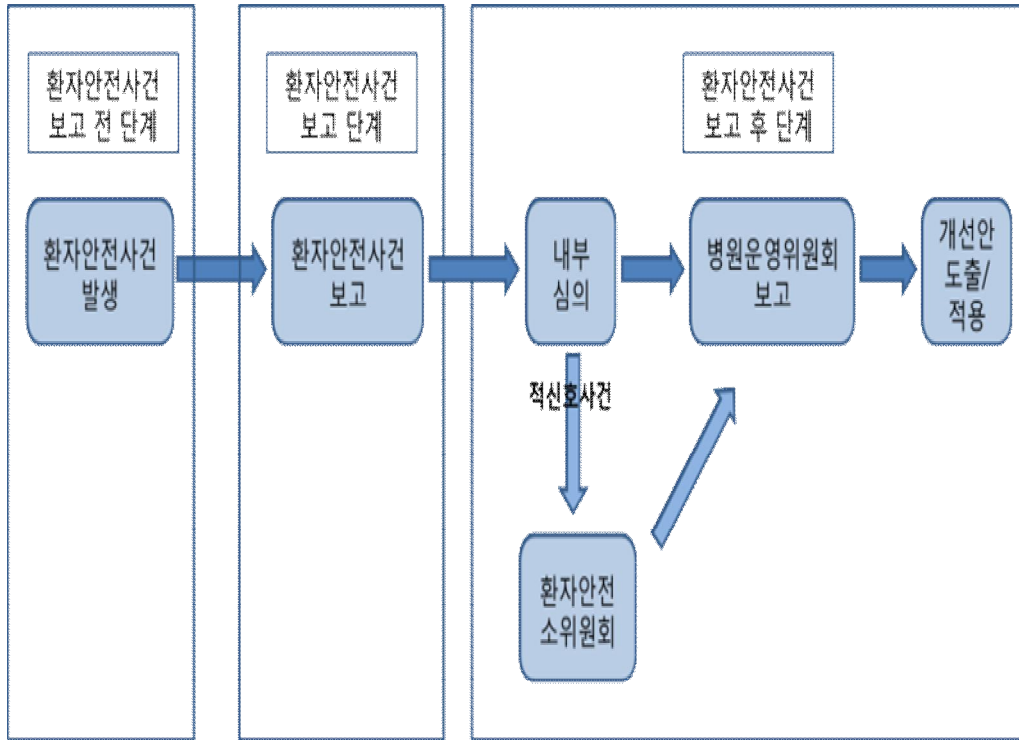
국내 한 의료기관의 경우(<그림 1> 참조), 보고 후 내부 심의 단계를 거쳐 적신호사건인 경우에는 환자안전소위원회를 추가로 개최하였다. 환자안전소위원회를 거친 적신호사건 및 근접오류, 위해사건 등 보고된 모든 환자안전사건은 병원운영위원회에 보고가 되었다. 이후 근본원인분석(RCA, Root Cause Analysis) 또는 실패유형영향분석(FMEA, Failure Mode and Effect Analysis)을 시행하여 개선안을 도출하였다. 도출된 개선안은 프로세스 개선, 교육, 모니터링 등의 방식으로 현장에 적용되었다.

14) 제58조(의료기관 인증) [시행 2016.6.23.] [법률 제13605호, 2015.12.22., 타법개정]

15) 의료기관인증 조사 기준 중 환자안전 보고체계 관련 조사항목

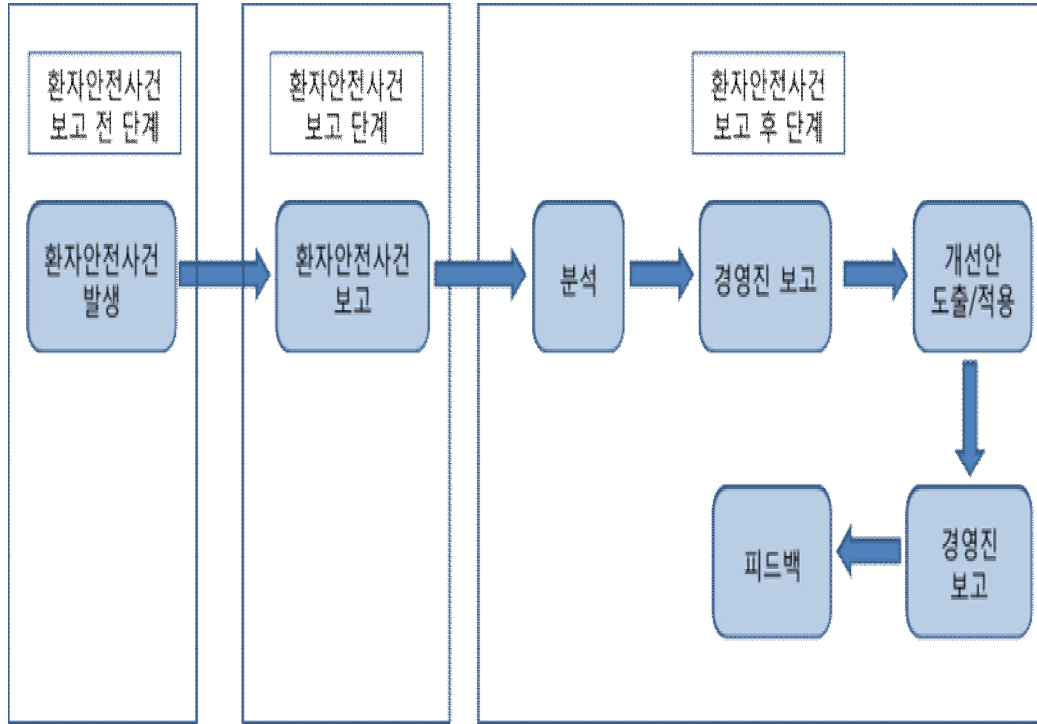
- 의료기관 차원의 환자안전 보고체계 운영 계획
- 기관의 직원은 환자안전 보고절차에 따라 보고함
- 적신호 사건의 관리
- 근접오류 관리
- 위해사건 관리
- 보고된 환자안전사건 결과를 경영진에게 보고
- 보고된 환자안전사건에 대한 결과를 직원들과 공유

16) 의료기관평가인증원. 인증현황(업데이트 현황: 2016.06.01)



<그림 2> 국내 의료기관 1의 보고 절차

다른 의료기관의 경우(<그림 2> 참조), 환자안전사건 발생 및 보고, 분석까지는 거의 동일하였으나, 이후 단계에서 약간의 차이가 존재하였다. 보고된 환자안전사건을 분석한 뒤 경영진에게 보고를 하였고, 사건과 관련된 개선안을 마련하여 적용하였다. 이후 개선안 및 적용사항을 경영진에게 보고하였고, 피드백을 시행하였다.



<그림 3> 국내 의료기관 2의 보고 절차

의료기관인증 조사기준의 내용과 국내의 의료기관 보고체계를 살펴본 결과, 환자안전사건 보고단계는 사건이 발생하고 처치 등이 이루어지는 환자안전사건 보고 전 단계, 환자안전사건 보고 단계, 환자안전사건 보고 후 단계로 나누어 볼 수 있었다. 각 의료기관의 규모 및 관리 부서의 상황 등에 따라 세부적인 내용 및 절차의 차이가 존재하였다.

5. 우리나라 환자안전법의 환자안전사고 보고학습시스템¹⁷⁾

2010년 백혈병 항암치료를 받던 정종현군이 항암제 ‘빈크리스틴’ 투약오류로 사망하는 사건이 발생하였고, 이를 계기로 환자안전법 제정 운동이 본격적으로 시작되었다. 2015년 1월, 환자안전종합계획 수립, 국가환자안전위원회 운영, 환자안전사고의 자율보고, 환자안전사고 보고학습시스템 설치·운영, 환자안전 지표·기준 등의 내용이 포함되어 있는 환자안전법이 제정되었고, 2016년 7월 29일 시행을 앞두고 있다.

시행 예정인 환자안전법 제16조¹⁸⁾에 의하면 보건복지부장관은 환자안전사고에 관한 정보 및 환자안전지표 개발을 위하여, 수집한 자료의 조사·연구·공유를 시행하는 환자안전사고 보고학습시스템을 구축·운영하여야 한다. 환자안전사고의 보고는 자율보고이며, 환자안전사고를 발생시킨 당사자뿐만 아니라 발생한 사실을 알게 된 보건의료인과 환자 등도 보고할 수 있다.¹⁹⁾ 환자안전사고 보고 대상은 환자안전법 제2조²⁰⁾의 환자안전사고 정의에 의하여, 위해 발생 및 환자에게 도달하였는지 여부에 상관없이 모든 환자안전사고가 해당된다.

환자안전사고를 발생시킨 사람이 환자안전사고 보고학습시스템에 자율보고

17) 우리나라 환자안전법의 내용을 설명하는 부분이기 때문에 환자안전법에서 제시한 환자안전사고 용어를 사용하였음

18) 환자안전법 제16조(환자안전사고 보고·학습시스템 등) [시행 2016.7.29.] [법률 제13113호, 2015.1.28., 제정]

19) 환자안전법 제14조(환자안전사고의 자율보고 등) [시행 2016.7.29.] [법률 제13113호, 2015.1.28., 제정]

20) 환자안전법 제2조(정의) [시행 2016.7.29.] [법률 제13113호, 2015.1.28., 제정]

1. "환자안전사고"란 「보건의료기본법」 제3조제3호의 보건의료인이 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자안전에 보건복지부령으로 정하는 위해(危害)가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고를 말한다.

를 한 경우, 보건의료 관계 법령에 따른 행정처분을 감경 또는 면제받을 수 있다.²¹⁾ 환자안전사고 보고학습시스템에 보고된 자료의 비밀 보장을 위하여, 자율보고를 한 보고자 및 보건의료기관의 의사에 반하여 보고자 또는 해당 보건의료기관의 정보를 공개할 수 없다. 자율보고가 된 정보 및 자료는 검증 작업 이후 개인 식별이 가능한 내용은 반드시 삭제하여야 하며, 정보 수집 및 분석, 주의경보 발령 등 관련 업무에 종사하거나 종사하였던 사람은 직무상 알게 된 비밀을 누설하거나 직무 목적 외에는 사용하여서는 안된다. 또한 보건의료기관의 장은 자율보고를 시행한 보고자에게 보고를 이유로 해고, 전보, 그밖에 신분이나 처우와 관련된 불리한 조치를 할 수 없다.²²⁾

21) 환자안전법 제14조(환자안전사고의 자율보고 등) [시행 2016.7.29.] [법률 제13113호, 2015.1.28., 제정]

22) 환자안전법 제17조(자율보고의 비밀 보장 등) [시행 2016.7.29.] [법률 제13113호, 2015.1.28., 제정]

제3장 환자안전사건 보고 장애 요인 분류

환자안전사건을 감소시키기 위한 방법은 사건들이 얼마만큼, 어떻게, 그리고 왜 발생하는지 파악하고, 사건을 감소시키기 위한 조치를 규명하는 것이다. 환자안전사건 분석을 통해 위해사건을 평가하여 재발 가능성을 감소시킬 수 있고, 근접오류를 분석하여 시스템 개선안을 찾을 수 있다(Kohn, Corrigan and Donaldson 2000). 이러한 과정을 통해 환자안전이 향상되기 위해서는 환자안전사건의 보고가 이루어져야 하고 분석 및 적절한 시스템 변화가 이루어져야 한다(Brubacher et al. 2011).

환자안전사건 보고의 주요한 목적은 경험을 통해 학습하는 것이다(Leape 2002). 환자안전사건 보고는 시스템과 절차 등의 변화를 모니터링하는 데 유용한 방법이며, 보고를 통해 문제점을 찾아낼 수 있다(Vincent et al. 1999). 또한 보고는 의료인의 태도와 지식 등을 향상시킬 수 있으며, 조직, 팀, 개인 등 다양한 수준에 영향을 미칠 수 있다(Anderson et al. 2013). 따라서 환자안전사건은 반드시 보고되어야 하고, 그에 따른 조사 및 새로운 조치가 취해져야 한다(Eadie 2012).

의료인은 전반적으로 환자안전사건 보고의 필요성 및 효과에 대해서 긍정적으로 인식하고 있다(강민아 외 2005; Kingston et al. 2004; Anderson et al. 2013). 환자안전사건 보고에 대한 이러한 긍정적인 인식에도 불구하고, 의료인은 보고를 꺼려하는 경향이 있다(Stanhope et al. 1999; Vincent, Stanhope and Crowley-Murphy M 1999; Lawton, and Parker 2002).

환자안전사건 또는 투약오류의 보고율과 관련하여 외국에서 시행된 연구들에 의하면 보고가 잘 이루어지지 않고 있는 것을 확인할 수 있다.²³⁾ 이스라엘 간호사를 대상으로 한 연구(Kagan and Barnoy, 2013)에서는 16.9%만이 모든 의료오류를 보고한다고 응답하였다. 응답자의 44.1%는 자주 또는 항상 보고한다고 응답하였고, 6%는 절대 보고하지 않는다고 하였다. 호주에서 실시된 연구에서는 잠재적으로 환자에게 위해를 발생시킬 수 있는 임상적으로 중요한 처방오류의 1.3%만이 병원의 사건 보고 시스템에 보고된 것으로 나타났다(Westbrook et al. 2015). 이란의 간호사와 의사, 조산사 등을 대상으로 설문 조사를 시행한 Poorolajal, Rezaie and Aghighi(2015)는 의료오류를 발생시킨 사람 중 50.3%가 의료 오류를 보고하지 않았다는 결과를 제시하였다. 타이완의 간호사를 대상으로 한 연구(Yung et al. 2016)에서는 투약오류의 88.9%가 구두 보고로 이루어졌고, 기관의 전산시스템을 통해 보고된 것은 19.0%에 불과하였다.

이러한 낮은 보고율은 국내에서도 나타났다. 연구마다 차이는 존재하지만, 국내 환자안전사건 미보고율은 52.4~76.5%, 투약오류 미보고율은 41.1~80.6%였다. 대학병원 간호사를 대상으로 한 김기경 외(2006)의 연구에서는 참여자의 76.5%가 사건보고 불이행 경험이 있었고 51.3%가 보고경험이 있었다. 부산지역의 간호사를 대상으로 환자안전 간호활동에 대한 인식을 조사한 남문희(2010)에 의하면, 의료과오 보고와 관련하여 환자에게 위해가 발생하였을 경우 보고한다고 응답한 비율은 76.6%이고, 근접오류의 경우 48.5~56.9%만 보고되는 것으로 나타났다. 대상자의 52.4%는 지난 1년 동안 1회 이상 보고 없이 자체 해결한 것으로 응답하였다. 경북지역 3개 병원의 최근 1년 이내 투약과오를 경험한 간호사들 중 93.3%가 서면보고서 작성이 필

23) 연구가 시행된 국가 및 연구대상, 방법 등에 따라 차이가 존재한다.

요하다고 응답하였으나, 투약과오 발생 후 서면보고서를 작성하지 않은 경우가 96.7%였다(김은희 2002). 투약오류 발생 가능성이 높은 근무경력 1년 미만의 신규간호사를 대상으로 한 연구(오춘애 외 2007)에서 투약오류를 경험한 비율은 23%이며, 경험자 중 투약오류를 보고한 비율은 46.3%에 불과했다. 나병진(2010)은 대학병원에서 근무하는 간호사를 대상으로 연구한 결과, 투약오류를 경험한 적이 있는 간호사는 51.1%였고, 이 중 투약오류를 보고한 사람은 58.9%였다. 이영숙(2015)도 대학병원 간호사를 대상으로 연구를 실시하였는데, 최근 1년 이내에 투약오류를 경험한 간호사는 전체 대상자 중 93.4%였으며 그 중 80.6%는 투약오류 보고를 하지 않았다고 하였다.

사건의 특성, 특히 환자에게 피해를 미친 정도에 따라 의료인의 보고율 및 보고 인식에는 차이가 존재하였다. 환자에게 피해가 발생하지 않았거나 도달하지 않은 근접오류의 경우, 의료인은 보고를 잘 하지 않는 것으로 나타났다. AHRQ가 개발한 설문지를 사용하여 서울시 소재 8개 3차 의료기관에서 종사하는 간호사를 대상으로 보고에 대한 인식을 조사한 결과(김정은 외 2007), 보고와 관련하여 환자에게 피해를 입힌 의료과오의 경우 90.5%가 항상 또는 대부분 보고한다고 하였다.²⁴⁾ 그러나 환자에게 해가 될 수 없는 경우와 환자에게 해가 될 수 있었으나 그렇지 않았던 경우에 ‘항상 보고한다’ 또는 ‘대부분 보고한다’고 응답한 대상자는 각각 63.3%, 63.0%였다. 환자에게 피해를 입힌 의료과오는 항상 보고해야 하나 실제로는 보고가 항상 이루어지지 않고 있었고, 근접오류는 상당수가 보고되지 않고 있었다. 국내 3차 종합 대학병원에서 근무하는 의사를 대상으로 환자안전문화와 의료과오 보고에 대하여 조사한 강민아 외(2005)의 연구결과에 의하면 ‘환자에게 영향을 미치기 전에 발견되고 수정된 과오’의 경우 대부분/항상 보고된다고 응답한 대상자는 30%였고,

24) ‘항상 보고 한다’는 64.2%, ‘대부분 보고 한다’는 26.3%였다.

‘환자에게 해를 끼칠 가능성이 없는 과오’, ‘환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 과오’는 대부분/항상 보고된다고 응답한 비율이 각각 26.4%, 32.8%였다. 그리고 ‘환자에게 경미한 해를 끼친 과오’와 ‘환자에게 중대한 해를 끼친 과오’도 54.3%, 78.5%만이 대부분/항상 보고된다고 응답하였고, 중대한 해를 끼친 의료과오의 경우에도 21.5%에서는 보고가 이루어지지 않을 수도 있다고 인식하고 있었다.

환자안전사건 보고가 잘 이루어지지 않는 것은 기관 내에서 발생하는 환자안전사건의 파악을 어렵게 만들기 때문에, 위험 관리 차원에서 중요하게 다루어져야 한다(김기경 외 2006). 환자안전사건 보고와 관련하여 많은 장애요인이 존재한다(Jennings and Stella 2010). 환자안전사건 보고의 활성화를 위해서는 환자안전사건 보고의 장애에 대해서 한층 깊은 이해가 필요하다. 또한 보고 장애를 개선하고 보고를 활성화하기 위한 최선의 방법을 활용하는 것이 필요하다(Moumtzoglou 2010).

외국에서 간호사와 의사를 대상으로 질적연구를 시행하여 파악한 환자안전사건 보고 장애 요인들이 서로 연관되어 있었다(<부록 2> 참조). 이를 사건 및 보고자, 보고 절차 및 체계, 환류, 보고 문화의 4개 범주로 분류하였다(<표 6> 참조).

<표 6> 선행연구에서 도출된 환자안전사건 보고 장애 요인 범주와 내용

범주	하위 범주	주요 내용
사건 및 보고자	사건의 특성	사건의 심각성, 위해 발생 여부
	보고자의 감정	불안, 불신, 책임감
보고 절차 및 체계	홍보 및 관리	교육 및 지식 부족, 도구 이용의 어려움, 보고서 작성의 어려움, 정의 및 기준의 모호함
	시간 및 노력	시간 부족, 추가적인 업무 발생
	익명성	익명성 보장 결여
환류	피드백 부족	피드백 및 이익 부족, 유용성 및 필요성 인식 부족
보고 문화	두려움	의료소송, 불이익, 해고, 경제적 손실, 비난
	리더십 부족	부적절한 반응, 격려 부족, 롤모델 부재
	내부 논의 선호	내부 의사소통 및 해결 선호

3.1 사건 및 보고자

사건 및 보고자의 범주는 사건의 심각성 및 위해 발생 여부, 사건의 발생 빈도 등을 주 내용으로 하는 사건의 특성과 불안, 불신, 책임감 등 보고자의 감정을 하위 범주로 분류하였다.

1. 사건의 특성

환자안전사건의 심각성이 낮아질수록 보고가 잘 되고 있지 않았다(Elder et al. 2007). 이는 의료인이 사건이 심각하지 않거나, 실제로 환자에게 위해가 발생하지 않아 보고를 꺼려하거나 잘 시행하지 않기 때문이었다(Uribe et al. 2002; Elder et al. 2007; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012). 영국의 간호사, 의사, 조산사를 대상으로 시행한 연구를 시행한 Lawton and Parker(2002)도 환자에게 발생한 위해여부가 보고 여부 결정에 중요한 영향을 미치는 요인이라고 하였다. 또한 환자에게 위해나 이상증상이 나타나지 않는 등의 이유로, 환자안전사건이 발생하였음을 당사자가 인지하지 못하는 경우도 존재하였다(Uribe et al. 2002).

