



전문직 간호사의 '진실말하기'



2021. 11. 20. (토) 09:15~12:30

ZOOM 온라인 학회



시 간	내 용	비 고
09:15~09:30	등록	
09:25~09:30	개회사 및 인사말	김신미 회장(창원대학교 간호학과)
I 부	기조강연	사회: 박은준 학술이사(건국대학교 간호학과)
09:30~10:00	현 시대 진실말하기의 함의: 공익제보와 푸코의 파레시아	김미덕(성신여자대학교 교양학부)
10:00~10:30	사과법과 디스클로저법	박지용(연세대학교 법학전문대학원)
10:30~11:00	의료기관 내 환자안전사건 소통	옥민수(울산대학교 의과대학)
11:00~11:20	질의응답 및 휴식	
II부	간호 현장의 윤리 이슈	사회: 박은준 학술이사(건국대학교 간호학과)
11:20~11:40	간호사의 조직 침묵	이경희(두원공과대학교 간호학과)
11:40~12:00	임상현장의 Disclosure 구축 사례	이순행(서울아산병원 PI팀)
12:00~12:20	임상현장의 Disclosure 사례	여상근(분당서울대학교병원 경영혁신팀)
12:20~12:30	질의응답 및 폐회	



한국간호윤리학회

The Korean Society for Nursing Ethics

개 회 사





기조강연:

현시대 진실말하기의 함의 -공익제보와 푸코의 파레시아-



김미덕 교수
성신여자대학교 교양학부



기초강연:

사과법과 디스클로저법



박지용 교수
연세대학교 법학전문대학원

환자안전사건 의사소통의 법적 규율

- 사과법과 디스클로져법 -

법학전문대학원
교수 박지용



연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

환자안전사고

- “환자안전사고”란 「보건의료기본법」 제3조제3호의 보건의료인이 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자안전에 보건복지부령으로 정하는 위해(危害)가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고를 말한다. (환자안전법 제2조 제1호)
- 「환자안전법」 제2조 제1호에서 “보건복지부령으로 정하는 위해(危害)”란 사망·질환 또는 장애 등 환자의 생명·신체·정신에 대한 손상 또는 부작용을 말한다. (동시행규칙 제2조)

환자안전사고와 의료분쟁

- 환자안전사고가 의료분쟁으로 이어지는 원인
 - 의료인 및 의료기관 측의 책임을 회피하는 태도(47.1%)
 - 사전조정제도의 미흡(26.6%)
 - 의료기관에 대한 평소의 불신(10.2%)

사과 및 디스클로저의 효과

- 환자안전사건 발생 후 의료인의 사과(apology) 또는 디스클로저(disclosure)의 시행은 의료분쟁 및 의료소송의 감소, 분쟁 비용의 절감, 분쟁 해결기간의 단축 등의 효과가 있음
- 환자뿐만 아니라 의료인에게도 심리적 안정을 제공하는 등 환자안전사건의 양쪽 당사자에게 모두에게 도움을 줄 수 있음

의사소통의 장애요인

- 환자안전 발생에 대한 공개 및 소통의 장애요인을 조사한 결과, 법적 측면에서 의료분쟁 및 의료소송에 대한 우려가 가장 큰 장애요인으로 파악됨
- 사과 및 디스클로저를 촉진하는 한편, 그 사과 및 디스클로저의 내용 등에 관하여 의료인과 의료기관을 법적으로 보호하는 장치가 필요

사과

- 'Apology'란 예상치 못한 결과에 대한 사과 및 동감 등을 의미하며, 자기의 잘못을 인정하고 용서를 빚을 뜻하는 '사과(謝過)'의 사전적 정의와 유사
- 사과는 사건 발생에 대한 인정뿐만 아니라 환자의 곤경에 대해 진심어린 감정의 표현을 포함
- 보건의료 제공자들은 죄책감과 수치심을 덜게 되고, 환자에게는 용서 및 화해를 심리적으로 용이하게 할 수 있는 기초

사과법

- 사과법(Apology law)은 보건의료 제공자와 환자가 의사 소통한 내용이 의료소송에서 증거로 사용될 수 없도록 제한하는 법률
- 의료진들이 진실말하기를 하는 과정에서 사용된 공감, 유감, 사과 등의 표현을 민사적 법적 책임(civil liability)에 대한 시인(admission)으로 보지 않는다는 것
 - 환자들이 의료진의 공감, 유감, 사과 등의 표현을 과실의 인정으로 받아들일 수도 있기 때문에, 이에 대한 법적인 보호 장치를 두는 것을 의미

디스클로저

- '디스클로저(Disclosure)'란 환자에게 예상치 못한 결과가 발생했음을 알리고 그에 대한 설명 및 원인 조사, 조사에 따른 결과 안내, 보상 제공, 재발방지에 대한 내용 등을 소통하는 것을 말함
 - 디스클로저의 대상에는 예기치 않은 결과에 따라 발생한 상황, 결과가 의료오류로 인한 것인지 아니면 다른 원인에 기인한 것인지 등과 같은 발생원인 그리고 재발 방지 계획이나 보상계획 등이 포함
 - 디스클로저는 단순한 유감이나 사과 표현 이상의 활동으로, 환자 안전사건이 발생했을 경우 이를 환자 및 보호자에게 진실하게 알리면서 공감 혹은 유감을 표하고, 더 나아가 사건의 조사를 진행하여 그 결과에 따라 환자에게 진심어린 사과를 전달함과 동시에 적절한 보상을 제공하며, 비슷한 유형의 사건을 반복하지 않도록 하는 일련의 행위를 의미

디스클로저법

- 디스클로저법은 환자에게 발생한 예상하지 못했던 결과에 대해 디스클로저를 수행하도록 법적으로 강제하거나 이를 자율적으로 수행하도록 촉진하는 것이 주요 내용
- 디스클로저를 수행한 경우 사과법과 마찬가지로 그 디스클로저의 내용을 법적 증거로 사용하는 것을 제한하거나 책임을 감경시키는 법적 효과를 부여
- 사과법은 환자에게 사과 및 유감을 표현한 행위 그 자체는 법적 증거로 사용될 수 없다는 내용

미국의 사과법 입법현황

- 1986년 매사추세츠(Massachusetts)에서 최초로 사과법을 제정하였고, 이후 텍사스(Texas)에서 1999년에 두 번째로 사과법을 제정하였다. 2000년대 초반부터 중반까지 30여개 주에서 법안이 통과되어, 현재 37개의 주에서 보건의료제공자의 위로나 사과를 법적 책임의 증거로 사용할 수 없도록 제한하는 관련법을 제정하여 시행 중

- '완전한 사과법(full apology law)'과 '부분적 사과법(partial apology law)'
 - 완전한 사과법은 '과실, 실수, 오류, 법적 책임을 포함한 사과의 표현(statements of fault, mistakes, errors, and liability)'을 법적 증거로 사용할 수 없도록 제한하는 법
 - 부분적 사과법은 '공감, 위로, 애도, 연민의 표현(statement of sympathy, commiseration, condolence, and compassion)'만을 법적 증거로 사용할 수 없도록 하는 것으로, 여기에는 순수한 감정의 표현만을 대상으로 하고, 완전한 사과법에서 법적 책임과 관련된 규범적 평가요소를 포함하고 있는 것과 구별된다.

미국의 디스클로저법 입법현황

- 환자에게 디스클로저를 시행하도록 하는 법은 9개의 주에서 제정하고 있음
- 디스클로저법은 자율적으로 디스클로저를 시행하도록 한 주와 의무적으로 시행하도록 한 주로 분류할 수 있음
 - 2002년 이후 7개의 주, 네바다(Nevada), 플로리다(Florida), 뉴저지(New Jersey), 펜실베이니아(Pennsylvania), 버몬트(Vermont), 테네시(Tennessee), 캘리포니아(California) 주에서 환자안전사건을 의무적으로 디스클로저하는 법안을 통과시켰고, 워싱턴(Washington), 오리건(Oregon) 주에서는 자율적으로 디스클로저를 시행하도록 하고 있음

사과법 및 디스클로저법의 구체적 내용

- 적용범위
 - 민사소송, 민사소송 관련 중재절차
 - 행정절차
 - 형사절차
- 사건의 당사자
 - 제공자 : 보건의료인(healthcare provider), 직원, 대리인, 기관 등
 - 환자 측 : 환자, 환자의 가족 및 친척, 친구, 대리인 등

- 내용과 방식

- 환자 측에 사과나 위로, 공감 등의 표현을 해야 하는 내용은 불편감(discomfort), 손실(loss), 통증(pain), 고통(suffering), 손상(injury), 사망(death) 등
- 사과법에서 보호하는 방식은 구두(statement, affirmation, orally), 서면(writing), 행동(gesture or conduct) 등

- 시기

- 예컨대, 버몬트(Vermont) 주에서는 제공자(provider) 또는 기관(facility)이 오류(error)로 인하여 발생한 결과에 대해 의료오류가 어떻게 발생하였는지에 대한 설명을 포함한 후회(regret) 또는 사과(apology)를 알았거나 알았어야 하는 시점으로부터 30일 이내에 제공한 경우, 소송에서 해당 내용을 법적인 증거 또는 법적 책임을 인정하는 목적으로 사용할 수 없도록 하고 있음

- 법적 효과 및 보호범위

- 사과, 공감, 위로 등의 표현을 구두, 서면, 행동 등으로 환자 및 보호자 측에 제공한 경우, 위 표현의 내용들은 법적 책임의 인정 또는 법적 이익에 반하는 승인(an admission against interest)의 증거로 사용할 수 없음
- 즉, 대부분의 주에서는 통증이나 위해, 사망 등의 결과가 발생하였을 경우, 보건의료제공자 측에서 환자 측에 표하는 공감이나 위로 등을 법적인 증거로 사용할 수 없도록 규정
- 규범적 평가요소, 즉 실수(mistake), 오류(error), 책임(responsibility), 법적 책임(liability), 잘못(fault) 등의 표현에 대해서는 법적 보호 범위에 포함하는 입법례와 제외하는 입법례 모두 존재함
- 디스클로저의 경우 예컨대, 워싱턴 주에서는 디스클로저를 시행하여 공개된 내용, 사과를 표현하는 모든 진술, 확인, 행위 등은 민사소송에서 증거로 사용될 수 없음을 구체적으로 규정하고 있음

환자안전법 개정안

- 2018년 김상훈 의원안

- 제4조의2(환자안전사고의 공개 및 설명) ① 보건의료기관개설자 및 보건의료인은 환자안전사고가 발생한 경우 그 피해자와 보호자에게 환자안전사고의 내용을 공개하고 경위를 알리는 등 환자안전사고에 관한 충분한 설명이 이루어질 수 있도록 노력하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 공개와 설명이 이루어지는 과정에서 보건의료기관개설자 또는 보건의료인이 행한 위로, 공감, 유감의 표현 등은 민사상·형사상 재판, 행정처분 및 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 따른 의료분쟁 또는 중재의 과정에서 보건의료기관 또는 보건의료인의 책임에 대한 증거로 할 수 없다.

- 2020년 정춘숙 의원안

- 제4조제3항을 제4항으로 하고, 같은 조에 제3항을 다음과 같이 신설한다.
- ③ 보건의료기관의 장과 보건의료인은 환자안전사고가 발생한 경우 그 때부터 7일 이내에 피해를 입은 환자 또는 환자의 보호자에게 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 환자안전사고의 내용 및 사고경위 등을 충분히 설명하여야 한다.

입법안에 대한 평가

- 법률안은 환자안전사고의 '내용의 공개' 및 '경위의 고지' 등을 규정
 - 양 법률안 모두 형식적으로 미국법상의 디스클로져와 유사한 것
 - 디스클로져법의 경우, 사고에 대한 법적 책임과 관련해서 대단히 민감한 내용을 포함하지 않을 수 없기 때문에, 그 시행에 있어 미국의 네바다(Nevada) 주 등 7개 주처럼 의료기관 측의 의무로 규정하여 이를 법률상 강제하거나, 워싱턴(Washington) 주처럼 이를 의료기관 측의 자율로 하도록 하는 경우에는 디스클로져 실행 과정에서의 의료기관 측의 행위나 의사표현 등을 법적 증거로 사용할 수 없도록 하는 장치를 두고 있는 경우에 비로소 그 효과를 기대할 수 있음
 - 김상훈안은 증거법상 보호대상으로 위로, 공감, 유감의 표현으로 한정하여 실질적으로는 부분적 사과법
 - 정춘숙안은 디스클로져에 대한 법적 효과에 대한 규정이 없음



기초강연:

의료기관 내 환자안전사건 소통



옥민수 교수
울산대학교 의과대학

의료기관 내 환자안전사건 소통하기

울산의대 울산대학교병원
예방의학과
옥민수

황소, 1953년경, 종이에 에나멜과 유채, 35.5 x 52cm(도판=서울미술관 제공)



우보천리 牛步千里

발표 목적 및 내용

- 발표 목적

- 중대한 환자안전사고 의무보고에 따라 환자안전사건 소통하기(disclosure of patient safety incidents)가 더욱 필요해졌음을 이해하고,
- 환자안전사건 소통하기를 의료현장에 좀 더 활성화시키기 위하여 어떤 준비가 필요한지 검토하기 위함

- 발표 내용

- 환자안전사건 소통하기에 관한 그동안 논의
- 환자안전사건 활성화를 위한 방안
- 요약 및 결론

환자안전사건 소통하기에 관한 그동안 논의

2017 대한환자안전학회 추계학술대회

일시 2017년 5월 18일
장소 서울대학교 의과대학

» 프로그램 안내 환자안전

시간	내용
09:00 - 09:20	등록
09:20 - 09:30	인사말
09:30 - 09:40	축사
09:40 - 09:50	기념촬영
세션 1. 환자안전	
10:00 - 10:20	국외 환자안전 현황
10:20 - 10:40	국내 환자안전 현황
10:40 - 11:00	환자안전종합개론
11:00 - 11:40	지정토론
11:40 - 12:00	종합토론
세션 2. 환자안전	
13:30 - 13:50	환자안전 역량 강화
13:50 - 14:10	병원에서의 의사
14:10 - 14:30	해외의 팀 훈련
14:30 - 15:00	지정토론
15:00 - 15:20	종합토론
세션 3. 환자안전	
15:40 - 16:00	환자안전사건 소
16:00 - 16:20	apology law에
16:20 - 16:40	사과하는 방법(가
16:40 - 17:20	지정토론
17:20 - 17:30	종합토론

■ 프로그램은 추후 변경될 수도 있습니다.
■ 환자안전담당인력은 「환자안전법」에 의거 보수

대한의료커뮤니케이션학회 2017년 봄철

주제: 의료 오류, 환자안전

일시: 2017년 6월 11일
장소: 경희대학교 의과대학
주최 및 주관: 대한의료커뮤니케이션학회

Session 1 Sorry Works!

09:30-10:10	기조강연 "Sorry Works"
10:10-10:50	주제 강연 1 의과대학 교육 현황
10:50-11:30	주제 강연 2 간호대학교육: 간호사
11:30-12:00	질의 응답
12:00-13:30	점심 식사

Session 2 진실 말하기, 의료 현장에

13:30-14:00	Practical tips: 의료현장에서
14:00-14:30	서울대학교 암병원 사례
14:30-15:00	경희의료원 사례
15:00-15:30	휴식



2018 대한환자안전학회 추계학술대회

2018년 신년포럼

Patient

“환자와 함께하는 환자안전”

일시 2018. 11. 21. (수) 09:00~18:00
장소 서울성모병원 의생명산업연구원 대강당

대한환자안전학회에서는 의사소통 방안에 대해 아래의 많은 참석 부탁드립니다.

- 일시 : 2018년 11월 21일
- 장소 : 연세대학교
- 프로그램

시간	주제
15:00-15:05	개회식
15:05-15:10	축사
15:10-15:40	Disclosure 의의
15:40-16:10	임상에서의 Disclosure
16:10-16:40	Disclosure

프로그램

Symposium I.

환자안전사건 소통하기
좌장: 이상일 부회장

발표 1.	환자안전사건 소통하기 가이드라인 육민수 울산대학교 의과대학
발표 2.	병원 내 환자안전사건 소통하기 구축 사례 이순형 서울아산병원
발표 3.	병원 내 환자안전사건 소통하기 사례 박인영 강남세브란스병원
지명토론 1.	송현 서울성모병원
지명토론 2.	곽미정 고대안암병원
지명토론 3.	안기종 삼자간체간학회
지명토론 4.	전세 법무법인세움

Symposium II.

환자안전 교육프로그램 개발
좌장: 천지혜 부회장

발표 1.	예비의료인 대상 환자안전 교육 김소은 연세대학교 의과대학
발표 2.	의료인 대상 환자안전 교육 이재호 서울아산병원
발표 3.	환자·보호자 대상 환자안전 교육 김윤숙 간국대학교병원 Q-헬싱
지명토론 1.	이영미 고려대학교 의과대학
지명토론 2.	박선경 조선대학교교무지원팀
지명토론 3.	조윤미 C&I 소비자연구소

Symposium III.

환자안전사건 보고학습시스템
좌장: 영호기 부회장

발표 1.	국가 환자안전 보고학습 시스템의 발전 박진경 환자안전본부 책임연구팀
발표 2.	병원 환자안전보고학습시스템 운영사례 I 김현아 삼성서울병원 이담경
발표 3.	병원 환자안전보고학습시스템 운영사례 II 박실민 동지성도병원
지명토론 1.	김문수 서울대학교병원
지명토론 2.	김명연 가톨릭관동대 국제성모병원
지명토론 3.	박옥자 가천대학교



2018년 제2차 환자안전교육(신규) 프로그램(안)

- 일 자 : 2018.7.18.(수) ~ 20(금)
- 장 소 : KT대전인재개발원(대전 서구 소재)
- 프로그램(안)

교육일	시간	교육일	시간	주제	강연자
1일차	09:00~09:30(30')	3일차	12:10~13:00(50')	환자 및 보호자의 참여	서울아산병원 AGS평가실 이순교 팀장
	09:30~10:10(80')		13:00~14:00(60')	점심식사	
	10:50~11:10(20')		14:00~14:50(50')	리더십과 팀 역할	강릉아산병원 혈액종양내과 오호석 과장, PI실장
	11:10~12:10(60')		15:00~15:50(50')	활동 사례: 감염관리	경북대학교병원 감염내과 김신우 교수
	12:20~13:00(40')		15:50~16:10(20')	Coffee Break	
	13:00~14:00(60')		16:10~17:00(50')	활동 사례: 의사참여	서울대학교 의과대학 예방의학교실 박병주 교수
	14:00~14:50(50')		17:10~18:00(50')	보건의료인 및 환자와의 의사소통	울산대학교 의과대학 예방의학과 육민수 조교수
	15:00~15:50(50')		08:30~09:20(50')	RCA 방법론	건국대학교병원 적정진료팀 김윤숙 파트장
	15:50~16:10(20')		9:30~10:50(80')	RCA 사례 공유	건국대학교병원 적정진료팀 김윤숙 파트장
	16:10~17:00(50')		10:50~11:10(20')	Coffee Break	
2일차	17:00~17:40(40')	11:10~12:00(50')	FMEA 방법론	아주대학교병원 적정진료관리실 정명숙 팀장	
	17:50~18:20(30')	12:00~13:00(60')	점심식사		
	09:00~09:50(50')	13:00~14:20(80')	FMEA 사례 공유	아주대학교병원 적정진료관리실 정명숙 팀장	
	10:00~10:50(50')	14:30~15:20(50')	의료기관의 환자안전 관리 사례	아주대학교병원 적정진료관리실 정명숙 팀장	
	10:50~11:10(20')	15:20~15:40(20')	Coffee Break		
	11:10~12:00(50')	15:40~16:30(50')	보고시스템의 설치 및 운영	대전보건대학교 간호학과 허영희 조교수	
		16:40~17:30(50')	환자안전 보고시스템 실무	대전보건대학교 간호학과 허영희 조교수	

※ 프로그램은 사정에 따라 변경될 수 있음.

기준 73

의료기관 차원의 환자안전사건을 관리한다.

조사 목적

의료기관은 잘못된 부위 시술 및 수술, 투약오류, 자살, 낙상, 수혈부작용 등의 환자안전 관련 사건을 예방하기 위하여 적절한 보고체계를 수립하고, 원인분석 및 개선활동을 효율적으로 수행할 수 있도록 관리한다. 또한 의료기관은 적신호사건 발생 시 환자에게 관련 정보를 제공하고, 주의경보 발령 시 내용에 대해 직원과 공유하여 환자안전문화 형성을 위해 노력한다.

조사 항목

조사항목	구분	조사결과
1 [필수] 의료기관 차원의 환자안전사건 관리절차가 있다.	S	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
2 [필수] 직원은 환자안전사건에 대한 정의와 보고절차를 알고 있다.	F	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
3 [필수] 보고된 환자안전사건을 분석한다.	F	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
4 [필수] 분석결과에 따라 개선활동을 수행한다.	F	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
5 [필수] 환자안전사건에 대한 결과를 경영진에게 보고한다.	F	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
6 [필수] 환자안전사건에 대한 결과를 관련 직원과 공유한다.	F	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
7 적신호사건 발생 시 환자와 보호자에게 관련 정보를 제공한다.	F	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
8 환자안전 주의경보 발령 시 관련 직원과 공유한다.	F	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하

기준의 이해

등급분류 1~6: 필수, 7: 시범, 8: 정규

- 사건 유형 분석
- 근본 원인 분석(Root Cause Analysis, RCA)
 - 적신호사건: 절차에 따라 정해진 기간 내 시행
- 4) [필수] 환자안전사건 분석결과에 따라 개선활동을 수행한다.
- 5)6) [필수] 절차에 따라 보고된 환자안전사건에 대한 결과를 경영진에게 보고하고, 관련 직원과 공유한다.
- 7) 의료기관은 적신호사건 발생 시 환자 및 보호자에게 환자의 진료과정에서 발생한 내용, 치료계획 등에 대한 정보를 제공한다.
- 8) 의료기관은 국가에서 발행하는 환자안전 주의경보 및 의료기관 차원에서 선정한 환자안전 주의경보를 관련 직원과 공유한다.

비전

잠재적 환자안전사고 위험으로부터 환자를 보호하고 의료 질 향상에 기여

[2018-2022] 5대 목표

1. 환자안전관리 인프라 구축 및 환자안전사고 보고 활성화
: 환자안전사고 보고 매년 20% 이상 증가
2. 환자안전 실태분석을 기반으로 지표 개발, 이를 통한 성과관리체계 구축
가. 환자안전사고 및 환자안전활동 실태 파악
나. 실태조사를 바탕으로 환자안전지표 연계 개발 및 보급
3. 환자안전 역량 강화 : 환자안전 전문인력 매년 5% 배치율 증가 및 추가
일자리 1천 개 창출
4. 환자안전 R&D 투자 확대 : 5년간 누적 150억원 투자로 환자안전솔루션 제공
5. 환자안전문화 형성 : 환자안전 캠페인 참여 보건의료기관 1,000개소 확보
※ 매 1년마다 시행계획을 수립하여 정량화된 지표 선정하고 진척도를 파악 및 관리

4대 추진전략

I. 환자안전 보고학습 시스템 구축·활용	① 환자안전 보고학습시스템의 구축 및 고도화
	② 환자안전 환류체계 구축
	③ 환자안전사고 자율보고 활성화
	④ 중대한 환자안전사고 보고·환류체계 구축
II. 국가 단위 환자안전 관리 인프라 구축	① 국가환자안전본부 및 환자안전지원센터의 설치운영
	② 국가 환자안전관리 거버넌스 구축 및 실효적 운영
	③ 보건의료기관의 환자안전관리체계 및 역량 강화
III. 환자안전 개선활동 지원	① 환자안전사고 및 환자안전활동 실태 파악
	② 환자안전기준 및 환자안전지표 개발·보급
	③ 환자안전 R&D 투자 확대
	④ 환자안전 수가 등 인센티브 개발
IV. 환자중심 안전문화 조성	① 환자중심 안전문화 조성 사업
	② 보건의료기관 조직문화 개선 및 리더십 배양

2. 보건의료기관 조직문화 개선 및 리더십 배양

□ 추진배경

- 의료기관의 환자안전문화가 환자결과에 긍정적 영향을 미치므로 환자안전을 위한 보건의료기관내 인프라 확보와 함께 환자안전을 최우선으로 하는 조직문화를 강화하기 위한 제도적 지원방안 마련 필요
- 질책과 훈련의 전통, 수치심을 유발하는 비난의 문화 등 환자안전문화 저해요인을 극복하기 위해서는 리더십의 노력과 행동이 필요

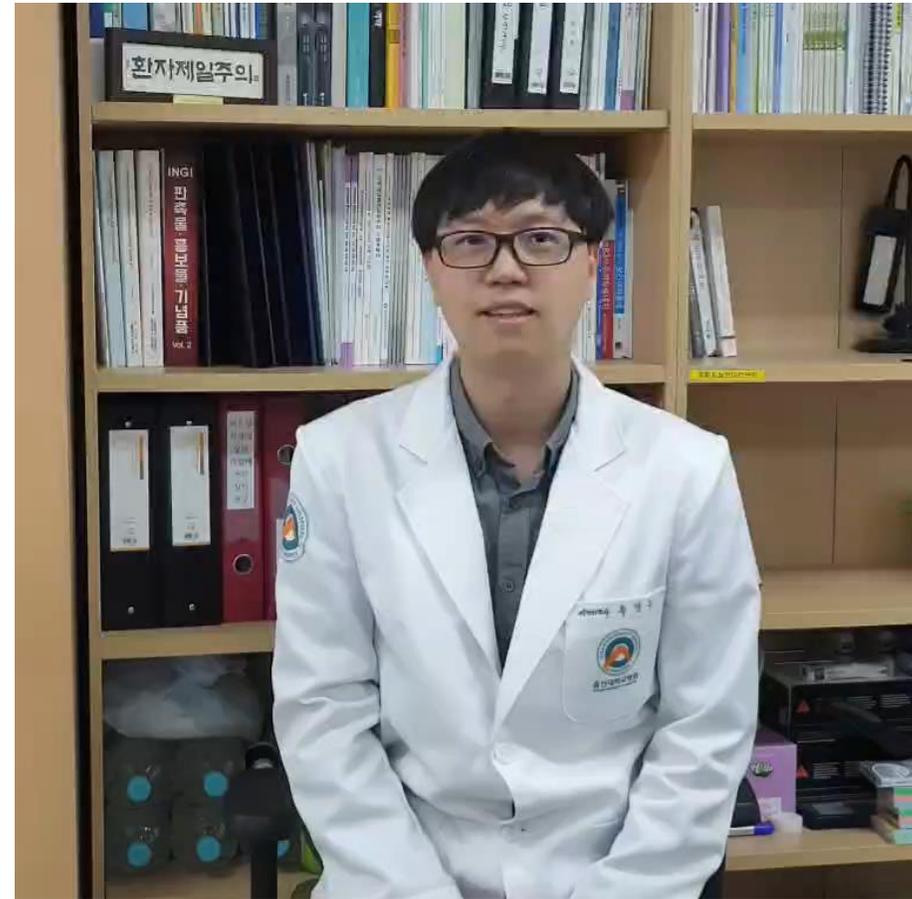
□ 주요내용

- (의사소통 향상) 환자안전을 위한 효과적인 의사소통 역량 향상을 목적으로 다양한 훈련 프로그램 운영 및 캠페인 추진
 - * 보건의료전문가 간 커뮤니케이션과 팀워크 개선을 위하여 개발한 교육 프로그램인 AHRQ의 'TeamSTEPPS' 벤치마킹

- 환자안전사고 발생 시 의료진과 환자 및 보호자 간 소통 강화를 통한 의료소송 남용을 예방하기 위하여 “사고발생 사실 알려주기”, “함께 공감하기” 캠페인 추진 및 부분사과법 도입 방안** 검토

- * 제3주기 급성기 의료기관 인증기준에 “환자 및 보호자에 알려줄 것” 포함
- ** 환자안전 사고에 대한 충분한 설명 및 위로, 공감, 유감의 표현에 대해 연책하는 내용의 부분사과법 발의(김상훈의원, '18.3.20)

먼저 설명하고 함께 공감하기 캠페인



환자안전사건 소통하기란?

- 환자안전사건 소통하기(disclosure of patient safety incidents)¹⁾
 - 첫째, 환자 및 그 보호자에게 자발적으로 그 사건을 설명하고 공감 및 유감을 전하며 사건의 원인에 대한 조사를 약속하고,
 - 둘째, 사건의 원인이 의료오류임이 밝혀지면 사과를 하며,
 - 셋째, 오류로 인하여 환자가 입은 위해에 따라 적절한 보상을 제공하고,
 - 넷째, 비슷한 유형의 사건의 재발을 방지하는 약속을 하는 일련의 과정을 의미함
- 쏘리웍스(Sorry Works), 진실말하기(open disclosure), 사실말하기 등으로도 알려져 있음

중대한 환자안전사고의 의무보고

환자안전사고 발생 시 환자 등에 설명 의무화

✎ 최은택 | ⌚ 입력 2019.09.23 18:25 | 💬 댓글 0

환자안전법

[시행 2021. 1. 30.] [법률 제16893호, 2020. 1. 29. 일부개정

제14조(환자안전사고의 보고 등) ① 환자안전사고를 발생시켰거나 또는 발생할 것이 예상된다고 판단한 보건의료인이나 환자 등 사람은 보건복지부장관에게 그 사실을 보고할 수 있다.

② 보건복지부령으로 정하는 일정 규모 이상의 병원급 의료기관에 해당하는 환자안전사고가 발생한 경우 그 의료기관은 그 사실을 지체 없이 보고하여야 한다.



정춘숙 의원, 입법안 발의...7일 이내 기간 명시

환자안전사고가 발생한 경우 의료기관의 장과 보건의료인이 환자나 보호자에게 사고내용과 사고경위 등을 7일 이내에 설명하도록 의무화하는 입법이 추진된다.

더불어민주당 정춘숙 의원은 이 같은 내용의 환자안전법개정안을 23일 대표 발의했다.

정 의원에 따르면 현행 법령은 의료사고가 발생한 경우 병원 측의 과실이 확실하고 병원이나 의료인이 이를 인정하는 경우에도 피해자에 대한 사고경위 설명 등과 관련한 구체적인 절차를 두지 않고 있다.

정 의원은 이에 보건의료기관의 장과 보건의료인은 환자안전사고가 발생한 경우 7일 이내에 피해를 입은 환자 또는 환자의 보호자에게 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 환자안전사고의 내용 및 사고경위 등을 충분히 설명하도록 의무를 부여하는 환자안전법개정안을 이날 국회에 제출했다.

환자안전사건 소통하기의 효과

- 환자안전사건 소통하기의 다양한 효과¹⁾
 - 의료소송 건수 및 관련 비용 및 의료진 처벌에 대한 의향 감소
 - 의사와 환자 관계 강화, 의료진 추천 및 재방문 의향 증가
 - 의료 질 평가 점수 증가
 - 의료진의 죄의식 감소 등

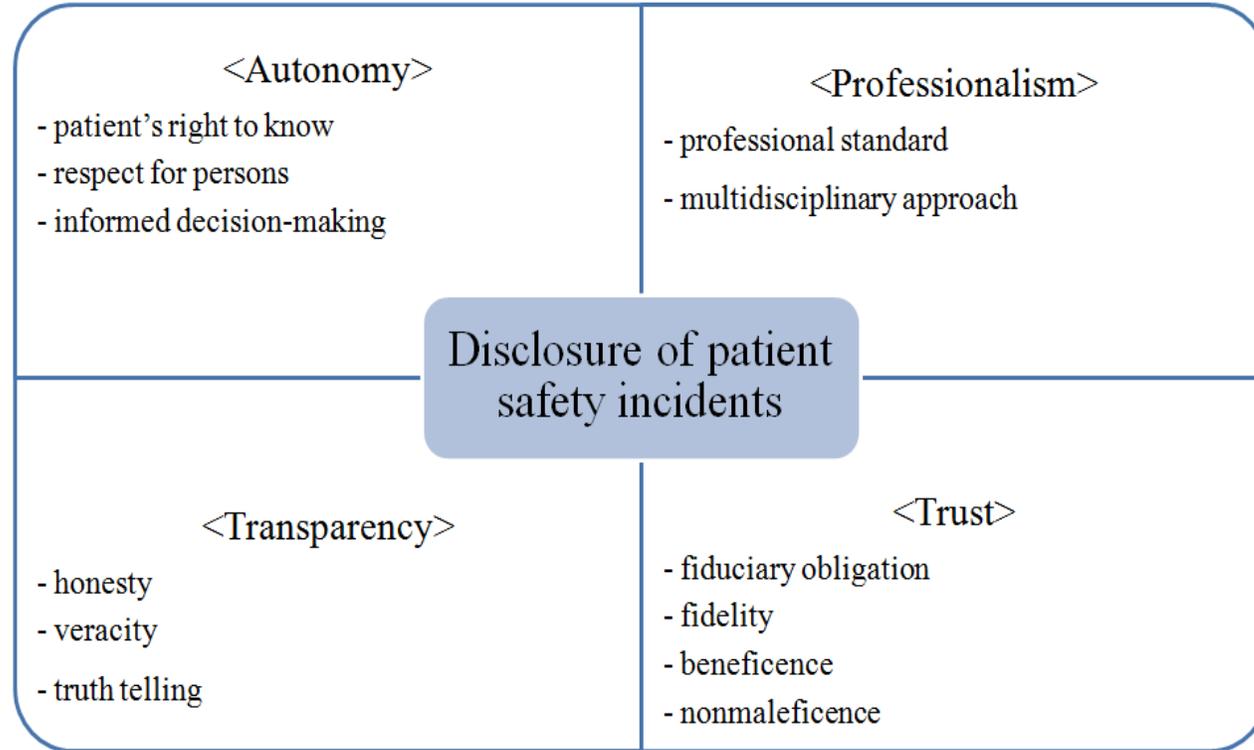
Table 2. Major expected effects of disclosure of patient safety incidents

Area	Key findings
Medical lawsuits and punishment	Although empirical evidence is limited, disclosure of patient safety incidents reduced the rate of medical lawsuits and related costs [44,45] Disclosure of patient safety incidents did not increase the likelihood of legal action from the general public [35,43,46-49] Disclosure of patient safety incidents decreased the intention of the general public to punish medical professionals [50] Disclosure of patient safety incidents increased the intention of the general public to forgive medical professionals [42]
Patients	Disclosure of patient safety incidents helped to build a better physician-patient relationship, improved patient satisfaction, and generally increased the credibility of medical professionals [18,35,38] Disclosure of patient safety incidents increased patients' intention to revisit and recommend the physicians or hospitals [54,55] Disclosure of patient safety incidents could improve patients' evaluation of the quality of care [54,56]
Medical professionals	Disclosure of patient safety incidents reduced medical professionals' feelings of guilt [17,20,29]
Others	Disclosure of patient safety incidents would decrease the risks of similar medical errors [52] Physicians who disclose patient safety incidents can be role models for medical students [57] Disclosure could affect relationships among medical professionals in a positive way [20]

1) Ock M, et al. Frequency, expected Effects, obstacles, and facilitators of disclosure of patient safety incidents: A systematic review. J Prev Med Public Health 2017;50(2):68-82.

환자안전사건 소통하기의 당위성

- 환자안전사건 소통하기는 윤리적 측면에서 당위적
- 환자의 권리이자, 보건의료인의 의무



환자안전사건 소통하기 수행의 어려움

- 온전하게 환자안전사건 소통하기를 수행하는 것이 중요
- 환자안전사건 소통하기의 모든 구성 요소를 빠짐없이 완벽히 수행하는 것은 쉬운 일이 아님
- 완전한 소통하기(full disclosure) vs 부분적인 소통하기(partial disclosure)¹⁾
 - 구성 요소를 크게 환자안전사건의 설명 및 유감, 공감 표현, 사건 조사 결과에 따른 사과 전달, 적절한 보상 제공, 재발 방지 약속으로 구분
 - 각 구성 요소들을 모두 행하는 환자안전사건 소통하기를 완전한 소통하기
 - 일부 요소들을 수행하지 못한 경우를 부분적인 소통하기로 규정

환자안전사건 소통하기 수행의 어려움

- 환자안전사건 소통하기를 제대로 배워 본 적이 없는 의료인¹⁾

초점6(의사): ‘안타깝다고 말을 하지는 않지만 하게 되죠.’

진행자2: 말은 안 하는데 어떻게 표현하나요?

초점3(의사): ‘퇴원은 못 하시겠네요. 어찌죠?’ 그런 식으로.

초점6(의사): ‘검사를 해 봐야 할 것 같네요.’

진행자1: 유감의 단어를 쓰지 않고요?

초점3(의사): 한국적인 정서인 거지. 구태여 말하지 않아도.

초점6(의사): ‘검사를 더 해 봐야겠네요.’

초점3(의사): 제일 문제가 수술하고 stitch out하고 환자를 보내려고 했는데. 상처가 쪽 벌어지면 그게 진짜 황당한 경우인데, ‘오늘 퇴원 못 하시겠네요.’라고 하죠.

초점2(의사): 한국식 소리죠.

초점3(의사): 그걸 말하지 않아도 아니까.

환자안전사건 소통하기 효과에 대한 의구심

- 환자안전사건 소통하기의 의료소송의 감소 효과에 대한 여전한 의구심¹⁾

진행자2: 외국 사례이기는 하지만 환자안전사건 소통하기를 도입했더니 의료소송이 줄었다는 사례가 있거든요. 그건 어떻게 생각하시는지요? 전체 건수로 생각했을 때 의료소송이 주는 거죠.

초점6(의사): 그걸 노리고 환자안전사건 소통하기를 시작한다고 하면 잘못됐다고 생각을 하는데요. 변호사 수도 늘고 있고요.

초점3(의사): 브로커가 중환자실에 와요.

초점6(의사): 친구 중에 변호사가 있는데. 자기네들도 점점 그렇게 되고 있다.

진행자2: 변호사 수는 사실 미국이 더 많잖아요?

중략

초점6(의사): 이게 먹혀서 줄었다. 진짜 그럴까? 관련 논문을 못 봐서.

일반인이 경험한 환자안전사건 소통하기

- 환자안전사건을 경험한 일반인 총 201명에 대하여 환자안전사건 소통하기 경험에 대한 설문조사 실시
 - 환자안전사건 소통하기의 구성 요소 중 5가지 이상을 경험한 참여자는 30.3% (61명)에 불과
 - 영구적 장애 또는 사망한 환자안전사건을 경험한 연구 참여자는 이보다 위해가 작은 사건을 경험한 연구참여자에 비하여 의료진이 발생한 환자안전사건에 대한 공감 및 유감을 표명하는 경우가 통계적으로 유의하게 낮았음

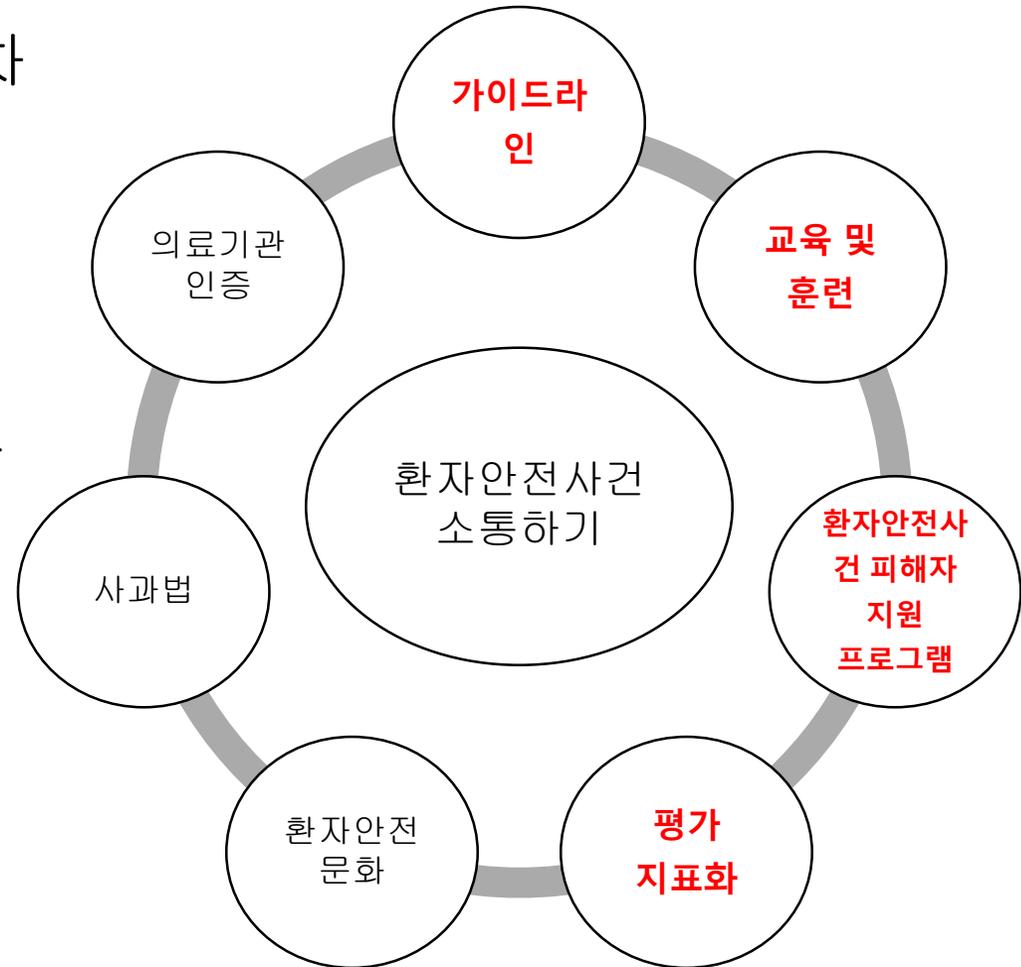
〈Table 2〉 위해 정도에 따른 환자안전사건 소통하기 경험

항목	회복까지 1개월 미만	회복까지 1개월 이상	영구적 장애 또는 사망	p-value
진실하게 알림, n (%)				0.027
그렇다	43 (46.2)	21 (36.8)	12 (23.5)	
아니다	50 (53.8)	36 (63.2)	39 (76.5)	
공감 및 유감, n (%)				0.003
그렇다	45 (48.4)	28 (49.1)	11 (21.6)	
아니다	48 (51.6)	29 (50.9)	40 (78.4)	
조사 약속, n (%)				0.011
그렇다	27 (29.0)	19 (33.3)	5 (9.8)	
아니다	66 (71.0)	38 (66.7)	46 (90.2)	
사실 전달, n (%)				0.011
그렇다	42 (45.2)	26 (45.6)	11 (21.6)	
아니다	51 (54.8)	31 (54.4)	40 (78.4)	
사과 전달, n (%)				<0.001
그렇다	40 (43.0)	29 (50.9)	6 (11.8)	
아니다	53 (57.0)	28 (49.1)	45 (88.2)	
보상 제공, n (%)				0.002
그렇다	36 (38.7)	22 (38.6)	6 (11.8)	
아니다	57 (61.3)	35 (61.4)	45 (88.2)	
재발 방지 약속, n (%)				<0.001
그렇다	40 (43.0)	29 (50.9)	5 (9.8)	
아니다	53 (57.0)	28 (49.1)	46 (90.2)	

환자안전사건 소통하기 활성화를 위한 방안

환자안전사건 소통하기를 어떻게 활성화?

- 환자안전사건 소통하기 인식은 점차 향상되고 있음
- 그렇지만 어떻게 하면 좀 더 환자안전사건 소통하기를 활성화시킬 수 있을까?
- 좀 더 적극적인 대책 마련이 필요한 것은 아닐까?



1. 환자안전사건 소통하기 가이드라인

- 다양한 상황을 포괄하는 환자안전사건 소통하기 가이드라인을 개발하고, 이를 진료 현장에 도입할 필요
- 한국형 환자안전사건 소통하기 가이드라인 마련
- 관련 연구 진행 예정

보건의료인을 위한
환자안전사고 소통하기 안내서

- 먼저 설명하고 함께 공감해요 -

2021

국외 가이드라인 검토

- 외국의 가이드라인 검토
 - 영국(Being open)
 - 캐나다(Canadian Disclosure Guidelines)
 - 호주(Australian Open Disclosure Guideline)
 - 미국(Communication and Optimal Resolution Toolkit, CANDOR)의 환자안전사건 소통하기 가이드라인을 검토
- 검토의 용이성을 위하여 4개국 환자안전사건 소통하기 가이드라인의 전문을 연구진 2인이 함께 번역, 검토하였음
- 검토한 내용을 환자안전사건 소통하기의 5W1H로 분류
 - 이 중 When, Who, Where, What, How 검토

국외 가이드라인 검토

	사건 인식 후 적절한 치료 및 추가적 위해 예방 처치를 하고, 즉시 적절한 절차를 시행함.	
WHEN?	사건 유형	<p>1. 무해사건: 1) 기관 상황, 환자의 최선의 이익에 따라 논의 여부 결정함(영국, 호주), 2) 일반적으로 소통하기 시행함(캐나다).</p> <p>2. 근접오류: 1) 소통하기로 인해 환자에게 미치는 영향, 잠재된 위해 가능성, 환자의 개인력에 따라 소통하기 결정함(호주), 2) 소통하기 시행할 필요 없음(캐나다).</p> <p>3. 낮은 수준의 위해사건: 구체적 지침이나 환자의 요청이 없으면 현장 수준에서 이루어짐(영국).</p> <p>4. 보통 및 높은 수준의 위해사건: 위험 관리자에게 즉시 통보하고 환자, 환자의 가족 및 보호자, 직접 관련된 임상과의 참여가능성을 고려하여 가능한 빨리 시행하기(영국, 호주, 캐나다).</p> <p>5. 예상치 못한 신체적, 정서적, 경제적 위해사건 발생 60분 이후 CANDOR 시행하기(미국).</p>

국외 가이드라인 검토

WHO?	<ul style="list-style-type: none">- 영국: 환자, 가족 및 보호자의 의사소통 담당자(환자의 상담가, 간호사 컨설턴트, 환자의 사례를 지정 받은 의료인), 최상급자 의료인, 중재자, 임상, 간호 및 경영 분야의 리더로 다학제 팀 구성함. 예외 상황을 제외하면 실무자급 의료인은 참여하지 않음.- 호주: 소통하기 리더(해당 환자 치료 담당 최고 상급자 임상의)를 포함하여 다학제 팀 구성함. 법률 고문은 참석하지 않으며, 예외 상황을 제외하면 수련의는 참여하지 않음.- 캐나다: 소통하기 리더(책임 의료인 또는 당시 환자 치료에 가장 직접적으로 관여한 의료인 또는 대리인으로 부서장, 환자안전담당자, 병원 관리자 등), 환자, 가족 및 보호자와 의료진 측 사이 연락책, 상황에 따라 필요한 의료인, 수련의, 지도부 및 경영진으로 다학제 팀 구성함.- 미국: 간호사, 의사, 위험 관리자, 환자 및 가족 지지자, 환자, 가족 및 보호자와 의료진 측 사이 연락책, 기타 임상 및 지원팀, 공식 또는 비공식 리더 등의 6~8명으로 총 다섯 팀(실행 팀 리더, 의사소통 팀, 사건 보고 팀, 조사 및 분석 팀, 해결 팀)을 구성함.
------	--

국외 가이드라인 검토

<p>WHERE?</p>	<p>환자의 상황에 맞추어 회의 시간과 회의 장소 고려하기(영국, 호주, 캐나다, 미국). 위해사건이 발생하지 않은 장소(캐나다)나 조용한 장소로 지정하기(미국).</p>
<p>WHAT?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 해야 할 것: 진솔한 사과 혹은 유감, 공감적 태도, 적절한 언어와 용어 사용, 사건 분석 전과 후 명확한 사건 및 사건 발생 이유 설명, 실용적·정서적 지원, 치료 계획, 질문과 답변, 앞으로의 계획과 예상되는 사항 설명, 개선사항 공유, 모든 논의의 문서화 및 공유(영국, 호주, 캐나다, 미국), 가족 및 보호자가 다른 전문가와 논의할 수 있는 기회 제공(영국, 호주), 환자, 가족 및 보호자에게 모든 참석자 소개(호주), 예방 계획 설명(미국). - 하지 말아야 할 것: 화, 추측, 비난, 법적 책임의 시인(영국, 호주, 캐나다, 미국), 상충되는 정보의 제공(영국). - 기록: 모든 논의 기록하고 환자, 가족 및 보호자와 의료진 측이 모두 검토할 수 있도록 하기.
<p>HOW</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 기관 내 소통하기 체계 설립하기, 의료진 소통하기 교육하기, 의료진 지지 체계 설립하기(영국, 호주, 캐나다, 미국), 2차 피해자를 위한 Care for Caregiver 서비스(미국).

2. 환자안전사건 소통하기 교육 및 훈련

- 기존 의료인들과 예비 의료인들을 대상으로 한 환자안전사건 소통하기 교육 및 훈련을 진행할 필요
- 한국형 환자안전사건 소통하기 교육 및 훈련 프로그램 마련 예정
 - 다양한 가상적 환자안전사건 사례를 교육 및 훈련 프로그램에 도입: 투약이나 시술 관련 가상적 사례뿐만 아니라 진단, 감염 등 다양한 상황에 맞는 가상적 사례를 개발
 - 표준화 환자(standardized patient)를 활용하여 의료진이 환자안전사건 소통하기가 필요한 상황의 대처 능력을 향상시키는 교육 및 훈련 프로그램을 개발
- 교육 홍보 영상도 함께 개발할 필요

관련 교육 및 훈련 연구의 활성화

- 환자안전사건 소통하기에 대한 인식 및 교육 효과 분석: 간호사를 대상으로 한 예비 연구¹⁾
 - 10명의 간호사를 대상으로 교육 전후 환자안전사건 소통하기 인식 변화를 살펴봄

Table 2. Overall perception of the disclosure of patient safety incidents

	Pre-education				Post-education				p
	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Major errors should be disclosed to patients or their caregivers.	-	-	5 (50)	5 (50)	-	-	5 (50)	5 (50)	1.000
Minor errors should be disclosed to patients or their caregivers.	-	1 (10)	8 (80)	1 (10)	-	-	9 (90)	1 (10)	.564
Near miss should be disclosed to patients or their caregivers.	-	5 (50)	4 (40)	1 (10)	-	9 (90)	1(10)	-	.096

1) 이원 등. 환자안전사건 소통하기에 대한 인식 및 교육 효과 분석: 간호사를 대상으로 한 예비 연구. 한국의료질향상학회지 2017;23(2):37-54.

외국의 교육 모델 검토도 필요

• Ask-Tell-Ask 모델

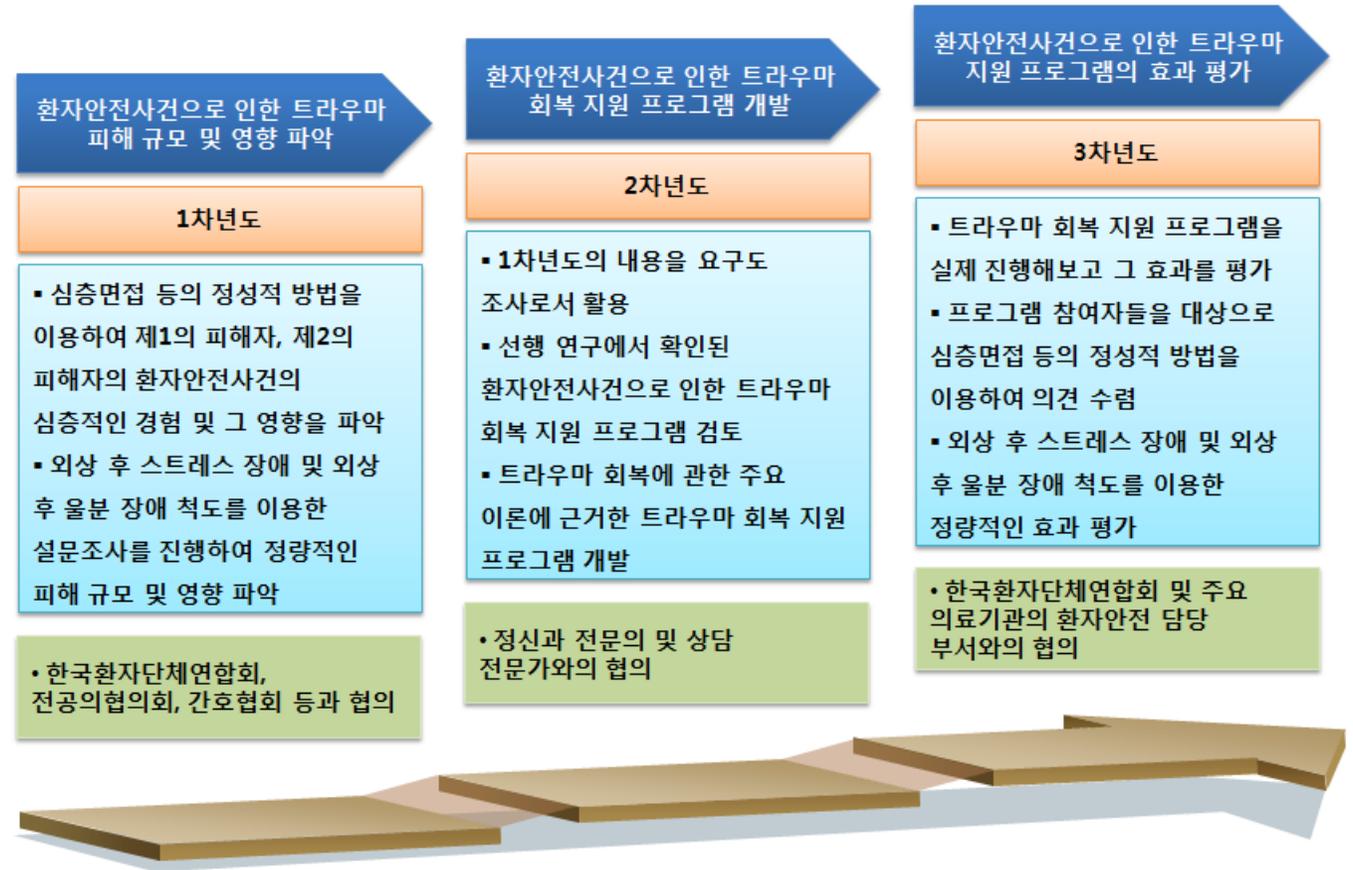
- 코칭 회의 열기
- 사건에 대한 사실 수립
- 공감과 사과에 대한 토론
- 환자 및 가족의 필요와 질문 예상
- 향후 오류 예방을 위한 탐색
- 대화 연습 리허설
- 환자안전사건 소통하기 실행 계획 확인
- 의료진의 문제 및 감정 논의 및 지원
- 환자안전사건 소통하기 원칙, 흔한 함정 검토



FIGURE 1. The Ask-Tell-Ask coaching model.

3. 환자안전사건 피해자 지원 프로그램

- 환자안전사건 발생 대응에 관한 보다 포괄적인 접근법 개발의 필요성
- 환자안전사건 소통하기와 제1의 피해자 및 제2의 피해자 지원은 함께 이루어져야 함
- 이와 관련된 연구 진행

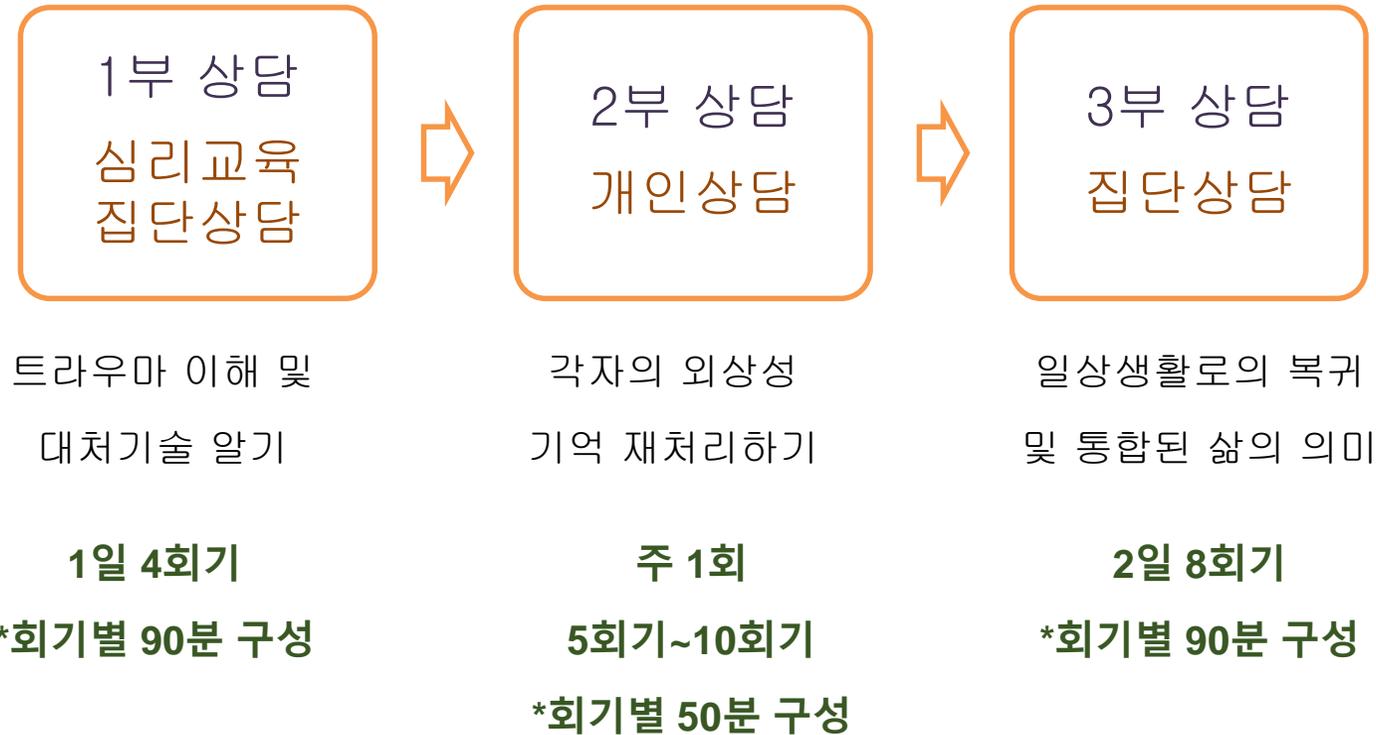


환자안전사건으로 인한 피해

- 환자안전사건으로 인하여 다양한 피해가 발생하게 됨
 - 환자 및 보호자에 대한 피해(제1의 피해자)
 - 의료인에 대한 피해(제2의 피해자)
 - 의료기관의 피해(제3의 피해자)
- 현재 제1의 피해자, 제2의 피해자에 대한 지원은 불충분한 현실
 - 환자안전사건은 환자 및 그 보호자, 보건의료인에게 심리적, 신체적으로 부정적인 영향을 지속적으로 미침
 - 환자안전사건의 대응에 관한 사회적, 국가적 관심 및 대책 마련이 필요함
 - 특히, 제2의 피해자는 환자안전사건의 경험으로 인하여 직업 변경을 고민하고, 직업 만족도도 떨어질 수 있다고 함
 - 환자안전사건으로 인한 감정적 스트레스가 제대로 치유되지 못한 채 환자 진료를 지속하는 제2의 피해자의 경우 또 다른 위해사건을 발생시킬 가능성이 높다고 알려져 있음

의료사고 피해 유가족을 위한 징검다리 프로그램

- 한국상담대학원대학교와의 협업하여 프로그램 진행 중



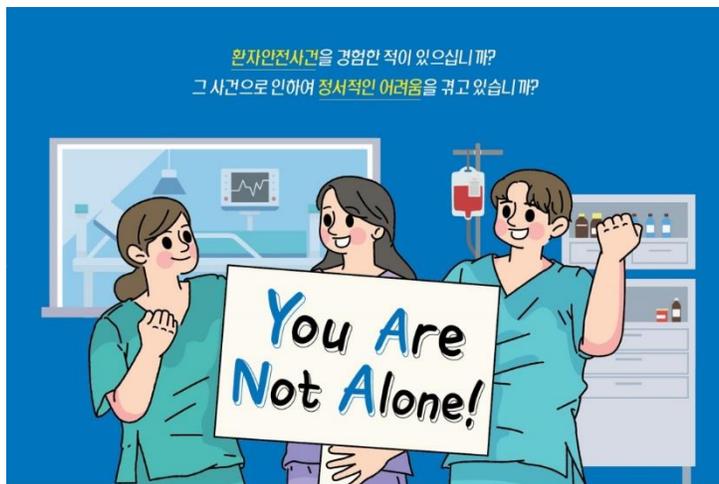
You Are Not Alone (YANA) 프로그램

- YANA 프로그램은 환자안전사건을 경험한 간호사를 위한 심리 지원 프로그램
- 누구를 대상으로 하나요?
 - 환자안전사건 경험으로 인하여 심리적인 충격을 받은 간호사 누구나
- 환자안전사건은 어떤 상황을 말하나요?
 - 근접오류
 - 위해사건
 - 적신호사건
 - 예기치 않은 환자 상태의 악화 등

You Are Not Alone (YANA) 프로그램

- 프로그램은 어떤 내용인가요?
 - 상담을 전공한 예방의학과 연구원이 일대일 개인 상담 시행
 - 상담의 목표는 참여자의 심리적인 안정과 지지
 - 상담회기는 최대 3회까지는 사례비 지급, 3회 초과시 무료 상담
 - 상담시간은 1회당 30분~40분
 - 상담장소는 참여자가 편한 장소로 선정
- 프로그램 관련 안내사항
 - 연구를 위하여 상담 시행 전과 상담 시행 후 설문조사를 시행
 - 프로그램 평가를 위하여 상담 내용을 녹음
 - 프로그램에 참여하신 선생님들께는 소정의 사례비

You Are Not Alone (YANA) 프로그램



환자안전사건을 경험한 적이 있으십니까?
그 사건으로 인하여 **정서적인 어려움**을 겪고 있으십니까?

이 프로그램은 환자안전사건을 경험한 간호사의 심리 지원을 위해 개발되었습니다. 문제해결을 위한 상담이 아닌 정서적인 안정과 지지를 제공하기 위한 프로그램입니다. 참여자의 정보는 비밀보장되며, 꼭 경험한 사건에 대해 이야기하지 않으셔도 됩니다. 함께 있다는 것만으로도 힘이 될 수 있습니다.

참여 대상

환자안전사건 경험으로 인하여 심리적인 어려움을 겪고 있는 간호사 누구나

- 직선호사건
- 위해사건
- 근접오류
- 예기치 않은 환자의 사망 또는 상태의 악화 등

프로그램 진행

- 상** 담 자 심리상담을 전공한 예방의학과 연구원
- 형** 태 1:1 개인 상담
- 회** 기 최대 3회
- 소** 요시간 1회기 당 약 30~40분
- 장** 소 참여자와 협의 후 편한 장소로 선정

안내사항

- 프로그램 시행 전·후 설문조사를 시행합니다.
- 프로그램 평가를 위하여 상담 내용을 녹음할 수 있습니다.

참여 혜택

- 참여 1회기 당 1만원의 문화상품권을 드립니다.

기타사항

연구 제목 환자안전사건 경험에 대한 일반인

의료인 대상 상담 지원 프로그램 개발

연구책임자 옥민수(울산대학교병원 예방의학과)

신청 및 문의

☎ 052/230-1740-1 ☎ 010-4031-2999

✉ 0903069@uuh.ulsan.kr

환자안전사건을 경험한 적이 있으니까?
그 사건이 계속 생각나십니까?

복잡한 의료 환경에서는 최선의 노력을 다한 간호사도 환자안전사건을 경험할 수 있습니다.

환자안전사건의 영향에 대처하는 방법

- 친구 또는 동료에게 자신의 경험 및 감정에 대해 이야기하세요
- 누군가와 대화하는 것은 고립감과 스트레스를 줄이는 데 도움이 될 수 있습니다.
- 여유를 가지고 휴식을 취하세요
- 지금은 스트레스를 받는 것이 정상적입니다. 위기에서 회복할 시간을 자신에게 주십시오.
- 잠을 충분히 주무세요
- 잠은 항상 중요하지만 특히 지금은 더 중요합니다. 만약 일주일 이상 잠을 잘 수 없다면 전문가와 상의해야 합니다.
- 운동을 하세요
- 가벼운 운동은 스트레스와 싸우는 데 도움이 될 수 있습니다. 그러나 너무 무리하지는 마십시오.
- 좋은 식단을 유지하세요
- 건강한 식단은 면역체계를 강화시키고 혈압을 낮추어 스트레스의 영향을 줄일 수 있습니다.