Hashemi, Nasrabadi and Asghari(2002)의 연구에 참여한 간호사들은 심각한 사건은 보고가 이루어져야 한다고 인식하고 있었지만 환자에게 심각한 위해가 없고 해결할 수 있는 환자안전사건이라면 보고할 필요가 없다고 생각하였다. 요르단의 간호사와 의사를 대상으로 시행한 연구(Abualrub, Al-Akour and Alatari 2015)에서 간호사에게 가장 주요한 보고 장애 항목으로 나타난 것은 근접오류인 경우 보고할 필요가 없다고 믿는 것이었다. 또한 희소한 사

건이어서 이전에 경험한 적도 없고 이후에도 재발할 가능성이 없다고 생각하는 사건이거나 자주 발생하는 사건도 보고를 해야 할 필요성을 느끼지 못한다고 하였다(Elder et al. 2007).

2. 보고자의 감정

의료인은 환자안전사건 발생 및 보고와 관련하여 불안함과 불신, 염려 등의 감정을 느꼈다(Kingston et al. 2004). 그리고 오류에 대해 책임감을 느끼는 것과 책임을 인정하는 것이 꺼려지는 것도 환자안전사건 보고의 장애요인이었다(Elder et al. 2007; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012).

3.2 보고 절차 및 체계

환자안전사건을 보고하는 데 있어 보고 절차와 관련된 장애요인, 보고 체계 및 관리와 관련된 장애요인을 보고 절차 및 체계 범주에 분류하였다. 하위범주로는 홍보 및 관리, 시간 및 노력, 익명성이 있었다. 홍보 및 관리는 교육 및 지식 부족, 도구 이용의 어려움, 보고서 작성의 어려움, 정의 및 기준의 모호함 등이 주요 내용이었다. 보고에 대한 의료인의 지식이 부족한 것은 심층적으로 분석하였을 때, 보고에 대한 홍보 및 관리가 부족한 것이 원인이기 때문에 홍보 및 관리로 분류하였다. 시간 및 노력은 시간 부족, 추가적인 업무 발생 등이, 익명성은 익명성 보장 결여가 주요 내용이었다.

1. 홍보 및 관리

환자안전사건 보고, 보고 절차, 보고 이후 과정 등 관련 교육이 부족하였다 (Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012). 환자안전사건이 발생하였을 때 보고의 책임이 누구에게 있는지 모르며, 어떻게 보고해야 하는지 모르는 것이 보고의 장애요인이었다. 그리고 환자안전 관리 부서에 보고해야 하는 환자안전사건 보고 대상에 대한 이해가 부족하였다(Uribe et al. 2002; Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004; Waring 2005; Elder et al. 2007; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012; Hooper et al. 2015). 환자안전사건 중 근접오류의 경우에는 보고가 되어야 하는지에 대하여 잘 모르고 있었다(Jeffe et al. 2004). 또한 대부분의 의료인은 보고 이후 어떤 과정이 이루어지는지, 보고자에게 어떠한 피드백이 제공되는지 등 공식적인 보고 절차에 대해서 잘 알지 못하였다(Brubacher et al. 2011). 보고서 양식의 보관 위치를 몰라 보고를 위해 타인에게 양식의 위치를 물어봐야 하는 경우도 있었다(Brubacher et al. 2011). 간호사들은 자신들이 환자안전사건과 관련한 관리 기술 및 지식이 부족하다고 하였다(Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012).

지식 부족과 관련해 직종 간의 차이가 존재하였다. 환자안전사건 보고와 관련하여 설문조사를 시행한 연구들에서 보고시스템에 대한 지식과 관련하여 간호사들이 의사보다 보고시스템 이용방법 및 이후 분석 절차 등에 대하여 더 잘 알고 있는 것으로 나타났다(Jeffe et al. 2004; Evans SM et al. 2006; Kreckler et al. 2009; Abualrub, Al-Akour and Alatari 2015). 간호사와 의사를 대상으로 설문조사를 시행한 연구(Evans et al. 2006; Kreckler et al. 2009)에도 간호사는 의사보다 보고서 양식이 어디에 있는지 유의하게 더 잘 알고 있었다. 의사들의 경우 사건이 의료소송으로 이어질 만큼 심각한 경우,

위험 관리 부서에 보고하는 절차는 인지하고 있었다(Jeffe et al. 2004).

환자안전사건을 보고하기 위해서는 보고서 양식을 작성해야 하는데, 작성을 위한 컴퓨터나 보고서 양식의 접근이 어려운 점도 환자안전사건 보고의 장애요인이었다(Uribe et al. 2002; Kingston et al. 2004; Elder et al. 2007; Brubacher et al. 2011). 환자안전사건 보고시스템이 전산 상에 구축되어 있는 경우에는 서면양식보다 접근이 조금 더 용이하였으나, 보고서 양식을 모두 작성할 때까지 사용할 수 있는 컴퓨터를 찾기가 어려웠다(Brubacher et al. 2011).

보고서 양식 또는 보고할 컴퓨터를 찾은 후에는 환자안전사건 보고서 작성이 필요하다. Hooper et al(2015)의 연구에 참여한 대상자들은 보고서 양식이 의무적으로 기입해야 하는 항목들이 포함되어 있고, 항목을 선택해 박스에 체크를 하도록 되어 있다고 하였다. 그리고 이러한 보고서 양식이 대상자들의 보고 의지를 꺾는다고 하였다. 박스()에 체크하도록 되어 있는 보고서 양식은, 제시된 항목들을 보고자가 읽고 가장 적합한 것을 골라 선택해야 한다. 의료인은 적합한 항목을 고르는 데 시간을 쓰지 않고, 사건에 대한 간략한 개요를 쓰는 방식을 선호하였다(Brubacher et al. 2011). 또한 보고서 작성 시 구체적인 정보가 필요하고, 보고서 항목들 중에는 명확하지 않은 질문 또는 바로 작성이 불가능한 항목들이 있었다. 환자안전사건과 관련하여 필요한 정보들 중 특히 환자와 관련된 내용들은 바로 작성하는 것이 항상 가능한 것은 아니었다(Elder et al. 2007).

보고 대상에 대한 명확한 정의 및 기준이 없고, 오류의 개념이 모호한 것 또한 환자안전사건 보고의 장애요인이었다(Elder et al. 2007; Hashemi,

Nasrabadi and Asghari 2012).

2. 시간 및 노력

의료인의 시간 부족이 환자안전사건 보고의 장애로 작용하였다(Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004; Elder et al. 2007; Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012; Hooper et al. 2015). 보고를 하기 위해서는 시간을 내야 하는데(Uribe et al. 2002), 담당해야 할 많은 환자, 인력부족 등으로 인해서 환자안전사건을 보고할 시간이 부족하였다(Jeffe et al. 2004; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012). 산부인과 의사와 조산사를 대상으로 한 Vincent et al(1999)의 연구에서도 과도한 업무량이 환자안전사건 보고 장애의 주요한 요인으로 나타났다. 환자안전사건이 발생하여, 업무가 끝난 후 보고하려고 하였다가도 업무가 끝날 때쯤에는 잊어버리게 된다고 진술했다. 이와 같이 의료인은 너무 바쁘고 자신의 업무를 하느라 환자안전사건을 보고하는 것을 잊어버린다고 하였다(Elder et al. 2007). 한 연구(Evans et al. 2006)에서도 병동이 바쁜 관계로 보고하는 것을 잊어버리는 것이 간호사들에게 주요한 환자안전사건 보고의 장애로 나타났고, 보고서 작성에 시간이 오래 걸리는 점이 의사들에게 주요한 보고 장애로 나타났다. 의사들의 경우에는 보고서를 작성하는 시간으로 2분 이하를 원했다(Jeffe et al. 2004).

이와 같이 환자안전사건을 보고하기 위해 서류 작성과 같은 추가적인 업무가 발생하여 업무량이 증가하는 것도 보고의 장애요인이었다(Uribe et al. 2002; Brubacher et al. 2011).

3. 익명성

보고한 사건과 관련하여 익명이 보장되지 않는 점도 보고체계와 관련된 환자안전사건 보고 장애요인이었다(Uribe et al. 2002; Jeffe et al. 2004). 보고서 양식이 모든 사람들이 다 볼 수 있는 장소에 보관되어 있거나(Kingston et al. 2004), 부서의 관리자가 보고서 양식을 자신의 방에 두는 경우도 있었다(Brubacher et al. 2011). 서면 보고서 양식을 사용하는 기관에서 근무하는 간호사들은, 보고양식을 작성할 때 다른 사람이 다가와서 무엇을 하고 있는지 볼 수 있다는 점이 보고를 어렵게 만든다고 하였다(Jeffe et al. 2004). 전산 시스템을 이용해 보고하는 경우에는 공용공간에 컴퓨터가 있어 비밀이 지켜지지 않는다고 하였다(Brubacher et al. 2011).

3.3 환류

환류 범주에서는 피드백의 부족이 하위범주였고, 주요 내용은 피드백 및 이익 부족, 유용성 및 필요성 인식 부족이 있었다. 보고와 관련된 피드백 및 이익이 부족하여, 결국 보고의 유용성 및 필요성을 인식하지 못하였다.

간호사와 의사는 기관 내 환자안전 관리 부서에 환자안전사건을 보고한 이후, 사건과 관련한 적절한 피드백을 받지 못하였다(Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004; Brubacher et al. 2011; Hooper et al. 2015). 보고자에게 피드백을 제공하는 방식도 보고를 하지 않게 하는 이유였는데, 간호사와

의사는 보고한 사건에 대해 체계적인 방식으로 피드백을 받지 못했다고 하였다(Jeffe et al. 2004). 간호사와 의사를 대상으로 설문조사를 시행한 Evans et al.(2006)의 연구에서도 피드백의 부족이 간호사와 의사의 주요한 환자안전 사건 보고 장애요인으로 나타났다.

또한 의료인은 보고를 통해 보고자가 얻을 수 있는 이익이 부족하고, 그로 인해 동기 유발이 되지 않다고 하였다(Uribe et al. 2002; Elder et al. 2007). 간호사와 의사, 조산사 등을 대상으로 설문조사를 시행한 연구(Poorolajal, Rezaie and Aghighi 2015)는 의료오류의 중요성에 대한 관심 부족을 주요한 보고 장애 항목으로 제시하였다.

의료인은 환자안전사건 보고로 인한 가시적인 변화나 행위가 이루어지지 않았다고 보았다. 이러한 피드백의 부족으로 인해 보고가 유용하지 않다는 인식을 가지게 되었으며 좌절감을 경험하였다. 그리고 관리자들은 보고를 통한 확실한 개선이나 향상되는 부분이 없어서 보고를 격려하는 것이 어렵다고 하였다(Kingston et al. 2004; Brubacher et al. 2011; Hooper et al. 2015). 의료인은 환자안전사건 보고가 의료의 질 향상에 기여하는 바가 거의 없다고 생각하기도 하였다(Uribe et al. 2002; Waring 2005).

3.4 보고 문화

환자안전사건 보고 장애 중 두려움, 리더십 부족, 내부 논의 선호와 같이 기관 및 부서의 보고 문화와 관련된 내용을 보고 문화 범주로 분류하였다.

1. 두려움

환자안전사건 보고와 관련하여 대부분의 질적 연구에서 의료소송에 대한 두려움으로 인해 의료인은 환자안전사건을 보고하지 않는다고 하였다(Urbe et al. 2002; Jeffe et al. 2004; Kingston et al. 2004; Waring 2005; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012). 인사고과나 개인의 평가에 부정적인 영향을 미치는 것에 대한 걱정도 환자안전사건 보고의 장애요인이었다(Urbe et al. 2002; Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004). 간호사와 의사는 환자안전사건을 보고한 것이 자신의 인사기록 등에 오점으로 남게 되거나, 개인에 대한 부정적인 평가 또는 무능력한 것으로 간주되는 것에 대한 우려를 보였다(Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004; Waring 2005; Brubacher et al. 2011). 환자안전사건을 보고한 뒤 그에 따른 책임으로 헤고될 지도 모른다는 우려도 존재하였다(Urbe et al. 2002; Kingston et al. 2004; Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012). Hashemi, Nasrabadi and Asghari(2012)의 연구에 참여한 한 간호사는 자신만의 실수가 아니었음에도 불구하고, 보상금을 지불해야만 했다고 진술하였다. 이와 같이, 보고 이후에 발생하게 되는 경제적 손실에 대한 우려도 있었다.

환자안전사건 보고와 관련하여 책임을 묻고, 비난하고, 수치스럽게 만드는 기관 내 환자안전문화도 의료인으로 하여금 환자안전사건 보고를 하지 않게끔

만들었다(Kingston et al. 2004; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012). 이러한 문화로 인해 의료인들은 보고와 관련하여 비난 및 질책에 대한 두려움이 존재하였다(Uribe et al. 2002; Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004; Waring 2005; Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012). 간호사의 경우 의사로부터의 비난도 보고의 장애요인이 되었고(Jeffe et al. 2004), 후배 간호사들은 대체적으로 기관의 문화를 비난하고 처벌하는 문화로 인식하고 있었다. 이와 같은 기관의 비난하는 문화로 인해 의료인에게 의료소송을 방어해주는 것과 같은 지원을 제공해 줄 기관의 능력에 대한 신뢰가 부족하였다. 그리고 환자안전사건 보고와 관련하여 하급 직원들은 괴롭힘을 당하는 느낌을 받았다고 하였다(Kingston et al. 2004).

2. 리더십 부족

선임 및 관리자의 부적절한 반응, 격려 부족과 롤모델의 부재 등 환자안전사건 보고와 관련된 리더십이 부족하였다(Hooper et al. 2015). 환자안전사건 보고와 관련하여 의료인은 관리자나 상급자의 격려를 받지 못하였고, 보고와 관련하여 모범이 될 만한 경험을 하지 못하였다. 환자안전사건을 보고하는 것을 관리자가 자신 또는 부서에 대항하는 것으로 받아들이기도 하였다. 그리고 환자안전사건 발생 및 보고와 관련하여 상급자, 관리자의 부적절한 반응으로 인해 보고를 하지 않는다고도 하였다(Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012).

3. 내부 논의 선호

환자안전사건 관련 당사자나 관련 부서 등 내부에서 환자안전사건을 논의하는 것으로 충분하며, 기관 내 환자안전관리부서 등 외부로 보고하는 것을 원하지 않았다(Kingston et al. 2004; Hooper et al. 2015). 의사들은 환자안전사건이 발생하면 보고서 작성 등을 하지 않고 관련된 사람들과 의사소통하여 해결할 수 있다고 하였다(Kingston et al. 2004). 또한 공식적인 보고절차를 통해서 보고하는 것보다, 내부에서 의사소통하고 해결하는 것이 환자안전사건을 즉각적이고 가시적으로 해결할 수 있기 때문에 더 효율적이라고 느꼈다(Hooper et al. 2015). 중환자실 간호사를 대상으로 시행한 연구의 참여자들도 공식적인 절차를 이용해 환자안전사건을 보고하기보다, 동료, 같은 팀인 타 직종, 상급자 등에게 보고하거나 환자 경과기록에 작성할 것이라고 하였다(Espin et al. 2010).

3.5 장애 요인별 개선 방안

환자안전사건이 보고되고, 보고된 내용에 대한 분석 및 공유가 이루어져서 보고시스템이 성공적으로 운영되기 위해 필요한 첫 번째 단계는 환자안전사건 보고의 장애 요인 개선 등을 통한 보고의 격려이다(Evans et al. 2006; Brubacher et al. 2011). 환자안전사건 보고 향상을 위해서는 조직적 및 개인적 수준의 다양한 요소들을 모두 고려한 노력이 필요하다. 또한 보고의 양과 질을 높이는 것뿐만 아니라 환자안전사건을 감소시킬 수 있는 전략적인 수단을 형성하기 위해 풍부한 정보를 수집하여 보고의 유용성을 향상시키는 것을 목적으로 하여야 한다(Uribe et al 2002).

환자안전사건 보고 장애를 개선하고 보고를 활성화하기 위한 방안(<부록 3> 참조)을 범주별로 분류한 내용은 <표 7>과 같다.

<표 7> 선행연구에서 도출된 환자안전사건 보고 장애 개선 방안과 내용

범주	주요 내용
사건 및 보고자	명확한 정의 제시, 정서적 지지
보고 절차 및 체계	보고양식 및 절차 개선, 보고 관련 교육 및 정보 제공, 보고자 보호, 확실한 익명 보장
환류	적절한 피드백 제공
보고 문화	문화 변화, 보고 환경 조성, 대상별 맞춤 교육

3.5.1 사건 및 보고자

환자안전사건의 위해 발생 여부, 위해의 정도 등에 따라 보고를 하지 않는 것을 극복하기 위해서는 환자안전사건에 대한 명확한 정의 제공(Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012), 보고 대상에 대한 명확한 가이드라인을 제시 및 교육이 이루어져야 한다(Uribe et al. 2002; Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004).

보고자와 관련된 보고 장애를 극복하기 위해서는 환자안전사건을 보고한 의료인에게 정서적 지지가 필요하다(Elder et al. 2007).

3.5.2 보고 절차 및 체계

보고 절차 및 체계와 관련된 장애요인을 극복하기 위해서는 보고 양식 및 절차의 개선, 보고 관련 교육 및 정보 제공, 보고자 보호, 확실한 익명 보장 등이 필요하다.

보고양식 작성의 어려움을 감소시키기 위해서는 보고양식의 개선이 필요하다(Kingston et al. 2004; Brubacher et al. 2011; Hooper et al. 2015). 보고양식을 간소화하여 쉽게 보고할 수 있도록 해야 한다. 환자안전사건을 보고하기 위해 작성해야 하는 보고서 양식의 접근을 용이하게끔 하여야 한다(Brubacher et al. 2011). 보고에 드는 시간을 감소시키기 위해서는 보고 절

차를 간소화하여야 한다(Uribe et al. 2002; Jeffe et al. 2004; Kingston et al. 2004; Brubacher et al. 2011; Hooper et al. 2015). 의료인이 간단하게 보고를 할 수 있도록 기관 내 보고 절차를 재정비하여야 하고, 보고절차의 개선을 통하여 의료인의 보고에 드는 시간과 노력을 줄여야 한다. 의료인이 환자안전사건 보고와 관련하여 가지는 부담을 감소시켜야 하는데, 이와 관련하여 환자안전 관련 업무를 담당하는 부서의 직원에게 관련 업무를 이전시키는 방안이 제시되었다(Elder et al 2007).

보고에 대한 지식 및 정보의 부족을 극복하기 위해 보고 방법에 대한 교육을 실시한다(Uribe et al. 2002; Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004). Uribe et al(2002)은 교육프로그램의 개발을 제안하였다. 어떤 사건을 언제, 어디에서, 누구에게 보고해야 하는지를 명확하게 제시한 가이드라인을 제공하고 보고시스템이 익숙해질 수 있도록 훈련을 시행해야 한다(Jeffe et al. 2004).

환자안전사건 보고의 필요성과 중요성에 대한 정보를 제공하여, 의료인의 필요성 인식 부족을 극복할 수 있다(Uribe et al. 2002; Waring 2005; Brubacher et al. 2011). 보고된 내용을 바탕으로 기관에서 어떤 것이 시행되고 있는지(Uribe et al. 2002), 환자안전사건 보고에 따라 어떤 조치를 취할 것인지를 보여주어야 한다(Jeffe et al. 2004). 그리고 보고가 환자안전 및 의료 질 향상에 기여하는 점과 기관 및 환자에게 이익이 되는 점 등에 대하여 직원들에게 정보를 제공하고 교육을 시행해야 한다. 또한 보고의 중요성과 가치에 대한 인식을 높이기 위한 활동을 시행함으로써(Uribe et al. 2002) 의료인의 인식을 변화시킬 수 있다.

환자안전사건을 보고한 의료인에 대한 보호가 필요하다. 이와 관련하여 Uribe et al(2002)은 오류와 관련된 책임의 경감을 제시하였고, Kingston et al(2004)은 의료소송에 대한 두려움을 극복하기 위해 의료인이 법적으로 보호 받을 수 있는 내용에 대해서 교육하는 방안을 제시하였다. 보고자에게 발생할 수 있는 불이익에 대한 두려움을 감소시키기 위해서는 환자안전사건 보고가 평가를 하기 위한 도구가 아니라는 것을 확실히 하여야 한다. 보고는 환자안전사건을 통해 배우기 위한 것이며, 부서의 안전과 관련된 행위를 평가하거나 사정하는 데 사용되지 않는다는 것을 의료인들이 인식하도록 하여야 한다 (Brubacher et al. 2011).

기관 내 환자안전 관리 부서에 보고된 내용, 보고자 관련 정보 등에 대하여 익명이 확실하게 보장되어야 한다(Kingston et al. 2004; Jeffe et al. 2004; Elder et al. 2007; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012; Hooper et al. 2015).