환자안전사건을

Things to avoid

- 술을 과도하게 마시지 마세요
- 불필요하게 일을 멀리하지 마세요
- 소중한 사람으로부터 멀어지지 마세요.
- 망연자실하여 법적 또는 불법적인 물질을 이용하지 마세요.
- 회복하는 것에 대하여 비현실적인 기대를 하지 마세요.
- 여가활동의 양을 줄이지 마세요.
- 쉬운 답을 찾으려고 하지 마세요.
- 자신이나 타인에게 가혹하게 굴지 마세요.
- 지금 중대한 삶의 변화나 결정을 내리지 마세요

Remember

환자안전사건을 경험한
당신의 반응은 자연스러운
반응입니다.

- 정해진 일정을 따르십시오.
- 당신이 항상 모든 것을 할 수 있는 것은 아닙니다. 생활을 가능한 평범하게 유지하세요.
- 가족, 친구와 함께 시간을 보내세요
- 스스로를 고립시키지 마세요. 주변에 사람이 있는 것이 중요합니다.
- 여가 활동을 위한 시간을 가지세요
- 타인 또는 정상적인 여가 또는 사회 활동을 피하지 마세요. 즐거운 일을 하세요
- 의료시스템은 복잡하고 환자안전사건은 발생한다는 것을 인식하세요
- 사람은 절대적으로 신뢰할 수 없습니다. 우리의 최선의 노력에도 불구하고 환자안전사건은 발생할 수 있습니다.
- 그 사건이 당신을 괴롭게 할 수 있음을 예상하세요
- 당신은 비정상적인 경험에 대해 정상적인 반응을 보이고 있습니다. 그것을 헤쳐나가기 위해 노력하는 것은 궁극적으로 스트레스와 고통을 극복하는 데 도움이 될 것입니다.

YANA 프로그램 진행

- 참여자가 프로그램 관리자에게 전화, 문자 또는 메일로 프로그램의 참여를 신청
- 프로그램 관리자는 참여자의 연락을 받은 후 24시간 이내에 참여자 연락하여 사건 내용 파악
- 프로그램 관리자는 참여자가 경험한 환자안전사건의 특성, 영향의 정도, 상담을 원하는 지역 등을 고려하여 상담가 배정

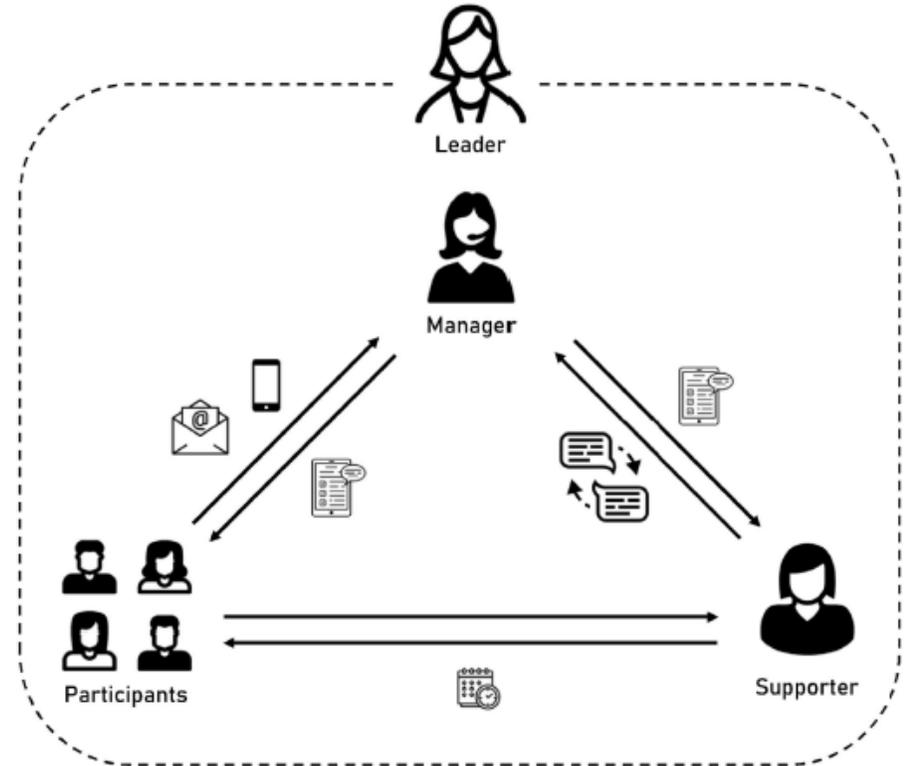


그림 11. 프로그램의 운영 관리 체제

YANA 프로그램 효과 평가

- 참여자의 IES-R-K 점수(한국형 사건충격척도 개정판, Impact of Event Scale-Revised Korean version)는 프로그램 참여 전(중위수=30.0)보다 참여 후(중위수=16.0)에 통계적으로 유의하게 감소

표 18. 프로그램 참여자의 프로그램 만족도 조사 결과

(n=10)

문항	n (%)			
	전혀 아니다	약간 그렇다	그렇다	매우 그렇다
프로그램의 질(quality)은 좋았습니까?	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (70.0)	3 (30.0)
프로그램은 귀하의 욕구(needs)를 충족시켰습니까?	0 (0.0)	5 (50.0)	4 (40.0)	1 (10.0)
	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
프로그램은 귀하가 원했던 종류의 프로그램이었습니까?	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (70.0)	3 (30.0)
프로그램은 귀하의 문제를 보다 효과적으로 해결하는데 도움이 되었습니까?	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (80.0)	2 (20.0)
귀하가 아는 사람이 유사한 상황에 있을 때 이 프로그램의 참여를 권하겠습니까?	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (50.0)	5 (50.0)
귀하가 다음에 이러한 도움이 필요로 할 경우 이 프로그램에 다시 참여하겠습니까?	0 (0.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	4 (40.0)
	매우 불만족	약간 불만족	대체로 만족	매우 만족
프로그램에서 귀하가 받은 도움에 대해서 만족하십니까?	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (60.0)	4 (40.0)
전반적으로 프로그램에 대하여 만족하십니까?	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (70.0)	3 (30.0)

4. 평가 지표화

- 환자안전 향상을 위한 평가는 체계적으로 이루어질 필요
- 응급: 병원 전 단계, 병원 단계, 병원 후 단계
- 필수보건의료: 예방 및 건강관리, 병원 전단계 치료, 병원 단계 치료, 퇴원 후 유지 및 회복
- 환자안전: 예방하기(preventing), 파악하기(knowing about), 대응하기(responding)
 - 환자안전 매트릭스

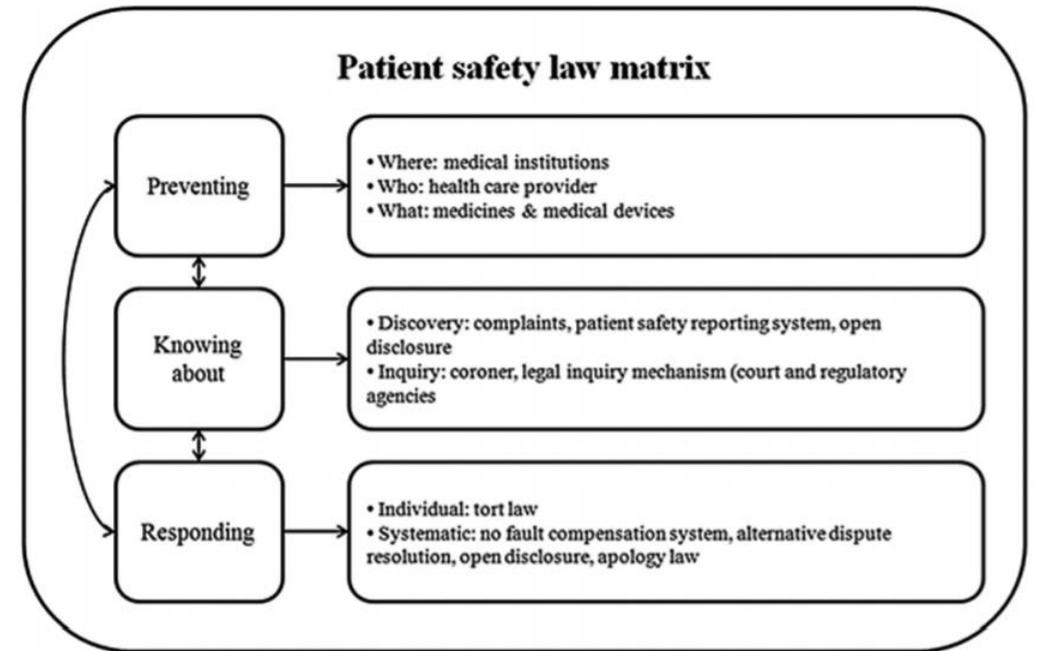


Figure 1. Patient safety law matrix. Modified from Downie J, et al. Patient Safety Law: from silos to systems. Ottawa: Health Policy Research Program, Health Canada; 2006 [11].

환자안전 매트릭스

- 사건 예방하기
 - 의료기관: 의료기관 인력, 시설, 안전 기준 규제, 의료기관 인증
 - 의료인: 의료인 면허 규제, 진료권한 설정 및 보수교육, 의료인 근무시간 규제
 - 의약품: 의약품 및 의료기기 규제, 의약품 및 의료기기에 대한 시판 후 안전관리
- 사건 파악하기
 - 민원제도, 환자안전보고학습시스템, 검시관 조사제도 등
- 사건 대응하기
 - 불법행위법, 무과실 보상체계 및 대체적 분쟁해결제도, 환자안전사건 소통하기 등

환자안전 매트릭스

- 기존 평가 체계와 환자안전의 매트릭스 및 환자안전 측정 방법을 함께 고려한 환자안전 평가 및 보상 방안 마련

	구조	과정	결과
사건 예방하기	<ul style="list-style-type: none"> • 의료기관, 의료인, 의약품의 요건 및 기준 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료인 등 이해관계자 교육 • 환자안전사건 예방 활동 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자안전사건 발생률
사건 파악하기	<ul style="list-style-type: none"> • 환자안전보고학습시스템 구축 • 환자안전사건 및 입원 시 상병 코드 담당자 지정 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자안전보고학습시스템 보고 상려 활동 • 환자안전사건 및 입원 시 상병 코드 타당화 작업 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자안전보고학습시스템 보고율 • 환자안전사건 및 입원 시 상병 코드 정확도
사건 대응하기	<ul style="list-style-type: none"> • 환자안전사건 소통하기 지침 구축 및 담당자 지정 • 피해자 지원 체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자안전사건 소통하기 교육 • 환자안전사건 피해자 지원 프로그램 수행 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자안전사건 소통하기 경험률(환자안전사건 부적절 대응률)

환자안전사건 소통하기 경험률

- 환자안전사건 발생률을 그대로 평가하는 것은 논란이 매우 많을 것임!
- 대신, 환자안전사건 발생 후 적절히 대응한 경험이 높으면 인센티브!

구분	세부기준	
정의	• 환자안전사건 발생 후 환자 또는 보호자는 환자안전사건 소통하기를 경험한다.	
평가내용	• 환자안전사고를 경험한 환자 또는 보호자가 환자안전사건 소통하기의 세부 내용을 경험했는지 확인	
평가기준 (산출식)	환자안전사건 부분 소통하기 이상 경험한 환자 또는 보호자 수	X 100
	환자안전사건을 경험한 환자 또는 보호자 수	
세부기준	• 환자안전사건 소통하기 세부 내용 - 진실하게 알림, 공감 및 유감, 조사 약속, 사실 전달, 사과 전달, 보상 제공, 재발 방지 약속	
적용범위	• 상급종합병원 이상	

일반인 및 의료진 경험 및 인식 조사

- 현재 환자안전에 특이적이면서도 포괄적인 설문조사 체계는 부재

개인단위	의료서비스 이용 (입원/외래/응급/건강검진)	<ul style="list-style-type: none"> - 이동 시간 및 비용 - 방문시기/방문기관 유형 - 방문 이유 및 주질환 - 치료 또는 검사 내용 - 건강검진 종류/발견 질병 - 의료비/간병인비용 - 약국수납금액 - 의사결정자, 만족도
	장기요양 및 기타 돌봄서비스 이용	<ul style="list-style-type: none"> - 돌봄 필요 이유/돌봄 부담 - 장기요양등급 - 주 돌봄공간 및 제공자 - 재가서비스 등 이용 기간과 비 - 장기요양시설 등 이용기간과 - 산후조리원 및 산후도우미 이
	건강관련 인식 및 행태	<ul style="list-style-type: none"> - 건강생활 습관 - 건강수준 - 의료접근성 - 상용치료원
	민간의료보험	<ul style="list-style-type: none"> - 가입 또는 해약사유/가입경로
	건강정보 이해능력(부가조사)	<ul style="list-style-type: none"> - 건강정보 이해능력 수준 - 건강정보 탐색경험 여부 및 빈

2020
의료서비스경험조사
2020.11

발간등록번호 11-1352000-002195-10
정행부고서 2020-88

OPEN 8098

신정우·조병희·최보람·김희년·윤석준·진재현·김혜인

보건복지부 KIHASA 한국보건사회연구원

〈표 2-7〉 예방 영역 검토 가능 문항: 환자 권한 및 참여의 관점

영역	질문	응답형태
질병 및 증상에 관한 정보	의원/병원을 나가기 전에, 당신이 의원/병원을 떠난 후에 해야 할 것과 하지 말아야 할 것에 대하여 서면화 된 정보를 받았습니까?	① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음
	의원/병원을 나가기 전에, 당신의 질병 또는 증상이 일상생활에 영향을 줄 수 있는 부분에 대하여 충분한 정보를 받았습니까?	④ 해당사항 없음 ⑤ 답변 거부
투약 안전	의원/병원을 나가기 전에, 당신이 복용해야 할 약물들을 당신과 함께 검토하였습니까?	① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음
	당신은 집에 가져가야 할 약물들에 대하여 명확하게 서면화 된 정보를 받았습니까?	④ 해당사항 없음 ⑤ 답변 거부
	의료진은 당신이 집에서 약을 복용해야 할 목적에 대하여 이해하기 쉽게 설명해주었습니까?	① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음
추가적인 진료 또는 치료 요구에 관한 정보	의료진은 당신에게 약을 어떻게, 그리고 언제 복용해야 하는지에 대하여 설명해주었습니까?	④ 해당사항 없음 ¹⁾ ⑤ 답변 거부
	의료진은 당신에게 약물 부작용 발견에 대하여 설명해주었습니까?	① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음 ④ 해당사항 없음 ²⁾ ⑤ 답변 거부
	의원/병원을 나가기 전에, 추가적인 진료 또는 치료를 받아야 할 증상 또는 건강문제에 대하여 서면화 된 정보를 받았습니까?	① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음
추가적인 진료 또는 치료 요구에 관한 정보	의원/병원을 나가기 전에, 당신이 의원/병원을 떠난 후 당신의 상태 또는 치료에 대하여 걱정이 될 때 연락이 가능한 의료진이 누구인지 말해주었습니까?	④ 해당사항 없음 ⑤ 답변 거부

주: 1) '나는 설명이 필요 없었음'인 경우에 체크
2) '나는 이러한 정보가 필요하지 않았음'인 경우에 체크

일반인 및 의료진 경험 및 인식 조사

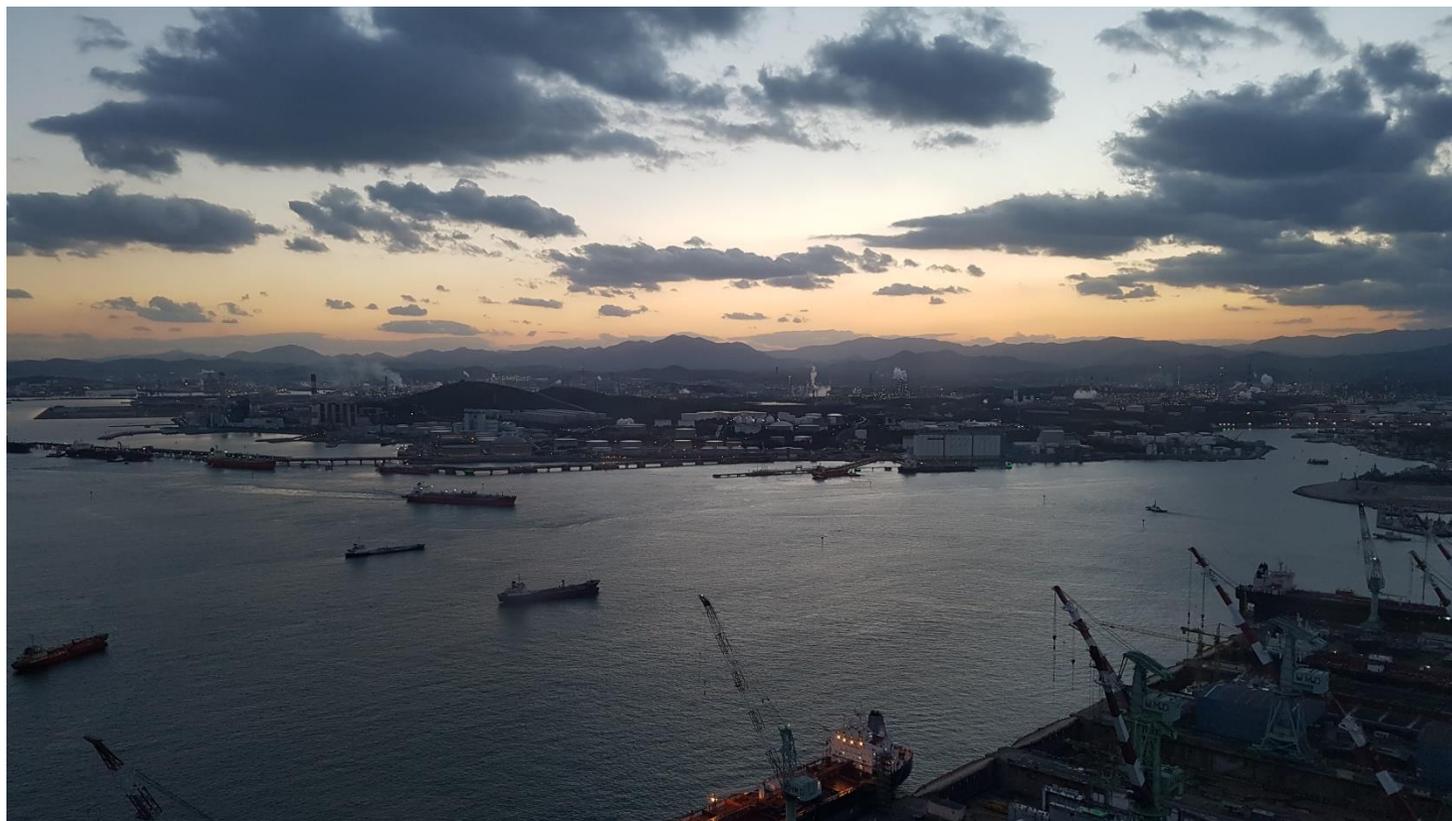
- 일반인 및 의료진을 대상으로 한 온라인(또는 대면) 설문조사 방식
- 환자안전에 관한 일반인 및 의료진 경험 및 인식 조사에서 확인해야 할 문항
 - 다양한 환자안전사건 유형별 경험 문항
 - 병원 및 약국 등 의료기관 유형별 경험 문항
 - 환자안전사건 대응(예: 환자안전사건 소통하기) 문항
 - 환자 참여에 대한 인식 문항
 - 환자안전 문화에 대한 인식 문항
 - 환자안전 관련 정책(예: 의료기관평가인증)에 관한 의견 문항
- 문해 능력이 낮은 집단, 노인, 아동 등 환자안전 취약계층에 대한 고려까지

요약 및 결론

요약 및 결론

- 환자안전사건 소통하기 필요성에 근거하여 도입 논의가 점차 활성화되고 있음
- 환자안전사건 소통하기를 단순히 하는 것이 중요한 것이 아니라 잘 하는 것이 중요
- 환자안전사건 소통하기를 촉진할 수 있는 제도적, 사회적, 법적 환경을 만들어주는 것이 필요
 - 환자안전사건 소통하기 가이드라인 개발 도입, 환자안전사건 소통하기 교육 및 훈련 프로그램 개발, 환자안전사건 피해자 지원 프로그램 활성화, 환자안전사건 소통하기 평가 지표 도입

감사합니다



간호현장의 윤리이슈:



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

간호사의 조직 침묵



이 경 희 교수
두원공과대학교 간호학과

간호사의 조직침묵

- 조직침묵의 개념과 병원간호사의 조직침묵의 실재

발표자: 이경희 (두원공과대학교 간호학과)

순서

- 조직침묵의 개념적 이해
- 간호사 조직침묵의 실재
- 간호윤리의 관점에서 바라본 조직침묵
- 논의





PART I

조직침묵의 개념적 이해

조직침묵(Organizational Silence)

- ‘조직침묵’이란, 조직 구성원이 조직 내 문제나 이슈에 의견, 견해, 생각이 있음에도 불구하고 어떠한 의지를 가지고 발언(voice)하지 않는 현상을 의미(Morrison & Milliken, 2000).
 - 구성원이 부당한 일 혹은 특정 현상을 경험하고 발언의지가 있음에도 불구하고 의도적으로 침묵하는 현상(고대유, 2019)
 - 침묵은 단순한 발언의 부재가 아니며 의도적인 선택행위
- 조직을 발전시킬 수 있는 견해나 정보를 표현하지 않거나 조직의 부정적 정보에 대해 축소하여 전달하는 현상(Vakola & Bouradas, 2005)
- 리더 혼자 이야기하고 구성원들은 조용히 듣고만 있는 현상(황인경 & 박지원, 2008)

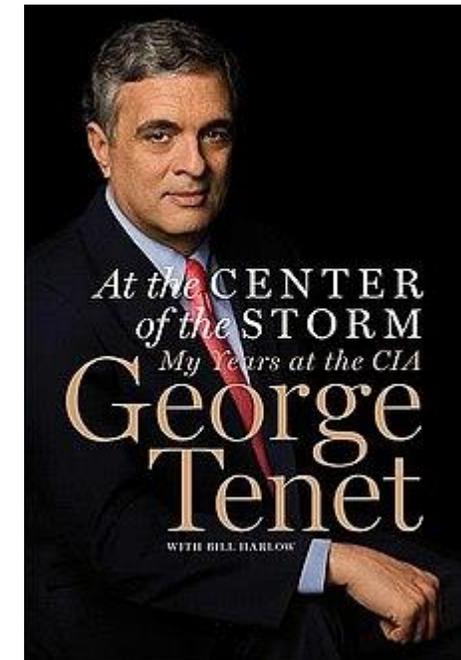
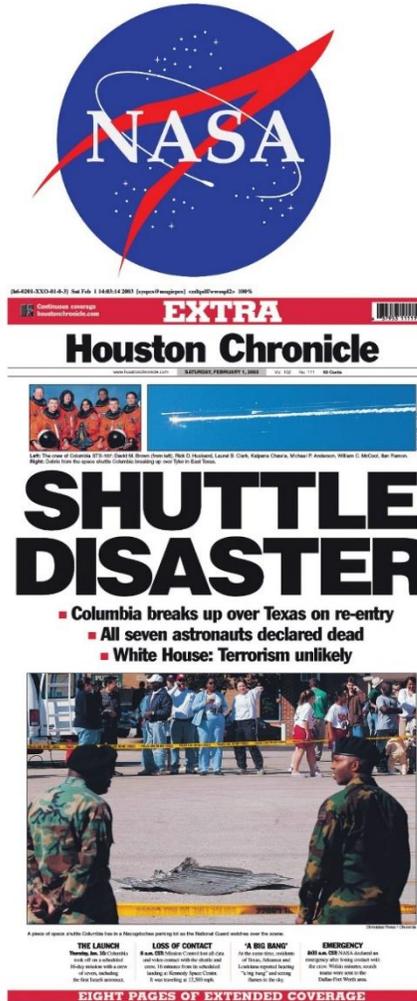
종업원 침묵 (Employee Silence)

- 조직구성원(employees)이 자신이 속한 조직이 처해 있는 상황에 관한 개인의 행동적, 인지적, 감정적 평가에 대해서 상황을 변화시킬 수 있는 사람에게 어떤 형태로든 진심을 담은 표현을 하지 않는 것을 의미함(Pinder & Harlos, 2001).
- ‘불공정한 상황’ 하에서 조직 환경의 변화 가능성에 대해서 자신의 행동적, 인지적, 감정적 평가를 표현하지 않고 내적으로 간직함.

한국적 조직침묵 (강제상 & 고대유, 2014)

- 조직구성원이 조직 내 발생하는 현상과 상관의 결정에 대해 문제나 개선사항을 인지하더라도 ‘상황에 체념 혹은 순응’하거나, ‘자신의 능력에 체념’, ‘상관 혹은 동료와의 관계 악화를 우려’하여 의견이나 이의제기를 회피하는 현상
- ‘한국식 조직문화’의 특성 반영
 - 상명하복, 권위주의, 폐쇄주의
 - 관계지향, 가족주의, 연고주의 및 온정주의
 - 침묵 = 암묵적 동의 또는 충성심

조직침묵의 사례들 - tragic consequences



왜 침묵하는가?

- 낙인의 두려움
- 처벌의 두려움
- 관계손상 혹은 따돌림의 두려움



조직침묵이 주목받지 못한 이유

- 단순한 발언의 부재 (absence of voice)로 여기는 경향
- 침묵의 측정이 어려움 (hard to measure)
- ‘암묵적 동의’ 또는 조직에 대한 충성심 (Vakola & Bouradas, 2005).

Related Concepts:

Terminology	Primary Focus Voice/Silence	Typical Direction	Typical Level of Analysis	Silence or Voice in Response to:	Notable Definitions/Descriptions
Organizational Change	Voice	Upward	Individual	Idea, Need/Improvement	Hirschman (1970) defined employee voice as “any attempt at all to change rather than escape from an objectionable state of affairs” (p.30).
Organizational Justice (Procedural)	Voice	Upward	Individual	Fairness concern	Procedural justice is focused on the justice of the processes that lead to decision outcomes and is fostered through granting of voice during decision making or by adherence to fair process criteria (Leventhal, 1980; Thibaut & Walker, 1975).
Organizational Learning	Voice	Upward Lateral Downward	Individual Group Organization	Need for information and knowledge sharing among employees	Learning in organizations occurs at three different levels, the individual, the team or group, and the organization. Fundamental to OL is the need for information and knowledge sharing among employees (Argyris, 1977).
Whistle-Blowing	Voice	External	Individual	Witnessed wrongdoing	Disclosure by organizational members of perceived organizational wrongdoing to authorities who can take action (Near & Miceli, 1985).
Principled Organizational Dissent	Voice	Upward External	Individual	Perception of moral wrongs in the workplace	“effort by individuals in the workplace to protest and/or to change the organizational status quo because of their conscientious objection to current policy or practice” (Graham, 1986, p. 2)
Issue Selling to Top Management	Voice	Upward	Individual	Attempt to influence organizational decision making	“Issue selling refers to individuals’ behaviors that are directed toward affecting others’ attention to and understanding of issues” (Dutton & Ashford, 1993, p. 398).
Complaining	Voice	Upward Lateral Downward	Individual	Dissatisfaction	“expressions of dissatisfaction, whether subjectively experienced or not, for the purpose of venting emotions or achieving intrapsychic goals, or both” (Kowalski, 1996, p. 179)
OCB - Voice Focus (e.g., altruism dimension, see Smith, 1983)	Voice	Upward Lateral Downward	Individual	Extra-role improvement	“promotive behavior that emphasizes expression of constructive challenge intended to improve rather than merely criticize” (Van Dyne & LePine, 1998, p.109)

Related Concepts(continued):

Terminology	Primary Focus Voice/Silence	Typical Direction	Typical Level of Analysis	Silence or Voice in Response to:	Notable Definitions/Descriptions
Employee Voice	Voice	Upward Lateral Downward External	Individual	Intentional employee expressive behaviors	A broad term potentially encompassing all of the forms of voice related behaviors reviewed. These various forms of employee speaking-up behaviors are primarily differentiated by the nature of the stimulus one is speaking-up in response to, or the underlying intent of the communication, but all are ostensibly forms of employee voice.
Pluralistic Ignorance	Silence	Upward Lateral Downward External	Individual Group	Conformity to social norms	The condition in which nearly all members of a group privately reject group norms yet believe that most of the other group members accept them (Allport, 1924).
Diffusion of Responsibility	Silence	Upward Lateral Downward External	Individual Group	Perceived diminished responsibility to act when in large groups	The mere perception that other people are also witnessing an event will markedly decrease the likelihood that an individual will intervene (Latane & Darley, 1968).
Loyalty and Neglect	Silence	Upward	Individual	Response to job dissatisfaction	Hirschman (1970) suggested that loyal employees may stay and suffer in silence; confident that things will get better. Farrell (1983) building on the work of Hirschman, identified a fourth response to job dissatisfaction which he labeled neglect which is characterized by apathy, passive disengagement, and silence.
Groupthink	Silence	Upward Lateral Downward External	Group	Desire to conform to perceived thinking of the group	A form of thought exhibited by group members who try to minimize conflict and reach consensus without critically analyzing, evaluating, and testing ideas (Janis, 1972).
The MUM Effect	Silence	Upward	Individual	Negative information	Individuals' general reluctance to convey negative information because of the discomfort associated with delivering bad news (Conlee & Tesser, 1973).
Spirals of Silence	Silence	Upward Lateral Downward External	Individual Group Organization	Disagreement with public opinion/avoid isolation	Provides insight into how silence may manifest and perpetuate in the conformance to public opinion, often due to fear of isolation or self-doubt (Noelle-Neumann, 1974).
Abilene Paradox	Silence	Upward Lateral Downward	Individual Group	Desire to conform perceived wishes of the group	Situation where people communicate agreement because they want to conform to the perceived wishes or desires of the group (Harvey, 1974).

Concept: Organizational Silence (continued)

Terminology	Primary Focus Voice/Silence	Typical Direction	Typical Level of Analysis	Silence or Voice in Response to:	Notable Definitions/Descriptions
OCB - Silence Focus (e.g., sportsmanship dimension; Organ, 1988)	Silence	Upward Lateral Downward External	Individual	Prosocial motives	Withholding of work related ideas, information, or opinions with the goal of benefiting other people or the organization - based on altruism or cooperative motives (Van Dyne et al., 2003, p. 1368).
Deaf Ear Syndrome	Silence	Upward	Individual	Organizational failures to respond in a positive way to employees' complaints	Functions as an organizational norm that discourages employees' open and direct expression of their dissatisfaction (Peirce et al., 1998).
Social Ostracism	Silence	Lateral Downward	Individual Group	Exclusionary intent	The act of being excluded or ignored, commonly referred to as the "silent treatment" (Williams, 2001).
Job Withdrawal	Silence	Upward	Individual	Feelings of hopelessness	Belief that speaking-up is futile, thus compelling the employee into further states of disengagement and withdrawal (see Pinder & Harlos, 2001)
Organizational Silence	Silence	Upward	Organization	Organizational-wide silence norms	Collective-level phenomenon of employees withholding information, opinions, or concerns regarding work-related problems or issues (see Morrison & Milliken, 2000, pp. 706-707).
Employee Silence	Silence	Upward	Individual	Based on fear, apathy, or prosocial motives	"The withholding of any form of genuine expression about the individual's behavioral, cognitive and/or affective evaluations of his or her organizational circumstance to persons who are perceived to be capable of effecting change or redress" (Pinder & Harlos, 2001, p. 334).