3.5.3 환류

보고된 환자안전사건을 분석한 결과를 바탕으로 적절한 피드백을 제공하고 변화가 시행되어야 한다(Uribe et al. 2002; Brubacher et al. 2011). 보고와 관련하여 취해진 조치에 대해서 보고자에게 개별적으로 피드백을 제공하고 (Kingston et al. 2004), 보고를 통해서 학습하는 계기가 될 수 있도록 한다 (Hooper et al. 2015). 그리고 보고 후 개인에게 돌아오는 이익이 없어서 동기유발이 되지 않는 것을 개선하기 위해 보고자에게 보고와 관련된 명확한 이

익을 제공한다(Elder et al. 2007). 보고된 환자안전사건 관련 정보를 의료의 질 향상 및 환자안전 측면에서의 분석이 이루어져야 한다(Uribe et al. 2002). 그리고 의료환경에 대해 잘 이해하고 있으며, 관련 전문 지식을 가진 전문가가 분석하여야 한다(Waring 2005).

3.5.4 보고 문화

리더십 부족, 비난하는 문화, 내부 논의 선호 등 환자안전문화와 관련된 환자안전사건 보고 장애를 극복하기 위해서는 문화 변화, 보고 환경 조성, 대상별 교육 등이 이루어져야 한다.

비난, 징계처분, 소송 등에 대한 두려움을 극복하기 위해서는 환자안전문화의 변화가 필요하다(Jeffe et al. 2004; Waring 2005; Hooper et al. 2015). 비난하지 않는 문화 조성과 더불어 멘토링, 동료 간의 협력하는 환경 등이 제공되어야 한다(Jeffe et al. 2004). 보고 문화를 활성화하기 위해서 교육 및 주기적으로 보고를 격려하는 것이 필요하다(Uribe et al. 2002). 환자안전사건 보고에 대한 의료인의 인식을 향상시킬 수 있는 활동 및 개개인별로 보고를 격려하는 등 주기적인 노력이 필요하다. 지지적인 분위기를 조성하여야 하며(Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012), 의료인들이 환자안전사건을 보고할 수 있는 환경을 조성해 주어야 한다(Uribe et al. 2002; Jeffe et al. 2004; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012).

보고와 관련된 리더십의 부족 및 상급자의 비협조적인 반응을 개선하기 위해서는 상급자 및 관리자를 대상으로 한 맞춤형 교육이 이루어져야 한다. 소속 직원이 환자안전사건을 보고하거나 논의하였을 때 어떻게 반응하여야 하는지에 대한 교육이 필요하다(Brubacher et al. 2011).

제4장 우리나라 환자안전사건 보고 장애 요인

연구 참여자들은 대체적으로 환자안전의 중요성에 대해 긍정적인 입장을 보였으며, 환자안전사건 보고의 필요성은 인식하고 있었다. 환자안전사건이 발생하여 보고를 시행하고 나면, 해당 사건과 관련된 내용이 각인되는 효과가 있었다. 자신이 연관된 사건이 아닌 경우에도 인계 시간이나 메신저 등을 통해 보고된 환자안전사건에 대한 내용이 공유되면, 관련된 행위를 할 때 사건의 재발을 방지하기 위해 신경을 더 많이 쓰게 된다고 하였다. 그리고 환자안전 사건을 보고하고 내용을 공유할 수 있는 기관 내 보고 체계를 통해, 환자안전 사건이 예방 가능하여 환자안전이 향상에 도움이 된다고 생각하였다.

“그렇게 보고가 되면 확실히 신경을 쓰면서 그런 사고들이 최소한 그 근래로는 좀 줄어드는 경향이 있는 것 같기는 해요.” (간호사 10)

“안전사고를 예방하니까, 거기에 따라서 환자에게 생길 수 있는 리스크들을 줄일 수 있으니까요.” (전공의 3)

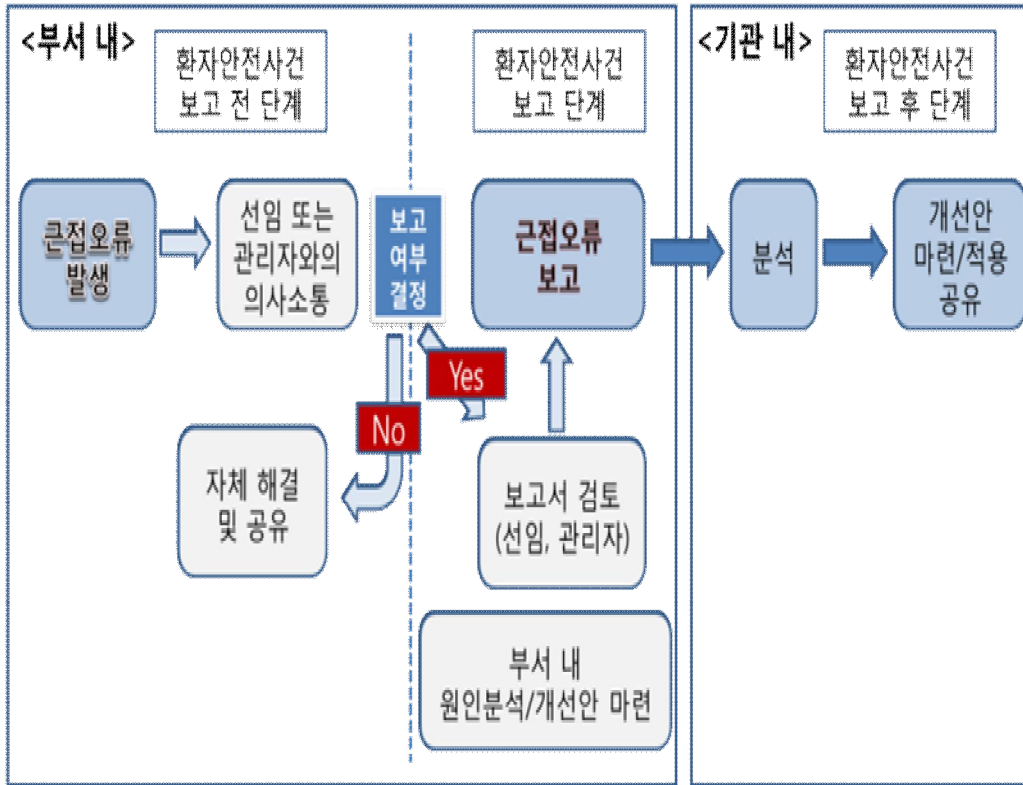
하지만 환자안전사건 보고는 어렵고 힘든 일이었다. 간호사와 전공의가 경험한 환자안전사건 보고 과정 및 보고 장애 요인들을 근접오류와 위해사건·적신평사건으로 분류하여 살펴보고자 한다.

4.1 환자안전사건 보고 과정

연구 참여자들이 경험한 환자안전사건 보고 과정은 환자에게 위해가 발생하였는지 여부와 중사하고 있는 기관에 따라 차이가 존재하였다. 위해 발생 여부에 따라 근접오류인 경우와 위해사건, 적신호사건인 경우로 분류할 수 있었고, 근접오류의 경우 기관에 따라 보고 과정에서 약간의 차이가 있었다.

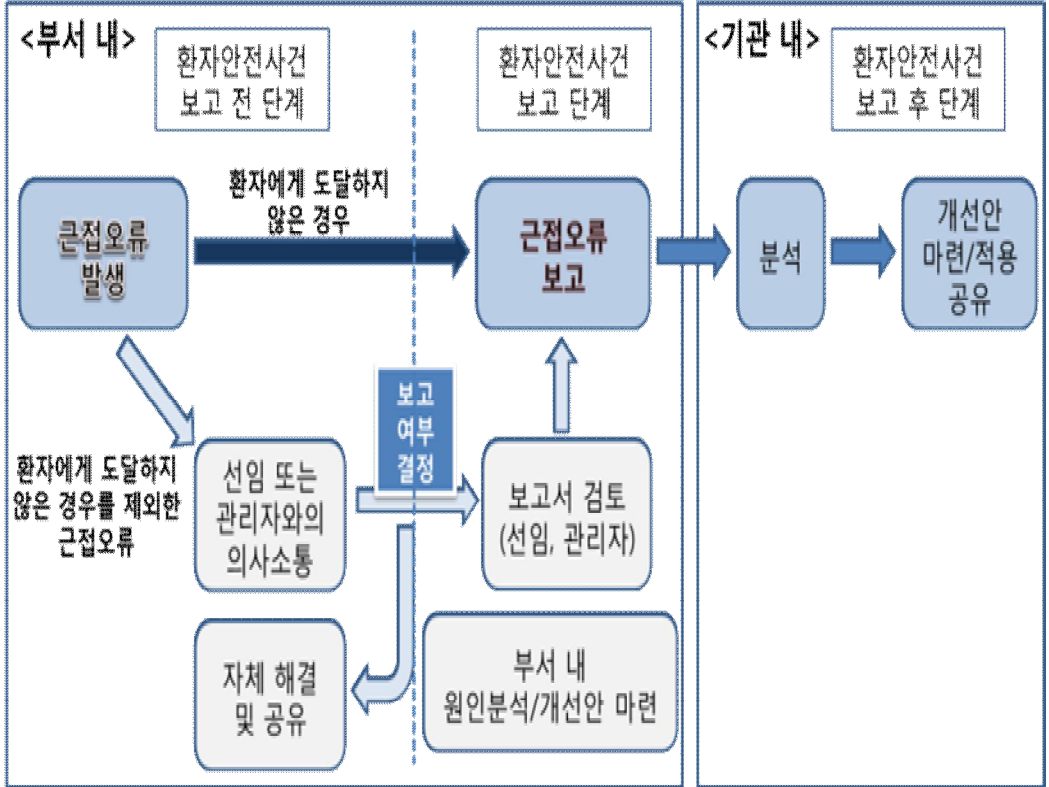
4.1.1 근접오류 보고 과정

근접오류인 경우에는 A 기관을 제외한 나머지 기관에서 <그림 3>과 같은 과정으로 보고가 이루어지고 있었다. 근접오류가 발생하면 먼저 선임 또는 관리자와 의사소통하고 논의를 한 뒤, 선임이나 관리자가 보고 여부를 결정하였다. 보고하지 않기로 결정한 경우에는 부서 내에서 자체적으로 해결하고 부서 내에서 공유가 필요한 사건인 경우에는 인계 시간 등을 이용하여 공유하고 있었다. 보고를 하기로 결정한 경우에는 보고자가 원인과 개선방안 등이 포함된 보고서를 작성하고, 선임이나 관리자의 검토를 받은 뒤 보고를 시행하였다. 이후 보고서는 기관 내 환자안전 관리 부서에 접수되고, 대부분의 근접오류는 보고자가 작성하여 낸 개선방안이 피드백으로 제공되고 있었다.



<그림 4> 연구 참여자가 경험한 근접오류 보고 과정

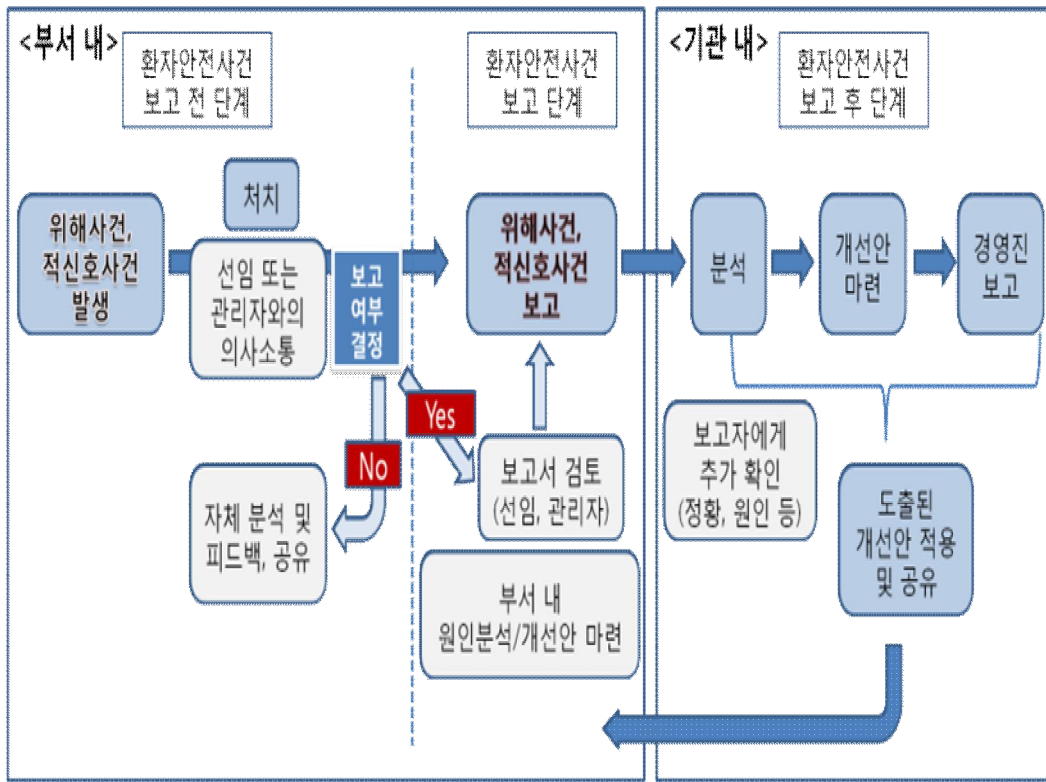
A 기관에서 근무하는 간호사들은 근접오류 중 환자에게 도달하지 않았고 간호사의 실수 또는 책임이 전혀 없는 사건일 경우, 선임 또는 관리자와의 논의 없이 자율적으로 기관 내 환자안전 관리 부서에 보고할 수 있다고 하였다 (<그림 4> 참조). 이와 같이 관리자와의 논의 없이 보고할 수 있는 가장 대표적인 경우는 약제팀에서 다른 약을 보내줬거나 전공의가 처방을 잘못 낸 경우라고 하였다. 그러나 환자에게 도달하지 않은 경우라도 간호사의 실수나 잘못이 있는 경우라면 선임 또는 관리자에게 먼저 논의를 한 후, 보고를 시행하여야 한다고 하였다.



<그림 5> A 기관의 연구 참여자가 경험한 근접오류 보고 과정

4.1.2 위해사건 및 적신호사건 보고 과정

위해사건과 적신호사건의 경우에는 <그림 5>와 같이 보고가 이루어지고 있었다. 연구 참여자들은 혼자서 해결하고 넘어갈 수 있는 위해사건을 제외한 대부분의 경우, 선임 또는 관리자에게 먼저 논의한다고 하였다. 선임 또는 관리자와 논의한 후, 선임이나 관리자의 결정에 따라 보고를 시행하였다.



<그림 6> 연구 참여자가 경험한 위해사건과 적신호사건 보고 과정

B, C 기관의 간호사들은 기관 내 환자안전 관리 부서에 환자안전사건을 공식적으로 보고하지 않아도, 부서 내에서 자체적으로 관리하는 양식을 작성한다고 하였다. D 기관의 간호사도 공식적으로 환자안전사건을 보고하지 않는 경우, 부서 내에서 사용하는 인계장에 기록하고 공유한다고 하였다. 이와 같이 연구에 참여한 몇몇 간호사들이 근무하는 부서에서는 환자안전 관리 부서에 보고를 하지 않는 경우라도 자체적으로 분석하고 개선방안 등을 고안하여 부서 내에서 공유하고 있었다.

선임 또는 관리자가 환자안전 관리 부서에 보고하기로 결정한 경우, 기관에서 사용하는 보고서 양식에 맞춰서 내용을 작성하였다. 보고 경험이 있는 모든 간호사와 전공의는 선임 또는 관리자의 보고서 검토 과정을 거쳤다. 보고서 작성 경험이 없는 신규간호사인 경우에는 선임이나 관리자가 함께 보고를 시행하면서 작성 절차, 방법 등을 교육하였다. A 의료기관의 경우 원인과 개선방안을 마련하기 위해 부서 내에서 근본원인분석 활동을 시행하였다. 환자안전사건이 발생하였을 당시 함께 근무하였던 사람들이 업무 종료 후 따로 모여서 회의를 진행하고, 회의에서 분석한 내용을 보고서에 작성하여 제출하였다. 다른 의료기관들은 A 의료기관과 같이 절차로 정해져있지는 않았지만 필요한 경우 모여서 논의하기도 하고, 보고자가 혼자서 고민하여 원인과 개선방안을 작성하기도 하였다.

환자안전사건을 보고하고 나면 기관 내 환자안전 관리 부서에서 해당 사건에 대한 분석을 시행하였다. 이 과정에서 B와 C 의료기관에서 근무하는 간호사와 전공의의 경우, 환자안전 관리 부서의 직원이 보고자에게 당시 상황 또는 사건이 발생한 원인 등을 추가적으로 확인하는 과정을 경험하였다. 이후 경영진 보고, 분석 과정에서 마련된 개선안 적용, 사건의 공유가 이루어졌다.

4.2 근접오류 보고 장애 요인

근접오류 보고 장애 요인 범주와 하위범주, 주요 내용은 <표 8>과 같다.

<표 8> 우리나라 근접오류 보고 장애 요인 범주와 내용

범주	하위 범주	주요 내용
사건	사건의 특성	위해없음, 적용되지 않았음, 높은 발생 빈도
보고 절차 및 체계	홍보 및 관리	지식 부족, 정의 및 기준의 모호함
	시간 및 노력	시간 부족
보고 문화	두려움	비난
	리더십 및 협조 부족	부적절한 반응, 롤모델 부재

4.2.1 사건

사건 범주에서는 사건의 특성이라는 하위범주를 파악하였고, 주요 내용은
위해없음, 환자에게 적용되지 않았음, 발생 빈도가 높음이었다.

간호사와 전공의는 사건의 특성 상 근접오류는 보고할 필요가 없다고 생각

하였다. 행위를 하기 전에 발견하여서 환자에게 도달하지 않았기 때문에 또는 환자에게 적용이 되었더라도 어떠한 증상이나 위해가 나타나지 않았기 때문에 보고할 필요가 없다고 인식하였다.

“Near-miss는 그냥 환자한테 전혀 그게 없고, 그러니깐 그냥... 넘어가게 되는 거 같아요.” (간호사 5)

“이상이 없으면 그냥 이상이 없는 걸로 넘어간다든지...” (전공의 6)

근접오류, 특히 환자에게 적용되지 않은 근접오류는 보고뿐만 아니라 선임이나 관리자와의 논의도 필요없다고 생각하였다. 하지만 연구에 참여한 간호사들 중 환자에게 위해가 없었어도 일단 적용이 된 근접오류가 인계를 주는 과정 또는 다른 경로를 통해 동료나 선임, 관리자에게 발견되는 것을 직·간접적으로 경험한 경우가 있었다. 이러한 경험을 한 간호사들은 위해가 발생하지 않았어도 환자에게 적용이 된 근접오류는 언젠가는 드러날 지도 모른다는 생각에 선임이나 관리자에게 먼저 얘기를 하고 논의를 하였다.

간호사와 전공의는 근접오류가 너무 많이 발생하기 때문에 보고하지 않는다고 하였다. 한 전공의는 발생하는 근접오류를 모두 보고하게 된다면, 엄청나게 많은 보고가 이루어져야 할 것이라고 하였다. 그리고 그런 상황이 발생한다면 환자안전 관리 부서에서 모든 사건에 적절하게 대응할 수가 없어서 보고의 효율성이 없을 것이라고 생각하였다. 간호사들, 특히 경력이 1년 미만이었던 간호사들은 근접오류를 거의 매일 직·간접적으로 경험한다고 이야기했다. 이들이 경험하는 대부분의 근접오류는 환자에게 도달하기 전, 경력이 높은 간호사들에 의해 발견되었고, 근접오류가 발견되어 지적을 받을 당시에는 당황스럽

고 부끄러웠지만, 환자에게 적용되기 전에 발견되어 안도감을 느꼈다고 얘기하였다.

“이게… 너무 많아가지고.” (간호사 3)

“다 니어미스라고 보고를 한다 그러면은 그건 너무 많은 거고” (전공의 3)

4.2.2 보고 절차 및 체계

보고 절차 및 체계 범주에서는 지식 부족 및 정의·기준의 모호함을 주요 내용으로 하는 홍보 및 관리와 시간 부족의 시간 및 노력이 근접오류 보고 장애 요인으로 파악되었다.

1. 홍보 및 관리

근접오류에 대한 지식 및 이해 부족과 정의 및 기준이 위해사건이나 적신호 사건보다 더 모호한 점이 근접오류 보고 장애 요인이었다.