조직침묵의 속성

- 1) **다면성 (Multi-faceted)**: 침묵의 내용 (issues), 동기 (motives), 대상 (target), 방향 (direction)에 따라서 다양한 침묵현상이 나타남
- 2) **역할 외 행동 (Extra Role Behavior)**
- 3) **사회적 관계의 산물**: 개인의 인지적, 감정적 반응 외에 사회적으로 형성된, 즉 사회적 상호작용의 결과물
 - 집단적 센스메이킹 (Collective Sensemaking)을 통해서 상호 영향을 주고받으며 형성되어 구성원들에게 규범적 압력 (Normative Pressure)으로 작용
- 4) **침묵의 전염 (Contagion)과 전이 (Transition)**: 침묵은 개인수준의 선택에서 시작될 수 있으나 구성원 간 전염되면서 더 많은 개인들이 자신의 의견을 개진하는 것을 꺼리게 됨 (Brinsfield, 2009). 방어적 침묵에서 체념적 침묵으로 전이

조직침묵의 유형

행동 성향	구성원의 주요 동기	행동양식
수동적인 구성원	체념(방관)	체념적 침묵(Acquiescent Silence)
능동적인 구성원	자기보호(두려움)	방어적 침묵(Defensive Silence)
	이타심(협력)	친사회적 침묵(Prosocial Silence)

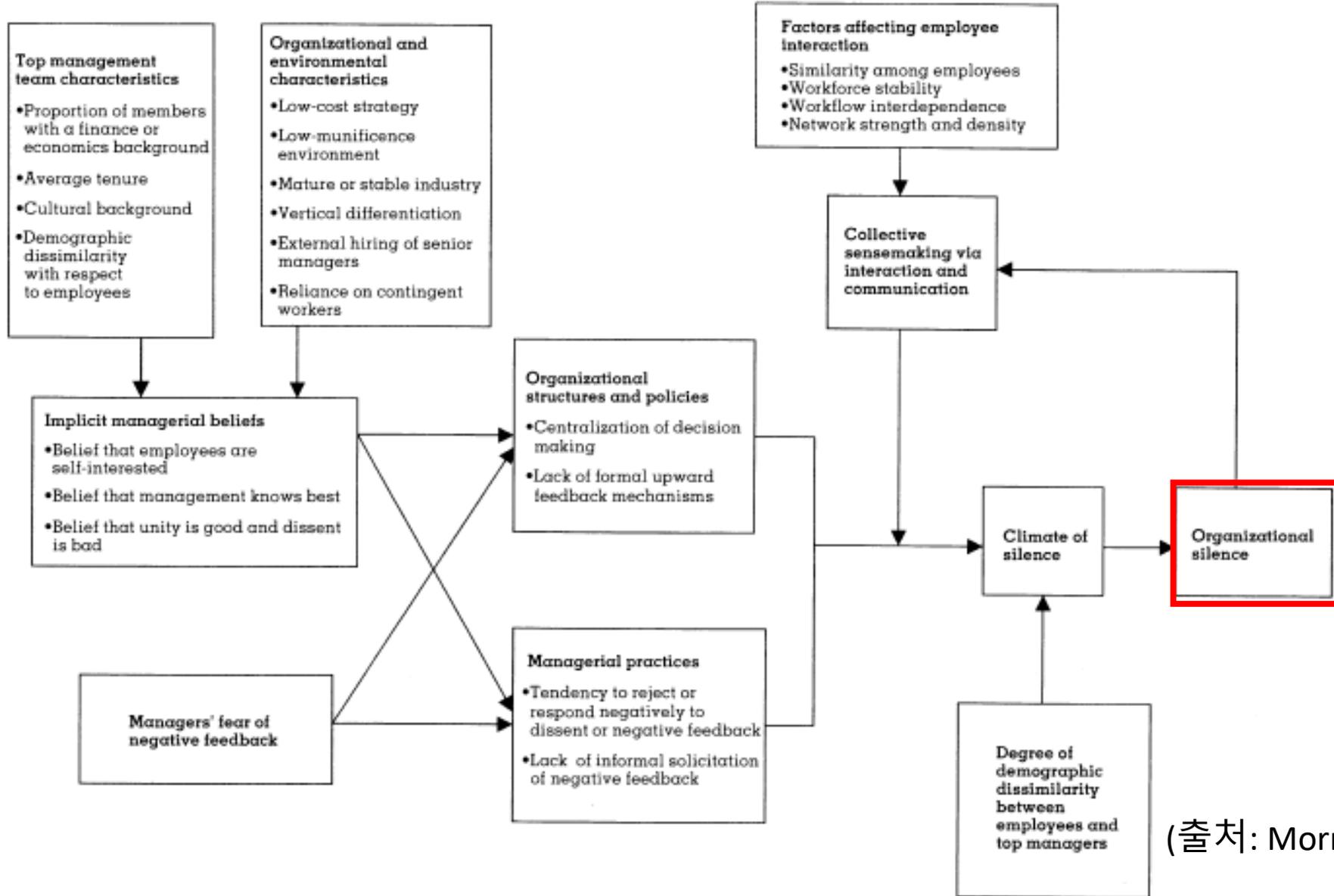
* 출처: 강제상&고대유 (2014)

- 체념적 침묵의 예) ‘말해봐야 소용없는데 굳이 왜 말해야 하지? 내 입만 아프지’
- 방어적 침묵의 예) ‘이걸 내가 말하면 상사가 나한테 보복할지도 몰라’, ‘괜히 제안했다가 나한테 이걸 책임지라고 하면 곤란해지니까 가만히 있자’
- 친사회적 침묵의 예) ‘우리 조직을 위해서 이걸 내가 입다물고 있는 게 좋겠다’, ‘내가 말을 하지 않는 게 우리 병동 간호사들을 돕는 거야’

조직침묵의 선행요인(empirical studies)

구분	선행요인	출처
개인적 특성	성별, 성격, 낮은 지위, 경험 부족	Milliken et al.(2003)
집단/조직적 특성	침묵 분위기	Vakola & Bouradas(2005)
	종업원 참여도	Huang et al.(2005)
	조직/직업 동일시, 상사 지위 인식, 절차적 공정성	Tangirala & Ramajunam(2008)
	리더십 유형(Leadership Style)	Liu et al.(2009); 곽원준 외(2014)
	정통성(Authenticity)	Knoll & Dick(2013)
	권력거리(Power distance), 집단주의, 처벌(Punishment)	Rhee et al.(2014)
	불공정한 문화, 위계적인 구조, 침묵 분위기	Eriguc et al.(2014)
	중앙집권화, 의사소통의 기회	Dedahanov et al.(2015)
	직장 내 배척주의(ostracism)	Gkorezis et al.(2016)
조직정치지각(POP)	Khalid & Ahmed(2016), 이명숙(2016)	

FIGURE 1
Dynamics Giving Rise to Organizational Silence



(출처: Morrison & Milliken, 2000)

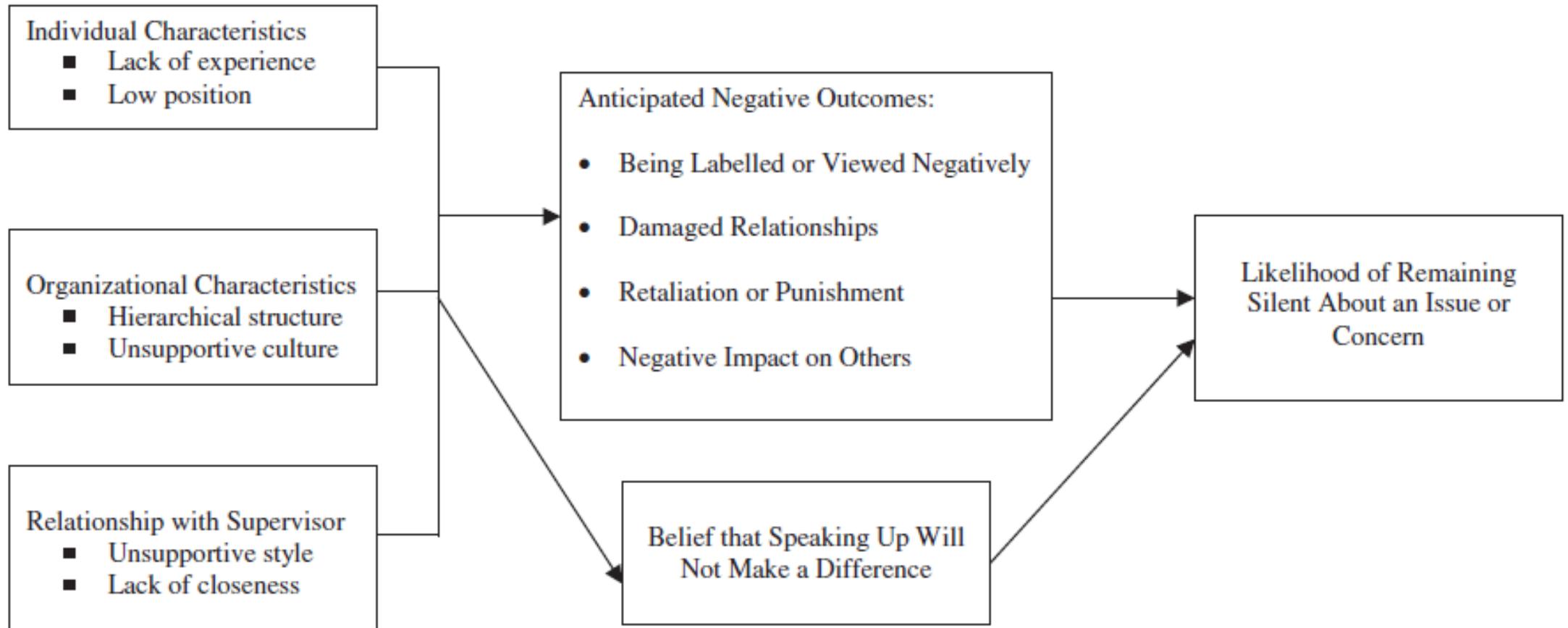
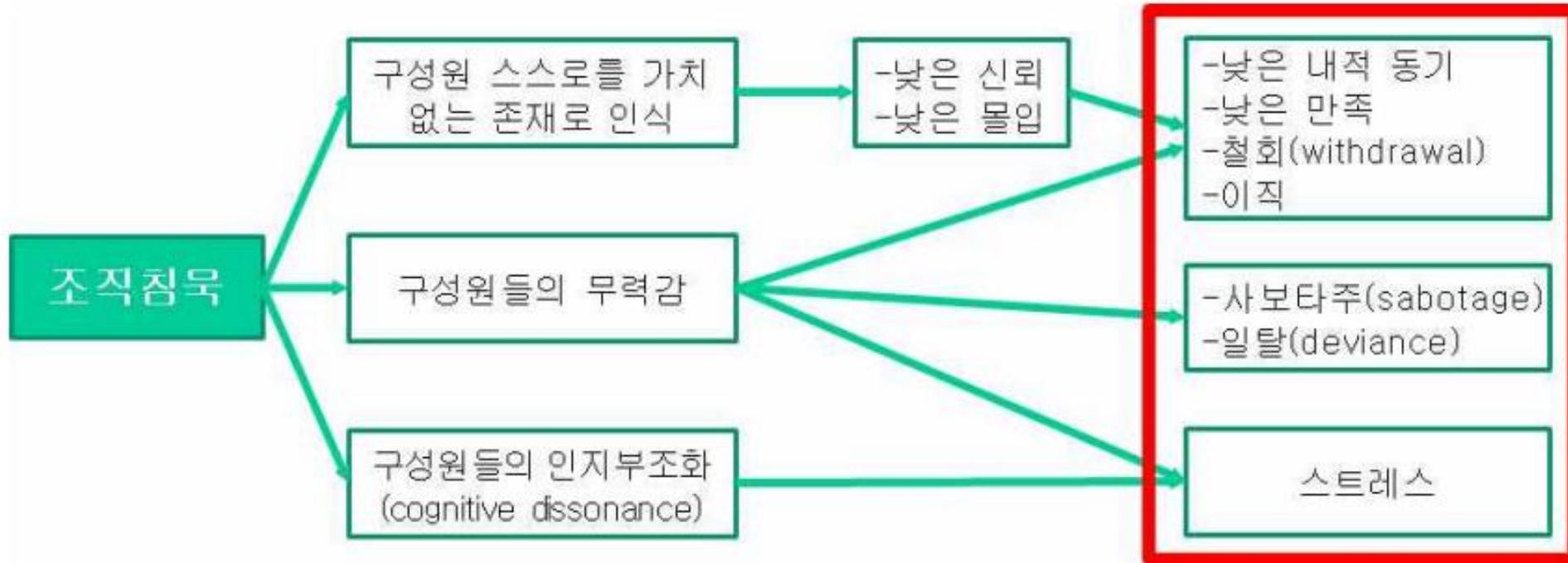


Figure 1. A model of the choice to remain silent

(출처: Milliken et al., 2003)

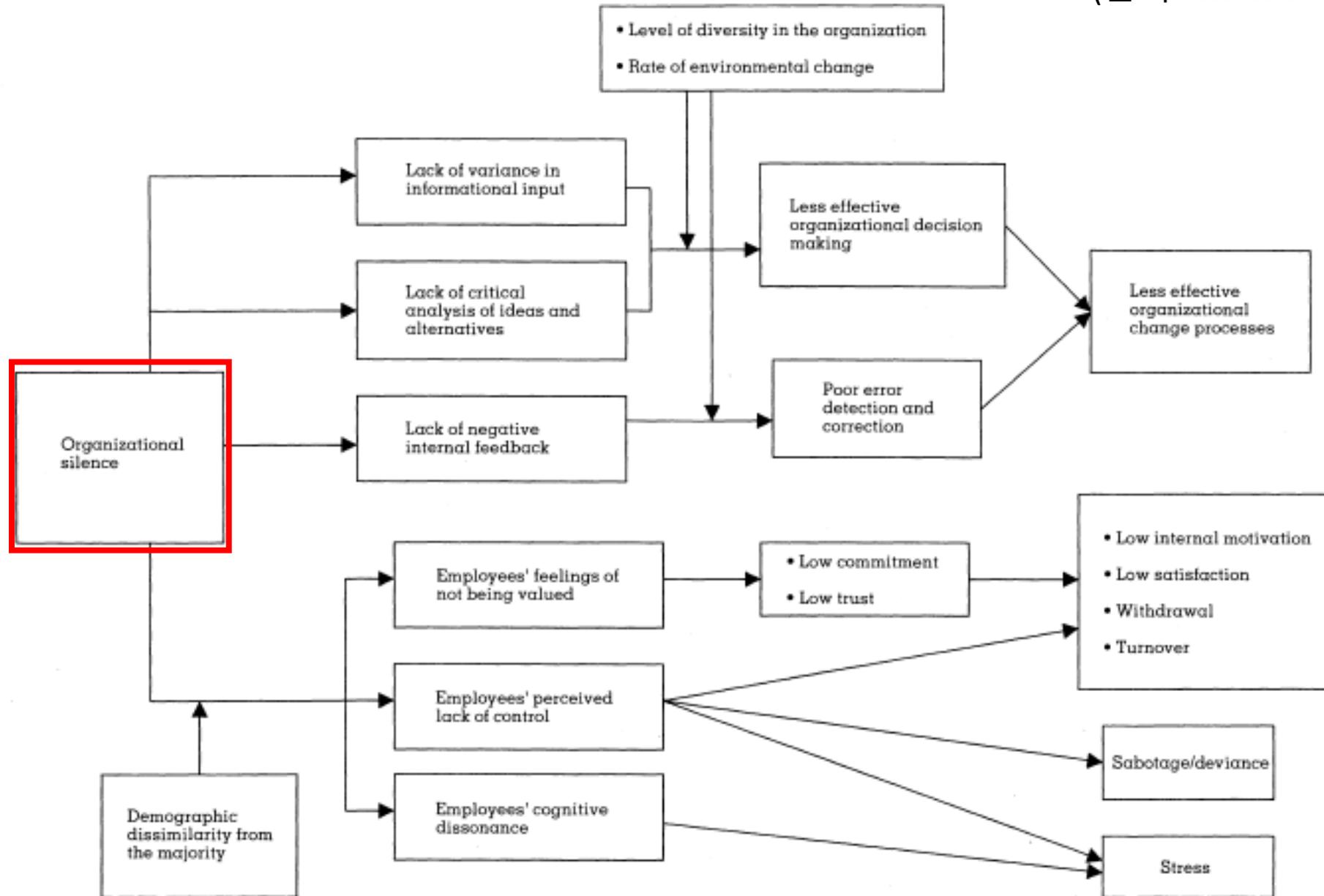
조직침묵의 결과



* Source: Morrison & Milliken, 2000 (고대유&조정현, 2020에서 재인용)

FIGURE 2
Effects of Organizational Silence

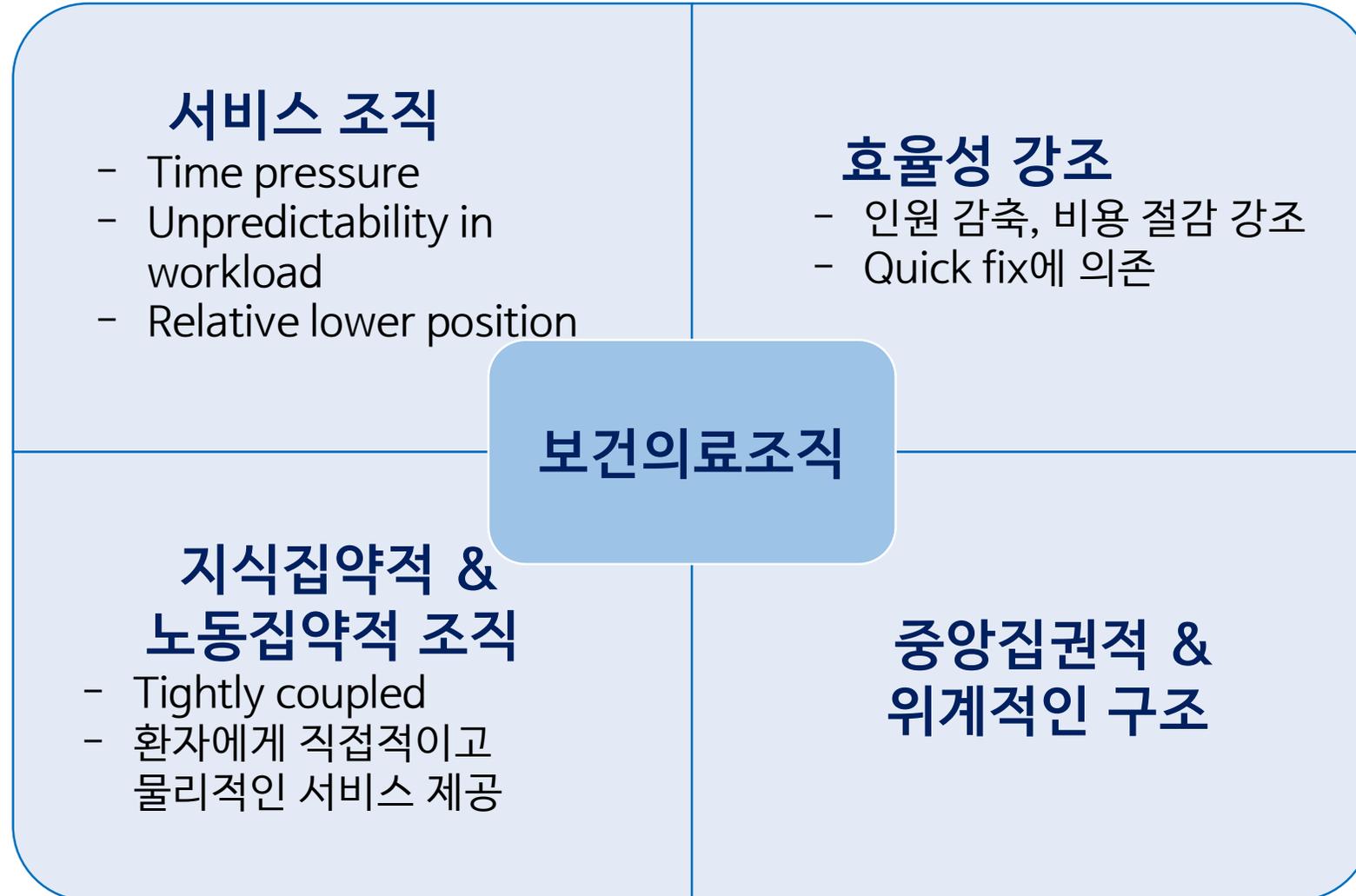
(출처: Morrison & Milliken, 2000)



조직침묵의 결과 (고대유 & 조정현, 2020)

- 개방적인 의사소통을 제한
- 조직 내 집합적 창의성 (collective creativity) 제한
- 조직 내 불법적, 비도덕적 행위의 묵인, 바람직하지 못한 관행의 고착화
- 구성원 개인의 자존감 저하, 부정적인 직무태도 형성
- 조직몰입, 직무만족, 혁신행동, 조직시민행동(OCB)의 억제
- 직무 스트레스, 냉소주의, 이직의도, 반사회적 과업행동 유발

보건의료조직의 특징



병원/간호 조직문화의 특징

- 1) 독립적이고 개별적인 단위 의사소통방식과 문화 – 개별 단위마다 ‘공유된 믿음’ 혹은 ‘공유된 가정’이 존재 (like Quilt).
 - ‘제 2의 천성’ (Henriksen & Dayton, 2006)이 되어 자동적이고 당연시(Edmondson, 2006)
- 2) 실수를 인정하지 않으려는 문화: 조직의 학습기회를 놓침, 결과적으로 환자에게 안전하지 못한 환경 제공 가능성 (Edmondson, 2004)
- 3) 축소보고(Under-reporting) 문화: ‘혼나고 꾸중듣는 문화’, ‘은폐하고 비난하는 문화’ → 두려움. 심리적 안정감의 저하(Edmondson, 1999)
- 4) 의사 주도의 문화: 경험적 지식에 근거한 ‘기술적 합리주의 담론’이 간호사 집단의 ‘돌봄 담론’ 보다 우세(Canam, 2008). 의사가 병원 내 헤게모니 장악.
- 5) 집단적 억압 행동(Oppressive Group Behavior) – ‘좋은 간호사(good nurse)’개념에 충실하기 위해 스스로를 억압. ‘회피’와 ‘타협’이라는 전략. 간호사이자 여성(doubly oppressive)

보건의료 조직에서의 침묵

- 의료의 질 및 환자안전과 관련하여, 의료과오 발생 시 축소 보고 등 침묵 행동이 나타날 수 있음.
- Edmondson(1999; 2003; 2011)은 조직 학습의 관점에서 병원이 실패로부터 학습하지 못하고 있음을 지적함
 - 조직의 문제를 부담감없이 지적하고 발생한 의료 과오를 보고할 수 있기 위해서는 개별 구성원의 ‘심리적 안전감(psychological safety)’이 확보되어야 함.
- 병원에서 나타나는 조직적 침묵은 **환자 안전(patient safety)에 잠재적인 위협**이 될 수 있음(Henriksen & Dayton, 2006).



PART II

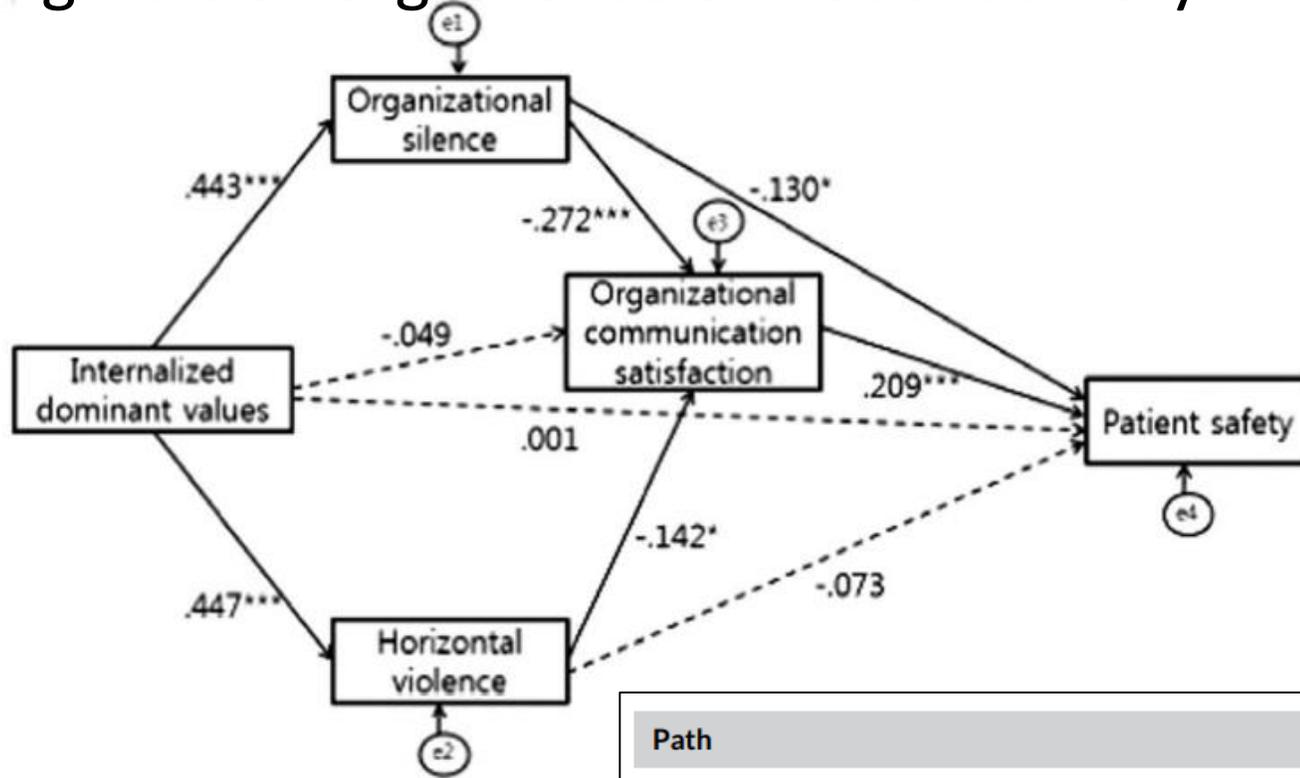
간호사 조직침묵의 실재

- 조직침묵을 어떻게 측정할 것인가?
- 간호사의 조직침묵의 구성과 맥락

어떻게 측정할 것인가?

침묵의 유형	질문 문항
친사회적 침묵	나는 협조하는 마음에서 기밀사항은 숨긴다.
	나는 조직의 이익을 지키기 위해서 조직이 독점적으로 소유한 정보는 보호한다.
	나는 조직의 기밀을 캐내려는 외부의 압력에 굴하지 않는다.
	나는 조직에 해가 될 것 같은 조직의 정보는 누설하지 않는다.
	나는 조직을 위하는 마음에서, 조직의 기밀정보는 적절히 보호한다.
방어적 침묵	나는 결과가 나쁠 것이 염려되어, 내 생각을 다른 사람에게 이야기하지 않는다.
	어떤 정보를 발설한 후의 결과가 두려워서 그 정보를 나만 알고 넘어갈 때가 있다.
	내 입장이 난처해질 것이 걱정되어, 어떤 정보를 일부러 빠뜨리고 이야기하지 않을 때가 있다.
	내 입장이 난처해질 것이 걱정되어, 업무 처리를 향상시킬 수 있는 방안을 제시하지 않는다.
	부정적인 피드백이 돌아올 것이 염려되어, 문제에 대한 해결책을 제시하지 않는다.
체념적 침묵	나는 조직에 대해 별로 관여하고 싶지 않기 때문에 조직을 변화시킬 수 있는 아이디어를 제시하지 않는다.
	나는 조직을 떠날 마음이 있어 좋은 아이디어가 있어도 발설하지 않는다
	나와 관련된 문제에 대한 해결책을 남들에게 이야기 하지 않는다.
	나는 업무능력이 부족하다고 생각하기 때문에, 나자신을 개선시킬 수 있는 아이디어를 사람들에게 말하지 않는다.
	나는 조직에 별로 관여하고 싶지 않기 때문에 업무처리를 향상시킬 수 있는 방안을 제시하지 않는다.

Mediating Role of Org. silence on Patient Safety



* p<.05, *** p<.001

Path	B	SE	β	p
Internalized dominant values→Organizational silence→ Patient safety	-.067	.031	-.058	.016
Internalized dominant values→Organizational silence→ Organizational communication satisfaction→ Patient safety	-.029	.012	-.025	.001
Internalized dominant values→Horizontal violence→ Organizational communication satisfaction→ Patient safety	-.015	.009	-.013	.021
Total indirect effect	-.111	.028	-.096	.002

* source: Doo & Kim, 2019

간호사는 무엇을 침묵하는가? (침묵의 내용)

번호	상위 범주	하위 범주
1	자신의 업무 관련	업무 관련 의견이나 의문사항/문제점
		업무의 쓸림. 업무 과부하. 업무 스트레스
		간호사의 직업적 한계
		근무 중 애로사항이나 문제점
2	의사와의 업무 관련	의사와의 의사소통(order, notify, on call)
		의사의 오더에 대한 추가정보나 의문
		의사와의 의견 차이
		의사로부터의 무시와 모욕, 성적 희롱
3	부서 내 규칙/절차 관련	병동 내 규칙. 관행에 대한 의견과 불만
		시스템 및 업무 절차에 대한 의문이나 제안
		병동 모임 등에서의 의견 개진
4	간호사 간 갈등 (윤리 및 공정성)	간호사들끼리의 관계. 갈등
		선배 간호사의 괴롭힘(태움)
		선배. 동료 간호사의 차별 대우
		수간호사의 동료 간호사 편애
5	상급자의 관리역량이나 성과	수간호사의 업무 능력/병동 운영 스타일
		수간호사의 인력 관리 스타일
		수간호사의 문제해결 등 리더십 능력
6	동료나 선배의 역량이나 성과	선배. 동료 간호사의 업무 능력 및 성과
		선배. 동료 간호사의 업무 중 실수. 과오
7	책임 관련	환자안전에 대한 간호사의 책임
		투약 오류 등 업무 중 실수에 대한 책임
		간호사로서의 환자에 대한 책임감
		사고 및 문제발생 시 책임 소재의 문제
8	조직 구조와 자원 관련	간호 인력 부족
		열악한 근무 환경/조건
		근무 수당이나 보수 등

간호사는 왜 침묵하는가?

1. 나에게 돌아올 불이익에 대한 두려움

아무래도 이걸 말하게 되면 **저한테 돌아오는 불이익이라든지** 뭔가..과장님 앞에서 더 안 좋게 보일 수 있으니까 그런 거 때문에 더 말을 못하지 않나 생각해요.(A 간호사)

이러이런 건 문제이지 않느냐고 **말하면 오히려 제가 보복을 당할 수도 있을 것 같고**, "재 저거 보라, 진짜 사회생활 못 한다"고 얘기를 하시기도 하고 오히려 제가 더 안 좋은 불이익을 당할 수 있으니까 말을 못했었던 것 같아요.(G 간호사).

2. 발언에 대한 책임 회피

만약 내가 발의를 했을 때 얻어야 할 변화가 생기잖아요. 그리고 어떻게 보면 **그 발언에 대한 책임도 생기고. 그거를 조금 피하고 싶은 거 같아요.** 근무시간에 내 할 일만 딱 하면 되지 제가 막 나서서 뭔가를 변화하고자 하는 마음이 없는 거 같아요. (B 간호사)

관심이 없는 건 아닌데 **굳이 내가 총대를 메기는 싫다는 거죠. 또 나중에 뒤에서 누가 이야기했는지 다 이야기하고...** "누가 말했다" 이런 거를 다 얘기할까봐... 그것도 있고요...(I 간호사)

3. 말해봐야 나아지지 않는 결과

그냥 제안하면 무조건 좋은 것들도 있을 수 있는데 **반영되지 않는 경우가 많은 것 같아요.** 병원 시스템이나 새로 뭔가 기구를 들여오는 문제라든지 그런 것들이 위로 올라가더라도 안 되는 경우가 많기 때문에 수간호사 선생님 선에서 자르시거나 전체 포털에 제안 사항 같은 것을 제안하더라도 피드백이 오지 않는다면 이런 것들 때문에 말을 잘 안하게 되는 것 같아요.(D 간호사)

간호사의 조직침묵의 맥락

상위범주	하위범주	핵심개념
말보다는 일로 인정받고 싶은 마음	일 잘하는 간호사	필요조건, "일도 못하고 눈치도 없는 애"
	눈치껏 보고 배우기	스스로 납득하고 이해하기, 드러내지 않기
	설 곳이 없는 올드	업무의 단순반복, "찬밥 신세"
말을 꺼내기 힘든 분위기를 익힘	분위기를 배움	그냥 참고 넘어가는 분위기, 그냥 받아들이기
	통제와 단절의 공간	외부와의 단절, 비교대상의 부재, 엄격한 통제와 감시
	위계 사회	여자 군대조직, 자신의 서열을 인지
	발언의 암묵적 자격	암묵적 발언권의 존재를 감지, 말할 자격이 있는 올드
말해봐야 소용없는 현실	고되고 힘든 노동	3교대 근무의 육체적 소진, 높은 환자 중증도
	높은 직무 스트레스	예측하지 못하는 응급상황, 지속적인 감시
	늘 부족한 간호 인력	잡은 사직자 발생, 만성화된 인력부족
판단하기 어려운 복잡한 상황	당연시 되는 부당한 관행들	이미 고착화된 룰과 방식, 신규에게 일 몰아주기
	비일관된 업무 지침과 절차	내 맘대로 일처리
	떠밀려 온 일들	경계가 모호한 업무들, 의사업무 대신 하기
쉽게 맞서지 못하는 갈등	서로 다른 입장의 충돌	견해 차이, 직종과 직급에 따른 판단
	결과에 묻히는 관계의 문제들	감정적으로 상처주기
	소통하기 어려운 의사들	대답없는 주치의, 정보는 곧 권력
	관계보다 중요한 건 결과	결과만을 중시하는 병원, 소통 무시
피하고 싶은 부당한 책임	책임 떠안기	환자에 대한 지나친 책임, 총알받이
	'인계'되는 책임	불분명한 책임 소재
	환자안전보고서는 '처벌'보고서	결과를 중시, 사람의 문제로 물고감
	되돌아오는 비난의 화살	동료로부터의 비난, 의사로부터의 비난
나를 지지해주지 못하는 리더	군림하는 병동 관리자	권위적이고 비수용적인 수간호사,
	내 편이 아닌 나의 리더	책임 피하기, 의사에게 굽신거리기
	의사소통 통로의 차단자	마음대로 결정, 형식적인 면담,
	실패한 롤 모델	신뢰 상실, "오픈 마인드 코스프레"
의미도 없고 통로도 없는 소통	형식적인 모임에의 수동적인 참여	억지 참여, 형식적인 모임
	전체 의사소통 기능의 한계	소통공간의 부족, 의미없는 직원 게시판
	일방적인 전달과 상향적 소통의 차단	설득이 아닌 명령, 탁탁탁 차단되는 구조
	은근슬쩍 내비치기	끼리끼리 소통하기

1) 말보다는 일로서 인정받고 싶은 마음

- 병동/부서 내에서 인정을 받으려면 우선적으로 자신이 맡은 업무를 제대로 수행해야 한다고 생각함.
- 업무가 익숙해져 병동 식구로 인정을 받기 전까지는 ‘눈치껏 따라 배우고’ ‘스스로 납득’
- 근속연수가 짧은 간호사일수록 스스로 자신의 의견은 중요하지 않다고 여기고 침묵하는 것은 당연하다고 여김.

제가 아무래도 신규였기 때문에 **제 일하기가 바빴기 때문에 뭘 말해야 하는지를 잘 몰랐어요.** (C 참여자)

한 1년 정도 지나고 하면 병동에서도 ‘아 애는 이제 우리 사람인가’라고 느낄 수 있게끔 대우를 해주거든요. 그전에 신규일 때는 아예 그냥... 말도 진짜 “너는 이 일을 왜 이렇게 하냐..”는 식으로 차갑게 말을... 흔히들 ‘태운다’고 하잖아요. 엄청 갈구고 태우고 사소한 거 가지고도 꼬치꼬치 다 캐묻고... 한 1년 정도가 마지노선인 거 같아요. 물론 그 이상이어도 일을 제대로 못하면 많이 뭐라고 하긴 하지만요... (E 참여자)

일은 일단 못하면 안 되는 거예요. 그건 필요조건인 것 같아요. 일을 못하면 일단 여지가 없는 것 같아요. **일도 못하면서 컴플레인까지 하면 “재는 일도 못하고 눈치도 없는 애”라는 소릴 듣는 거예요.** (D 참여자)

2) 침묵해야 하는 분위기를 익힘

- 간호사들은 업무 중 문제점을 직접 느꼈다 하더라도, 이미 집단 내에 “참고 넘어가는 분위기(climate)”가 형성되어 있으면 자신의 의견을 직접 드러내는 것을 주저하게 됨.
- ‘침묵 분위기’는 수간호사의 리더십, 구성원 간 역관계 등에 크게 영향을 받음.

거의 참고 넘어가는 편이에요. 병동 내 다른 선생님들도 거의 다 참고 넘어가요. (왜 다 참고 넘어가는 걸까요?)

병동 분위기인 것 같아요... 그리고 “누가 말했다” 이런 거를 다 얘기할까봐... 그리고 다 얘기하지 못하는

암묵적인 분위기랄까... 그런 게 있어요. 얘기를 하라고 하는데 그러지를 못하는... (1 참여자)

3) 말해봐야 달라지지 않는 현실

- ‘고되고 힘든 노동’, ‘3교대의 어려움’, ‘높은 직무 스트레스’, ‘만성적인 인력 부족’ 등 열악한 간호업무 환경은 육체적 소진, 시간적 압박, 업무 외적인 정보로부터의 소외/차단 등으로 인해 조직침묵이 쉽게 형성될 수 있는 물리적인 요소로 작용
- ‘업무 환경 개선’이나 ‘인력 충원’ 등의 문제는 이미 제기되어 왔지만, 결국 ‘말해봐야 달라지지 않는 현실’임을 인식

*일이 힘들고 사람이 부족하고 그런 부분에 대해서는 이야기하지 않아요. 어차피 똑같이 다 힘들도 똑같이 다 밥 못 먹고 일하고 똑같이 늦게 퇴근하거든요. 우리 병동에서 **나만 그러는 게 아니니까** 그거에 대해서 말을 할 수가 없는 거 같아요. 다른 병동은 어떻게 하고 있는 지 저희는 모르니까 저희 병동에 대해서는 다들 느끼고 있는 것이니까 말을 하기 힘들죠. (J 참여자)*

4) 판단하기 어려운 복잡한 상황

- 병동/부서마다 이미 불문율처럼 존재하는 ‘암묵적’ 규범(norm)과 관행(practice)이 존재함. 비합리적이고 비일관적으로 적용된다 느끼더라도 의견제기가 힘든 상황.

*비일관적인 것도 많은 것 같아요. 아마 같은 병원이지만 병동마다 프로토콜이 다 다를 걸요? 이 병동에서는 이렇게 했는데 다른 병동에 가면 다르게 적용이 되고.. 그리고 올드가 예전 버전의 내용을 알고 있으면 **신규인** 제가 제대로 알고 있더라도 인계받을 때 왕창 깨지고 뭐라 항변을 할 수가 없는 거죠. **혼나지 않으려면 그냥 가만히 있어야 하는 거예요.** 그러니까 비일관적일 수밖에 없는 거예요. (D 간호사)*

*너무 자주 바뀌어요. ‘기준’이라든지 이 ****병원의** 규정이 엄청 많아요. 근데 그게 바뀔 때마다 엄청 인계를 하는 거예요. 쉬다가 오면 또 바뀌어 있고... 일하는 거에 대해서 너무 자주 바뀌니까 “이렇게 하자”했다가 “저렇게 하자”했다가, 또 진료과 협의회가 있잖아요. 협의회가 있을 때마다 이렇게도 바뀌고 또 저렇게도 바뀌고.. (I 간호사).*

5) 쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황

- 간호사들 간 발생하는 갈등이나 문제에 대해서 발언하는 것을 가장 어렵게 느낌. 간호사 간 관계를 중시하는 구조
- 과정보다는 ‘결과’를 중시하는 업무특성 상 쉽게 갈등 상황에 나서기 힘들

환자와 부딪치는 문제는 말하기 쉬워요. 환자랑 간호사 사이, 간호사와 의사 사이 문제는 꼭 미팅이 아니더라도 인계 시간에도 하긴 하는데, 이제 **간호사랑 간호사 사이의 문제는 잘 말을 못하게 되요**(A 간호사).

아무래도 같은 간호사다 보니까 선생님들과의 의견 차이는 잘 이야기 안 하려는 게 있죠. **팀워크가 깨질까 봐, 그리고 분위기가 흐려질까 봐** 그런 게 좀 있죠(C 간호사).

병원에서는 관계가 중요한 게 아니라 **결과가 중요하다고 보는 거예요**. 게다가 그 결과도 굉장히 자의적이고. 여기는 환자를 잘 보고 에러 안치고 이렇게 일하면 뭐 성격은 개차반이라 하더라도 상관없다 이런 분위기가 조금 있어서 그런 것에서 오는.. 뭔가 서로를 배려하지 않는 분위기.. 특히 상급자나 위에 사람이 그렇게 예상할 수 없고 개인적인 기분에 따라서 인계를 조금 까칠하게 받는다든지 그런 식의 행동을 하게 되면 아랫사람 입장에서는 그 사람 눈치를 보게 되는 거죠. 그게 비합리적이고 이해가 되지 않으니까 더 문제가 되는 거죠.(D 간호사)

6) 피하고 싶은 부당한 책임들

- 병원 간호사로서 떠넘겨지는 부당한 ‘책임들’에 대한 부담감, 그리고 이를 회피하고자 침묵을 선택함.
- 병원 내 문제의 해결방식이 ‘소 잃고 외양간 고치기’ 식이고 당사자를 ‘비난하기’ 식으로 처리.

문제가 많죠. 기본적으로 의견을 피력할 수 없는 게, 대안 제시를 하면 책임전가를 하니까요. 예를 들어 제가 뭐 하나 건의를 하면 “만약에 이게 잘 되지 못했을 경우나 문제가 생겼을 경우에는 어떻게 할거냐? 그런 식으로 대안제시에서 책임전가를 물어보니까 말을 할 수가 없구요, 기본적으로 뭔가 의견제시가 안 받아들여지니까... (F 간호사)

전체적으로 병원 문화가 그런 것 같아요. 그냥 시쳇말로 사건이 터지면 ‘총알받이’ 찾듯이.. 우리는 추적하잖아요. 집요하게... 문제가 생기면 이걸 구조적인 원인으로 접근하고 뭔가 시스템적으로 개선한다거나 하는 건설적인 방향이 아니라 스케줄부터 뒤지잖아요. 누가 했었는지, 추적하면서 범인을 꼭 색출해서 비난하고 하려고 하니까 점점 사람들이 소극적으로 바뀌고, 봐도 못 본 척 하고 들어도 못 들은 척 하게 되는 거죠. 그게 가장 큰 것 같아요 (F 간호사).

운이 좋으면 그냥 넘어가는데 혹시 환자 상태가 안 좋아지면 언제 누구부터 안 좋아지기 시작했나를 추적조사를 해서 애 때부터 안 좋아졌다고 그러면 “애가 noti.를 안했다” 이렇게 말이 나와서 전체 인계 때도 깨지고... (G 간호사)

7) 나를 지지해주지 못하는 리더

- 간호사들은 조직의 중간 관리자로서 수간호사의 영향력을 크게 느끼고 병동의 분위기를 주도.

병동 분위기가 약간 수선생님이나 윗사람을 따라가잖아요. 수선생님이 유쾌하면 병동분위기도 유쾌하고 수선생님이 엄격하면 병동분위기도 바뀌고... (P 간호사).

그게요... 제 생각엔 리더(수간호사)의 스타일이 중요한 거 같아요 (F 간호사).

- 권위적이고, 비수용적이며, 무능하고, 공정하지 못한 관리자에 대한 ‘실망’과 ‘불신’이 존재.
- 일선 간호사들의 의견이 반영되지 않고 오히려 리더로 인해 의사소통이 차단됨(blocker).

사실은 밑에 간호사들한테 별로 관심이 없고 본인 일도 charge선생님한테 다 시키고 병원 측에 충성을 다하긴 하는데 직원들한테는 돌아오지 않는 편이었어요. 항상 이런 거 부족하다, 인력이 부족하다 이렇게 말하는데 수샘 다음으로 높은 연차 선생님들이 아무리 병원에 이야기를 하고 간호팀장님한테 이야기를 해도 “아니다, 괜찮다”고 말씀하셔서 병동 인력충원이 안되었던 적이 있었어요. (K 간호사)

다른 선생님들도 업무 개선에 대해서 이렇게, 이렇게 하면 좋을 것 같다는 의견들이 다들 조금씩 있으시지만 이게 일단 수간호사 선생님한테 말씀드리더라도 그 위로 올라가지 않는 경우가 많거나 반영되지 않는다고 많이 느끼시는 것 같아요 (D 간호사).

8) 의미도 없고 통로도 없는 소통

- 대부분의 병원 간호사 조직에서의 의사소통방식은 ‘일방적이고 지시적이며 피드백이 없는 하향적 의사소통 (top-down communication) 방식임.
- 병동 모임 등의 발언을 할 수 있는 기회조차 형식적이고 수동적인 참여로 인해 의미있는 의사소통의 기회가 되기 어려움.

여기가 너무 상명하달식이고 아래에서 위로 전혀 이야기할만한 분위기가 아니고 항상 위에서 아래로 내려올 뿐이지 아래에서 위로 올라갈 수가 없는 거 같아요. 그게 불가능한 거 같아요. (E 간호사)

의견이 아래에서 모여져 위로 올라가는 게 아니라 위에서 아래로 내려오는... 저는 이 병원만의 특징이라기보다는 일반적인 병원의 특징이 그런 것 같아요. 의사 진료부는 제가 잘 몰라서 말씀을 못 드리겠지만 진료부도 교수의 권위가 워낙 세서 좋을 것 같지는 않은데, 간호사가 특히 좀 경영 쪽에서 보면 굉장히 시대에 느린 듯한 느낌이 들어요 (F 간호사).

- 전체적으로 문제점을 느끼거나 의견을 제시하고 싶더라도 소통이 차단된 구조에서 무기력함을 느낌.

생각해보니.. 얘기할 곳이 없었던 것 같아요. 어디에다가 얘기를 해요. 선배 간호사도 그렇게 얘기를 하고 수간호사님 같은 경우도 비슷했어요. (G 간호사)

병원에서 의견을 내고 공유할 수 있는 공간이 별로 없는 거 같아요. 기껏 있는 게시판은 벅룩시장밖에 없고... 전체 포털에 제안사항 같은 것을 제안하더라도 피드백이 오지 않는다는가 이런 것들 때문에 말을 잘 안하시게 되는 것 같아요. 아..그거 너무 후진 문화를 반증한다고 생각했었어요 (D 간호사).

- 암묵적 발언 자격이 있거나 영향력이 있는 사람에게 “은근슬쩍 내비치거나” “끼리끼리 모여서 이야기하고 마는“ 비공식적인 소통방식을 택함.

저희는 팀에 올드 선생님이 계시니까 그 선생님이 아무래도 charge 선생님이시고 친하시니까 **슬쩍 슬쩍 이야기를 해주시는** 편인 거 같아요. 가끔가다가 저희가 “아 이런 거 때문에 힘들어요” 라거나 “누구랑 누가 약간 사이가 그런 거 같아요” 이런 걸 사적으로 이야기를 하면 “아 그러냐” 이렇게 이야기를 들어주시고 내가 이야기를 해보겠다, 이렇게 해주시는 편이기는 해서 공식적으로 거론되는 것보다는 그런 식으로 풀고 해주시는 것 같아요 (C 간호사).

병동 내에서 직접적으로 가서 말씀을 드린다기 보다는 **그냥 끼리끼리 모여서 이야기를 하다가** 생각이 뻘컘하신 올드 선생님이 그걸 들으시면 그래도 수간호사님이라 가까이니까 은근슬쩍 인계하다가라든지 아니면 티룸에서 수간호사님이라 잠담을 하다가 그런 이야기를 꺼내시는 경우가 좀 있는 건 봤어요. (E 간호사)

병원 간호사의 조직침묵

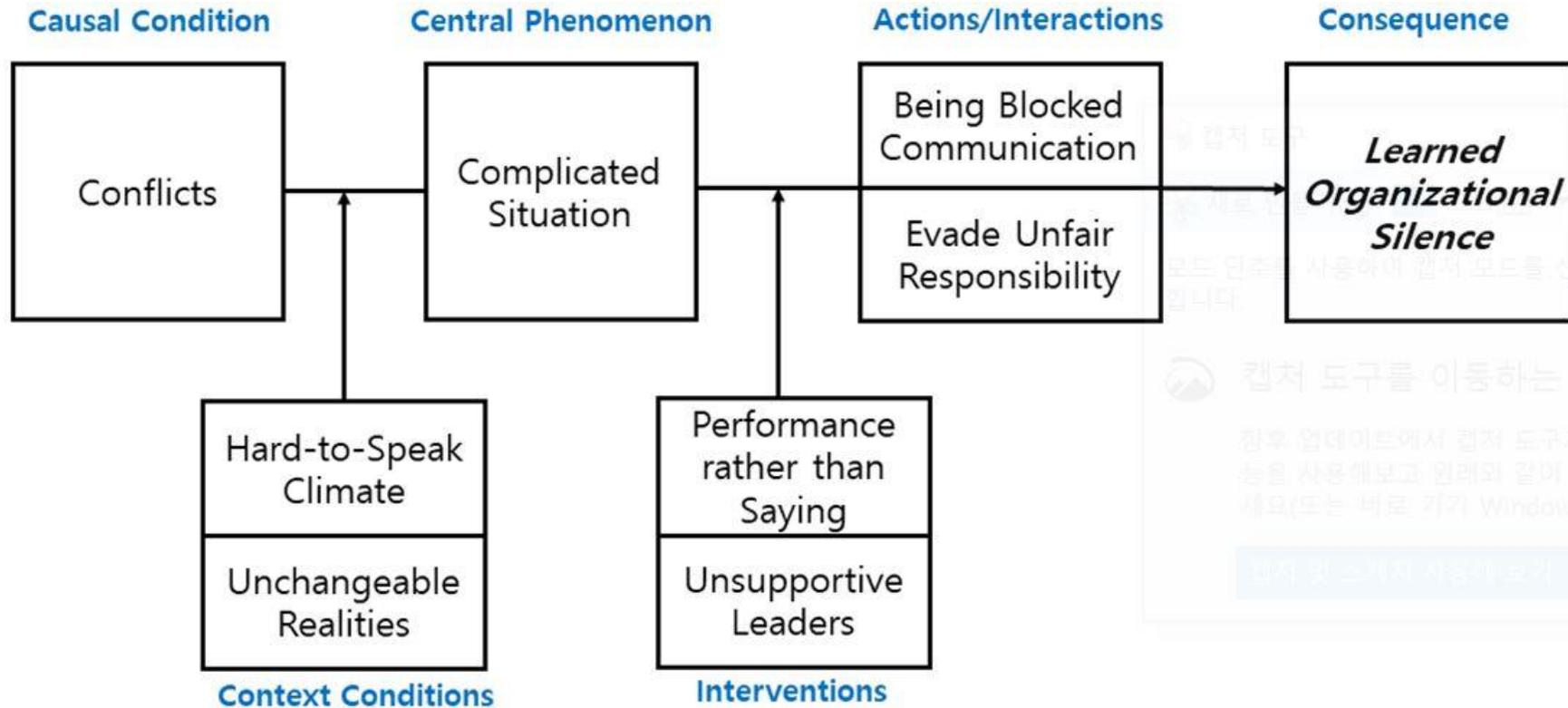
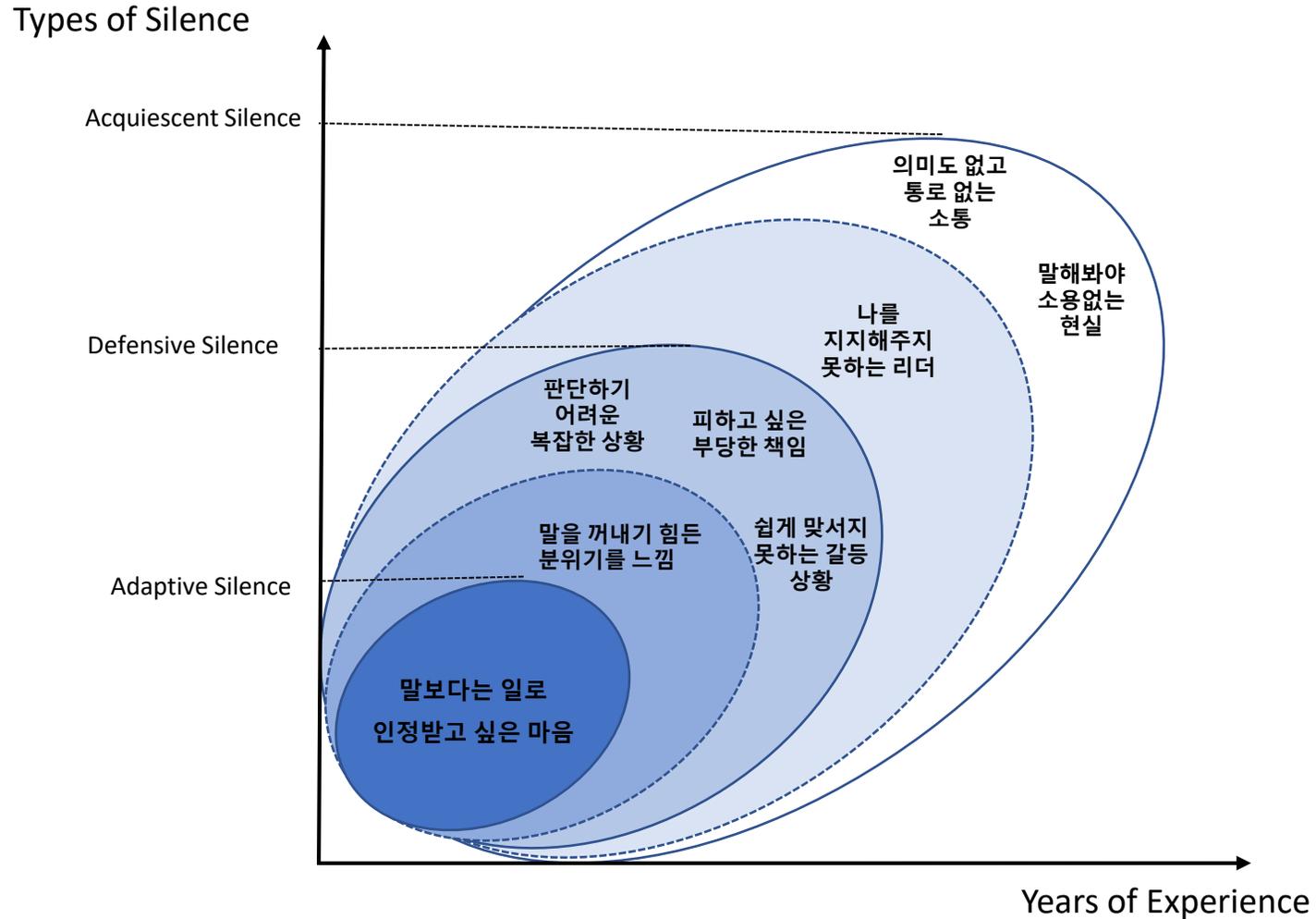


Figure 1. Paradigm Model of Organizational Silence in Hospital Nurses

4) 조직침묵의 다층적 전개 과정



병원간호사의 조직침묵

1) 위계적인 구조와 문화에서 비롯된 침묵

- 병원 조직 및 직종 문화가 반영된 침묵. 자기 검열과 수동성, 침묵을 당연 시하는 분위기에 익숙해짐 (Detert & Edmondson, 2011; Morrison & Milliken, 2000)
- 자신이 처한 상황에 대해서 불확실성을 가지고 있기 때문임 (Brinsfield, 2013).

2) 복잡한 갈등과 무력한 소통에서 비롯되는 침묵

- 직업의 사회적 위치로부터 파생되는 권력적 상하관계 (조병희, 2006). 의사소통 과정에서 주변부화됨 (Gardezi et al., 2009): “끼리끼리 소통하기”, “은근슬쩍 내비치기” 등
- 적절하고 정확한 정보의 공유, 전달과 피드백 시스템

3) 말해봐야 소용없는 현실에 대한 체념적 침묵

- 적절한 인력과 자원의 공급은 자유로운 발언 (speak up)의 중요한 선결 조건임 (Kaldjian et al., 2006)

병원간호사의 조직침묵(2)

4) 부당한 책임 전가로 인한 낮은 심리적 안전감에서 오는 침묵

- 지나치게 과업 중심적이고 복잡한 의사결정 과정으로부터 자신에게 지지적이지 못한 환경은 행위주체로 하여금 감정적인 부담을 가중시키고 심리적인 안전감(psychological safety)을 위협받음(Edmondson, 2004).
- 부당하다고 느끼는 책임(responsibility)과 비난은 곧 침묵으로 이어짐-> 자신을 보호하는 하나의 방식으로 이해(Stern et al., 2008).
- 환자 안전 문화를 조성하는 것 역시 환자안전 활동에 있어서 필수적인 요소(Nieva & Sorra, 2003, p.17)이고 환자안전은 전 세계적으로 보건의료조직이 당면한 핵심적인 이슈이기 때문에 조직침묵 관점에서 간호사의 환자안전과 관련한 책임은 중요하게 다루어야 할 것임.

5) 조직침묵에서 리더의 중요성

- 중간 관리자를 통한 조직지원인식(Perceived Org. Support; POS)은 곧 조직에 대한 몰입으로 이어짐(Eisenberger et al., 1986; 2001).
- 관리자의 일방향적인 소통 방식이 아닌 쌍방향적인 피드백과 수용하려는 자세
- 조직의 변화를 위한 강렬하고, 가시적인 병원의 지원 필요(Okuyama et al., 2014)



PART III

간호윤리의 관점에서 본 조직침묵

간호사의 윤리적 딜레마 상황

- 환자의 의견에 위배되는 치료 및 환자 학대, 과도한 생명연장 (Berger et al, 1991)
- 의사결정에 대한 책임이 없고 상황이 불확실한 경우 (Uden et al., 1992)
- 정보와 사실 제공의 보류, 불공평한 간호제공, 기관의 가치와 전문직업적 가치 간의 차이, 규칙의 위반과 보고 (Gold et al, 1995)
- 간호인력 부족, 회복불가능 환자의 적극적인 치료, 의료진과의 비협조적 관계, 간호지식 및 경험부족 (한성숙, 1992)

간호사의 윤리적 딜레마 체험의 의미구조 (박현주, 2009)

중심의미	중심주제
역할 제한	제도적 관행, 의사결정권, 제도적 우선주의, 성급한 가족포기, 경제적 도움
판단의 어려움	상황결정의 모호성, 지식 및 경험부족, 의견대립
자기 방어적 태도	최선을 다하지 못함, 자기관리, 자기합리화, 의도적 무관심, 의도적 회피, 거짓말, 의례적 동조, 자기 비하감, 회의감
인간관계의 어려움	선후배 간 위계, 중재자 역할, 비협조적 행태, 무례한 언행
노출시킬 수 없는 관행	무성의한 행태, 묵인된 실수, 타성적 행태

간호윤리의 관점에서 본 조직침묵

- 인간관계의 어려움과 타성적 업무 관행, 실수와 과오의 묵인 등의 윤리적 딜레마 상황에서, 의도적 무관심 또는 회피, 자기합리화, 의례적 동조, 자기비하와 회의감 등 자기방어적 태도로 윤리적 딜레마 상황을 모면
- 윤리적 딜레마에 대한 대처유형으로 침묵을 선택할 수 있음
- 조직에 침묵 분위기(풍조)가 만연하다면 침묵의 전염과 전이를 통해서 침묵을 학습하고 선택
- 환자 안전에의 위협, 간호의 질 저하, 간호사 개인의 조직생활의 질 저하를 초래



PART IV
대 의

논의

1) 논의:

- 병원 간호사의 조직침묵을 줄이고 예방할 수 있는 방안은 무엇인가?
- 간호사의 윤리적 딜레마 상황에서 선택하는 침묵 행위를 간호사 개인의 문제로 볼 것인가?

2) 학술적 제언:

- 병원간호사의 조직침묵 측정도구 개발(Nursing-specific)
- 병원간호사의 조직침묵과 관련된 요인 검증(개인적/조직적/환경적)
- 간호사의 윤리적 딜레마 상황과 조직침묵 행위와의 연관성



감사합니다.

이경희(khyi@doowon.ac.kr)

간호현장의 윤리이슈:



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

임상현장의 Disclosure 구축 사례



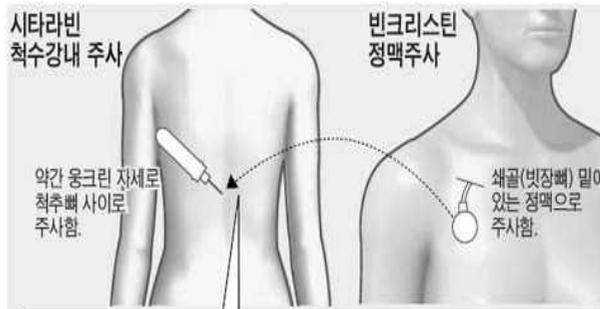
이 순 행 팀장
서울아산병원 Pi팀

Disclosure 구축 사례

서울아산병원 | P1팀장 이순행



환자안전법의 시작 (2016년 7월29일)



두 항암제를 연이어 주사 받는 과정에서 약이 바뀌어 빈크리스틴이 척수강으로 들어가면 신경손상으로 사망에 이르게 됨

또 '빈크리스틴' 의료사고...40대 여성 갑자기 사망

MBC | 박승규 기자 | 입력 2012.10.22 21:48 | 수정 2012.10.22 22:42

댓글 67 | 마이피플 | 트위터 | 페이스북



▶ 우리는 준비되어 있는가?

인천 길병원 '손가락 수술환자 사망' 의료사고 조직적 은폐

박준철 기자 terryus@kyunghyang.com

28



입력 : 2016.06.20 22:35:01 | 수정 : 2016.06.20 23:47:56

9세 화아 사망 의료사고 경북대병원 '조직적 은폐'

소통 경험 Vs. 소통하지 않은 경험?

[단독]세왕질개 때 태아 손가락 절단...서울대병원, 10개월 '나 몰라라'

• 부모 항의에 뒤늦게 보상 언급

▶ 환자안전법 주요 내용

환자안전사고 자율보고 (제14조)	환자안전 보고학습시스템 운영 및 활용
<p>▶▶ 보고자 및 자율보고 내용 환자안전사고를 발생시켰거나 발생한 사실을 알게 된</p>	<p>▶▶ 시스템 구축·운영 환자안전사고에 관한 정보, 수집한 자료의 조사·연구와</p>

[주요 내용]

- ✓ 환자안전위원회 설치 및 운영 : 의료질향상및환자안전위원회 (위원장: 병원장)
- ✓ 환자안전 전담인력 배치 : PI팀
- ✓ 환자안전사고 자율보고

▶ 환자 샤우팅 카페운영 (한국환자단체연합회)



[사진] 환자샤우팅카페...유족도 패널도 청중도 울었다...김재윤·전예강 어머니 사연 소개



▲ 고(故) 김재윤 어머니 허희정씨는 “백혈병 치료 중 2017년 11월 발열 증상으로 대학병원 정맥주사실에서 골수검사를 받던 재윤이가 혼수상태에 빠진 뒤 숨졌다”며 “마취제인 미다졸람과 케타민을 주사로 맞은 뒤 축 처진 아이가 재윤이 인줄 몰랐는데 뇌사 후 하늘나라로 가 너무 어이없고 기가 막혔다”고 말했다.