보고를 해야 하는 근접오류가 어떤 것인지 정확히 알지 못하였다. 한 간호사는 수간호사가 자신에게 근접오류를 보고하라고 지시하기 전까지는 근접오류가 환자안전사건 보고의 대상인 것을 모르고 있었다고 털어놓았다. 자신은 이 때문에 근접오류는 선임이나 수간호사에게 보고에 대한 논의조차 하지 않

있다고 하였다. 연구 참여자들 중 일부는 근접오류를 사소한 실수라고 표현하였고, 환자에게 위해가 발생하지 않은 근접오류는 큰 문제가 되지 않는다고 하는 등 근접오류에 대한 이해 및 보고를 해야 하는 이유에 대한 이해가 부족하였다.

“저는 당연히 발생한 사건과 그 오류에 대해서만 써야 되는 줄 알았어요.”
(간호사 8)

연구 참여자들은 근접오류의 정의 및 기준이 모호한 것이 보고 장애 요인이라고 강조하였다. 한 전공의는 의료기관평가인증 기간에 교육을 열심히 받은 덕분에, 보고 방법 및 보고 이후 절차를 정확하게 알고 있었다. 그 전공의는 의료기관평가인증과 관련된 내용을 정확하게 알고 있었음에도, 근접오류의 기준이 어렵고 애매모호하다고 하였다.

“니어미스는 아까 말씀드린 것처럼 정의에 따라 되게 애매해요. 그게 참 어려운 거 같아요.” (전공의 3)

2. 시간 및 노력

보고할 시간이 없다는 것이 근접오류 보고의 장애 요인이었다. 업무량이 과다하고 바쁘기 때문에 업무 도중에 보고할 시간을 따로 낼 수 없었다. 따라서 업무가 끝나고 보고를 시행하여야 했고, 이러한 점은 위해사건 및 적신호사건과 동일하였다. 그러나 환자에게 도달하지 않았거나 위해가 발생하지 않은 근접오류는 근무가 끝날 쯤에는 자신도 모르게 잊혀 지게 되고, 따라서 발생 또는 인지한 시점에 보고를 하지 않으면 근접오류는 보고가 잘 이루어지기 힘들

다고 하였다.

“너무 바빠서 그런 걸(근접오류 보고) 할 시간이 없어요.” (간호사 1)

4.2.3 보고 문화

보고 문화 범주에서는 두려움, 리더십 부족의 하위범주가 파악되었다. 두려움에서는 비난에 대한 두려움이, 리더십 부족에서는 롤모델 부재와 부적절한 반응이 주요 내용이었다.

1. 두려움

한 간호사는 근접오류의 보고서를 작성하는 것이 위해사건이나 적신호사건의 보고서를 작성하는 것보다 더 반성문을 쓰는 것 같다고 토로하였다. 선임이나 수간호사가 보고를 하도록 지시하고 보고자가 작성한 보고서를 검토하면서 보고자를 비난하였다. 근접오류는 사건의 심각성이 상대적으로 덜하기 때문에 이 과정에서는 보고자는 이렇게까지 비난받을 내용은 아니라는 생각을 하면서 보고가 단지 자신을 비난하기 위한 과정처럼 느껴진다고 하였다. 이러한 비난에 대한 우려로 인해 근접오류 보고가 꺼려진다고 하였다.

“더 크게 반성문같은 느낌이 든다니까요.” (간호사 2)

어떤 간호사는 자신이 근무하는 부서에서는 근접오류를 간호사가 부주의하여서 실수한 것이라고 생각하는 경향이 있다고 하였다. 이러한 경향으로 인해서 선임이나 관리자에게 근접오류를 논의하게 되면 해당 간호사가 비난을 받는다고 하였다. 또 다른 간호사도 근접오류를 보고함으로 인해 발생할 수 있는 비난이나 질책에 대한 우려로 보고를 시행하지 않았다고 하였다.

2. 리더십 부족

간호사들은 근접오류 보고와 관련하여 톨모델 부재와 부적절한 반응을 장애요인으로 생각하였다.

한 간호사는 자신의 병동의 동료나 선임이 환자에게 적용이 되었으나 위해가 발생하지 않은 근접오류를 보고하는 것을 경험하지 못했다고 하였다. 다른 간호사도 선임이나 중간 관리자가 근접오류를 보고하는 것을 경험한 적이 없다고 하였다.

연구에 참여한 간호사들은 근접오류 보고와 관련하여 선임이나 수간호사의 부적절한 반응을 경험하였다. 간호사들은 선임이나 수간호사에게 근접오류에 대해 논의하는 과정에서, 추후 관찰 및 처치 방향에 대한 논의만 이루어지고 보고 여부에 대해서는 언급조차 되지 않는 경우가 많다고 하였다. 환자안전사건 보고가 자신이 자율적으로 결정하고 시행할 수 있는 부분이 아니기 때문에, 선임이나 수간호사가 보고에 관한 얘기를 먼저 꺼내지 않으면 자신이 먼저 보고를 언급하기는 힘들었다. 이렇듯 근접오류는 보고에 대한 논의조차 이루어지지 않고 넘어가는 경우가 많아서 보고가 잘 시행되지 않는다고 하였다.

“그거 noti(notify)해가지고 컨펌받고 다시 알려주라고 하든가. 그냥 그 선에서 끝났던 거 같아요. 그게 막 보고까지 이어지지는 않고.” (간호사 6)

선임이나 수간호사와 논의하는 과정에서 보고에 대해 언급이 되더라도 대부분 보고를 시행하지 않아도 된다고 하여서, 이후 보고 절차가 진행되지 않았다고 하였다.

자신이 근접오류에 대해 논의하였을 때 선임이나 수간호사가 보고 여부를 논의하지 않아, 먼저 근접오류 보고에 대한 이야기를 꺼내는 경우도 있었다. 그러한 상황에서 간호사들은 선임이나 수간호사가 왜 이런 사건을 보고하려고 하느냐와 같은 부정적인 반응을 경험하기도 하였다. 이와 같은 경우에는 오히려 근접오류를 보고하려고 하는 사람이 쓸데없는 일을 추가적으로 만드는 사람이 되어 버렸다.

“선생님들이 뭐 이런 거 가지고 갖고 오냐고 그렇게 얘기하신 경우도 있고.. 그래서 좀 인식 자체가 이런 것까지 굳이 보고를 해야 되나? 이런 생각이 들 때도 있긴 해요.” (간호사 10)

그리고 선임이 근접오류를 발생시킨 경우, 보고하지 않고 그냥 넘어가는 부적절한 반응을 연구에 참여한 대부분의 간호사가 경험하였다. 근무경력이 상대적으로 낮은 간호사들은, 선임 간호사가 연관된 근접오류는 아주 사소한 일처럼 언급하며 보고하지 않고 넘어가지만 경력이 낮은 간호사들의 근접오류는 엄격한 잣대로 보고 여부를 결정하는 경험을 하였다.

4.3 위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인

위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인 범주와 하위범주, 주요 내용은 <표 9>와 같다.

<표 9> 우리나라 위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인 범주와 내용

범주	하위 범주	주요 내용
사건 및 보고자	사건의 특성	위해가 심각하지 않음
	보고자의 감정	부담감, 죄책감
	보고자의 태도	의무가 아님
보고 절차 및 체계	홍보 및 관리	교육 및 지식 부족, 정의 및 기준의 모호함
	시간 및 노력	시간 부족, 추가적인 업무 발생
	검토 및 보고 후 업무	검토, 추가 정보 요청 및 조사, 개선방안 적용의 어려움
	익명성	부서 내부의 익명성 보장 결여, 기관의 익명성 보장 결여
환류	피드백 및 이익 부족	피드백 부족, 이익 부족
보고 문화	두려움	불이익, 비난, 낙인
	리더십 및 협조 부족	부적절한 반응, 직종 간의 협조 부족
	내부 논의 및 보고 여부 결정	내부 해결 선호, 보고 여부 결정
	불공평	경력 및 업무로 인해 발생하는 불공평

4.3.1 사건 및 보고자

사건 및 보고자 범주에서는 사건의 특성, 보고자의 감정, 보고자의 태도가 하위 범주로 도출되었다.

1. 사건의 특성

간호사와 전공의는 위해의 정도가 심하지 않은 위해사건은 보고의 필요성을 인식하지 못하여서 보고를 하지 않는다고 하였다. 환자에게 위해가 발생하였어도 치료가 가능한 부분이고, 필요한 처치를 다 하여서 상황이 해결되었다면 보고할 필요가 없다고 생각하였다.

“치료가 가능한 부분이니깐, 이거는 치료를 하면 되지 뭐 이런 거까지 써야 돼?” (간호사 3)

“환자분께 필요한 처치를 일단 다 했는데, 했고... 상황 정리는 됐는데 굳이 (중략) 보고서를 작성을 해야 되나라는 생각을 할 때가 있죠.” (전공의 6)

2. 보고자의 감정

위해사건이나 적신호사건을 보고하게 되면, 심적인 부담감이 큰 점이 보고의 장애 요인이었다. 한 간호사는 자신의 부서 내부에서만 공유하는 보고서를 작성할 때와는 달리, 사건 보고서는 외부로 공개되고 상급부서로 전달된다는 사실 때문에 부담감이 생긴다고 하였다.

“뭔가 Q1실까지 올라간다고 하면 되게 심적으로 부담감이 더 심해지는 거 같아서 (간호사 10)

보고를 하게 되는 위해사건이나 적신호사건이 보고자에게는 죄책감을 느끼게 하였다. 한 간호사는 보고를 하는 과정에서 원인을 분석하다 보니 자신으로 인해 발생한 것 같아 죄책감이 많이 들었다고 하였다. 또 다른 간호사는 자신을 ‘가해자’라고 표현하였으며, 자신이 사건을 벌어지게 한 장본인이어서 사건 발생 및 보고 과정에서 죄책감으로 인해 힘들었다고 토로하였다.

*“일단 그 상황이 나로 인해서 발생한 거 같아서. 되게 죄책감이 좀 들고.”
(간호사 4)*

보고를 하게 되면 자존감이 저하된다는 간호사와 보고하는 과정에서 누군가가 자신을 옆에서 도와주어도 혼자된 느낌이라는 간호사도 있었다.

3. 보고자의 태도

환자안전사건 보고를 대하는 개인의 태도와 관련된 내용이 파악되었다. 보고서 작성하고 제출하는 것은 보고자이기 때문에, 보고자의 태도가 보고 여부에 영향을 미쳤다.

*“쓰고 안쓰고는 이제 개인의 노력과 시간과 그 성의에 달려 있기 때문에.”
(간호사 4)*

전공의들은 보고가 의무가 아니기 때문에 보고를 하지 않게 된다고 하였다. 투약오류로 인해 환자에게 심각한 위해가 발생한 상황을 경험한 한 전공의는, 당시에는 그 사건의 해결만을 위해 모든 노력을 하기 때문에 보고에 대한 생각조차 들지 않았다고 하였다. 사건이 해결된 이후에는 상황이 잘 종료되고 큰 문제가 발생하지 않은 것에 안도할 뿐, 사건과 관련하여 보고와 관련된 생각을 전혀 하지 않았다고 하였다. 그리고 보고가 의무였다면 상황 종료 후 보고를 해야 한다는 인식이 있었을 텐데, 의무도 아니어서 해당 사건을 보고할 필요성을 느끼지 못하였다고 하였다. 또 다른 전공의도 보고가 의무였다면 했을 텐데, 위해사건이 발생하여도 보고하는 것이 의무가 아니기 때문에 보고를 하지 않았다고 하였다. 또한 전공의들은 환자안전사건 보고는 주로 간호사들이 하는 것이라고 인식하고 있었다.

“그게 어차피 간호사선생님들이 많이 써주시기 때문에.” (전공의 3)

“QI팀에 보고하는 것이 반드시 해야 하는 일도 아니고” (전공의 4)

4.3.2 보고 절차 및 체계

보고 절차 및 체계의 범주에는 홍보 및 관리, 시간 및 노력, 검토 및 보고 후 업무, 익명성의 하위범주를 도출할 수 있었다.

1. 홍보 및 관리

홍보 및 관리 하위범주에서는 교육 부족, 보고 대상과 보고 양식 작성, 보고 절차 등에 대한 지식 부족이 주요 내용이었다.

한 간호사는 의료기관평가인증기간에 인증 교육을 받은 것이 보고와 관련된 교육의 전부였고, 그 이후 보고 절차나 대상 등에 대해 교육받은 적이 전혀 없다고 하였다. 다른 간호사와 전공의들도 보고와 관련된 기관 차원의 교육이 부족하다고 하였다.

보고 대상 및 주체, 절차에 대한 지식 부족과 보고 양식 작성에 대한 지식이 위해사건 및 적신호사건 보고의 장애 요인이었다. 간호사들은 보고 대상에 대한 기준이 명확하지 않다고 인식하였다. 한 간호사는 부서마다 보고의 기준이 달라, 타 병동에서 환자를 전동받을 때 갑자기 보고를 해야 하는 경우가 발생하는 등 난감한 상황이 생기기도 한다고 하였다. 전공의들 중 몇 명은 자신이 경험한 위해사건을 보고해야 하는 사건이라고 생각하지 않았다. 보고를 한 번도 해본 적이 없는 한 간호사는 의료기관평가인증을 대비하기 위해 동료들과 함께 보고 절차에 대해 공부를 했지만, 실제로 보고를 해야 될 경우가 발생하면 절차를 정확히 알지 못해서 보고를 원활하게 하지 못할 것 같다고

하였다. 마찬가지로 보고를 경험해 본적이 없는 전공의들도 보고를 어떻게 해야 하는지 전혀 모르고 있었으며, 보고를 시행하고 난 이후 어떤 절차가 진행되는지도 알지 못했다. 보고를 직접 경험했던 간호사들은 처음 보고서를 작성할 때, 보고 항목이나 질문에 어떤 내용을 작성해야 하는지 몰라서 어려움을 겪었다. 한 전공의는 자신이 근무하는 기관에 환자안전사건 보고 체계가 있다는 사실은 알고 있으나, 의사들은 보고의 주체가 아니라고 생각하고 있었다.

“어떻게 적어야 될지도 모르겠고” (간호사 10)

*“보고를... 하려면... 어떤 프로세스로 일이 진행되는지 제가 지금 아예 모르
고” (전공의 1)*

2. 시간 및 노력

시간 및 노력 하위범주에서는 시간 부족, 추가적인 업무 발생이 주요 내용이었다.

간호사들과 전공의들은 사건을 보고할 시간이 없는 것이 보고 장애 요인이라고 하였다. 연구 참여자들, 특히 전공의들은 병원에서 일하는 모든 사람들은 너무 바쁘다고 강조하였다. 밥 먹고 잠 잘 시간도 없을 정도로 바쁘며, 매 시간마다 정해진 일과 해야만 하는 일이 있어서 업무 시간 중에는 보고할 시간이 없다고 하였다. 내과 병동에서 근무하는 한 간호사는 근무할 때 물도 못 마시고 화장실도 못 가는 날이 많으며, 근무 시간 내에 보고를 하는 것은 아예 생각할 수 없다고 하였다. 연구에 참여한 전공의들 중 3, 4년차인 전공의들은, 자신들이 1, 2년차였다면 보고를 위해 시간을 내는 것이 아예 불가능했

을 것이라고 말했다. 2년차 전공의들은 현재 1년차 전공의와 함께 근무하면서 업무를 봐줘야 하는 상황이라 업무량이 과다하다고 얘기하였다. 연구 참여자들은 정해진 업무조차도 근무 시간 내에 모두 하기는 힘든 상황이라 보고를 위한 추가적인 시간을 내는 것이 정말 어려운 일이라고 하였다.

“한 번도 쉬지 못하고 밥 먹는 것도 겨우 어디 잠깐 부탁하고 가서 먹고 오고 정말 바쁜데” (간호사 4)

“할 일이 많은데, 좀 자고 싶어요 그냥.” (전공의 4)

그리고 위해사건이나 적신호사건의 경우에는 보고서를 작성하는 시간이 근접오류 보고서 작성보다 더 많이 소요된다고 하였다. 보고서 항목 중 원인 및 개선방안이 있는데, 이 부분을 작성하기 위해서 많은 시간이 소모되고 필요한 경우에는 회의 진행 등이 필요하였다. A 의료기관은 보고서 작성 시 필요한 경우, 업무 종료 후 해당 근무조 간호사들이 모여서 근본원인분석 회의를 추가로 진행하였다. 회의는 보통 2시간 정도가 걸린다고 하였다. 간호사들은 위해사건이나 적신호사건이 발생해서 보고를 해야 하면, 그 날은 퇴근을 못할 것이라고 미리 예상한다고 하였다.

“낙상하신 분 쓰신 거 보는데 나이트 때 있었던 일이거든요. 근데 오전 11시까지 퇴근을 못하시는 거예요. (중략) 시간도 진짜 많이 걸리고...” (간호사 2)

보고서를 작성하는 업무, 보고서에 포함되어야 하는 원인 및 개선방안을 고안하기 위한 회의 등 보고를 하기 위해 발생하는 추가적인 업무가 보고를 더욱 어렵게 하였다. 보고를 해 본 경험이 없는 경력이 낮은 간호사가 보고서를

작성하게 되면, 선임이나 수간호사가 함께 작성을 도와줬다. 특히 원인이나 개선방안은 보고자 혼자 작성하는 경우보다 부서 내 동료들과 함께 고민해서 작성한다고 하였다. 그 내용이 환자안전 관리 부서 및 간호부에 들어가기 때문에 실질적이고 적용이 가능한 내용이어야 했다. 때문에 보고를 하게 되면 보고자뿐만 아니라 부서의 많은 사람들의 시간과 노력이 필요하였다.

“RCA를 하면 이제 전부 다 참여하는 건 아니고, 뭐 그날 데이에 같은 사람이거나 시간을 맞춰서 해야 하는데, 그런 것도 결국은 내 일을 마치고 또 엑스트라로 오버타임으로 뭔가를 해야 하는 거잖아요.” (간호사 5)

“그냥 쓰는 거는, 그거 제가 다 쓰진 않았고요, 옆의 선생님이 다 도와주셨어요. 이런 거 써본 적이 없으니깐 이렇게 이렇게 쓰는 거다 하면서.” (간호사 6)

3. 검토 및 보고 후 업무

앞에서 언급한 보고를 위한 원인 및 개선방안 파악과 보고서 작성 등의 추가 업무와는 달리, 작성 이후 발생하는 업무들도 보고의 장애 요인이었다. 보고서를 작성한 뒤 선임이나 중간 관리자의 검토를 받아야 하고, 보고 후 수간호사와의 면담, 환자안전 관리 부서의 추가 정보 요청 및 사건 조사 등 보고를 시행하고 난 뒤에도 보고와 관련된 여러 가지 추가 업무가 발생하였다.

위해사건이나 적신호사건이 발생하면 보고 여부를 중간 관리자가 결정하기 때문에, 보고자가 보고서를 작성하고 나면 선임이나 중간 관리자가 내용을 검토하였다. 이 과정에서 한 두 번의 검토로 끝나지 않고 검토자의 마음에 들 때까지 끊임없이 수정을 거치기도 하였다. 그리고 이러한 검토 과정에서 사건

의 실제 원인이나 상황이 걸러지기도 하였다. 보고자가 생각하는 사건의 실제 원인을 작성하였음에도, 검토자가 수정을 지시하여 실제 원인은 작성하지 못했다고 토로하였다.

“계속 고쳐와라, 고쳐라 계속 고쳐가야 되고.” (간호사 6)

“보고서를 적으면 일단 윗선생님들한테 한번 확인받고 수선생님한테 확인받고” (간호사 10)

보고서 작성 이후에도 신경을 써야 하는 일들이 많이 생긴다고 하였는데, 위해사건을 보고한 경험이 있는 간호사들은 보고 이후 수간호사와 개인 면담을 진행했다.

“병동에서 나중에 수간호사와의 면담도 들어가고” (간호사 1)

보고서를 제출하고 난 후, 필요한 경우 보고를 받은 환자안전 관리 부서에서 추가적인 정황 확인 또는 보고자에게 보고서 내용을 확인하는 과정이 있었다. 환자안전 관리 부서의 담당 직원에게 당시의 상황을 설명하고 추가적인 정보를 제공하는 것도 간호사와 전공의는 힘든 일이 하나 더 증가한다고 생각하였다. 보고를 간접 경험한 한 전공의는 정황을 확인하기 위해 부서를 방문한 직원이 상황을 확인하고 원인을 파악하는 과정이 보고자를 힘들게 하고 귀찮게 하는 것처럼 생각되었다고 하였다.