▶ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정법



- ✓ 의료사고로 사망
- ✓ 1개월 이상 의식불명
- ✓ 장애등급 1급 등의 중대한 피해를 본 경우



의료기관 동의 없이
분쟁조정절차 가능



한국의료분쟁조정중재원
Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency

▶ 의료분쟁 조정· 중재 통계

의료분쟁 상담 현황 (2016~2020년)

(상담일 기준, 단위: 건)

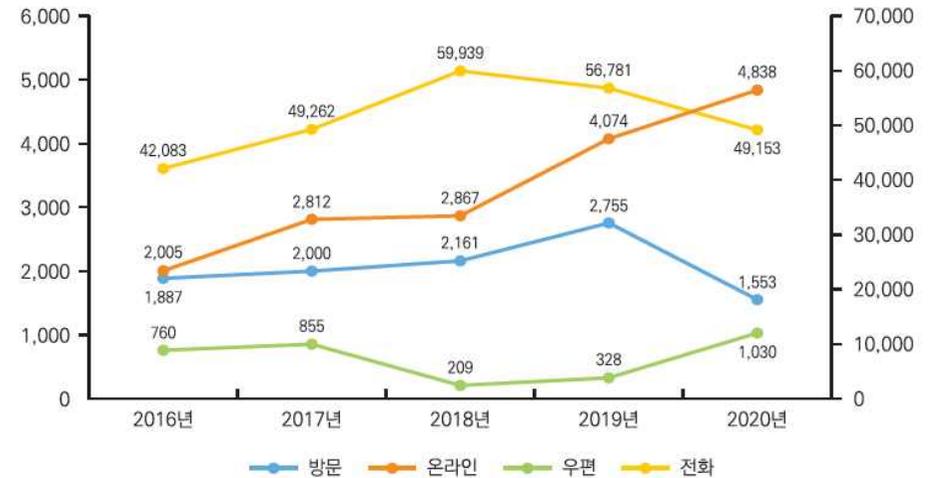
	일평균	계	방문	온라인	우편	전화
2016년	189.2	46,735	1,887	2,005	760	42,083
2017년	225.1	54,929	2,000	2,812	855	49,262
2018년	266.0	65,176	2,161	2,867	209	59,939
2019년	259.9	63,938	2,755	4,074	328	56,781
2020년	227.2	56,574	1,553	4,838	1,030	49,153

* 일평균: 해당연도 전체 상담건수 ÷ 365

일평균 200건 이상의 상담

- 2018년까지 지속적으로 상승, 2019년부터 감소세
- 2020년 방문상담 급격히 감소

연 2000건 이상의 조정신청



2020년 의료분쟁 조정· 중재 통계연보(한국의료분쟁조정중재원)

▶ 의료분쟁 정보의 접근성 증가

JTBC 썰전: 의료사고대처매뉴얼 (2014년)



▶ 환자안전법 개정 [시행일: 2021년 1월 30일]

환자안전사고 발생 시 '사고설명' 의무화 추진

더민주 정춘숙 의원, '환자안전법' 개정안 발의...사고 발생 후 7일 이내 설명해야

작성: 광성순 기자 | 승인: 2019.09.23 11:56 | 최종 수정: 2019.09.23 11:56 | 댓글 0

환자안전사고 발생 7일 이내에 병원 측이 피해 환자나 보호자에게 사고에 대한 자세한 내용을 의무적으로 설명하게 하는 방안이 추진된다.



더불어민주당 정춘숙 의원은 이같은 내용을 담은 '환자안전법 개정안'을 대표발의했다.

개정안은 보건의료기관장과 보건의료인은 환자 안전사고 발생 후 7일 이내에 피해 환자 또는 보호자에게 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 환자안전사고 내용 및 사고경위 등을 충분히 설명하도록 하는 것이 주요 내용이다.

정 의원은 "현재 의료사고가 발생한 경우 병원 측 과실이 확실하고 병원이나 의료인이 이를 인정하는 경우에도 피해자에 대한 사고경위 설명 등과 관련한 구체적인 절차가 마련돼 있지 않

다"고 지적했다.

이에 정 의원은 "개정안을 통해 피해자에 대한 사고경위 설명 등과 관련한 구체적인 절차를 마련하려는 것"이라고 법안 취지를 설명했다.

매일신문

개정 법안 발의 2년 만에 '재윤이법' 국회 본회의 통과

기사입력 2020.01.09 오후 9:20 | 최종수정 2020.01.09 오후 11:54

21 | 7

요약본 | 기사 | []

| 9일 국회 본회의서 환자안전법 개정안 발의 2년 만에 의결



한국환자단체연합회와 고 김재윤 군 유족이 지난달 12일 국회 정론관에서 재윤이법 국회 본회의 통과를 촉구하고 있다. 매일신문DB

환자안전법 주요 개정 내용

2021년1월30일부, 시행



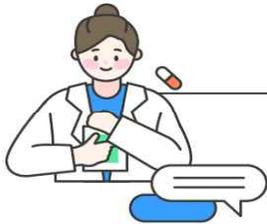
환자안전법



주요 개정 내용



환자안전사례 **국가의무보고** 신설



보고 대상

1. 다른 환자나 다른 부위 수술
2. 아래와 같은 상황으로 사망/심각한 손상을 입은 경우
 - ① 설명하고 동의 받은 내용과 다른 수술, 수혈, 전신마취
 - ② 처방과 다른 약물 투여, 용량, 경로가 다르게 투여
 - ③ 병원 내 신체적 폭력

▶ 국가의무보고 사례 Disclosure 지침 마련 근거

1. 인증기준

기준 7.3

의료기관 차원의 환자안전사건을 관리한다.

조사항목	조사항목	구분	조사결과
1	[필수] 의료기관 차원의 환자안전사건 관리절차가 있다.	S	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
2	[필수] 직원은 환자안전사건에 대한 정의와 보고절차를 알고 있다.	P	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
3	[필수] 보고된 환자안전사건을 분석한다.	P	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
4	[필수] 분석결과에 따라 개선활동을 수행한다.	P	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
5	[필수] 환자안전사건에 대한 결과를 경영진에게 보고한다.	P	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
6	[필수] 환자안전사건에 대한 결과를 관련 직원과 공유한다.	P	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
7	적신호사건 발생 시 환자와 보호자에게 관련 정보를 제공한다.	P	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하
8	환자안전 주의경보 발령 시 관련 직원과 공유한다.	P	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하

기준의 이해 7) 의료기관은 적신호사건 발생 시 환자 및 보호자에게 환자의 진료과정에서 발생한 내용, 치료계획 등에 대한 정보를 제공한다.

2. 환자안전법

환자안전법 제9조 환자안전기준 (2항-다. 환자안전사고 발생 시 대응 체계에 관한 사항)

- ① 환자안전사고가 발생한 경우에는 환자 또는 환자 보호자에게 그 사실을 설명하고 해결을 위하여 적극적으로 참여한다.

Disclosure 개념



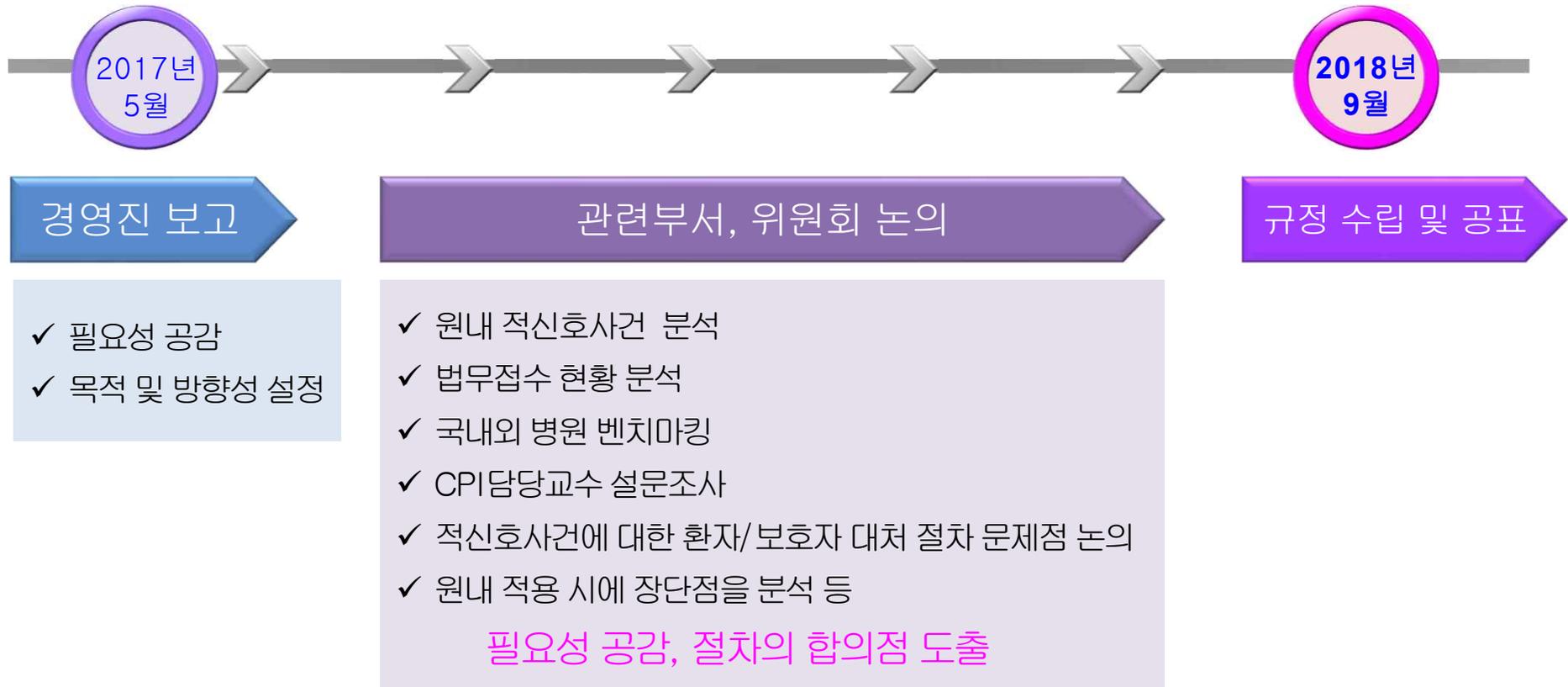
1. 발생한 환자안전사건 소통하기
: 진실하게 알리고 공감, 유감 표현
2. 사건을 분석하여 결과에 따른 적절한 보상
3. 비슷한 유형 사건 반복 발생 방지

▶ Disclosure 절차 구축 필요성

- 환자의 알 권리 / 자기결정권 보장
- 환자안전사건의 재발 방지
- 의료사고 피해자 존중
- 제2의 피해자인 의료인 보호



▶ AM C Disclosure 시스템 구축 진행 경과



▶ 환자, 보호자가 원하는 것

나쁜 소식을 전할 때 환자/보호자 심리



신뢰가 깨지는 이유

- 의사가 나타나지 않을 때
- 설명이 지연, 부인, 방어
- 변명으로 느낄 때
- 의무기록 사본, CCTV 파일 등 요구에 설명 없이 지연될 때

▶ 환자, 보호자가 분노를 느끼는 이유



하위범주	상위범주
아무도 설명할 수 없는 의료사고의 원인	의료사고관련 의료진에 대한 분노
제대로 된 설명이 없었던 것에 대한 분노	
제대로 된 진료가 이루어지지 않음에 분노함	
의료사고 발생 후 의료진의 대응에 분노함	
의료사고에 대한 인정이 어려운 현실에 대한 아쉬움	

표지희. 의료사고 피해 유가족의 경험에 대한 질적사례연구: 의료소송을 진행하는 참여자를 중심으로. 한국상당대학원대학교 석사학위논문.

▶ 환자가 진짜 알고 싶은 것

- 사건 발생의 명확한 원인 규명
 - 직무태만에 의한 의료과실 여부
 - 질병의 진행과정의 결과(complication) 여부
 - 진료과정의 최선의 선택 여부
- 병원에 지침은 무엇인지
- 재발 방지를 위한 개선 방법



▶ 해외사례: 여러 국가의 인증 기준 중 하나

The image displays three accreditation websites side-by-side. On the left is The Joint Commission website, featuring a blue header with 'Accreditation' and 'Certification' tabs, and a main banner for 'HOSPITAL EXECUTIVE BRIEFINGS'. In the middle is the Accreditation Canada website, with a red star logo and a banner for 'SHIFT to Safety' and 'Canadian Patient Safety new information source'. On the right is the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care website, with a blue header and a main section for 'Open Disclosure'.

The Joint Commission
Accreditation Certification
Top Links Top Performer on Key Quality Measures
Thursday 7:32 CST, August 25, 2016
HOSPITAL EXECUTIVE BRIEFINGS
SEPTEMBER 20 – LOS ANGELES
SEPTEMBER 27 – CHICAGO
LEARN MORE
PAUSE Back
Joint Commission Center for Transforming Healthcare
Here to help you navigate challenges of

ACCREDITATION CANADA
Better Quality
About Us Become accredited
SHIFT to Safety
Canadian Patient Safety new information source
Find an Accredited Health Care Provider
When you need health care, check ACCREDIMAP to find a provider accredited by Accreditation Canada.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE
National Standards and Accreditation National Priorities Supporting Quality Practice Publications
Accreditation and the NSQHS Standards
Colonoscopy Safety and Quality
Clinical Care Standards
Clinical Communications
Cognitive Impairment
Credentiailling for Health Professionals
End-of-Life Care
Falls Prevention
General Practice accreditation
Safety and Quality > Our Work > Open Disclosure
Open Disclosure
Open disclosure is the open discussion of incidents that result in harm to a patient while receiving health care with the patient, their family, carers and other support persons. The essential elements of open disclosure are outlined in the national Australian Open Disclosure Framework.
The Commission's Open Disclosure Program:
• maintains the Australian Open Disclosure Framework
• develops resources to support health services implement and conduct open disclosure
• participates in, and coordinates national open disclosure projects and research.
Accreditation and Open Disclosure
Health service organisations are required to implement open disclosure as part of the National Safety and Quality Health Service Standards (Standard 1: Governance for Safety and Quality in Healthcare Organisations).
Search
Popular publications
Australian Open Disclosure Framework
Open Disclosure Standard Review Report

▶ Disclosure 효과에 대한 연구결과 (미국)

의료소송

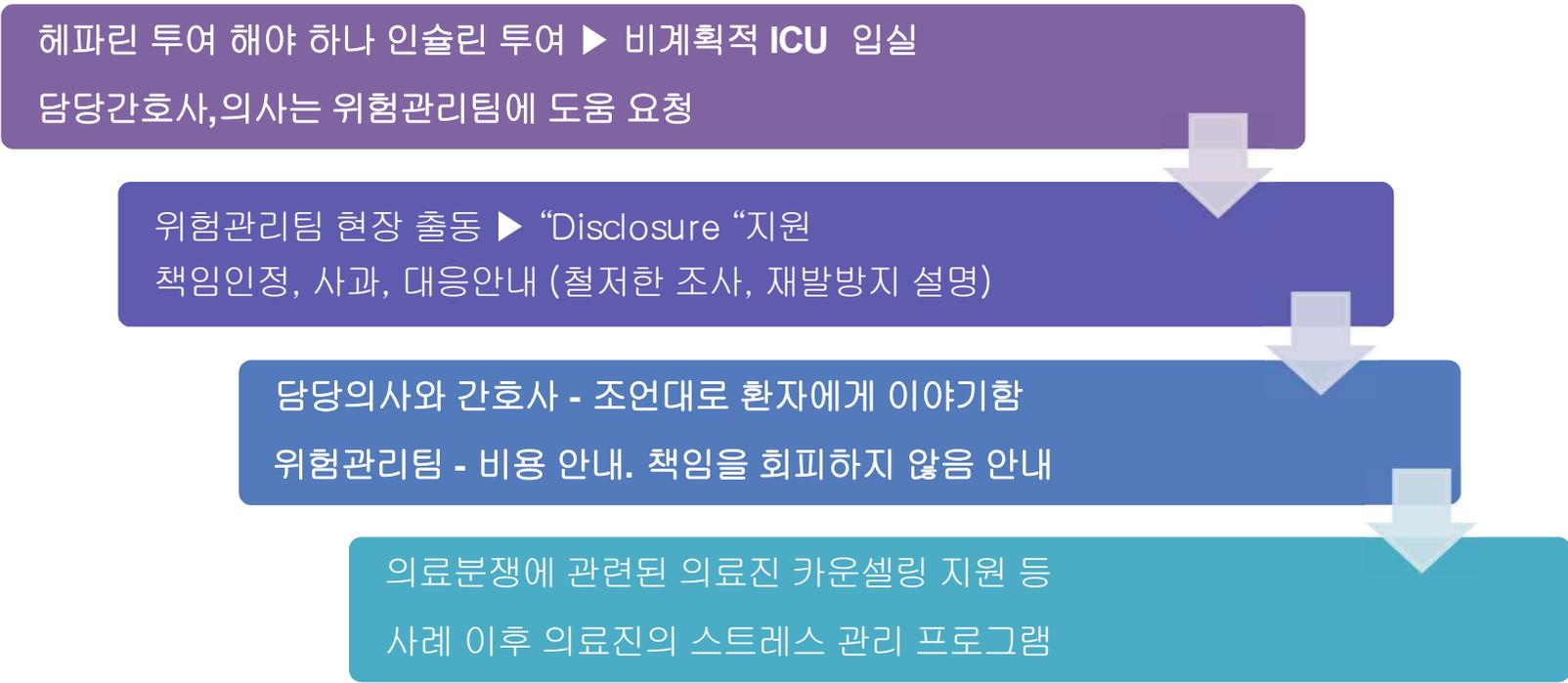
- 민원감소: 7건에서 4.5건
(100,000건당)
- 소송감소: 2건에서 0.75건
- 소송비용 감소: 167,309달러
에서 81,107달러

환자신뢰

- 처벌의향 감소
- 의료진 용서 의향 증가
- 의료소송 제기 의향 감소
- 재방문 의향 증가

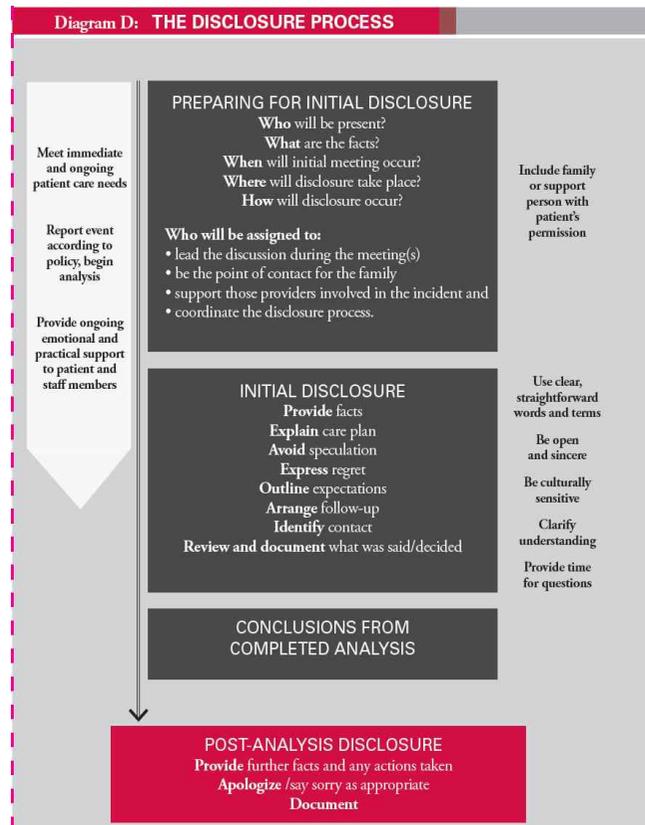
미시건 대학병원, 2005년
옥민수, “환자안전사건 진실말하기 도입 가능성 평가”, 2015., 울산대학교 대학원

예시[미시건병원] 환자안전사건 소통하기(Disclosure) 대응



▶ Canadian disclosure guidelines

소지 간편한
포켓북!



▶ Canadian disclosure guidelines

준비	초기 disclosure	사건 분석 후 disclosure
<input type="checkbox"/> 무엇이 진실인가?	<input type="checkbox"/> 사실을 알림	<input type="checkbox"/> 향후 경과와 조치 설명
<input type="checkbox"/> meeting 일정?	<input type="checkbox"/> 치료계획 설명	<input type="checkbox"/> 적합한 사과
<input type="checkbox"/> disclosure 시기	<input type="checkbox"/> 추측을 피함	<input type="checkbox"/> 기록
<input type="checkbox"/> disclosure 방법	<input type="checkbox"/> 유감을 표현	
<input type="checkbox"/> 역할분담	<input type="checkbox"/> 예상되는 상황을 알림	
	<input type="checkbox"/> follow up 연결	
	<input type="checkbox"/> 연락처를 확인	
	<input type="checkbox"/> 대화 내용을 기록	

▶ Disclosure 효과에 대한 연구결과 (국내, 2018)

- 의사 재진료 또는 추천 의향: 2배 향상
- 의료소송을 제기하거나 형사적 처벌을 바란다는 의향
: 50% 감소
- 적정한 보상금액: 약 1600만원 더 적음

▶ Disclosure 지원을 위한 준비사항

- 절차에 대한 매뉴얼
- 환자/보호자 응대가이드
- 표준대화문
- Disclosure 교육 계획
- Disclosure 지원체계



▶ Disclosure를 위한 선행조건

Apology laws

- 환자와 소통한 내용이 의료소송에서 증거로 사용되는 것을 보호하는 법률

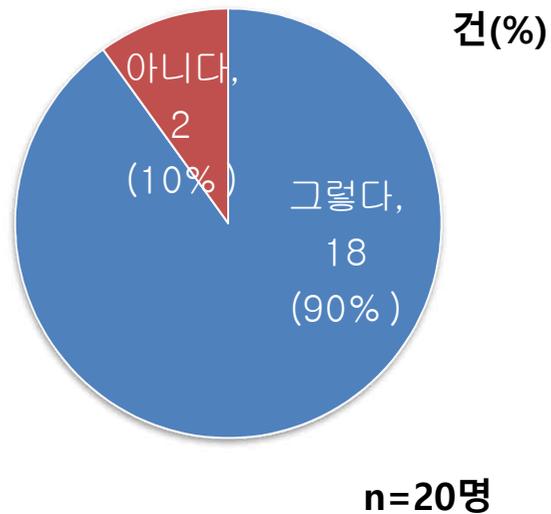
Disclosure laws

- 환자에게 예상하지 못했던 결과가 발생한 경우 소통의 수행을 의무화하는 법률

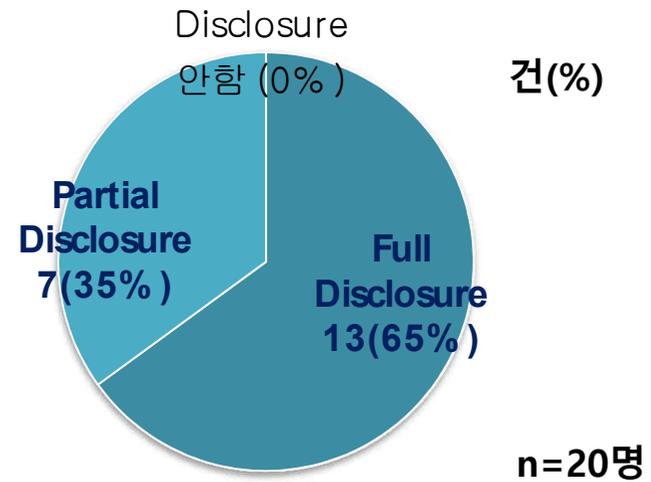
▶ A병원 CPI 담당교수 대상 설문 결과

* 조사기간: 5월 23~28일 (6일간 조사). * 응답률: 52.6% (20명 응답/CPI담당교수 총 38명)

1. Disclosure 경험

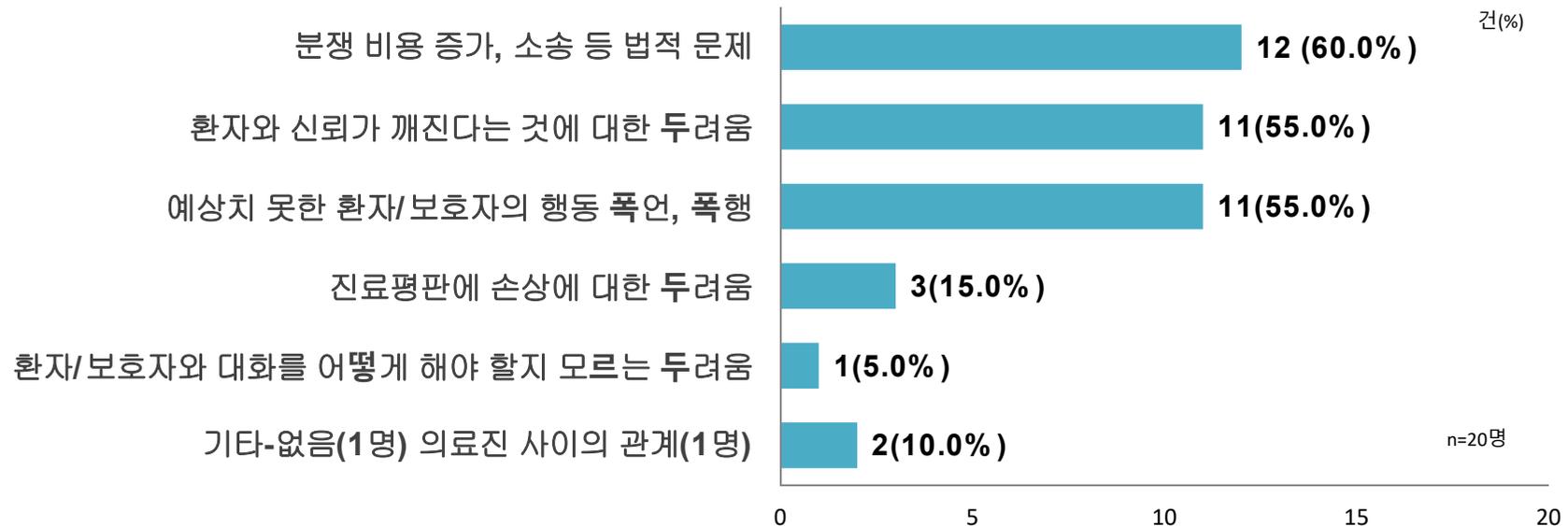


2. 환자안전사태 발생 시 Disclosure ?



▶ A병원 CPI 담당교수 대상 설문 결과

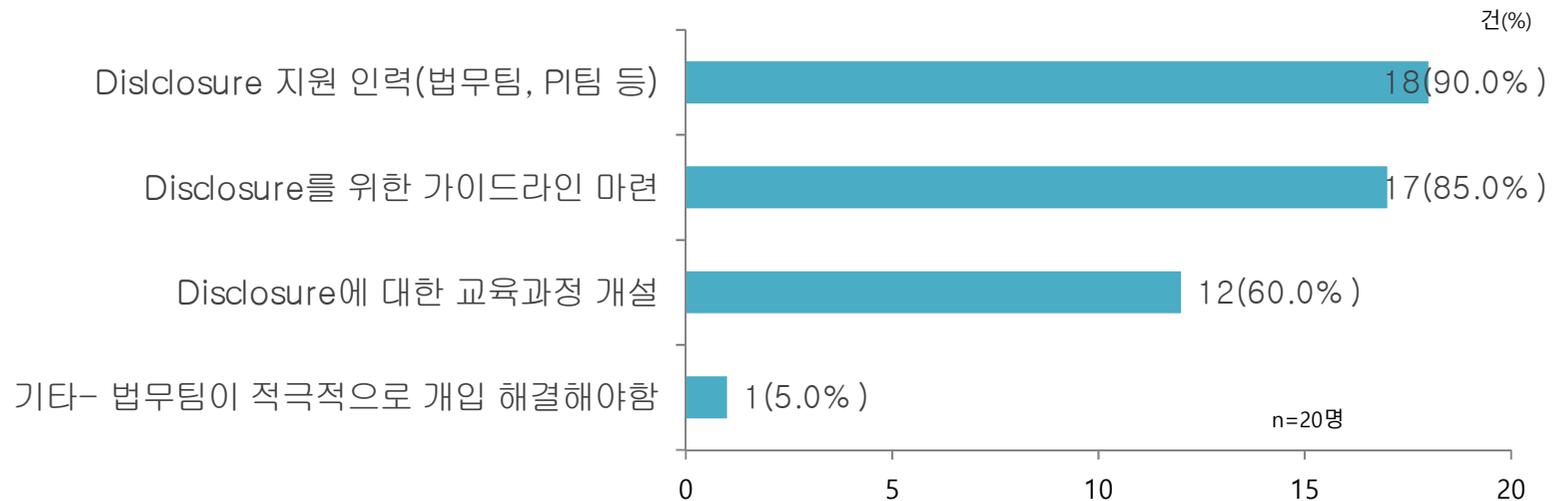
3. Disclosure가 어려운 경우 장애물 (중복응답가능)



▶ A병원 CPI 담당교수 대상 설문 결과

4. 병원차원의 Disclosure 정책 필요? - 응답자 20명 전원(100%) 필요하다고 응답함

5. Disclosure 정책에 포함되어야 하는 내용 (중복응답가능)



▶ Disclosure 프로세스 적용 범위

적신호사건

예기치 못한 사망 또는 신체 기능의 영구적 손실

주치의 요청
환자안전사례

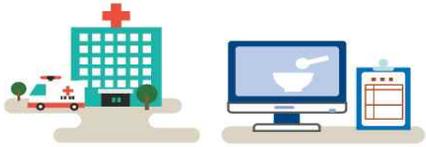
주치의 지원 요청에 따라 환자안전소통 시행



환자안전소통(Disclosure)절차

Disclosure 필요 사건 발생

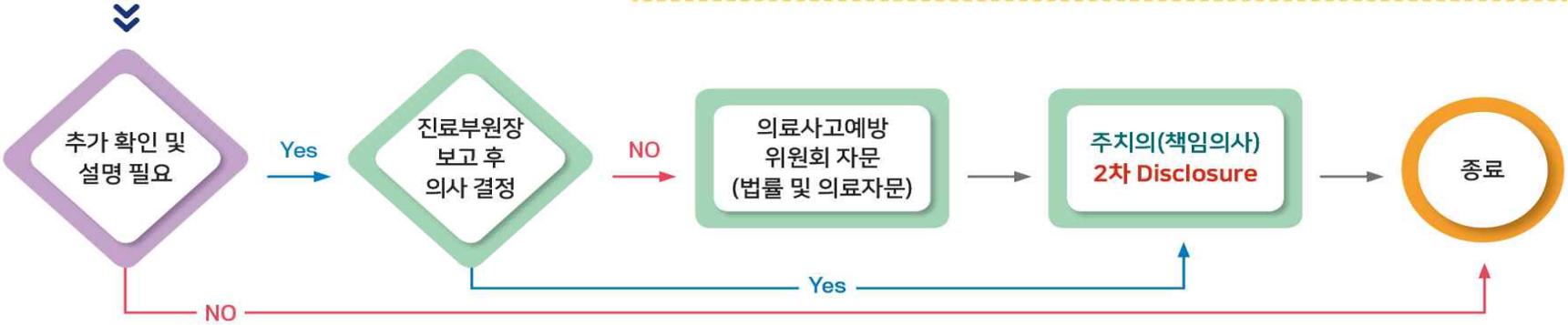
- 법무팀** 법률자문 및 추가 설명 필요사항 지원
- PI팀** 사례분석 및 재발 예방 대책 검토



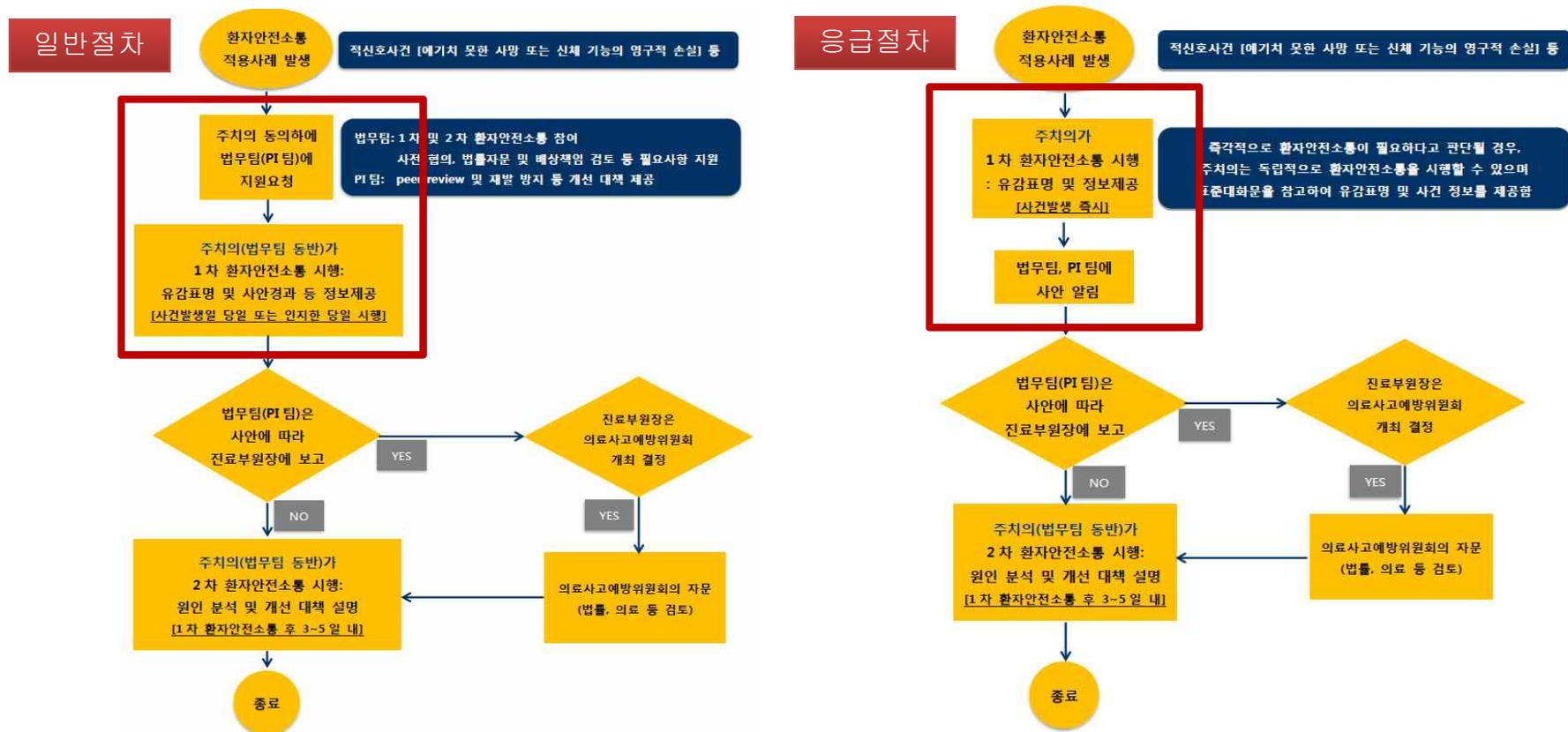
주치의(책임의사) 1차 Disclosure

- 보호자 면담 진행
- 필요시 법무팀, PI팀 지원

- 1차 Disclosure : 사실, 치료계획 및 유감표현 등
- 2차 Disclosure : 조사 내용 안내, 향후 경과 조치 설명, 필요 시 적절한 사과



▶ AMC 환자안전소통(Disclosure) 절차



1 차
Disclosure
(환자안전소통)

IV. 환자안전소통의 표준대화문

1. 1차 환자안전소통 표준대화문 및 예시

1차 환자안전소통 표준대화문

[위로와 사실관계 전달에 초점]

- 참여자 및 미팅 목적 소개
- 사실에 근거한 구체적 설명
- 환자 상태와 치료계획
- 문제점 검토 및 해결방안 설명에 대한 약속
- 질문할 수 있는 기회 제공

- 환자/가족을 위로하고 정보를 제공하며 상황을 점검하면서 사과의 필요성에 대해서도 결정한다.
- 환자/가족이 이해하기 쉽도록 적절한 용어로 설명하고 사실에 근거하며 추측은 피한다.