“더 뭔가 그때 일을 더... 더 뭐라 그래야 되지? 캐묻는다 그래야 되나?” (간호사 6)

“외래 담당하는 사람이 와서 왜 이런 일이 벌어졌냐, 물어보고...” (전공의 4)

그리고 보고 후 개선방안이 적용되면 결국 간호사들이 수행해야 하는 업무들이 엄청나게 증가한다고 하였다. 그 중에는 꼭 필요하고 사건의 재발을 방지하기 위해 필수적인 것들도 있었지만, 업무 현장의 상황을 고려하였을 때 적절하지 못한 부분도 있었다. 한 병동에서는 투약 오류가 자주 발생하여 보고를 시행하였고, 이를 개선하기 위해 근무조마다 한 명의 간호사를 선정하여 모든 투약 시행 전에 그 간호사에게 확인받도록 한 사례가 있었다. 개선방안을 시행한 이후 초반에는 투약오류가 감소하였지만, 투약 확인 담당으로 선정된 간호사의 업무가 과다해져 결국 오래 유지되지는 못하였다.

“그 보고랑 개선책을 찾다보면 결국 일이 계속 두배, 세배, 절차도 점점 더 세분화되고, 더 구체적으로 해야 될 일들도 많고, 체크할 것도 많아지고. 병원에서 체크리스트만 하는 게 지금 20가지 넘는 거 같아요.” (간호사 4)

4. 익명성

사건 보고와 관련하여 익명성이 보장되지 않는 것이 보고의 장애 요인이었다. 익명성과 관련된 내용은 부서 내부에서의 익명성 보장 결여와 부서 외부에서의 익명성 보장 결여에 대한 내용이 파악되었다.

부서 내부에서 보고자에 대한 익명성이 보장되지 않는 것은 첫째, 선임이나 중간 관리자와 사건에 대한 논의 및 보고 여부를 의사소통하는 과정에서의 노출, 둘째, 보고를 시행한 사건을 공유하는 과정에서의 노출이 있었다. 연구 참여자들이 주로 언급한 내용은 두 번째 경우였으며, 경력이 1년 미만인 한 간

호사는 간호사 전체 인계 시간에 신규간호사가 보고한 사건은 이름을 거론하면서 내용을 공유한다고 하였다. 보고와 관련된 직·간접 경험이 있는 간호사들은 보고자가 사건을 보고한 다음 날이면 부서의 모든 사람들이 보고자와 보고 관련 내용을 다 알게 된다고 토로하였다. 위해사건 보고를 간접 경험한 전공의도 사건을 보고하고 나면 부서 내의 모든 사람들이 알게 되고, 그 점이 꺼려진다고 하였다.

“다음날 소문 다 돌고.. 진짜 다 돌았더라고요. 같이 일 안했던 선생님인데도 다 알고” (간호사 2)

“이런 보고를 하게 되면 뭐 다 알게 되잖아요.” (전공의 4)

보고자에 대한 익명이 보장되지 않는 기관에서 근무하는 간호사는 익명이 보장되지 않아 보고와 관련하여 부정적인 경험을 하였다. 자신의 이름이 그대로 노출된 보고서가 수간호사를 거쳐 간호부장 선까지 올라갔고, 간호부의 팀장, 부장 등이 자신이 보고한 사건과 관련하여 언급하는 것을 듣는 경험을 하였다. 그리고 다른 부서의 간호사와 관련된 사건의 내용이 익명이 제대로 보장되지 않은 채 공유됐다고 얘기했다. 이러한 경험으로 인해 사건을 보고하게 되면 익명이 보장되지 않는 점이 걱정된다고 하였다. 부서의 아이디로 로그인 을 하여 보고하는 기관을 제외한 나머지 기관에서 근무하는 간호사들은 익명이 보장된다고 교육을 받았어도 자신의 아이디로 로그인을 하기 때문에 익명이 보장된다는 것을 불신하고 있었다.

“위에 계신 분들이 다 아시고, 아~ 재? 이렇게 돼요. 진짜로. 왜냐하면 다 아시게 되더라고요.” (간호사 2)

4.3.3 환류

환류 범주에는 피드백 부족과 보고자에게 제공되는 이익 부족을 주요 내용으로 도출할 수 있었다.

간호사와 전공의는 자신이 보고한 사건에 대한 피드백이 부족하다고 생각하였다. 전화로 적신호 사건을 보고한 경험이 있는 전공의는 보고 이후 어떠한 피드백도 받지 못했다고 하였다. 자신이 경험한 사건이 의료인 측면뿐만 아니라 기관의 시스템 측면에서도 개선되어야 하는 부분들이 분명히 있었음에도 아무런 개선방안을 전달받지 못하였다고 얘기하였다. 그리고 자신과 같은 부서에서 근무하는 간호사가 위해사건을 보고하는 것을 간접 경험하였는데, 간호사들에게는 해당 사건과 관련된 교육을 실시하고 보고 내용에 대한 피드백이 제공되는 것을 확인하였다고 하였다. 다른 전공의도 보고한 것에 대한 반응이나 보고자에게 돌아오는 것이 없어서 보고하고 싶지 않다고 하였다. 이렇게 보고자에게 제공되는 피드백이나 이익이 부족하기 때문에 보고를 할 필요성을 인식하지 못하였다. 현재 근무하는 기관에서 피드백이 충분하다고 생각했던 간호사는, 만약에 보고한 사건에 대한 피드백이 부족하다면 이후에 보고할 의향이 사라질 것 같다고 얘기하였다. 이러한 피드백 및 이익의 부족으로 인해 간호사와 전공의는 보고의 필요성을 느끼지 못하였다.

“피드백이 제대로 좀 있었으면 좋겠어요.” (간호사 3)

“보고를 해서, 내가 얻을 수 있는 이익이라던가 아니면 도움같은 게 명확하지가 않고. 알기 때문에 굳이 할 필요를 못 느끼고.” (전공의 1)

4.3.4 보고 문화

보고 문화 범주에서는 두려움, 리더십 및 협조 부족, 내부 논의 및 보고 여부 결정, 불공평의 하위범주를 도출할 수 있었다.

1. 두려움

두려움에서는 불이익에 대한 두려움, 비난에 대한 두려움, 낙인에 대한 두려움이 나타났다.

환자안전 관리 부서에 전산 시스템을 이용해서 보고를 하게 되면, 공식적인 기록으로 남게 되므로 이후에 자신의 이력이나 고과 등에 반영이 될지도 모른다는 우려를 하였다. 위해사건이나 적신호사건은 경위서라는 이름의 양식을 통해 보고하는 기관에서 근무하는 간호사는, 수간호사로부터 경위서를 다섯 번 쓰게 되면 권고사직의 조건이 된다는 말을 들었다. 그 이후 보고가 더욱 꺼려졌으며 보고에 대한 부정적인 인식이 강화되었다고 하였다. 특히 전공의들은 위해사건이나 적신호사건에 자신의 책임이 많다면 보고가 더 어렵고 꺼려지며, 보고를 하게 되면 자신의 책임을 인정하게 되는 것이라고 인식하였다.

“빨간 딱지가 붙는 거 같아가지고... 뭔가.. 남을 거 같아요.. 제 이력에.. 남을 것만 같아요.” (간호사 2)

“어떻게 보면 이런 보고를 하는 게 내 실수라든지 이런 거를 어쨌든 인정을 하고 이제 보고를 하는 거다 보니깐, 혹시나 그거에 따른 불이익이 있지는 않을까에 대한 일단은 걱정이 제일” (전공의 5)

위해사건 또는 적신호사건이 발생하였음을 상급자나 관리자에게 이야기하는 과정에서부터 보고서 작성 과정, 원인분석 과정, 보고 이후 과정 등 보고가 이루어지는 전체 과정에서 보고자는 비난을 경험하였다. 사건 보고를 직간접적으로 경험한 경우, 보고와 관련한 비난 및 책임을 묻는 등의 반응을 부정적으로 인식하였다.

“사고가 나면 가르쳐주려는 마음이 아니라… 너 알지? 너 지금 얼마나 큰 잘못했는지 알지? 걸렸어, 딱 걸렸어. 이러니깐.” (간호사 2)

“이렇게 큰 사건을, 사고를 낼 수가 있지 이러면서 막 그 보고서를 앞에 두고 막 선생님들끼리 욕을 하니까… 하.. 저래서… 저래서 보고하기가 싫은 거라고…” (간호사 9)

전공의들보다 간호사들은 비난을 받는 기간 및 범위가 넓은 것으로 나타났다. 전공의들이 비난을 받았다고 얘기한 대상은 담당 교수 및 직속 선임이었는데, 간호사들은 근무 부서의 관리자와 모든 선임, 전공의 등으로부터 비난을 받았다. 그리고 간호사들은 교대시간마다 인계를 주고 받는 업무의 특성 상 지속적으로 비난이 이어졌다.

“쪽쪽 계속 혼나고 한 일주일 정도는 그걸로 약간, 돌아가면서 일하는 사람은 계속 바뀌잖아요, 그럼 너 그거 때문에 그랬다며? 왜 그랬어? 약간 그런 식으로 하면서 계속 혼나더라고요.” (간호사 5)

간호사들은 위해사건이나 적신호사건을 많이 보고하게 되면 부서에 대한 비난이나 부정적인 시선으로 인해 보고가 더욱 어렵다고 하였다.

“그 병동 자체에서도 약간 나만의 비난이 아니라 병동 자체로의 비난같은... 약간 그런 느낌을 받고, 우리가 잘못했다는, 우리의, 우리 병동만의 시스템이 뭔가 잘못됐다는 느낌을 받고. 신규가 에러를 쳤다면 교육을 못했다는 느낌이 나고 하기 때문에” (간호사 1)

보고를 시행한 간호사들은 보고 후 자신에게 낙인이 찍히는 것을 우려하였다. 특히 이전에 보고하였던 사건과 비슷한 사건이 발생하게 되면, 전에 보고하였던 것과 연관이 지어지면서 부정적인 경험을 하였다.

“근데 너 저번에도 그러지 않았어? 그런 얘기가, 꼬리표가 계속 붙더라고 요. 악몽이었어요.” (간호사 9)

2. 리더십 및 협조 부족

선임이나 중간 관리자, 환자안전 관리 부서 등 보고와 관련된 리더십이 부족하였다. 그리고 보고와 관련하여 직종 간의 협조가 부족하였다.

경력이 낮은 간호사들이 선임에게 사건에 대해 논의하였을 때, 해당 사건에 대해 조언이나 보고의 격려를 경험하지 못하였다. 수간호사의 부적절한 반응도 보고의 장애 요인으로 작용하였다. 부서 내 수간호사가 바뀌는 경험을 한 간호사는 사건 보고와 관련하여 이전 수간호사와 바뀐 수간호사의 상반된 태도를 경험하였고, 이후 사건 보고 자체가 부정적으로 느껴졌다고 진술하였다. 그리고 연구에 참여한 대부분의 간호사들이 위해사건 및 적신호사건 보고가 수간호사 개인에 대한 평가에 반영된다고 알고 있었다. 그렇기 때문에 보고에 대한 수간호사의 반응이 부정적이며, 부서 내 직원들이 보고하기 어려운 문화

가 형성된다고 하였다. 한 간호사는 간호부에서 시행하는 월말 회의에서 병동별 보고 건수를 발표하기 때문에, 발생하는 사건을 모두 보고하지 않는다고 하였다. 유사한 경우로 사건의 발생을 줄이기 위해, 간호부에서 매달 목표 사건 발생 건수를 설정하고 있는 기관에서 근무하는 간호사는 목표를 맞추기 위해 수간호사 선에서 보고 건수를 조절한다고 하였다.

“저희가 보고서가 많이 나올 때 수선생님도 굉장히 곤란해하시는 경우가 많거든요.” (간호사 3)

“수선생님이 오셔가지고 저한테 어떻게든 미안하단 말을 듣고 싶으셨나봐요. 그래서 뒤에서 계속 투약에러도 내고, 어찌고 저찌고 계속 그러시는 거예요. (중략) 그 다음에 또 면담을 할 때 또 그런 얘기를 하셔가지고” (간호사 9)

선임이나 수간호사뿐만 아니라 간호부, 환자안전 관리 부서의 부적절한 반응도 경험하였다. 이전 수간호사와 달리 보고를 잘 하지 않는 수간호사로 바뀐 이후 부서의 사건 보고율이 감소하자, 간호부의 간호팀장과 부장 등이 새로 온 수간호사의 역량이 뛰어난 덕분이라며 칭찬하는 것을 들은 간호사는 보고에 대해 회의감을 갖게 되었다. 위해사건을 보고한 뒤, 해당 사건에 대해 추가적인 정황을 확인하는 경험을 직·간접적으로 한 간호사와 전공의는 환자안전 관리 부서 및 사건 보고를 부정적으로 인식하고 있었다.

“다 와가지고 뭐 보고 어떻게 된 거냐 (중략) 별로... 좋아보이지 않고...” (전공의 4)

직종 간의 협조 부족도 보고의 장애로 작용하였다. 사건 보고에 대한 직종 간의 인식 및 문화 차이로 인해 간호사들은 보고와 관련된 회의감을 느끼기도 하였다. 한 간호사는 사건 보고서를 작성하기 위해 간호사들이 모여서 회의를 하고 있거나 보고 이후 개선안 등을 시행할 때, 전공의들이 이에 대해서 부정적인 반응을 보이거나 개선하려는 노력을 전혀 하지 않을 때 회의감을 느낀다고 하였다.

“간호사 혼자서 해결할, 처리할 문제들이 아닌데, 이제 같이 좀 개선하는 노력이 있으면 좋겠는데 간호사만 계속 힘든데 또 보고하고 또 개선책 찾는데, 또 진료과는 하고 있고. 특히 버발 오더라든가. 그러면 (중략) 거기서 또 번아웃되는 거 같아요.” (간호사 4)

3. 내부 논의 및 보고 여부 결정

위해사건 및 적신호사건이 발생하면 환자안전 관리 부서에 보고하기보다, 내부적으로 해결하는 것이 더 효율적이라고 인식하여 내부 논의 및 해결을 선호하였다. 특히 전공의들은 위해사건이나 적신호사건이 발생하면 주치의인 교수에게 알리고 그 선에서 해결을 하는 것으로 마무리하였다. 추가적으로 필요한 경우에는 부서 내에서 컨퍼런스 등을 시행해 내용을 공유하였다. 몇몇 간호사들도 보고를 통해 피드백을 받는 것보다 부서 내에서 공유하고 개선방안을 시행하는 것이 더 효율적이라고 인식하고 있었다.

“제 입장에서는 윗년차나 교수님한테만 노티를 하게 되지, 뭐 안전관리실, 관리 담당하는 뭐 QI실이나 이런 쪽으로는, 이런 걸 그쪽에 얘기해야 돼, 안

하게 되죠. 다 그럴 걸요.” (전공의 4)

사건에 대해 선임이나 중간 관리자에게 논의하고 보고 여부를 확인받는 과정에서 부서 내에서 사건을 마무리하기로 결정이 났다. 한 참여자가 근무하는 기관은 보고서 작성 후 임시저장을 눌러서 수간호사에게 제출을 한 뒤, 환자 안전 관리 부서에 제출을 하도록 되어 있었다. 이 참여자는 자신이 작성한 뒤 임시저장을 하였고, 수간호사가 임시저장이 된 보고서를 확인한 후 보고자를 호출하여 훈계를 한 후 환자안전 관리 부서로 보고서를 넘기지 않은 경험이 있다고 하였다. 이렇듯 선임이나 중간 관리자의 판단에 의해 보고 여부가 결정되기 때문에 보고가 일관성있게 이루어지지 않는다고 하였다.

“선임 선까지는 보고가 되게 되고. 선임 선생님 선에서 조금 걸러가지고 보고가 되게 되죠.” (간호사 4)

“수선생님한테 까지는 보고가 되고. 그 전산보고처럼 아예 형식적으로 쓰지는 않았어요.” (간호사 6)

4. 불공평

간호사들은 보고가 불공평하다고 인식하였다. 특히 경력이 낮은 간호사의 경우에는 더 엄격하게 보고를 하도록 하지만, 경력이 높은 간호사들은 자신의 사건을 보고하지 않고 넘어가는 경우가 많다고 하였다. 그리고 경력이 낮고 환자를 직접 돌보는 업무를 많이 수행하는 간호사들의 경우에는 사건에 많이 노출되기 때문에 보고할 일이 더 많아질 수밖에 없었다. 간호사들은 이러한 부분이 보고와 관련하여 불공평하다고 인식하였다.

“액팅하는 간호사들한테만 또 보고를 시키는 그런 것도 되게...” (간호사 5)

“다른 선생님들이 크게 오류를 내지도 않지만 만약에 그런 잘못이 있을 때는 좀 어떨게든 슬그머니 없어지는 경향이 없지 않아 있는 것 같거든요.”
(간호사 6)

제5장 우리나라 환자안전사건 보고 활성화 방안

우리나라 상급종합병원의 환자안전사건 보고 활성화를 위해서는 장애의 극복 및 개선이 필요하다. 간호사와 전공의가 인식하는 환자안전사건 보고 장애 요인의 개선 방안 및 보고 활성화를 위해 필요한 내용을 제시하였다.

5.1 환자안전사건 보고와 관련된 가이드라인 제시 및 교육 강화

환자안전사건 보고 대상, 특히 근접오류에 대한 지식이 부족한 점에 대해 보완이 필요하였다. 간호사와 전공의는 근접오류 보고의 활성화를 위해서는 특히 명확한 기준이 제시되어야 한다고 강조하였다. 근접오류뿐만 아니라 위해사건 및 적신호사건도 명확한 정의 및 기준이 필요하며, 기관 내에서 명확한 기준을 정하는 것도 중요하다고 보았다. 또한 근접오류에 대한 정확한 정의 및 기준에 대한 교육이 부족하므로, 정의 및 기준에 대한 내용이 직원들에게 잘 전달되도록 교육을 시행하는 것도 필요하다고 하였다.

“기준을 딱 세워주고, 부서원들한테 전달이 되면 더 잘할 수 있을 거 같은데.” (간호사 8)

5.2 보고에 소모되는 시간 및 노력의 최소화

근접오류 보고의 활성화를 위해서는 간호사와 전공의가 투자해야 하는 시간과 노력의 최소화가 필요하다고 하였다. 위해사건이나 적신호사건의 경우에는 자세한 상황과 원인, 개선방안 등이 포함되어야 하지만, 근접오류의 경우에는 꼭 필요한 최소한의 내용만을 선정하여 아주 간단하게 보고가 이루어져야 활성화될 수 있다고 하였다. E 기관에서 근무하는 간호사는 근접오류의 경우에는 위해사건이나 적신호사건(서면 작성)과 달리 전산으로 보고하였는데, 자신이 생각했던 것보다 작성해야 하는 항목도 적고 시간도 얼마 걸리지 않아서 아주 쉽게 보고한 경험이 있다고 하였다.

“near-miss는 더 간략하게... near-miss는 진짜로... 한 5분도 안 걸리게 간략하게 해서” (전공의 2)

현재 기관에서 사용하고 있는 사건 보고양식을 개선하는 작업의 필요성을 언급하였다. 대부분의 기관에서 사용하고 있는 양식은 항목을 체크하는 형태였다. 하지만 연구 참여자들은 발생한 사건의 개요를 설명하듯 작성할 수 있는 보고서 양식을 원했다. 한 참여자는 항목이 제대로 이해가 되지 않고 어려운 용어를 사용하고 있었다며, 이 부분에 대한 개선이 필요하다고 하였다.

“양식에 꼭 맞지 않더라도 뭐 환자명, 진단명 이런 거까지 다 안 들어가더라도 심플하게 그냥 무슨 일이 있었는지, 심플하게 보고한다면 더 좋겠고” (간호사 1)

“자기가 있었던 일을 쪽 쓰는 게 더 나을 것 같거든요. 그게 설명식으로..”
(간호사 2)

간호사와 전공의가 인식하는 보고에 대한 부담을 줄이기 위해서는 보고 절차의 간소화가 이루어져야 한다고 보았다. 보고 절차가 간소화되면 환자안전 사건을 보고하기 위해 소모되는 전체 시간을 줄일 수 있어 보고에 대한 부담을 감소시킬 수 있을 것이라고 하였다. 사건 보고 경험이 있는 전공의는 인증 기간에 교육받았던 보고 절차보다, 자신이 직접 경험한 보고절차가 간편하여 생각보다 보고가 어렵지 않았다고 하였다.

“단계가 간편하면 아무래도 더 그런 보고를 하기에 더 수월하지 않을까...” (전공의 6)

환자안전사건 보고 활성화와 관련된 조직적 차원의 지원이 필요하다. 한 간호사는 사건과 관련한 행위를 한 사건발생 당사자가 아닌 관리자급 간호사나 서기 업무를 보는 간호사가 환자안전사건 보고를 할 수 있기를 원하였다. 다만 이러한 경우에는 보고자가 환자안전사건의 당사자가 아니기 때문에, 더 간단한 보고서 양식이 필요할 것이라는 의견을 제시하였다. 기관 내 환자안전 관리 부서에서 근무하는 직원들이 보고와 관련된 업무를 지원해준다면, 일선에서 근무하는 의료인들의 보고 관련 부담 및 업무가 감소할 수 있다고 하였다.

“꼭 액팅을 한 사람이 하는 게 아니라 수간호사가 보고를 한다든지 아니면 병동 중앙이 한다든지, 그러니깐 앉아서 일하는 서기 업무를 하는 사람이 할 수 있다면” (간호사 1)

5.3 확실한 익명 보장

보고자 및 보고 내용에 대한 익명이 보장되어야 한다고 하였다. 보고서를 작성하는 단계에서부터 보고 이후 단계까지 보고자와 관련 내용에 대한 익명이 보장되어야 한다.

환자안전사건 보고시스템에 부서 아이디로 접속을 하여 보고를 시행하는 기관의 간호사들은 보고서 작성과 관련하여 자신에 대한 정보가 노출되지 않는다는 것을 신뢰하였다. 사건에 대한 추가 내용 및 정보 확인이 필요한 경우와 보고자에게 피드백을 제공하기 위한 경우에 필요한 최소한의 정보가 부서 정보라고 생각하였다. 익명 보장이 되지 않는 기관에서 근무하는 간호사들은 익명이 철저하게 유지된다면 보고를 더 잘 할 수 있을 것이라고 하였다.

보고 이후에도 보고자 및 사건에 대한 익명이 잘 유지되는 것이 필요하다고 하였다.

이러한 익명 보장은 단순히 자신에 대한 정보가 노출이 되지 않는 것뿐만 아니라 추후에 발생하게 될 불이익이나 부정적인 영향 등에 대한 우려와도 연관이 있기 때문에 더욱 철저한 보장이 필요하다고 하였다.

“그냥 익명으로 부서 아이디로 올라가기 때문에 꼭 내가 했다 누가 했다 이런 부담은 좀 없어가지고.” (간호사 4)

“이런 일이 있었다는 거 자체가 밖으로 퍼지지 않게 뭐 정보가 유지가 잘 되고 이런 거 중요하다고 보고” (의사 3)

5.4 환자안전 향상을 위한 피드백 제공

보고한 사건에 대한 피드백이 보고자에게 시기적절하게 제공되어야 보고가 활성화될 수 있다고 연구 참여자들은 강조하였다. 아무리 보고가 어렵고 힘들어도 보고를 한 보람을 느끼는 때는 보고한 사건에 대한 피드백이 적절히 제공될 때라고 하였다. 자신의 부서에서 발생한 환자안전사건과 관련하여 적절한 피드백을 제공받은 한 간호사는, 관련 내용이 부서에서 빈번하게 발생하는 사건이어서 개선방안을 적용한 이후 여러 번의 사건 발생을 방지할 수 있었다고 하였다. 그리고 이러한 경험 이후, 보고에 대한 긍정적인 인식을 바탕으로 절차 개선 등이 필요하다고 생각하는 사건이나 상황을 보고를 통해 변화시키고 싶다는 생각을 한다고도 하였다. 또 다른 간호사는 기관에서 보고에 대한 내용을 주기적으로 공유하고 타 부서의 사건도 볼 수 있도록 시스템이 마련되어 있는 부분을 긍정적으로 받아들였다. 전공의들은 보고자나 보고자가 속한 부서에 직접적인 이익이 돌아오는 것이 필요하다고 하였다.

보고에 대한 긍정적인 인식을 가지게 되는 계기도 개선안으로 인해서 환자안전사건을 예방할 수 있었거나 환자안전이 향상되는 것을 인식했던 경우였다. 이처럼 적절한 피드백을 보고자 및 직원들에게 제공하는 것은 환자안전사건 보고 장애 요인의 개선뿐만 아니라 보고에 대한 인식도 긍정적으로 변화시키는 효과를 보였다.

“좀 피드백이 제대로 와야, 올 수 있는 상황이 돼야지 저도 하게 될 거 같아요.” (간호사 3)

“뉴스레터를 주기적으로 보고하는 거, 공유하는 거 메일도 오고 신문, 쪽지 같은 거 프린트해서 부서마다 다 공유되고” (간호사 4)

5.5 개인의 인식 및 문화 개선

환자안전사건 보고의 활성화를 위해서는 개인의 인식 변화와 더불어 기관 차원에서의 문화 변화와 보고 장려 분위기 조성이 필요하다고 하였다. 환자안전사건 보고가 의무가 아니며, 심각한 사건이 아닌 경우 자신만 알고 넘어갈 수 있기 때문에 보고가 잘 안 이루어지는 부분을 극복하기 위해서는 환자안전사건 보고를 대하는 보고자의 태도가 중요하다고 하였다. 이후 유사한 사건의 재발 방지를 위해 공유가 꼭 필요하다고 생각하는 태도뿐만 아니라 환자안전사건에 대한 의료인의 양심적인 태도가 필요하다고 하였다.

“의료인의 어떤 양심이 제일 중요하지 않을까..”(전공의 2)

A 기관에서 근무하는 간호사들과 전공의는 근접오류 보고의 활성화를 위해 기관 및 부서에서 많은 노력을 하고 있다고 하였다. 병동별로 근접오류 보고 건수를 정해 보고를 장려하고 있었고, 부서마다 근접오류 보고 스티커, 병동 내 간호사 스테이션에 보고 그래프 설치 등 다양한 방법을 활용하고 있었다. 이러한 방법처럼 간호사와 전공의는 각 부서별 보고를 격려하기 위하여 보고율이 높은 부서에 포상을 하거나, ‘우수 보고 부서’와 같이 보고를 잘 하는 부서를 선정하여 공표하는 방식 등의 정책 시행이 필요하다고 하였다. 그리고

근접오류의 경우에는 환자에게 위해가 발생하지 않았으므로, 보고자 개인에게 보상을 제공하는 방안도 제시하였다.

“칭찬 많이 들어오는 부서 이렇게 해서 월말 회의나 대회 같은 데서 포상하는 것처럼 많이 드러나게 해서 칭찬을 해준다거나 이렇게 잘하고 있다 이러면 잘할 거 같아요.” (간호사 8)

“near-miss 같은 경우에는 보상을 줘도 괜찮지 않을까, 왜냐하면 뭐 의료가 환자가 받는 위해가 없는 케이스를 잘한 사람한테 보상해주는 거는” (전공의 2)

환자안전사건 보고를 긍정적으로 인식하는 문화의 조성도 필요하다고 하였다. 특히 선임들과 관리자들의 인식 변화가 중요하다고 강조하였다. 사건 보고를 비난이나 질책의 대상으로 여기지 않고, 환자안전을 향상시킬 수 있는 개선 및 배움의 기회로 여겨야 한다고 하였다. 또한 보고자를 정서적으로 지지해주고 격려해 줄 필요가 있다고 하였다. 한 간호사는 환자에게 적용되지 않은 근접오류의 보고는 해당 간호사나 부서가 안전한 의료를 제공하기 위해 노력하고 있다는 의미로 여겨진다고 하며, 이로 인해 근접오류 보고가 덜 부담스럽다고 하였다. 특히 간호사들은 원인을 분석하는 과정에서 당사자를 비난하지 않아야 한다고 얘기하였다. 비난하는 문화 및 사건을 쉬쉬하는 분위기에서 다같이 보고를 하는 문화로의 전환이 필요하였다.

“블레임하는 분위기 개선이 되게 중요한 거 같고” (간호사 5)

“보고건수가 많을수록 병동에서 그걸 잘 걸러내고 alert하고 그런 걸로 가기 때문에” (간호사 1)

부서 내 선임, 관리자의 태도에 따라 환자안전사건 보고를 긍정적 또는 부정적으로 인식하였다. 선임과 사건의 재발을 방지하기 위해 대책을 마련하는 과정에서 지치고 힘들었지만, 결국 도움이 되는 방안을 마련하여 시행을 하게 되었을 때 보람을 느꼈고 선임과 보고에 대한 긍정적인 인식을 가졌다. 낙상 보고에 대해 긍정적으로 인식하고 있던 간호사는 같은 부서의 상급자들이 보고 시 업무를 적절하게 배분해서 신속하게 보고하는 것을 경험하였다. 하지만 보고에 대해서 부정적으로 인식하고 있던 다른 간호사는 환자에 대한 처치를 시행하고 보고서를 작성하는 동안 혼자라는 느낌을 받았다고 하였다. 환자안전사건 보고 이후 수간호사와의 면담도 중요하였는데, 면담에서 꾸중을 들은 간호사는 보고를 더욱 힘들어하였지만 면담에서 수간호사의 격려를 받은 간호사는 면담을 통해 반성하고 개선의 다짐을 하였다.

“태우켰다라는 의도로 그렇게 하시는 건 아니라서 저도 반성하는 계기가 되는 면담이었어요.” (간호사 6)

관리자 및 경영진의 리더십이 환자안전사건 보고 장애를 극복하는 데 도움이 되었다. 한 간호사는 환자안전사건 보고를 긍정적으로 인식하는데 있어 경영진의 리더십이 큰 역할을 했다고 얘기하였다. 먼저 원장단 차원에서의 노력이 활발히 이루어지고 있었다. 근접오류 보고 건수가 적은 부서를 원장단이 방문하여 실제로 안전한 의료가 제공되고 있는 건인지, 아니면 근접오류가 발생함에도 불구하고 보고가 잘 이루어지고 있지 않은 것인지 확인하였다. 이러한 경험을 한 간호사는 근접오류 보고의 중요성 및 필요성을 인식하게 되었다

고 하였다. 그리고 간호부에서 지속적으로 환자안전사건에 대한 보고를 홍보하였고, 사건 보고 활성화를 위해 경영진 및 부서 차원의 노력을 지속적으로 경험하면서 기관 내 보고가 실제로 활성화되었다고 하였다.

“관리자분들께서 이제 그런 거 있을 때 바로바로 보고하도록 이제 그런 걸 계속 강조해서 얘기하셨고” (간호사 4)

제6장 고찰 및 결론

6.1 연구 방법에 대한 고찰

본 연구는 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의를 대상으로 심층면접을 시행하여 환자안전사건 보고 장애 요인 및 활성화 방안을 파악하였다. 연구 대상자의 근무 기관을 상급종합병원으로 한정된 것은 보고시스템이 운영되고 있는 기관의 종사자가 보고시스템이 있음에도 불구하고 보고를 하지 않은 이유 및 보고 과정에서의 어려움 등을 파악하기 위함이었다. 따라서 이번 연구 결과를 우리나라 전체 보건의료기관의 간호사와 전공의로 일반화할 수는 없다. 환자안전사건에 가장 취약하고 많이 노출되는 간호사와 전공의를 대상으로 하여, 관리자급의 의료인의 환자안전사건 보고 장애 요인은 파악되지 않았다. 관리자급의 의료인이 인식하는 환자안전사건 보고 장애 요인은 진료업무에 직접 종사하는 의료인의 보고 장애 요인과 차이가 존재할 수 있으므로 (Richter, McAlearney and Pennell 2014) 추후 대상자를 확대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

또한 의료기관 내 보고시스템과 관련된 보고 장애 요인을 파악하였다. 이로 인해 외부 기관에 보고 시 발생할 수 있는 면허 정지와 같은 규제에 대한 우려(개인), 부정적인 평판에 대한 우려(기관) 등과 같은 법적, 규제 측면 또는 사회적 수준의 장애(Barach and Small 2000)는 파악이 불가능하다. 국가 수준의 보고학습시스템 운영 이후 이와 관련된 추가 연구가 필요하다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 의료기관 내에서 보고시스템을 실제로 사용하여 보고를 시행하는 간호사와 전공의의 경험 및 과정, 보고 장애 요인 및 활성화 방안을 심층면접을 통해 탐색하였다는 점에서 의의가 있다.

6.2 연구 결과에 대한 고찰

이번 연구에서는 우리나라 상급종합병원 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 경험 및 과정, 보고 장애 요인을 파악하였다. 보고 경험 및 보고 과정의 확인을 통해, 하나의 사건이 보고되기 위해서는 보고자의 많은 시간과 노력이 들어감을 알 수 있었다.

보고 장애 요인은 근접오류 보고 장애 요인과 위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인으로 분류하여 파악하였다. 근접오류 보고 장애 요인은 선행연구에서 나타난 환자안전사건 보고 장애 요인의 범주에서 환류 범주가 삭제되었다. 위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인은 삭제된 범주는 없었다. 보고 절차 및 체계의 하위 범주로 검토 및 보고 이후 업무가, 보고 문화의 하위 범주로 불공평이 추가되었다.

1. 사건 및 보고자

간호사와 전공의는 사건이 심각하지 않거나 위해가 발생하지 않아서 보고를 시행하지 않았다. 사건이 심각하지 않고 해결이 가능하다면 보고할 필요가 없다고 생각하였는데, 이는 Hashemi, Nasrabadi and Asghari(2012)의 연구결과와 유사하였다. 특히 연구 참여자들은 근접오류 보고의 필요성을 인식하지 못하였다. 이는 환자안전사건 보고의 목적에 대한 이해가 부족한 것이 원인으로 생각된다. 근접오류는 환자에게 발생하는 위해 없이 환자안전을 향상시키고 시스템을 개선할 수 있는 기회(Institute of Medicine 2006)이다. 이러한 근접오류 보고의 필요성을 의료인에게 교육하고 보고를 격려하는 활동이 이루어져야 한다.

위해사건 및 적신호사건 보고 장애 요인으로 부담감, 죄책감과 같은 보고자의 감정과 의무가 아니어서 시행하지 않는다는 보고자의 태도가 나타났다. Kingston et al(2004)과 Elder et al(2007)의 연구에서도 보고자의 감정 상태가 장애 요인으로 제시되었는데, 보고자의 정서적 부분을 지지해 주는 것이 환자안전사건 보고 장애 요인을 개선하는 방안이 될 수 있다(Elder et al. 2007).

2. 보고 절차 및 체계

보고 대상, 보고 및 보고 이후 절차에 대한 지식 부족은 선행연구(Uribe et al. 2002; Jeffe et al. 2004; Kingston et al. 2004; Waring 2005; Elder et al. 2007; Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012; Hooper et al. 2015) 결과와 일치하였다. 특히 보고 대상에 대한 이해 및 지식이 부족하였고, 정의 및 기준이 모호한 것이 보고를 어렵게 하였다. 김명수(2010)는 오류에 대한 정확한 정의 제시 및 지식 제공이 보고 태도에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다. 따라서 보고에 대한 명확한 가이드라인 제시(Uribe et al. 2002; Jeffe et al. 2004; Kingston et al. 2004) 와 관련 교육(Uribe et al. 2002; Brubacher et al. 2011)을 주기적으로 실시하고, 용어를 정리하여 제시할 필요가 있다(Uribe et al. 2002; Hashemi et al 2012).

외국의 선행연구에서 간호사와 의사의 주요한 보고 장애요인으로 제시된 시간 부족(Jeffe et al. 2004; Kingston et al. 2004; Elder et al. 2007; Brubacher et al. 2011; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012; Hooper et al. 2015)은 본 연구에서도 장애 요인으로 나타났다. 투약오류 보고 장애 요인을 연구한 서상순(2013)도 투약오류 기술 및 보고에 추가 시간이 소요되

는 것이 조직적 측면에서 주요한 장애 요인이라고 하였다. 우리나라 간호사와 전공의는 보고서 작성 검토, 보고 이후 환자안전 관리 부서의 추가적인 정황 확인 등 과도한 업무 증가도 장애 요인이라고 하였다. 상황 및 정확한 원인을 파악하고 개선을 위해서는 충분한 정보를 제공받는 것이 필요하다. 하지만 보고율의 증가를 위해서는 보고 시간을 줄여 보고자의 부담을 덜어주는 것도 중요하다. 따라서 적절한 균형을 유지하는 것이 필요하며, 보고 활성화를 위해 지속적으로 고민해야 하는 사항이다(Evans SM et al. 2006).

보고자 및 보고 관련 내용의 익명이 보장되지 않는 것도 환자안전사건 보고 장애 요인이었다. 연구 참여자들 중 익명이 보장되지 않는 기관 및 개인 아이디로 로그인하여 보고하는 기관의 종사자는 보고자가 노출되는 것을 우려하였다. 반면 부서 아이디로 보고하는 기관의 종사자는 보고자 개인에 대한 사항이 드러나지 않기 때문에 이로 인한 어려움이나 우려는 보이지 않았다. 익명성의 보장은 보고시스템이 성공적으로 운영되는 것과도 연관이 있어(Leape 2002) 기관 차원에서 반드시 노력해야 하는 부분이다(Jeffe et al. 2004; Kingston et al. 2004; Elder et al. 2007; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012; Hooper et al. 2015).

3. 환류

위해사건 및 적신호사건의 보고 장애 요인으로 피드백 및 이익 부족이 파악되었다.

근접오류는 환류와 관련된 내용이 도출되지 않았는데, 이는 대부분의 연구 참여자들이 근접오류 보고를 경험하지 않았기 때문인 것으로 추정된다. 보고가 이루어지지 않아 그와 관련된 피드백에 대한 경험도 없어, 장애를 인식하

지 못한 것으로 생각된다.

김은희(2002)의 연구에서 간호사들이 투약오류 보고서를 작성하는 이유로, 보고 이후 오류의 감소 및 간호의 질 향상이 나타났다. 이와 같이 사건의 재발을 방지하고 의료의 질이 향상되는 것은 보고의 동기가 되므로, 적절한 피드백과 변화가 시행되어야 한다(Uribe et al. 2002; Brubacher et al. 2011). 또한 보고에 대한 피드백은 환자안전사건 보고에 긍정적인 영향을 미치므로(Richter, McAlearney and Pennell 2014), 의료기관에서 환류에 대한 부분을 중요하게 인식할 필요가 있다.

선행연구에서 의사들은 특히 구체적이며 즉각적으로 도움이 되는 피드백을 원했다(Jeffe et al. 2004; Rashed and Hamdan 2015). 그리고 개별적인 피드백 제공 뿐만 아니라 학습하는 계기를 제공(Hooper et al. 2015)하는 방식도 필요하다고 하였다. 본 연구에 참여한 전공의들도 실제 진료에 도움이 되는 피드백을 원했으며, 보고자에게 돌아오는 이익이 부족하여 필요성을 인식하지 못하고 보고 동기가 유발되지 않는다고 하였다. 전공의들의 보고 동기를 유발하기 위해 이와 같은 구체적인 피드백 제공과 학습 기회 제공 등 조직적 차원의 노력이 필요하다.

4. 보고 문화

비난에 대한 두려움은 주로 간호사들에게 나타났다. 이는 교대업무의 특성상 인계를 시행하면서 관련 내용을 공유하고, 같은 직종뿐만 아니라 전공의, 타 부서 등 다양한 사람으로부터 비난을 받기 때문으로 추정된다. 이러한 비난이나 질책에 대한 두려움없이 보고할 수 있는 문화를 조성하는 것도 매우 중요하다(Hewitt, Chreim, and Forster 2014). 하지만 마찬가지로 중요한 것은 비난하지 않는 문화와 의료인의 책임 사이에서 적절한 균형을 유지하는 것

이다(Anderson et al. 2013).

위해사건과 적신호사건의 보고 장애 요인으로는 자신에게 돌아올지도 모를 불이익과 낙인에 대한 두려움이 파악되었다. 김기경 외(2006)가 실시한 연구에서도 사건 보고 불이행 경험에 영향을 미치는 요인으로 사건 보고의 평가활용에 대한 우려가 나타났다. 선행연구(Uribe et al. 2002; Jeffe et al. 2004; Kingston et al. 2004; Brubacher et al. 2011; Waring 2005; Hashemi, Nasrabadi and Asghari 2012)에서 나타난 의료소송 및 해고, 경제적 손실에 대한 두려움은 이번 연구에서는 주요한 장애 요인으로 나타나지 않았다. 이는 이번 연구의 대상자가 간호사와 전공의이기 때문에, 의료소송의 문제나 경제적인 배상 책임에 대한 걱정이 비교적 크지 않기 때문으로 생각된다.