2차
Disclosure
(환자안전소통)

2. 2차 환자안전소통 표준대화문 및 예시

2차 환자안전소통 표준대화문

[구체적 원인 및 예방활동 설명]

- 감정적 지지
- 사안에 대한 원인 상세히 설명
- 병원차원의 재발방지 대책 설명
- 필요 시 배상 관련 면담 진행
- 의료과오가 아닌 경우 명확히 알림

- 배상책임 혹은 발생한 문제를 해결하는 방법 등을 마련한다.
- 환자/가족이 이해하기 쉽도록 적절한 용어로 설명하고 사실에 근거하며 추측은 피한다.

▶ A병원 규정 수정 보완

환자안전사례 보고 및 관리 규정

(4. 절차) 적신호사건을 포함한 환자안전사례 발생 시 정보 제공 절차

- 1) 환자안전사례가 발생한 경우에는 **주치의가** 환자와 보호자에게 진료과정에서 발생한 **사건, 환자의 상태, 치료계획 등에 대한 정보를 제공할 수 있도록 노력한다.**
- 2) 환자와 보호자에게 정보 제공 시 지원이 필요할 경우 **법무팀** 또는 **PI팀**에 연락한다.
- 3) 세부 절차는 ‘환자안전소통 지침’(별첨 제1호)에 따른다.



▶ A병원 규정

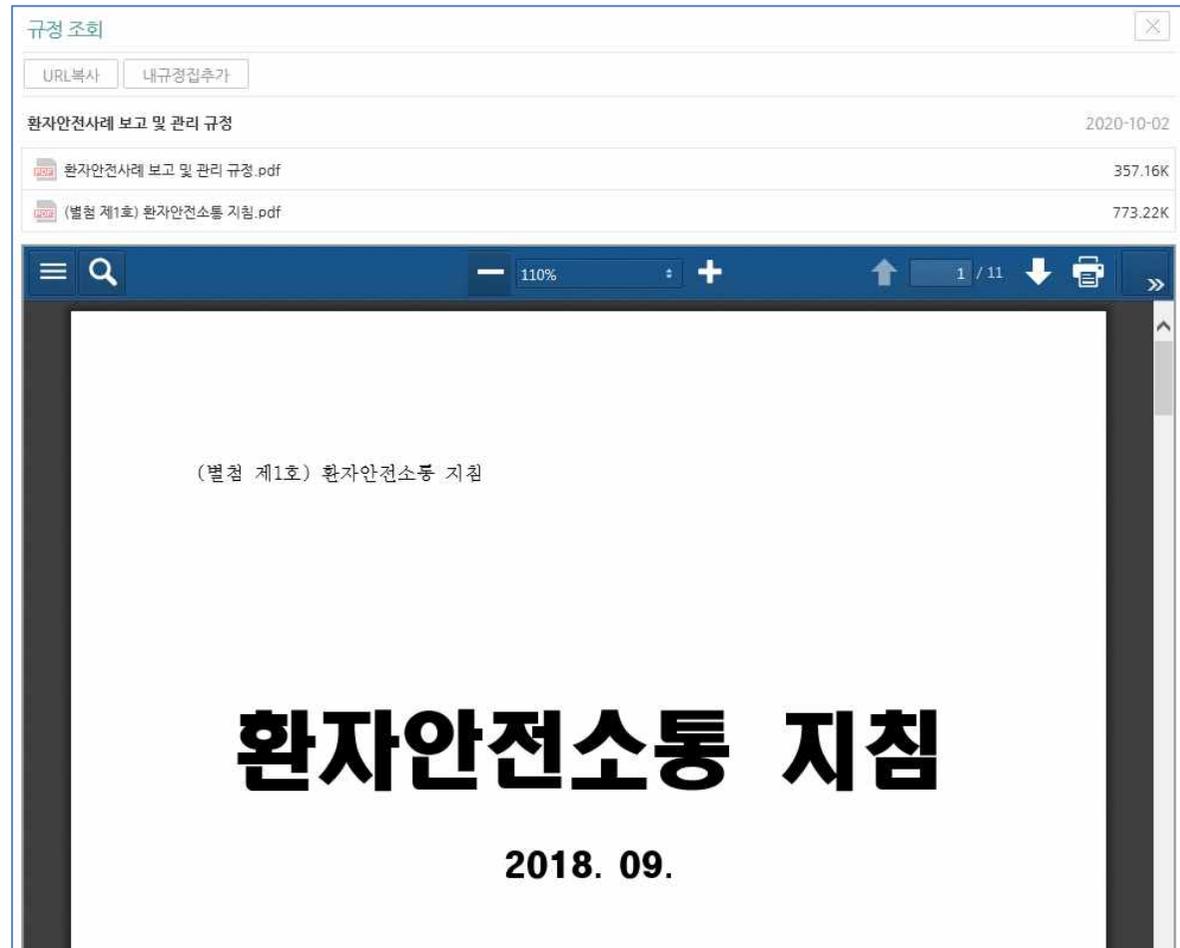
규정제목	환자안전사례 보고 및 관리 규정		
문서결재	기안자	규정검토위원장	병원장
	이순행	김종혁	이상도
규정번호	D3-06	입안부서	PI팀
제정일자	2012.5.4	공개범위	전 직원
최근승인일자	2020.10.2	검토주기	3년
최근개정일자	2020.10.2	전체페이지	8

나. 적신호사건을 포함한 환자안전사례 발생 시 정보 제공 절차

- 1) 환자안전사례가 발생한 경우에는 주치의가 환자와 보호자에게 진료과정에서 발생한 사건, 환자의 상태, 치료계획 등에 대한 정보를 제공할 수 있도록 노력한다.
- 2) 환자와 보호자에게 정보 제공 시 지원이 필요할 경우 법무팀 또는 PI팀에 연락한다.
- 3) 세부 절차는 '환자안전소통 지침' (별첨 제1호)에 따른다.

▶ 환자안전소통 교육 및 홍보

- 그룹웨어(인트라넷):
규정 및 지침



환자안전소통 교육 및 홍보

- 그룹웨어(인트라넷): 게시판

환자안전소통(Disclosure)절차

Disclosure 필요 사건 발생

- 법무팀** 법률자문 및 추가 설명 필요사항 지원
- PI팀** 사례분석 및 재발 예방 대책 검토

주치의(책임의사) 1차 Disclosure

- 보호자 면담 진행
- 필요시 법무팀, PI팀 지원

1차 Disclosure: 사실, 치료계획 및 유감표현 등

2차 Disclosure: 조사 내용 안내, 향후 경과 조치 설명, 필요 시 적절한 사과

추가 확인 및 설명 필요?

- Yes** → 진료부원장 보고 후 의사 결정
- No** → 의료사고예방 위원회 자문 (법률 및 의료자문)

의료사고예방 위원회 자문 (법률 및 의료자문)

- Yes** → 주치의(책임의사) 2차 Disclosure
- No** → 종료

주치의(책임의사) 2차 Disclosure

종료

▶ 환자안전소통 교육 및 홍보

- 환자안전의날: 대면 행사(2019)






제11회 환자안전의 날

| 일시: 2019년 8월 19일 월요일 오후 3:30~5:30
 | 장소: 동관 6층 대강당, 소강당
 | 주제: AMC가 지켜온 환자안전, 더 견고하게 할 환자안전문화
 | 원내 교육 학점 : 0.5학점

사회자: 이윤세 P실 환자안전담당교수

프로그램	내용	강의자
15:30~15:40	인사말	박승일 진료부원장
15:40~15:45	Intro: 환자안전문화를 위해 우리가 가야할 곳은	이윤세 P실 환자안전담당교수
15:45~15:55	2019년 환자안전현황 및 진행 사업	정성문 P실장
혁신전략 1 - 환자의 마음을 돌보기 위한 소통		
15:55~16:30	[특강] 환자안전에 대해 환자와 소통하기 - Disclosure 개념과 필요성 소개 -	박시내 서울성모병원 P실장
16:30~16:40	AMC의 환자안전소통(Disclosure)	이승선 법무팀장
혁신전략 2 - 직원의 마음을 돌보는 리더십		
16:40~16:50	리더십환자안전라운딩 - 2018년 성과 및 향후 방향 -	이순행 P팀장
혁신전략 3 - 더 단단한 환자안전문화를 위한 우리의 노력		
16:50~16:55	환자안전문화저해 사례 보고 소개	신원정 P실 환자안전담당교수
16:55~17:20	환자안전문화 향상 우수 활동 공유	허진원 P실 환자안전담당교수
17:20~17:30	시상 및 맺음말	이상도 병원장

▶ 환자안전소통 교육 및 홍보

● 의료기관인증 중간현장조사: 직원 숙지사항

적신호사건 정보제공

4. 적신호 사건 발생 시 환자, 보호자에게 정보 제공을 어떻게 합니까?

- 주치의(담당교수)가 진료과정 중 발생한 내용, 치료계획 등에 대해 정보 제공**
* 주치의: 담당 환자의 진료관련 최종 권한 또는 책임을 가지고 있는 의사
- 정보제공에 대해 지원 필요 시, 법무팀 또는 PI팀에 연락
- 전산으로 "지원 절차" 조회 가능
AMIS- (AGS)업무지침조회 - [환자안전공유]
-[적신호사건 환자, 보호자 정보제공]

(AGS)업무지침조회[VZ2CKGU0025] 개발담당 7983-고영준

업무구분 환자안전공유

그룹명

- ▶ 환자안전공유
 - ▶ 1. 환자안전사례 정의 및 보고절차
 - ▶ 2. 환자안전사례 결과공유(PI 뉴스레터)
 - ▶ 3. 환자안전 주의경보
 - ▶ 4. 환자안전의 날
 - ▶ 5. 적신호사건 환자 보호자 정보제공
 - ▶ ※ 수술부위 표지 세부지침

서울아산병원 PI실

[의료기관인증 중간현장조사 대비 숙지사항 -PI실]

환자안전사례

환자안전사례 정의

진료과정 중 예기치 못하게 발생하여 환자의 안전을 위협할 수 있는 사례

종류별 보고 기준 및 PI실 보고시기

- 1) 규정 : '환자안전사례 보고 및 관리'
- 2) AMIS: (AGS)업무지침조회 - [환자안전공유] - [1. 정의 및 보고절차]

1. 적신호사건

- 1) 예기치 못한 사망 또는 신체 기능의 영구적 손실 사례
- 2) 환자에게 미친 영향과 무관하게 아래에 해당하는 사례
 - 다른환자, 다른 부위, 잘못된 절차의 수술/시술
 - 수술 및 시술 후 이물질 잔재 등의 사례
- 3) 환자에게 미친 영향이 '심각한 위해' 이상인 고농축 전해질, 항암제 투여 오류 등의 사례

발생 또는 발견 즉시 보고

발견 24일 내 보고되지 않은 적신호 사건은 관리부서로 Feedback

2. 사건사고

환자에게 사건이 발생하여 환자의 안전을 위협하는 사례 (단, 적신호사건은 제외)

발견 14일 내 보고

3. 근접오류

환자에게 발생하기 전 발견되어 위해는 없었으나 반복하여 발생하는 경우 환자의 안전을 위협할 가능성이 있는 사례

발견 14일 내 보고

보고 절차

- AMIS: [(AGS)환자안전사례 보고]

- 적신호사건의 경우 PI실 유선보고 후

[(AGS)환자안전사례 보고] 통해 보고 가능



적신호 사건 발생시 환자, 보호자에게 관련 정보 제공

주치의가 진료과정 중 발생한 내용, 치료계획 등에 대해 정보를 제공

PI news letter 발간

2020년 제1호 - 발행일 2020.6.22

NEWS LETTER PI News letter

환자안전법 주요 개정 내용을 소개합니다!

■ 환자안전사례 국가보고 의무보고 조항 신설 (시행일: 2021년 1월30일)

[주요 내용]

- 동의 받은 내용과 다른 수술, 수혈, 전신마취로 사망하거나 심각한 신체적·정신적 손상을 입은 경우
- 진료기록과 다른 의약품 투여, 용량 또는 경로가 다르게 투여되어 사망하거나 심각한 신체적·정신적 손상을 입은 경우
- 다른 환자나 다른 부위 수술
- 병원내 신체적 폭력으로 환자가 사망하거나 심각한 신체적·정신적 손상을 입은 경우

의무보고사례 1개월 이내 피실에서 국가에 보고

▷ "심각한 신체적·정신적 손상"이란
 - 1개월 이상의 의식불명
 - 장애인복지법 시행령, 별표 1에 따른 장애(자폐성장애 제외) 중 장애 정도가 심한 장애
 - 그 밖에 신체적·정신적 손상상태가 제1호 및 제2호의 규정에 준하는 경우

■ 의무보고 사례 예시

- 잘못된 부위 [나 → R] 수술
- 처방과 다른 용량의 고위험약을 투여로 인한 사망
- 다른 환자의 혈액 수혈로 인한 사망

의무보고 사례 여부 판단 어려울 경우 즉시 피실로 연락

향후 대응 계획 (시행일: 2020년 7월)

▶ 적신호사건 발생 시 대처 프로세스 변경

3일 이내 → 발생(발견) 즉시
 6주 이내 → 3-5일 이내
 1개월 이내

서울아산병원 PI실

AMC 환자안전주의경보

대외비 AMC-PSA-180210018 발행일 2021.03.25

AMC 환자안전 주의경보

수술 전 타임아웃 미시행

환자안전 사례 주요 내용 ※ 본 사례는 본원 및 해외 사례를 재구성 하였습니다

[사례1] 인턴의가 타임아웃 없이 복수천자 시행하려고 함. 담당간호사가 타임아웃 필요함을 "Speak up" 할 타임아웃 중 해당 환자는 복수천자가 아닌 흉수천자 시술 해야하는 환자였음을 확인함

[사례2] 흉수천자 시술 위해 환자를 치료실로 이동시킴. 시술 전 타임아웃 없이 시술 준비 중, 환자가 왜 계가 시술 받으냐고?라고 물어봄. 뒤늦게 타임아웃 시행하여 의무기록 확인 시 시술 필요 없는 환자였음

사례 발생 원인

1. 시술 전 타임아웃 미시행

재발 방지를 위한 권고 사항

안전하고 정확한 시술을 위해

- ① 타임아웃 하지 않으면 시술을 시작하지 않습니다!
- ② 시술의가 시술 전 "타임아웃 하겠습니다"라고 외쳐주세요 SPEAK UP!

확인사항	서로 다른 대조표	방법
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 정확한 환자 ▶ 시술명 ▶ 시술 부위 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 환자확인 인식표 ▶ 동의서/의무기록 ▶ 시술부위 표지 ▶ 타임아웃 확인표 등 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 시술에 참여하는 모든 의료진 ▶ 환자와 함께 확인

2021년 환자안전 캠페인

S(stop) - A(assess) - F(focus) - E(evaluate) 문화 만들어요!

서울아산병원 PI실

타임아웃 동영상 확인해주세요

※ 해당 자료가 포함된 정보의 전부 또는 일부를 무단으로 제3자에게 공개, 배포, 복사 또는 사용 하는 것은 엄격히 금지됩니다. 위반 시, 서울아산병원의 규정 및 민/형사상 법적 규제로부터 자유 책임을 물을 수 있습니다.

▶ 환자안전소통 교육 및 홍보

- 환자안전의달: 비대면 행사(2020)

Build UP & Step UP PATIENT SAFETY ————— Light UP like DYNAMITE

UNTACT 환자안전의 달

고신뢰조직으로 나아가기 위한 환자안전문화

차수	프로그램	일정
1	환자안전법	10월 12일(월)
2	공정문화 & 환자안전사례와 관련된 직원안전	11월 2일(월)
3	Time Out & SAFE 문화	11월 23일(월)

Quiz 프로그램 차수별로 다양한 퀴즈와 상품이 준비되어 있습니다. 아산넷에서 함께 해요.

서울아산병원 PIS실

제12회 환자안전의 달

환자안전법

환자안전법 개정에 대해 같이 알아보까요?

제12회 환자안전의 달

환자안전법 주요 개정 내용

환자안전사례 **국가의무보고** 신설

보고 대상

1. 다른 환자나 다른 부위 수술
2. 아래와 같은 상황으로 사망/심각한 손상을 입은 경우
 - ① 설명하고 동의 받은 내용과 다른 수술, 수술, 전신마취
 - ② 처방과 다른 약물 투여, 용량, 경로가 다르게 투여
 - ③ 병원 내 신체적 폭력

제12회 환자안전의 달

AMC 국가의무보고 절차

```

    graph TD
      A[적신호사건 발생] --> B{국가의무보고 대상}
      B -- Yes --> C[법무팀 보고]
      C --> D[1차 환자안전 소통 진행]
      D --> E[2차 환자안전 소통 진행]
      E --> F[종료]
      B -- NO --> G[PI팀 보고]
      G --> H[근본 원인분석 회의 진행]
      H --> I[경영진 보고]
      I --> J[환자안전 사례 국가보고]
      J --> F
      K[발생(발견) 즉시] --> B
      L[5일 이내] --> B
  
```

제12회 환자안전의 달

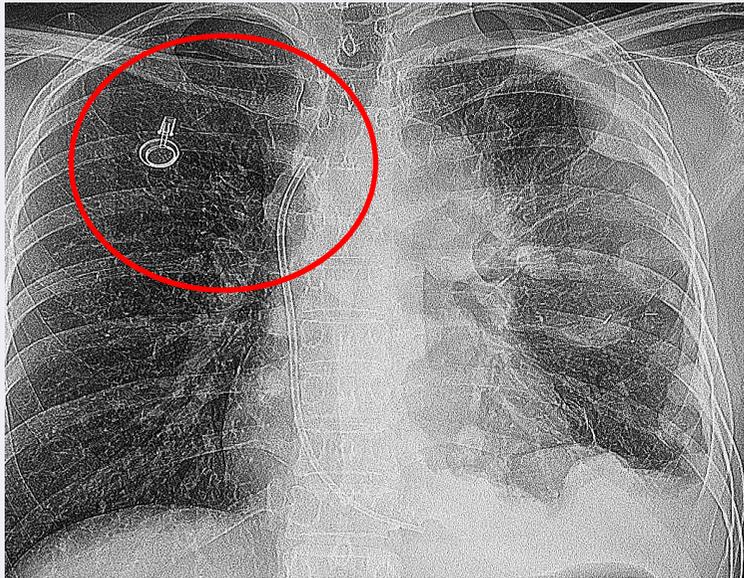
환자안전소통(Disclosure)절차

```

    graph TD
      A[Disclosure 필요 사건 발생] --> B[법무팀 / P1팀]
      B --> C[법률자문 및 추가 설명 필요사항 지원 / 사례분석 및 재발 예방 대책 검토]
      C --> D{주치의(책임의사) 1차 Disclosure}
      D --> E[보호차 면담 진행 / 필요시 법무팀, PI팀 지원]
      E --> F{추가 확인 및 설명 필요}
      F -- NO --> G[종료]
      F -- Yes --> H{진료부원장 보고 후 의사 결정}
      H -- NO --> I[의료사고예방 위원회 자문 / 법률 및 의료자문]
      I --> J{주치의(책임의사) 2차 Disclosure}
      J --> G
      K[1차 Disclosure : 사실, 치료계획 및 유감표현 등]
      L[2차 Disclosure : 조사 내용 안내, 향후 경과 조치 설명, 필요 시 적절한 사과]
  
```

사례: Chemoport 분리 사진

체내 분리 사진



조립의 올바른 예



조립의 잘못된 예



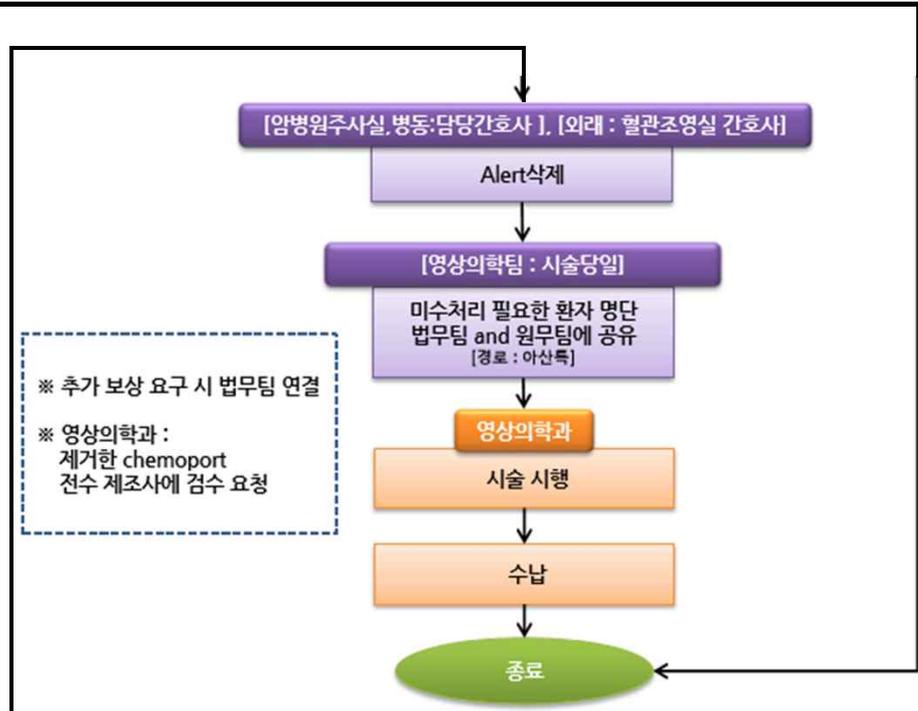
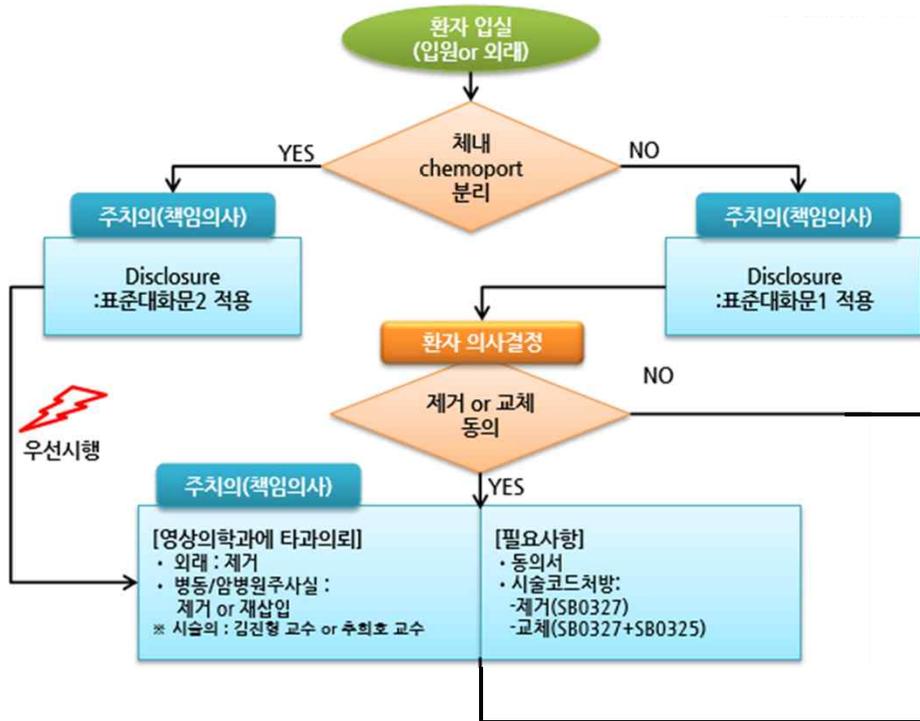
▶ Disclosure 사례 : **진료재료 이상사례 발생 (건)**

관련 부서 회의	진료과, 영상의학과/팀, 간호부, 법무팀. 자재팀, PI실
진료부원장 보고	• Disclosure 결정 : 선제적 조치 및 Disclosure 결정
국가 보고	• 환자안전사례 보고(환자안전보고학습시스템/식품의약품 안전처)
Disclosure 시행	• 대처방안 모식도 제작 배포, 표준대화문 작성 배포
품질 점검	• 제조사에 진료재료 품질 소명서 요청
개선활동 점검	• 대상자 명단 관리, 보상범위 결정, VOC관리

▶ Disclosure 사례 : **관련 부서 회의**



▶ 대처방안 모식도



▶ 제거/교체 checklist

장소	상황	주체	비고	확인	기타
외래	1. 진료 시 제거 또는 교체 결정 및 설명 1) 제거(시술예약 코드 : SB0327) 2) 교체(시술예약 코드 : SB0327 + SB0325)	주치의	표준대화문으로 응대 컨설팅 (시술의:김진형 / 추희호 교수) 동의서(교체시만) 시술예약코드 처방	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	· 치료 종결인 경우 수납, · 치료 지속인 경우 범무 보상 · 영상학과 외래에서 제거 시 동의서는 영상학과 외래에서 구독
	1-1) 제거인 경우 영상학과 외래 수진 일정 확인	진료과 외래 간호사/ 혈관조영실	확인: 컨설팅, 동의서(교체), 혈액검사 3개월 이내 결과	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	T. 4332, 아산콤 (혈관조영 외래) T. 4331, 아산톡 (혈관조영 접수)
	1-2) 교체인 경우 항암주사실 및 영상학과 일정 확인	외래 간호사	심전도 6개월 이내 결과	<input type="checkbox"/>	· 항응고제(항혈소판) 복용 하는 경우 3일간 skip
항암 주사실	1. 당일 제거 또는 교체 설명 및 결정 1) 제거(시술예약 코드 : SB0327) 2) 교체(시술예약 코드 : SB0327 + SB0325)	주치의	표준대화문으로 응대 컨설팅(시술의: 김진형 또는 추희호) 동의서 시술예약코드 처방	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	T.1179, 6333(항암주사실)
	2. 당일 제거 또는 교체인 경우 항암주사실 및 영상학과 일정 확인	항암주사실 간호사 / 혈관조영실	확인: 컨설팅, 동의서, 혈액검사 3개월 이내 결과	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. 외래에서 교체 결정 후 입실 환자는 스캐폴대로 진행	간호사	심전도 6개월 이내 결과	<input type="checkbox"/>	
	4. 제거 및 교체 환자 IMR Alert 삭제	항암주사실 간호사		<input type="checkbox"/>	
병동	1. 당일(익일) 제거 또는 교체 결정 및 설명 1) 제거(시술예약 코드 : SB0327) 2) 교체(시술예약 코드 : SB0327 + SB0325)	주치의	표준대화문으로 응대 컨설팅(시술의:김진형 또는 추 희호) 동의서 시술예약코드 처방	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2. 제거 또는 교체인 경우 영상학과 일정 확인	담당간호사	확인: 컨설팅, 동의서, 혈액검사 3개월 이내 결과	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. 제거 및 교체 환자 IMR Alert 삭제		심전도 6개월 이내 결과	<input type="checkbox"/>	
영상 의학과	1. 영상학과 시술 회신	영상의학과	확인: 컨설팅	<input type="checkbox"/>	
	2. 영상학과 시술 결정 및 진행	시술의		<input type="checkbox"/>	
	3. 외래 환자 시술 시 비용 미수	영상의학팀 원무팀	· 시술 담당자 · "범무보상정보" 발생	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	4. 병동 환자 시술 시 비용 미수	영상의학팀 원무팀	· "범무보상정보" 발생	<input type="checkbox"/>	
	5. 제거 환자 IMR Alert 삭제	영상의학팀	· 혈관조영실외래 간호사 · 또는 영상간호1 UM	<input type="checkbox"/>	
	6. 기 삽입 환자 리스트 관리(제거 현황 등)		· 혈관조영 UM	<input type="checkbox"/>	· monthly check
범무팀 /PI팀	표준 대화문 작성	범무팀/PI팀	· 최순덕 자장 · 정필권 UM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	T. 7606(887606) T. 7609(887609)

▶ 표준대화문

[표준대화문1]

※ 선제적 조치를 위한 Disclosure 시 적용

최근 시술에 사용된 **chemoport의 catheter가 다른 병원**의 사실이 보고 되었습니다. 그리고 **우리 병원 테스트에서도** 되었습니다.

우리병원은 **공급사측에 관련 사안을 전달하고 제품 결함을 요청하였으며 조사** 중에 있습니다.

우리 병원에서는 **혹시나 모를 상황을 예방하고 환자안전** 려하고자 합니다.

현재 **환자분 상태에 나쁜 영향을 끼친 사실은 전혀 없으** 시행하는 것이기 때문에 걱정하지 않으셔도 됩니다. 그리고 재시술 비용(해당 재료대 및 시술료)에 대해서는 **습니다.**

해당 **chemoport는 식약처 승인을 받은 후 사용하기 전** 으며, 문제가 없다는 **제조사 테스트자료, 품질검사자료를** 고 환자분의 안전을 위해 사전 예방 차원에서 이를 고려하 않으셔도 되며 이해 부탁드립니다.

[표준대화문2]

※ 체내 chemoport 분리된 경우 disclosure 시 적용

환자분 chemoport의 catheter가 분리된 사실이 최근(또는 정확한시점)에 영상검사에서 확인되었습니다.

해당 **chemoport는 식약처 승인을 받은 후 사용하기 전 모든 안전검사를 거쳤** 으며 문제가 없다는 **제조사 테스트자료, 품질검사자료를 확인**하였고 삽입 이후 확인 과정에서도 아무런 문제가 없었는데, 이런 일이 일어나게 되어 병원측도 매우 당혹스럽고 무엇보다 **환자분에게 매우 유감스럽게 생각합니다.**

발생 원인은 제품 결함으로 추정되며 우리병원은 **공급사측에 관련 사안을 전달하고 제품 결함 여부 등에 대한 조사를 요청**하였으며 조사 중에 있습니다 (다른 병원의 환자에게서도 분리된 사실이 보고된 것은 확인하였습니다).

현재 **환자분 상태에 나쁜 영향을 끼친 사실은 없는 것으로 보이나, 추후 파악** 내용이나 예상되는 영향에 대해서는 확인되는 대로 다시 말씀드리겠습니다.