보고를 경험한 간호사들은 기관에 수립되어 있는 보고 기준에 따라 보고 여부를 자율적으로 결정할 수 없다고 토로하였다. 연구 참여자들은 기관 내 환자안전 관리 부서에 공식적으로 보고할지 여부가 부서 내 선임이나 중간 관리자의 판단에 의해 결정된다고 하였다. 그리고 그 과정에서 불공평하게 보고 여부가 결정되는 것도 보고의 장애 요인이라고 하였다. 우리나라 상급종합병원 의료기관인증 조사기준(2014)에 따르면 상급종합병원은 환자안전 보고체계 운영과 관련하여 보고대상을 정의하고, 대상에 따른 보고자 및 시기, 방법 등 보고절차를 포함하여 계획을 수립하여야 한다. 연구 참여자들은 모두 의료기관인증을 받은 상급종합병원에 근무하기 때문에 기관 내에 보고체계와 관련된 내용과 계획이 수립되어 있음에도 불구하고, 기관의 계획보다는 부서 내에서 개인의 판단에 의해 환자안전사건 보고 여부가 결정되고 있는 상황을 확인할 수 있었다. 신규간호사나 저년차 전공의가 선임이나 부서의 관리자가 보고하지 않고 넘어가거나 묵인하는 등 환자안전사건 보고 관련 원칙 미준수와 같은 부정적인 경험을 하게 되면, 이후 관련된 행동에 영향을 미칠 수 있다(윤선희 2014). 따라서 신입직원뿐만 아니라 경력직 교육, 환자안전사건 보고 기

준 및 절차에 대한 지속적인 교육 등 다양한 수준에서의 노력이 필요하다.

5. 우리나라 환자안전사고 보고학습시스템 운영 관련 시사점

이번 연구의 내용에서 도출된 환자안전사건 보고 장애 요인 및 활성화 방안을 토대로 추후 시행될 우리나라 환자안전사고 보고학습시스템 운영과 관련된 시사점을 제공하고자 한다. 환자안전사건의 보고자인 간호사와 전공의는 보고 후 자신에게 돌아올 불이익에 대해 우려를 보였다. 우리나라 환자안전법은 보고자의 행정처분 감경 및 면제 조항을 규정하고 있다(환자안전법 제14조). 보고자들의 보고 이후 발생할지도 모를 불이익에 대한 두려움을 감소시키기 위해서는 법에서 규정하고 있는 보고자 보호 내용을 홍보하고 교육을 시행하는 것이 필요하다(Kingston et al. 2004).

본 연구의 참여자들이 기관 내 보고시스템에 보고할 필요성을 인식하지 못한 것과 마찬가지로, 보고자들은 국가 차원의 보고학습시스템에 보고할 필요성을 느끼지 못할 수 있다. 보고자들의 보고 동기를 유발하고 필요성을 인식시키기 위해서는 보고에 대한 구체적이고 즉각적인 피드백(Jeffe et al. 2004; Rashed and Hamdan 2015)이 이루어져야 한다.

환자안전사고 보고학습시스템은 익명성의 보장 및 개인 식별 가능정보 삭제 를 법으로 규정하고 있다(환자안전법 제17조). 하지만 기관 내에서 개인 아이디로 로그인하여 보고한 이후, 익명이 보장되는 기관임에도 불구하고 보고자에 대한 내용이 노출되는 것을 경험한 보고자들은 이에 대한 불신이 존재할 수 있다. 현재 운영 중인 전국병원감염감시체계의 경우에는 참여 병원의 익명성을 보장하기 위해 인적사항과 관련된 내용은 등록하지 않도록 하고, 참여 기관에 무작위로 코드를 배정하는 등의 방법을 사용하고 있다(대한병원감염관리학회 2014). 환자안전사고 보고학습시스템도 이러한 방법을 활용하여 보고

자 및 보고기관에 대한 익명을 철저히 보장하여야 한다.

6.3 결론

이 연구에서는 우리나라 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인 및 활성화 방안을 파악하기 위해 심층면접을 통한 질적연구를 수행하였다.

연구 결과, 우리나라 상급종합병원에서 근무하는 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애 요인은 사건 및 보고자, 보고 절차 및 체계, 환류, 보고 문화의 범주로 분류되었다.

근접오류는 위해가 없거나 적용되지 않은 점, 발생 빈도가 높은 점과 같은 사건의 특성 관련 장애 요인, 보고 대상에 대한 지식 부족과 정의 및 기준의 모호함, 시간 부족과 같은 보고 절차 및 체계 관련 장애 요인, 비난에 대한 두려움, 부적절한 반응 및 롤모델이 없는 보고 문화와 관련된 장애 요인이 나타났다.

위해사건 및 적신호사건은 위해가 심각하지 않은 사건의 특성, 보고자의 감정 및 태도가 사건 및 보고자 관련 장애 요인으로 나타났다. 교육 및 지식 부족, 모호한 정의 및 기준, 시간 부족 및 추가 업무 발생, 검토 및 보고 이후 발생하는 업무, 익명성 보장 결여가 보고 절차 및 체계의 보고 장애 요인으로 도출되었다. 피드백 및 이익 부족도 장애 요인으로 파악되었고, 불이익·비난·낙인에 대한 두려움, 리더십 및 직종 간 협조 부족, 내부 논의 및 해결 선호,

선임 또는 중간 관리자의 보고 여부 결정, 불공평한 보고가 이루어지는 것이 보고 문화와 관련된 장애 요인이었다.

이러한 환자안전사건 보고 장애 요인을 개선하고 보고를 활성화하기 위해서는 보고의 명확한 보고 기준 제시 및 교육이 실시되어야 한다. 또한 보고양식 개선 및 절차 간소화 등을 통해 보고에 드는 시간과 노력을 최소화시켜 보고자의 부담을 감소시킬 필요가 있다. 보고자 및 보고 내용에 대한 확실한 익명 보장과 적절한 피드백이 반드시 이루어져야 하며, 의료인 개인의 양심 및 인식 변화와 더불어 기관의 문화 개선이 이루어져야 한다. 이를 위해서는 리더십 발휘, 보고를 긍정적으로 인식하고 장려하는 문화 조성이 필요하다.

이번 연구에서는 의료기관 내 보고체계와 관련된 장애 요인을 파악하였다. 연구결과로 제시된 환자안전사건 보고 장애 요인 중 개별 의료기관에서 가장 주요하게 장애 요인으로 작용하는 것이 무엇인지 확인하고 요인별 개선활동을 시행해 보고를 활성화하는 것이 필요하다. 연구 시점에서는 국가 수준의 보고 학습시스템이 운영되지 않은 관계로 국가 보고학습시스템과 관련된 보고 장애 요인은 파악할 수 없었다. 추후 연구 대상 및 범위를 확대하여 국가 보고학습시스템의 보고 장애 요인 및 활성화 방안을 파악하는 연구가 이루어져야 할 것이다.

우리나라에서 2016년 7월부터 시행되는 국가 차원의 보고학습시스템은 보건의료인, 환자, 보호자뿐만 아니라 보건의료기관의 전담인력도 해당 기관에서 수집된 사건들을 보고할 수 있다. 국가 차원의 환자안전사건 보고시스템을 먼저 운영하고 있는 외국의 상황을 참고하였을 때, 우리나라에서도 의료기관으로부터의 보고가 많은 부분을 차지할 것으로 생각된다. 또한 보고된 사건의

환류를 통해 환자안전의 향상을 도모할 수 있다는 점 등을 고려하였을 때 의료기관에서 국가 보고학습시스템에 보고하는 것이 활성화될 필요가 있다. 따라서 의료기관 내 환자안전사건 보고의 활성화가 필요하며, 이번 연구 결과는 환자안전사건 보고의 활성화를 위한 기초 자료로 활용가능할 것이다.

참고문헌

<국내 문헌>

- 강민아, 김정은, 안경애, 김윤, 김석화. 2005. 환자안전 문화와 의료과오 보고에 대한 의사의 인식과 태도. 보건행정학회지 15(4); 110-135.
- 건강보험심사평가원. 2014. 감염예방 및 안전강화를 위한 관리체계 마련 - 재정지원 모형개발을 중심으로.
- 구선애. 2008. 일개 종합병원의 자발적 보고에 의한 환자안전관련 Near miss 실태 분석 : 마취회복실 부서 중심으로. 석사학위논문, 경북대학교 수사과학대학원.
- 김경자, 오의금. 2009. 간호조직특성 및 조직문화에 따른 간호사의 사건보고에 대한 지식과 태도-일 대학병원을 중심으로. 간호행정학회지 15(4); 581-592.
- 김기경, 송말순, 이계숙, 허혜경. 2006. 병원 간호사의 사건보고 불이행 경험 여부에 영향을 미치는 요인. 간호행정학회지 12(3); 454-463.
- 김명수. 2010. 오류보고 촉진전략이 간호사의 오류보고에 대한 태도, 환자안전문화, 오류보고의도 및 보고율에 미치는 효과. J Korean Acad Nurs 40(2); 172-181.
- 김민정. 2013. 안전분위기, 업무환경이 투약오류 보고장애에 미치는 영향. 석사학위논문, 부산대학교 대학원 간호학과.
- 김새롬, 김자영, 김승섭. 2015. 한국 전공의들의 근무환경, 건강, 인식된 환자안전. 보건사회연구 35(2); 584-607.
- 김은희. 2002. 임상간호사의 투약과오와 관련된 요인분석과 경험에 관한 연구. 서라벌대학논문집 21; 109-126.
- 김정은, 강민아, 안경애, 성영희. 2007. 환자안전과 관련된 병원문화와 의료과오 보고에 대한 간호사의 인식조사. 임상간호연구 13(3); 169-179.

- 김혜선. 2011. 의사와 간호사의 사건보고에 대한 태도와 사건보고의도의 관련 요인. 석사학위논문, 서울대학교 대학원 간호학과 간호학 전공.
- 나병진. 2010. 간호사가 인지하는 병원의 안전분위기와 투약오류 보고장애. 석사학위논문, 전남대학교 대학원 간호학과.
- 남문희. 2010. 부산지역 간호사의 환자안전과 안전간호활동에 대한 인식. 박사학위논문, 인제대학교 대학원 보건학과.
- 대한병원감염관리학회. 2014. KONIS Manual 2014.
- 보건복지부, 의료기관평가인증원. 2014. 의료기관인증 조사기준 상급종합병원용(Ver 2.0).
- 서상순. 2013. 간호사의 투약오류 보고 및 장애요인. 석사학위논문, 성균관대학교 임상간호대학원 임상간호학과 중환자전공.
- 오춘애, 윤혜상. 2007. 신규 간호사의 투약오류 인지 및 경험에 대한 조사 연구. 기본간호학회지 14(1); 6-17.
- 윤선희. 2014. 환자안전에 관한 간호사의 경험학습 연구. 석사학위논문, 가톨릭대학교 의료경영대학원 의료경영학 전공.
- 이상일, 박동아, 이나래, 강혜미, 김윤, 이재호, 이진용, 조민용, 김선하, 옥민수, 손우승. 2012. 환자 안전 확보를 위한 한국형 프로토콜 개발 및 평가. 한국보건의료연구원 연구보고서, 1-398.
- 이영숙. 2015. 간호사가 인지한 안전 분위기 및 수간호사의 변혁적 리더십과 투약오류 보고장애와의 관련성. 석사학위논문, 조선대학원 보건대학원 보건학과.
- 이은경, 정춘화, 전해진. 2010. 임상간호사의 투약오류 경험. 질적연구 11(2); 94-105.
- 이태경, 김은영, 김나현. 2014. 간호사의 환자안전사고 유발경험에 대한 현상학적 연구. 간호행정학회지 20(1); 35-47.
- 조민수. 2013. 전공의 수련환경개선에 대한 전공의의 의견. 의료정책포럼 11(4); 88-94.

- Ock, Minsu, Sang-il Lee, Jang Han Kim, and Jae-ho Lee. 2015. "JoHTA What Should We Consider for Establishing a National Patient Safety Reporting System?". *J Health Tech Assess* 3(1): 4-16.
- Hwang, Jee-In, Sang-IL Lee, and Hyeoun Park. 2012. "Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in Korean general hospitals". *Healthcare informatics research* 18(4): 279-286.
- Institute of Medicine. 2006. **환자안전: 새로운 의료표준**. 김정은, 김석화, 안경애, 강민아 옮김. 서울: 대한의료정보학회.

<외국 문헌>

- Abualrub, Raeda F., Nemeah A. Al-Akour, and Nour H. Alatari. 2015. "Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals.". *Journal of Clinical Nursing* 24(19-20): 2973-82. doi:10.1111/jocn.12934.
- Anderson, Janet E., Naonori Kodate, Rhiannon Walters, and Anneliese Dodds. 2013. "Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting.". *International Journal for Quality in Health Care* 25(2): 141-50. doi:10.1093/intqhc/mzs081.
- Barach, Paul, and Stephen D Small. 2000. "Clinical review reporting and preventing medical mishaps : Lessons from," *BMJ* 320: 759-63.
- Brubacher, Jeffrey R, Garth S. Hunte, Lynsey Hamilton, and Annemarie

- Taylor. 2011. "Barriers to and incentives for safety event reporting in emergency departments". *Healthcare Quarterly* 14(3): 57-65. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84855582542&partnerID=tZOtx3y1Wn><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21841378>.
- Department of Health and Human Services. 42 CFR Part 3. Federal Register / Vol. 73, No. 226 / Friday, November 21, 2008
- de Vries, E N, M A Ramrattan, S M Smorenburg, D J Gouma, and M A Boermeester. 2008. "The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review.". *Quality & Safety in Health Care* 17(3): 216-23. doi:10.1136/qshc.2007.023622.
- Eadie, Anne. 2012. "Medical error reporting should it be mandatory in Scotland?". *Journal of Forensic and Legal Medicine* 19(7). Elsevier Ltd: 437-41. doi:10.1016/j.jflm.2012.04.007.
- Elder, N C, D Graham, E Brandt, and J Hickner. 2007. "Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN)". *Journal of the American Board of Family Medicine* 20(2): 115-23. doi:10.3122/jabfm.2007.02.060081.
- Espin, Sherry, Abigail Wickson-Griffiths, Michelle Wilson, and Lorelei Lingard. 2010. "To report or not to report: a descriptive study exploring ICU nurses' perceptions of error and error reporting.". *Intensive and Critical Care Nursing* 26(1): 1-9. doi:10.1016/j.iccn.2009.10.002.
- Evans, S M, J G Berry, B J Smith, A Esterman, P Selim, J O'Shaughnessy, and M DeWit. 2006. "Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study.". *Quality &*

- Safety in Health Care* 15(1): 39–43.
doi:10.1136/qshc.2004.012559.
- Flowers, Lynda, and Trish Riley. 2000. **How states are responding to medical errors: an analysis of recent state legislative proposals.** Portland, Me.: National Academy for State Health Policy
재인용: Leape, Lucian L. Reporting of adverse events. *N Engl J Med.* 2002; 347(20): 1633–1638.
- Hashemi, Fatemeh, Alireza Nikbakht Nasrabadi, and Fariba Asghari. 2012. “Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study”. *BMC Nursing* 11(1). BMC Nursing: 20.
doi:10.1186/1472-6955-11-20.
- Heavner, Jason J., and Jonathan M. Siner. 2015. “Adverse event reporting and quality improvement in the intensive care unit.”. *Clinics in Chest Medicine* 36(3): 461–67.
doi:10.1016/j.ccm.2015.05.005.
- Hewitt, Tanya, Samia Chreim, and Alan Forster. 2014. “Sociocultural factors influencing incident reporting among physicians and nurses”. *Journal of Patient Safety*: 1.
doi:10.1097/PTS.0000000000000130.
- Hooper, Patricia, David Kocman, Sue Carr, and Carolyn Tarrant. 2015. “Junior doctors’ views on reporting concerns about patient safety: a qualitative study”. *Postgraduate Medical Journal* 91(1075): 251–56. doi:10.1136/postgradmedj-2014-133045.
- Hsieh, Hsiu Fang, and Sarah E Shannon. 2005. “Three approaches to qualitative content analysis”. *Qualitative Health Research* 15(9): 1277–88. doi:10.1177/1049732305276687.
- Jagsi, R., Kitch, B. T., Weinstein, D. F., Campbell, E. G., Hutter, M.,

- and Weissman, J. S. 2005. "Residents report on adverse events and their causes". *Archives of Internal Medicine* 165(22): 2607-2613.
- Jeffe, Donna B., Dunagan, W. C., Garbutt, J., Burroughs, T. E., Gallagher, T. H., Hill, P. R., & Fraser, V. J. 2004. "Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals". *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 30(9): 471-479.
- Jennings, P a, and J Stella. 2011. "Barriers to incident notification in a regional prehospital setting". *Emergency Medicine Journal : EMJ* 28(6): 526-29. doi:10.1136/emj.2010.090738.
- Kagan, Ilya, and Sivia Barnoy. 2013. "Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses". *Journal of Nursing Scholarship* 45(3): 273-80. doi:10.1111/jnu.12026.
- Kingston, marilyn J., Evans, Susan margaret, Smith, Brian James, Berry, Jesia Gail. 2004. "Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis". *Medical Journal of Australia* 181(1): 36-39.
- Kohn, Linda T., Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, 2000. **To err is human: building a safer health system.** National Academies Press.
- Kreckler, S, K Catchpole, P McCulloch, and a Handa. 2009. "Factors influencing incident reporting in surgical care". *Quality & Safety in Health Care* 18(2): 116-20. doi:10.1136/qshc.2008.026534.
- Lawton, R, and D Parker. 2002. "Barriers to incident reporting in a healthcare system". *Quality and Safety in Health Care* 11: 15-

18. doi:10.1136/qhc.11.1.15.
- Lincoln, Y. S., and E. G. Guba 1985.. *Nationalistic inquiry*. Newbury Park : Sage Publications.
- Leape, Lucian L. 2002. “Reporting of adverse events”. *N Engl J Med*. 347(20): 1633–1638.
- Moumtzoglou, Anastasius. 2010. “Factors impeding nurses from reporting adverse events”. *Journal of Nursing Management* 18(5): 542–47. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01049.x.
- Naveh, Eitan, and Tal Katz-Navon. 2014. “Antecedents of willingness to report medical treatment errors in health care organizations: a multilevel theoretical framework”. *Health Care Management Review* 39(1): 21–30. doi:10.1097/HMR.0b013e3182862869.
- NRLS. 2014. Overview of the NRLS FINAL.
- Page, Ann. 2004. *The Richard and Hinda Rosenthal lectures 2003: Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. National Academies Press
- Pfeiffer, Y, T Manser, and T Wehner. 2010. “Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework”. *Quality & Safety in Health Care* 19(6): e60. doi:10.1136/qshc.2008.030445.
- Poorolajal, Jalal, Shirin Rezaie, and Negar Aghighi. 2015. “Barriers to medical error reporting”. *International Journal of Preventive Medicine* 2015–Octob. doi:10.4103/2008-7802.166680.
- PSQCWG . 2014. Key findings and recommendations on reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group.

- Rashed, Anan, and Motasem Hamdan. 2015. "Physicians ' and nurses ' perceptions of and attitudes toward incident reporting in Palestinian hospitals". *Journal of Patient Safety* : 1-6.
- Richter, Jason P, Ann Scheck McAlearney, and Michael L Pennell. 2014. "Evaluating the effect of safety culture on error reporting: a comparison of managerial and staff perspectives". *American Journal of Medical Quality : The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 1062860614544469 - . doi:10.1177/1062860614544469.
- Runciman, William, P Hibbert, R Thomson, T Van Der Schaff, H Sherman, and P Lewalle. 2009. "Towards an international classification for patient safety: the conceptual framework." *International Journal for Quality in Health Care* 21 (1): 2-8. doi:10.1093/intqhc/mzn054.
- Stanhope, Nicola, Margaret Crowley-Murphy, Charles Vincent, Anne M. O'Connor, and Sally E. Taylor-Adams. 1999. "An evaluation of adverse incident reporting". *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 5(1): 5-12. doi:10.1046/j.1365-2753.1999.00146.x.
- Swart, R P, R Pretorius, and H Klopper. 2015. "Educational background of nurses and their perceptions of the quality and safety of patient care". *Curationis* 38(1): E1-8. doi:10.4102/curationis.v38i1.1126.
- Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig. 2007. "Consolidated criterio for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group". *International Journal of Qualitative in Health Care* 19(6): 349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.

- Uribe, Claudia L, Sharon B Schweikhart, Dev S Pathak, Merrell Dow, and Gail B Marsh. 2002. "Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation". *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives* 47(4): 263-79.
- Vincent, C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. 1999. "Reasons for not reporting adverse events: an empirical study". *J Eval Clin Pract* 5: 13-21.
- Vincent, C, Taylor-Adams, S, Champan, J, Hewett, D, Prior, S Strange, P, Tizzard, A. 2000. "How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol". *Bmj* 320(7237): 777-81. doi:10.1136/bmj.320.7237.777.
- Wagner, Laura M., Elizabeth Capezuti, and Joseph G. Ouslander. 2006. "Reporting near-miss events in nursing homes". *Nursing outlook* 54(2): 85-93.
- Waring, Justin J. 2005. "Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting". *Social Science and Medicine* 60(9): 1927-35. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.055.
- Westbrook, Johanna I, Ling Li, Elin C. Lehnbohm, Melissa T. Baysari, Jeffrey Braithwaite, Rosemary Burke, Chris Conn, and Richard O. Day. 2015. "What are incident reports telling us? A comparative study at two Australian hospitals of medication errors identified at audit, detected by staff and reported to an incident system". *International Journal for Quality in Health Care* 27(1): 1-9. doi:10.1093/intqhc/mzu098.
- WHO. 2009. Final Technical Report for The Conceptual Framework for

the International Classification for Patient Safety V.1.1.

- Williams, Steven D., Denham L. Phipps, and Darren M. Ashcroft. 2013. “Understanding the attitudes of hospital pharmacists to reporting medication incidents: a qualitative study”. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 9(1): 80–89. doi:10.1016/j.sapharm.2012.02.002.
- Yung, Hai-Peng, Shu Yu, Chi Chu, I-Ching Hou, and Fu-In Tang. 2016. “Nurses’ attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors”. *Journal of Nursing Management*: 1–9. doi:10.1111/jonm.12360.

<웹 사이트>

한국의약품안전관리원[인용일자: 2016. 6. 20],

<http://www.drugsafe.or.kr/ko/index.do>

한국혈액안전감시체계[인용일자: 2016. 6. 20],

<http://www.kohevis.or.kr/index.php>

전국병원감염감시체계[인용일자: 2016. 6. 20],

<http://konis.cdc.go.kr/konis/index.jsp>

의료기관평가인증원. 의료기관평가인증원 인증현황[인용일자: 2016. 6. 2],

<http://www.koiha.kr/member/kr/certStatus/certList.do>

통계청. 주제별 통계. 의료자원. 의료서비스. 보건의료인력 - 병원 종사

의료인력수[인용일자: 2016. 6. 14],

http://125.60.29.108:9900/statHtml/stat_html/statHtml.do?orgId=358&tblId=DT_IEB001_4&conn_path=I3

Agency for Healthcare Research and Quality. Federally-Listed PSOs[cited: 2016, 3. 1], <http://www.pso.ahrq.gov/listed>.

Agency for Healthcare Research and Quality. Never Events[cited: 2016. 3. 2], <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/3/never-events>.

NHS. About Patient Safety[cited: 2016. 3. 2],

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/>

ABSTRACT

A study on activating patient safety incident reporting in tertiary hospitals

- focusing on in-depth interviews of medical personnel
around the barriers in incident reporting-

Won Lee
Dept. of Medical Law and Ethics
The Graduate School
Yonsei University

The reporting of patient safety incidents is important to understand the current status of incident and one of the methods to prevent recurrence. Most medical personnel recognizes the importance of reporting but tend to be difficult to report because of the numerous barriers. Therefore, the main goal of this study is to explore the barriers and improvement ways for the patient safety incident reporting of nurses and residents in tertiary hospitals through the qualitative in-depth interview.

As a result, the barriers in reporting mentioned by nurses and residents were classified into categories of incident and reporters, reporting procedures and systems, feedbacks and reporting culture.

In case of reports on the near-misses, there were categories of incident, reporting procedures and systems and reporting culture. There were barriers related to incident such as not applying the patients, no harm, high frequency. Lack of knowledge, uncertainty of definition and lack of time to report were barriers related to category of reporting procedures and systems. It was found that fear of blame, inappropriate responses from seniors or/and managers, lack of role model were also barriers on reporting.

The barriers to reporting adverse events and sentinel events were derived that categories of incident and reporters, reporting procedures and systems, feedbacks and reporting culture. In the category of incident and reporters, no serious incidents, pressure, guilt and non-mandatory reporting were identified as barriers. Lack of education and knowledge, scarcity of clear definition and standard, lack of time to report, additional tasks, review of reports, extra works after reporting, lack of confidentiality were barriers in the category of reporting procedures and systems. Lack of feedbacks was a barrier to reporting adverse events and sentinel events. In the category of reporting culture, fear of possible disadvantages, blame, stigma, inappropriate responses and lack of collegiality, prefer internal discussion and reporting decision of seniors or/and managers, unfair reporting from work experience and practice were

identified as barriers to reporting.

Thus, providing clear reporting guideline and educating report ways are necessary to activate reporting on patient safety incidents. The reporting time and work should be reduced by simplifying the procedures and forms. And it is necessary to strengthen the confidentiality of a reporter and the subject of a report. Appropriate feedbacks should be provided to a reporter as well. Also, organization culture should be changed including individual perception on reporting and encouragement on future reporting and leadership.

Patient Safety Act, which will be enforced in July 2016, is important to enhance patient safety. In order to implement the national patient safety incident reporting and learning system, activating reporting system at an institutional-level is required. Hence, this study looks forward to reduce the barriers on patient safety incident reporting of nurses and residents in tertiary hospitals by implementing the improvement plans in Republic of Korea.

Key Words : patient safety incident reporting, barriers to patient safety incident reporting, improving patient safety incident reporting.

부록

<부록 1> IRB 심의결과통보서



연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회
 Institutional Review Board, Yonsei University Graduate School of Public Health
 서울특별시 서대문구 연세로 50 (우) 120-752
 Tel. 02-2228-1520 Fax. 02-313-3292 Email. ygph_irb@yuhs.ac
 Homepage. <http://gsph.yonsei.ac.kr/postgraduate/irb/intro/>

심의결과통보서

수신	성명	이원	소속(전공)	연세대학교 대학원 의료법윤리학협 동과정
과제번호	2-1040939-AB-N-01-2016-139			
연구과제명	국문	상급종합병원의 환자안전사건 보고 활성화 방안 연구 - 보고 장애 요인에 대한 의료인 심층면접을 중심으로 -		
	영문			
연구목적	<input checked="" type="checkbox"/> 학술용		<input type="checkbox"/> 기타	
연구종류	<input checked="" type="checkbox"/> 인간대상연구		<input type="checkbox"/> 인체유래물 연구	<input type="checkbox"/> 기타
연구기관	<input checked="" type="checkbox"/> 단일기관		<input type="checkbox"/> 다기관(참여기관 수)	
심의종류	<input type="checkbox"/> 정규 심의		<input checked="" type="checkbox"/> 신속 심의	<input type="checkbox"/> 심의 면제
심의일자	변경심의 : 2016년 7월 5일 (화)			
심의대상	<input type="checkbox"/> 연구계획서(신규)		<input type="checkbox"/> 책임연구자	
	<input type="checkbox"/> 연구계획서(보완)		<input type="checkbox"/> 연구대상자 동의서(설명문 포함)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 계획서 변경 : 연구과제명		<input type="checkbox"/> 증례기록서	
	<input type="checkbox"/> 중간보고서		<input type="checkbox"/> 연구대상자 모집 광고	
	<input type="checkbox"/> 중지 또는 종료보고서		<input type="checkbox"/> 연구대상자 작성 일지(Daily)	
	<input type="checkbox"/> 결과보고서		<input type="checkbox"/> 기타 연구대상자에게 제공되는 문서	
	<input type="checkbox"/> 기타:			
연구위험수준	<input checked="" type="checkbox"/> Level I(최소위험)		<input type="checkbox"/> Level II(최소위험에서 약간 증가)	
	<input type="checkbox"/> Level III(심각한 후유증 초래 가능)		<input type="checkbox"/> Level IV(사망 또는 기형 초래 가능)	
심의결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인		<input type="checkbox"/> 시정승인	<input type="checkbox"/> 보완
	<input type="checkbox"/> 반려		<input type="checkbox"/> 중지/보류	
과제승인일	2016년 2월 24일 (수)		만료일	2016년 8월 1일까지
심의의견	-			

연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회 위원장



※ 모든 연구자들은 아래의 사항을 준수하여야 합니다.

1. 계획서에 따라 연구를 수행할 것
2. 위원회의 승인을 받은 동의서를 사용할 것
3. 모국어가 한국어가 아닌 연구대상자들에게는 승인된 동의서를 연구대상자 등의 모국어로 인증된 번역본을 사용할 것이며, 이러한 동의서 번역본은 반드시 위원회 승인을 받아야 함
4. 연구진행에 있어 연구대상자를 보호하기 위해 불가피한 경우를 제외하고 연구의 어떠한 변경이든 위원회의 사전 승인을 받고 수행할 것. 연구대상자들의 보호를 위해 취해진 어떠한 응급상황에서의 변경도 즉각 위원회에 보고할 것
5. 위원회에서 승인된 계획서에 따라 등록된 어떠한 연구대상자라도 사망, 입원, 심각한 질병에 대하여는 위원회에 서면으로 보고할 것
6. 연구 또는 연구대상자의 안전에 대해 유해한 영향을 미칠 수 있는 어떠한 새로운 정보도 즉각적으로 위원회에 보고할 것
7. 위원회의 요구가 있을 때에는 연구의 진행과 관련된 보고를 위원회에 제출할 것
8. 위원회가 심의한 과제에 대해 조사 및 감독 차원에서 현장점검을 실시할 시 점검절차 진행을 위해 연구진행과 관련된 서류를 준비하고 협조할 것
9. 연구대상자 모집광고는 사용 전에 위원회로부터 승인을 받을 것
10. 강제 혹은 부당한 영향이 없는 상태에서 충분한 설명에 근거한 동의 과정을 수행할 것이며, 잠재적인 연구대상자에게 연구에의 참여여부를 고려할 수 있도록 충분히 기회를 제공할 것
11. 연구계획서의 승인에 대해 연구책임자가 광고나 홍보에 사용하지 않도록 함
12. 승인기간 이후에도 연구를 지속하기 위해서는 적어도 승인 만료 2개월 전까지 중간보고를 할 것
13. 연구종료 후 3개월 이내에 종료보고를 할 것
14. 연구와 관련된 기록은 연구가 종료된 시점을 기준으로 최소 3년간 보관할 것

<부록 2> 연구대상자 설명문

서식 3-1.

Ver. 1.0

연구대상자 설명문 (인간대상연구용)

연구제목 : 상급종합병원의 환자안전사건 보고 활성화 방안 연구
- 보고 장애 요인에 대한 의료인 심층면접을 중심으로 -

연구책임자(소속/성명): 연세대학교 의료법윤리학협동과정/ 이원
전화번호: 010-2244-2052

이 설명문은 본 연구의 목적, 절차, 이익, 위험, 불편, 주의사항 등을 기술하고 있습니다. 귀하는 이 연구에 관해서 질문 할 수 있는 충분한 시간을 가질 수 있습니다. 연구담당자는 귀하가 명확히 이해하지 못하는 단어나 정보에 대해 충분히 설명드릴 것입니다.

1. 개요

귀하에게 연구 참여를 요청합니다. 연구자는 귀하가 이 연구 참여 대상자로 고려될 수 있는 초기 기준에 적합한 것으로 평가하였습니다. 이 연구 참여에 동의하시기 전에 귀하는 예정된 절차에 대한 다음의 설명을 읽고 이해하는 것이 중요합니다. 이 설명문에서는 연구의 목적, 절차, 위험성, 불편사항, 유익성 및 주의사항에 대해 설명하고 있습니다. 또한 언제든지 귀하가 이 연구 참여를 중단할 수 있음을 설명하고 있습니다.

2. 연구의 설명 및 목적

이 인터뷰는 연구 목적으로 수행됩니다.

본 연구의 목적은 심층면접을 통하여 간호사와 전공의의 환자안전사건 보고 장애요인 및 활성화 방안을 탐색하고자 하는 것입니다.



3. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

환자안전사건 보고시스템이 운영 중인 상급종합병원에서 근무하며, 환자안전사건을 경험한 간호사와 전공의 십여 명 정도의 사람이 참여할 것입니다.

4. 연구절차

만일 귀하가 참여의사를 밝혀 주시면 다음과 같은 과정이 진행될 것입니다.

- 1) 귀하는 연구목적과 용어 설명, 연구 주제와 관련된 간략한 설명을 듣게 될 것입니다.
- 2) 설명을 듣고 난 뒤, 연구자의 질문에 따라 주제와 관련된 경험 및 생각을 이야기하게 될 것입니다.
- 3) 전체 인터뷰 시간은 총 60분 정도 소요될 것입니다.

모든 과정은 귀하의 편의를 고려한 장소에서 이루어 질 것입니다.

5. 연구 참여 기간

약 (1) 시간/일이 소요될 것입니다.

6. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원이나 연구 책임자에게 즉시 말씀해 주십시오.

6. 예측 부작용 및 주의사항과 조치

인터뷰 도중 주제와 관련된 경험을 이야기하는 과정에서 불편한 감정을 느낄 수 있습니다. 이럴 경우 귀하는 언제든지 인터뷰를 멈출 수 있으므로, 담당 연구원에게 즉시 이야기해 주십시오.



7. 연구 참여에 따른 혜택 및 보상

귀하의 연구 참여시 감사의 뜻으로 (20,000) 원 정도 되는 작은 기념품이 증정 될 것입니다.

8. 상해에 대한 보상

귀하에게 연구 참여에 따른 상해가 발생할 경우, 상해에 대한 치료 비용은 연구자가 부담합니다.

9. 인적사항에 대한 비밀 보장

귀하께서 본 연구에 참여하시는 동안에 수집되는 귀하의 기록은 비밀로 보장될 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

연락처

본 연구에 관하여 궁금한 점이 있거나 연구와 관련이 있는 상해가 발생한 경우에는 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

연구담당자 성명 : 이원

☎ 02- 2228-2535 / H.P: 010-2244-2052

연구대상자로서 귀하의 권리에 대하여 문제가 발생된 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 다음의 번호로 문의하실 수 있습니다. 본 연구는 연세대학교 생명윤리심의 위원회에서 윤리적, 과학적으로 승인된 연구입니다.

연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회

☎ 02-2228-1506



<부록 3> 연구대상자 동의서

서식 4-1.

Ver. 1.0

연구대상자 동 의 서

동의서 관리번호

**연구제목: 상급종합병원의 환자안전사건 보고 활성화 방안 연구
- 보고 장애 요인에 대한 의료인 심층면접을 중심으로 -**

1. 본인은 이 설명문을 읽었으며, 본 연구의 목적, 방법, 기대효과, 가능한 위험성 등에 대한 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.
2. 모든 궁금한 사항에 대해 질문하였고, 충분한 답변을 들었습니다.
3. 충분한 시간을 갖고 생각한 결과, 본인은 이 연구에 참여하기를 자유로운 의사에 따라 동의합니다.
4. 본인은 설명문 및 작성된 동의서 사본 1부를 받았음을 확인합니다.



<부록 4> 심층면접 가이드

주요 질문	추가 질문
<p>1. 환자안전사건과 관련된 경험에 대해서 구체적으로 말씀해 주십시오.</p>	<p>- 육하원칙에 따라 대상자가 언급한 것을 채워나가며, 필요 시 누락된 항목만 추가 질문하여 확인한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 언제: · 어디서: · 누가: · 왜: · 무엇을: · 어떻게:
<p>2. 환자안전사건 보고 과정에서의 경험이 알고 싶습니다. 사건 발생 이후 보고 과정에 대해서 구체적으로 말씀해 주십시오.</p>	<p>- 대상자가 이야기하는 것에 따라 추가 질문하여 확인한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 혼자만(비밀): · 동료에게: · 선임에게: · 관리자(수간호사, 담당 교수)에게: · 병원(QI팀 등)에게: <p>- 대상자가 이야기하는 경험에 따라 추가적인 질문을 시행하여 확인한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 보고 경험: · 미보고 경험:

주요 질문	추가 질문
<p>3. 환자안전사건을 보고할 때 경험하신 어려움에 대해 자세히 알고 싶습니다. 당시 구체적인 느낌, 감정, 생각이 드셨다면 무엇이었습니다?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 자발적으로 사건을 보고하지 않았다고 이야기한 대상자에게 질문한다. <ul style="list-style-type: none"> · 보고를 꺼리게 된 정황이 있으십니까? 구체적으로 설명해 주세요. - 대상자가 이야기한 사건에 따라 추가 질문하여 어려움과 관련된 경험을 확인한다. <ul style="list-style-type: none"> · 보고 절차, 보고 체계, 환류, 보고 문화 등
<p>4. (사건을 보고한 경험이 있는 대상자에게 질문) 환자안전사건 보고를 하게 된 계기가 있다면 무엇이라고 말할 수 있습니까? (사건을 보고한 경험이 없는 대상자에게 질문) 어떤 상황이나 계기가 있다면 보고를 하게 될 거 같으신가요?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 환자안전사건 보고와 관련된 긍정적인 경험이 있으십니까? - 경험하신 보고의 어려움을 개선할 수 있는 방법에 대해 구체적으로 설명해 주세요. - 대상자가 보고의 어려움으로 이야기한 부분을 확인하면서, 필요한 경우 추가 질문한다.
<p>5. (면담이 종료될 무렵) 면담이 거의 마무리되어가는 시점입니다. 미처 털어놓지 못한 이야기가 있거나, 더 하고 싶은 이야기가 있으십니까?</p>	

<부록 5> 환자안전사건 보고 장애 요인 분류

환자안전사건 보고의 장애		1	2	3	4	5	6	7	8
사건 및 보고자	심각하지 않은 사건	○				○		○	
	위해가 발생하지 않음							○	
	사건이 발생하였음을 인지하지 못함	○							
	반복되고 잦은 사건임					○			
	재발가능성이 없음					○			
	감정 상태		○			○			
	오류에 대한 책임 인정이 꺼려짐								○
	보고에 대한 교육 및 지식 부족						○	○	
	보고 대상에 대한 지식 부족	○		○		○		○	○
	보고 절차에 대한 지식 부족	○	○	○					
보고 절차 및 체계	보고 주체에 대한 지식 부족	○				○			
	나의 업무가 아님					○			
	다른 사람이 보고할 것이라고 믿음					○			
	명확한 정의 및 기준 부족					○		○	
	작성 정보의 입력이 즉시 불가능함					○			
	명확하지 않은 질문					○			
	간호 직종 위주의 보고양식		○						
	복잡한 보고양식		○				○		○
	보고양식 이용이 어려움	○	○			○	○		
	바빠서 잊어버림					○			
보고할 시간 부족	○	○	○	○	○	○	○	○	
보고서 작성에 시간이 소모됨	○							○	
추가 업무 발생	○					○	○		
익명성 보장의 결여	○		○						

환자안전사건 보고의 장애		1	2	3	4	5	6	7	8
환류	피드백 부족		○	○			○		○
	보고가 유용하지 않음	○	○		○		○		
	질 향상에 기여하는 바가 거의 없음	○			○		○		○
환자 안전 문화	이익 및 동기유발 부족	○				○			
	징계 및 부정적 평가에 대한 두려움	○	○	○	○		○		
	비난에 대한 두려움	○			○				
	해고에 대한 두려움	○					○	○	
	경제적 손실에 대한 두려움							○	
	의료소송에 대한 두려움	○	○	○	○			○	
	비협조적임							○	
	비난(질책)하는 문화		○	○	○				
	안전문화의 부재							○	
	리더십의 부재						○	○	○
	다른 누군가에게 말하는 것이 주저됨	○							
	사건의 내부 논의 선호		○						○

1. Uribe et al(2002)
2. Kingston. et al(2004)
3. Jeffe et al(2004)
4. Waring(2005)
5. Elder et al(2007)
6. Brubacher et al(2011)
7. Hashemi, Nasrabadi and Asghari(2012)
8. Hooper et al(2015)

<부록 6> 환자안전사건 보고 장애 요인 개선 방안 분류

환자안전사건 보고 장애 요인 개선 방안		1	2	3	4	5	6	7	8
사건	명확한 정의 제시	○						○	
	명확한 가이드라인 제공	○		○					
보고자	정서적 지지					○			
	보고양식 개선		○				○		
보고	용이한 보고양식 접근						○		
	보고절차 간편화	○	○	○			○		○
절차	보고 부담 감소					○			
	충분한 인력			○					
및	보고자 보호에 대한 교육		○						
	평가 도구로 사용되지 않음						○		
체계	보고의 필요성 및 중요성에 대한 교육	○			○		○	○	
	보고에 대한 교육(대상, 방법, 절차 등)	○	○	○			○		
환류	익명보장	○	○	○		○	○	○	○
	피드백 제공	○	○	○			○		○
환류	명확한 이익 제공					○			
	질 향상 및 환자안전 측면에서의 정보 분석	○					○		
보고	기관 내 보고장려 활동	○							
	문화 변화	○			○		○		○
문화	보고환경 조성	○		○				○	
	보고를 격려하기 위한 주기적인 강화	○							

1. Uribe et al(2002)
2. Kingston, M. et al(2004)
3. Jeffe et al(2004)
4. Waring, J. J. (2005)
5. Nancy C.Elder et al(2007)
6. Brubacher et al(2011)
7. Hashemi, Nasrabadi and Asghari(2012)
8. Hooper et al(2015)