그리고 이로 인한 재시술 비용(해당 재료대 및 시술료 등)에 대해서는 **병원측** 에서 부담하겠습니다.

해당 chemoport의 사용 전 모든 안전검사와 확인 과정을 거쳤음에도 이런 일이 발생하게 되어 매우 안타깝고 유감스럽게 생각하며 앞으로도 환자분의 안전을 위해 최선을 다하겠습니다.

의료기관평가인증원 소통 전략

- 카드뉴스 제작
- 4행시 짓기 이벤트

이번에 심명하기 & 함께 공감하기 캠페인

환자 안전 공감하기

카드뉴스 보고 4행시를 지어주세요!

카드뉴스의 내용을 바탕으로 **센스있고 독창적인 4행시**를 지어주시면 선물을 받을수있어요!

이벤트 공지

당첨 선물 우수작품 5편 선정

참가 자격 환자안전에 관심있는 누구나 참여 가능

응모기간 2018년 7월 31일(화) ~ 8월 10일(금)

당첨자 발표 2018년 8월 16일(목)
www.kops.or.kr 공지사항 확인

참여 방법 www.kops.or.kr 등록 > 공지사항에서 이벤트 2018년 8월 16일 > kops.kohpa.or.kr 이벤트 페이지 방문

보건복지부 KOPS 한국안전정보교육시스템 의료기관평가인증원

▶ 의료기관평가인증원 소통 전략

- 중대한 환자안전사고
- 의무보고 가이드라인 배포



의료진(제2의 피해자)의 변화

■ 정서적 충격

- 불안장애 : **61%**
- 자신감 상실 : **44%**
- 직업 만족도 저하 : **42%**
- 수면장애 : **42%**



▶ 의료진 보호를 위한 프로그램

- 전문가(법률자문 등) 적극 지원
- 팀 접근 방식
- 사건의 공정한 분석
- 의사소통 지원
- 법적 장치 마련
- 상담 프로그램 등 운영



▶ 환자안전문화 행동규범

의료 질 및 환자안전문화 향상을 위하여
전 직원이 함께 지켜나가야 할 행동 기준

- ▶ 환자안전문제 보고
- ▶ 보고자 보호
- ▶ 공정한 절차 적용
- ▶ 개선에 적극 참여
- ▶ 환자안전문화 저해 언행 삼가
- ▶ 서로에게 모범

환자안전문화 행동규범



보고

우리는 환자안전 문제를 보고하고 유사한 문제의 재발을 막기 위해 노력하겠습니다



보고자 보호

우리는 환자안전 문제를 보고한 직원을 비난하거나 불이익을 주지 않겠습니다



공정한 절차

우리는 환자안전 문제에 대해 누구에게나 공정한 절차를 적용하겠습니다



적극적 개선

우리는 환자안전 문제를 공유하고 개선활동에 적극적으로 참여하겠습니다



건강한 말과 행동

우리는 환자안전문화를 저해하는 언행을 하지 않겠습니다



모범

우리는 서로에게 모범이 되며 안전한 병원을 만들기 위해 최선을 다하겠습니다

환자안전문화 행동규범 선포식



▶ 환자안전문화 관련 문제 보고 방법

▶ 환자안전문화저해 사례 보고

환자안전문화 행동규범을 저해하는 상황,
즉 안전하지 않은 행동을 유발하는 시스템을 확인하고 개선하여
건강한 환자안전문화를 만들어 나가기 위함



환자안전문화 저해 사례 예시

항목 1. 잠재적으로 위험한 환자안전 프로세스 또는 문화 관련 사례

- 주말 당직의가 환자상태 변화에 대해 담당교수에게 연락하기 어려워 환자상태 진료지연
- 환자안전을 위해 Speak up 했으나 무시하고 진료 진행하여 환자안전 문제발생 가능성 있음

항목 2. 의사소통과 관련하여 환자안전문화를 저해하는 문제

- 환자안전사례 보고자에게 왜 보고했냐며 항의
- 직선호시간 발생하자, 관련 직원에게 "너 그럴줄 알았다" 하며 원색적 비난

항목 3. 기타

보고방법

1. AsanNet VOE 익명 게시판 통해 접수
2. 첨부된 보고양식지를 다운받아 작성한 뒤 접수
 - 1) 원내메일: AsanNet(수신처: P팀_환자안전문화보고)
 - 2) 원외메일: safetyculture@amc.seoul.kr
 - 3) 우편함: 신관지하1층 공용우편함(P팀)
 - 4) 전화: 원내 7072
 - 5) 방문: 신관4층 P팀

VOE

- 공지사항
- FAQ
- VOE상담
- 고충 건의 제안 (익명)**
- 칭찬합시다 (실명)
- 전문상담
- 재무/부동산상담

고충, 건의, 제안 (익명) VOE

등록

제목:

등록일시: 2019-07-27 오후 12:33:25

분류: **고충 건의 제안**

등록자: **환자안전문화저해사례**

비밀번호:

AsanNet 3.0 - Internet Explorer

http://asannet.amc.kr/egate45/sel/eip/home/home.nsf/openpage?readform

전자우편

발송 발송 후 창유지 임시저장 최근발신내역

받는사람: P팀

참조: P팀_환자안전문화보고/P팀

숨은참조: P팀/서둘야산

제목: 긴급 제목

발송옵션: 보안메일 보낸우편함에 저장 회신요청 예약발송 개별발송

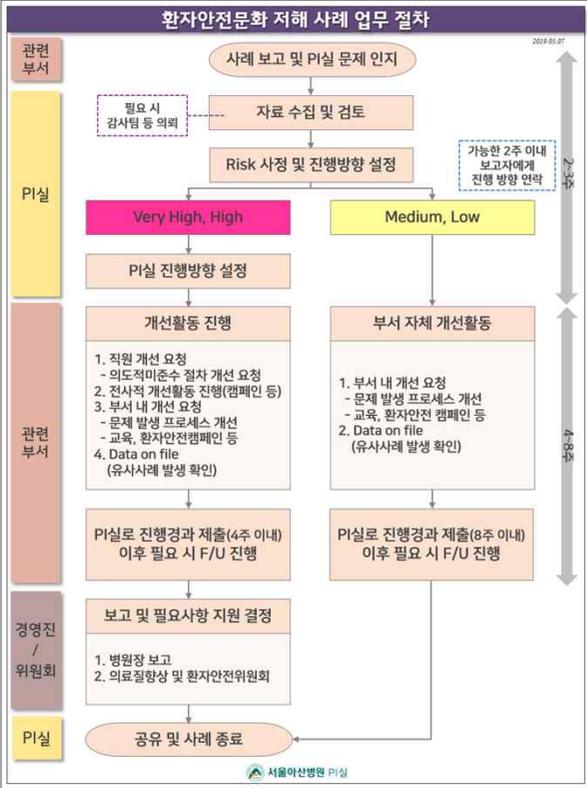
원내메일
수신처: P팀_환자안전문화보
고

▶ 환자안전문화 관련 문제 보고 방법

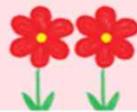
▶ Risk Assessment tool

발생 빈도 (비슷한 자격을 가진 사람 중 동일 상황에서 동일한 행동을 했을 수)	5	부서(진료과, 팀)전체	Medium	High	Very High	Very High	Very High
	4	부서(진료과, 팀) 내 11명 이상/Unit 전체	Low	Medium	High	Very High	Very High
	3	부서(진료과, 팀) 내 6명 이상 10명 이하	Low	Medium	Medium	High	High
	2	부서(진료과, 팀) 내 2명 이상 5명 이하	Low	Low	Medium	Medium	High
	1	부서(진료과, 팀) 내 1명	Low	Low	Low	Medium	Medium
점수			영향이 거의 없거나 미미함 (근접오류)	약간 영향 가능 (사건사고-위해없음)	중간정도 영향 (사건사고-경미한위해)	위해가 크고 업무프로세스 영향 큼 (사건사고-심각한위해, 적신호-경미한위해, 위해없음)	매우 위험, 치명적 손상 (적신호-신체기능의 영구적손상, 사망)
			1	2	3	4	5
발생 시 위험정도/심각성							

<https://sydney.edu.au/whs/activities/prioritise.shtml>



마음지기 프로그램



직원 스트레스 힐링을 위한 마음지기 (스트레스 심리상담) 프로그램

마음지기 프로그램 이용하기

직원의 고민과 스트레스를 상담하고 정신건강을 지원해드립니다.

누 가 안명희 교수

신청방법 AMIS 3.0 접속 ▶ 통합검색 [직원상담신청] 검색
▶ 상담구분 [마음지기 프로그램] 선택

문 의 고객만족팀 박영신 (T.5349)

마음지기 그룹 코칭을 원하는 경우는 고객만족팀으로 연락주세요.

※상담 이력 및 내용은 절대 비밀이 보장됩니다.

▶ Disclosure에 대한 향후 방향



- Data 축적과 분석을 통해 “소통 노하우” 지속 개선
- 적용 후 “비용효과, 신뢰도, 안전성” 등에 대한 효과분석
- 의료진의 피로도, **Second victim** 에 대한 관리
- 부당한 문제 제기로 부터 의료진 보호
- 신속한 대응을 위한 팀 **approach**

▶ 의사소통 방법 교육, 대외적 홍보 및 언론 고려 등

▶ amchippo@hanmail.net

이순행



간호현장의 윤리이슈:



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

임상현장의 Disclosure 사례



여상근 팀장
분당서울대학교병원 경영혁신팀

임상현장의 Disclosure 사례

분당서울대학교병원
경영혁신팀장 여상근

환자안전법

환자안전사건 보고

환자안전사건 소통하기 (Disclosure)

의사 실수로 신생아 사망... 집 단은폐한 의료진 2심도 실형

입력 2020.08.11 14:58 수정 2020.08.11 15:09



'전화주세요' '급함' '지금 급하게 아기 영상 판독을 삭제해야 합니다' '부원장님 사인이 필요하다고 하네요' '애기는 사망했음'

산부인과 주치의 문모씨가 부원장에게 보낸 문자내용

간호사 실수로 군인 사망...증거 은폐 급급했던 병원

가천대 길병원, 약물 잘못 투약해 군인 숨지자 대책회의
법원 '업무상과실치사 혐의' 간호사에 금고 1년·징역 2년



- 간호사의 카트에서 사고 후 베카론 병이 발견된 점...
- 피고인이 투약한 약물은 전 근무자 중 누군가에 의해 준비된 것...

의사가 처방전에 쓴 약물은 궤양방지용 '모틴'과 구토를 막는 '나제아'였지만, A씨는 마취할 때 기도삽관을 위해 사용하는 근육이완제인 '베카론'을 잘못 투약했다??



FULL LENGTH ARTICLE | VOLUME 35, ISSUE 1, P5-12, JANUARY 01, 2009

Disclosing Errors to Patients: Perspectives of Registered Nurses

Sarah E. Shannon, Ph.D., R.N. ✉ • Mary Beth Foglia, Ph.D., M.N., M.A., R.N. • Mary Hardy, M.A., R.N. • Thomas H. Gallagher, M.D.

Disclosure of medical errors has been conceptualized as occurring primarily in the physician-patient dyad. Yet, health care is delivered by interprofessional teams, in which nurses share in the culpability for errors, and hence, in responsibility for disclosure. This study explored nurses' perspectives on disclosure of errors to patients and the organizational factors that influence disclosure.

의료팀으로의 소통은

Disclosure의 질을 향상 시킴

Disclosure는

주로 의사와 환자와의 소통으로

개념화 되어 있음

Nurses conceived of the disclosure process as a team event occurring in the context of a complex health care system rather than as a physician-patient conversation. Nurses felt excluded from these discussions, resulting in their use of ethically questionable communication strategies. The findings underscore the need for organizations to adopt a team disclosure process. Health care organizations that integrate the entire health care team into the disclosure process will likely improve the quality of error disclosure.

Disclosure (& Reporting) 방해요인

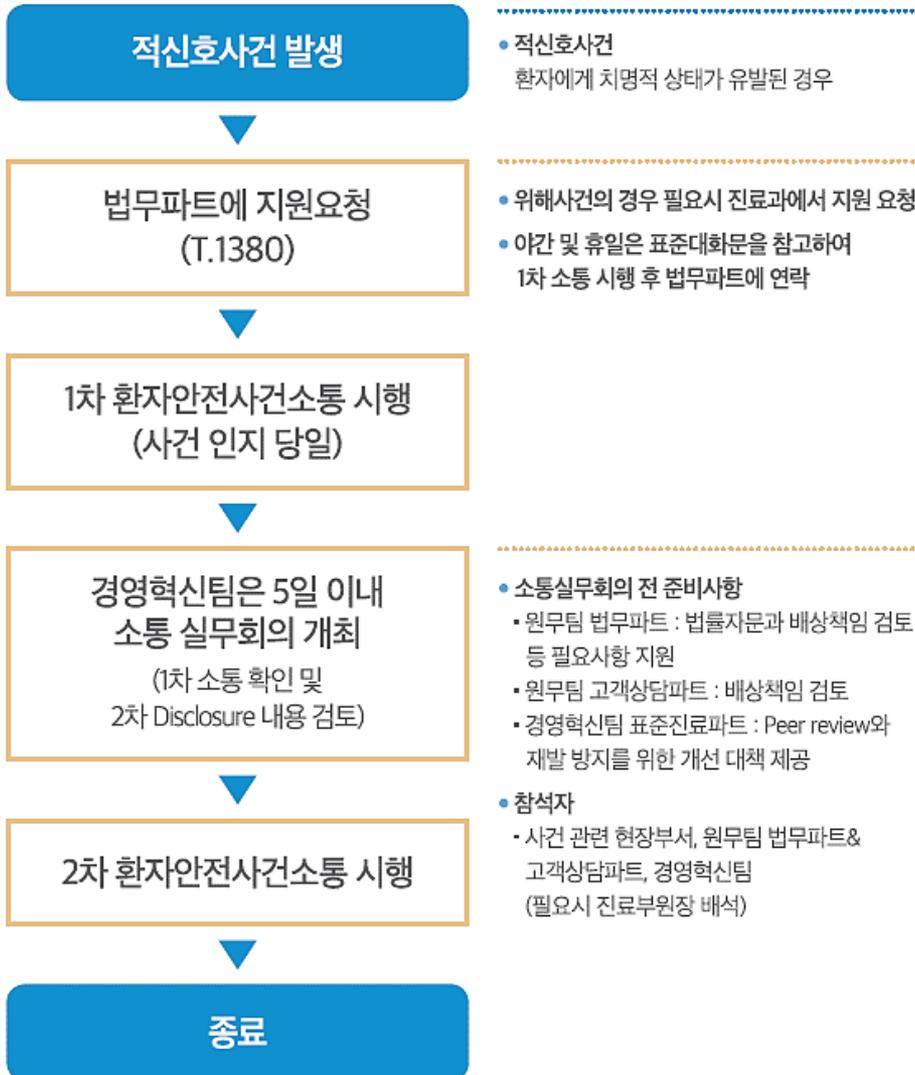
- 프로세스에 대한 지식 부족
- 보고 시스템에 대한 자신감 부족
- 작업량과 시간 부족
- 오류에 대한 심각성과 보고 및 공개의 적격성에 관한 통일되고 표준화된 정의 부재
- 관리자, 고령자, 그리고 가족에게 오류를 보고하고 소통할 때 적절한 의사소통 기술 필요

3.3.2. Healthcare Provider

Nurses' roles, their attitudes and knowledge of the significance and history of practice errors, and proclivity towards reporting were discussed. Nurses often had previous history of minor and major errors and near misses and believed in the need to report them [49–52]. Holding a Bachelor's degree plus previous history of disclosing and reporting serious practice errors were associated with error disclosure to both institutions' administrators and colleagues with the aim of improving patient safety [49,52].

Nurses felt responsible for practice errors [52]. They emphasized the importance of data collection on errors for future prevention initiatives [49,51,52]. The main barriers to reporting and disclosing errors were: lack of knowledge of the process; lack of confidence in the current digital systems for reporting; workload and lack of time; lack of a unified and standard definition regarding the seriousness of errors and their eligibility for reporting and disclosing; and a need for appropriate communication skills when reporting and disclosing errors to administrators, older people, and their families [49,50,52].

SNUBH의 환자안전사건소통 절차

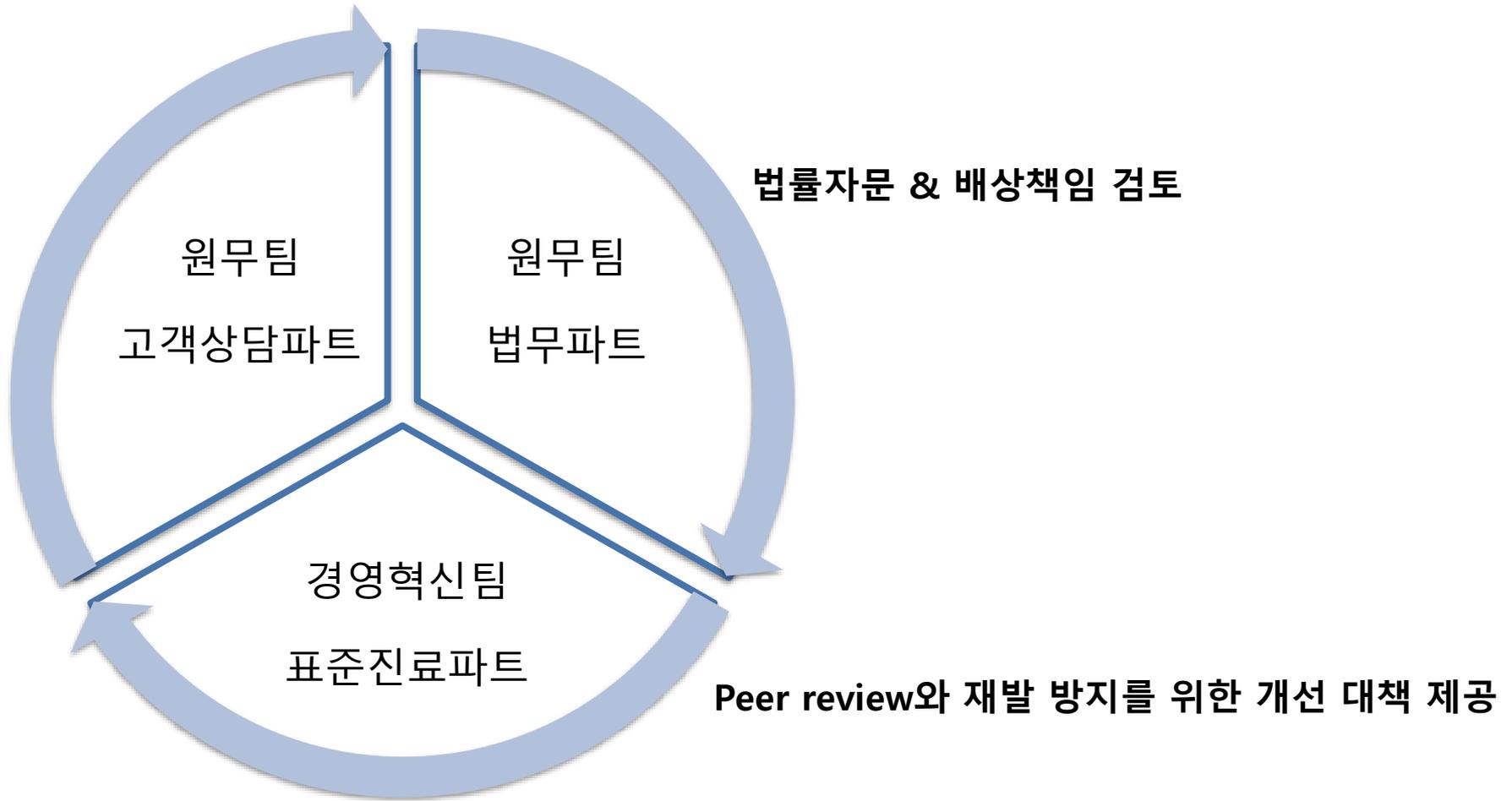


✓ 2018년 절차 구축

✓ 2019년 표준 대화문 제작



SNUBH의 환자안전사건소통 지원 조직 구성

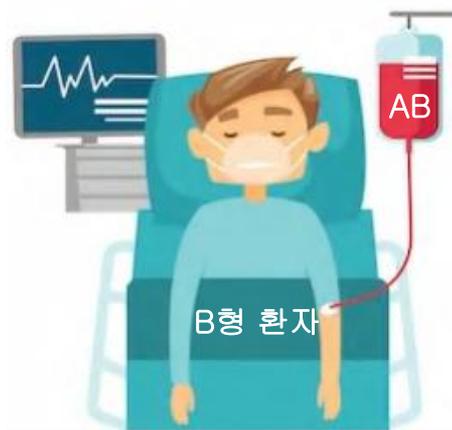


SNUBH의 환자안전사건소통 실무회의 운영



Disclosure 주체

2018년 사례



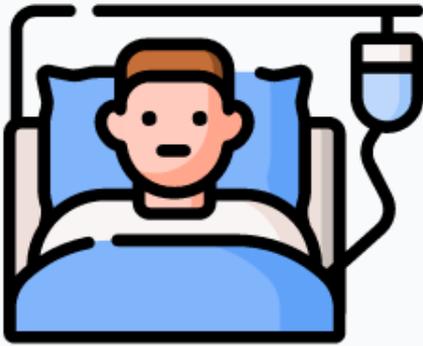
혈액 관련 환자안전사고

※ peer review 결과 : 대량 수혈이 필요했던 출혈, 이로 인한 쇼크, 신부전, 간부전 및 이차 감염 등으로 사망
부적합 수혈과 사망의 연관성은 명확하지 않음

Disclosure 후...

“ 아버지는 돌아가시고 그 돈을 받는게 너무 죄스러워서 망설였어요...
수혈이 잘못 되셔서 그 영향으로 돌아가신 게 아닌가 의심도 많이 하고...소송을 생각해야 하는게 아닌가도 생각하고...ㅠ.ㅠ 마음이 그간 무척 힘들었습니다. 이런저런 문제들을 제기한다고 해서 아버지가 살아 돌아오는 것도 아니고 ㅠ.ㅠ 그래서 진료비 감면 받고 좋은 곳에 쓰도록 마음잡았습니다.”

2019년 사례



약물 급속 주입

※ Eglantin 투여 속도에 대한 국내 허가사항이 명확하지 않아,
약 40분간의 투여 시간을 오류로 판단하기 어려움

환자안전사건소통 실무 회의 후 보호자 방문 요청 -> 방문 어려워 유선으로 보호자 면담 진행함

Disclosure 후...

“네~ 확인하고 연락 주셔서 감사합니다.” (이후 감면 없이 종료)

2019년 사례

주사 경로 오류

Disclosure 후...

“ 이번 사건으로 내 몸에 또 다른 문제가 발생할까 두렵다...”

병원 차원에서 합의에 어려움은 있었으나...

이 후 외래에서 환자상태에 문제가 없어 환자의 불안이 감소됨.

향후 관련 오류로 인한 증상에 대해 치료비 감면을 약속드리며 마무리 됨

2019년 사례



수액세트 연결 오류

Disclosure 후...(회복 과정에서)

“간호사에 대한 원망은 없고...

간호사 또한 정신적 충격을 받은 부분에 대해 잘 극복했으면 좋겠습니다.”

SNUBH의 환자안전사건소통 사례(4)

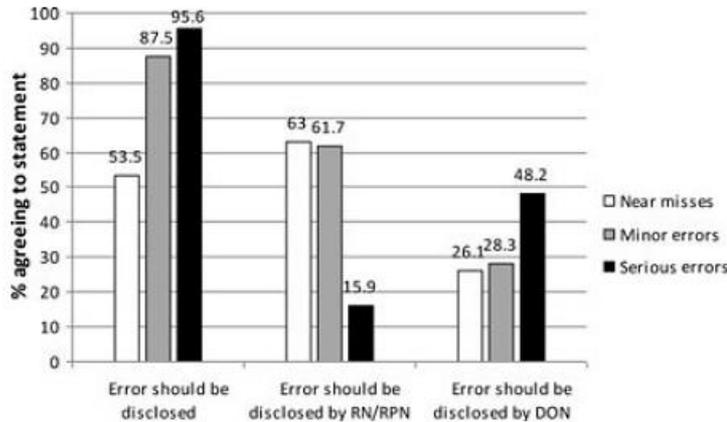


Figure. Nurses' responses to level of error disclosure. Abbreviations: DON, director of nursing; RN, registered nurse; RPN, registered practical nurse.

오류의 심각도가 높을수록 공개해야 하며, 간호관리자가 레지던트와 가족에게 오류를 공개하는 것이 가장 적절

SNUBH의 환자안전사건소통 사례(4)



겪지 않아도 될 고통을 드려
정말 죄송합니다. 치료과정에 최선을
다하겠습니다.
(중략)

우리 간호사 개인의 문제가 아닌
우리병원의 시스템적 문제입니다.

간호사 실수로 인한 위해사건이지만
진료과에서는 간호사 개인을 비난하지 않고
환자 및 보호자와 적극 소통하며
한 팀이 되어 개선을 진행 한 사례



인과 관계가 명확하지 않고...

영구적 손상이 발생하지 않은 경우...

의료기관 차원에서 환자와의 합의도 원만했고...

간호사들도 죄책감에서 빨리 벗어났다...

그러나...

수술을 잘 받고 회복중인 사람이었습니다.
누가 이런 말도 안되는 실수를 했습니까?



본인의 진료공간이 아닌 곳에서 발생하는 환자안전사건의 경우
책임의사가 Disclosure에 거부감을 보이며 책임을 묻기도 함
그러나, 소통실무회의를 통해 병원의 일!! 우리의 일!!이라는 인식을 갖고 진행의 주체가 됨

※ Disclosure 효과

- 의료소송 건수/관련 비용 및 의료진 처벌에 대한 의향 감소
- 의사와 환자 관계 강화
- 의료진 추천 및 재방문 의향 증가
- 의료 질 평가 점수 증가
- **의료진의 죄의식 감소 등**

Table 2. Major expected effects of disclosure of patient safety incidents

Area	Key findings
Medical lawsuits and punishment	Although empirical evidence is limited, disclosure of patient safety incidents reduced the rate of medical lawsuits and related costs [44,45] Disclosure of patient safety incidents did not increase the likelihood of legal action from the general public [35,43,46-49] Disclosure of patient safety incidents decreased the intention of the general public to punish medical professionals [50] Disclosure of patient safety incidents increased the intention of the general public to forgive medical professionals [42]
Patients	Disclosure of patient safety incidents helped to build a better physician-patient relationship, improved patient satisfaction, and generally increased the credibility of medical professionals [18,35,38] Disclosure of patient safety incidents increased patients' intention to revisit and recommend the physicians or hospitals [54,55] Disclosure of patient safety incidents could improve patients' evaluation of the quality of care [54,56]
Medical professionals	Disclosure of patient safety incidents reduced medical professionals' feelings of guilt [17,20,29]
Others	Disclosure of patient safety incidents would decrease the risks of similar medical errors [52] Physicians who disclose patient safety incidents can be role models for medical students [57] Disclosure could affect relationships among medical professionals in a positive way [20]

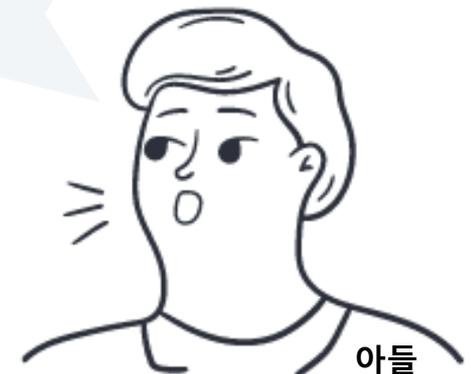
“정말 죄송합니다...”

간호사의 진심어린 사과에 보호자들의 반응...

왜 미리 발견
하지 못했나요..
신경도 안쓰지
않았나요??

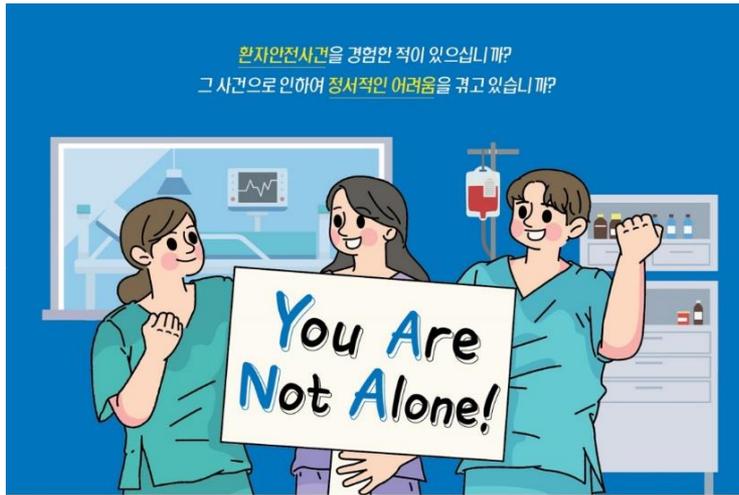


알겠습니다.
그만 가보세요...



2차 피해자(간호사) 지원 프로그램

※ 타병원 연구 프로그램



이 프로그램은 환자안전사건을 경험한 간호사의 심리 지원을 위해 개발되었습니다. 문제해결을 위한 상담이 아닌 정서적인 안정과 지지를 제공하기 위한 프로그램입니다. 참여자의 정보는 비밀보장되며, 꼭 경험한 사건에 대해 이야기하지 않아도 됩니다. 함께 있다는 것만으로도 힘이 될 수 있습니다.

참여 대상

환자안전사건 경험으로 인하여 심리적인 어려움을 겪고 있는 간호사 누구나

- 적신호사건
- 위해사건
- 근접오류
- 예기치 않은 환자의 사망 또는 상태의 악화 등

안내사항

- 프로그램 시행 전·후 설문조사를 시행합니다.
- 프로그램 평가를 위하여 상담 내용을 녹음할 수 있습니다.

참여 혜택

- 참여 1회기 당 1만원의 문화상품권을 드립니다.

기타사항

연구 제목 환자안전사건 경험에 대한 일반인, 의료인 대상 상담 지원 프로그램 개발

연구책임자 옥민수(울산대학교병원 예방의학과)

신청 및 문의

☎ 052)230-1740-1 ☎ 010-4031-2999

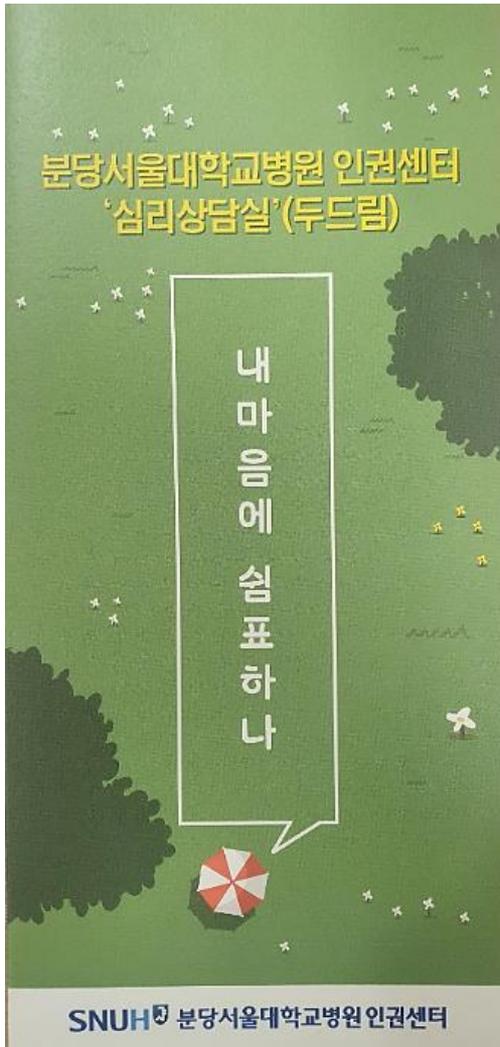
✉ 0903069@uuh.ulsan.kr

프로그램 진행

- 👤 **상담자** 심리상담을 전공한 예방의학과 연구원
- 👥 **형태** 1:1 개인 상담
- 📅 **회기** 최대 3회
- 🕒 **소요시간** 1회기 당 약 30~40분
- 📍 **장소** 참여자와 협의 후 편한 장소로 선정



2차 피해자(간호사) 지원 프로그램



상담 안내	
심리 상담	<ul style="list-style-type: none"> • 업무 및 직원 간 스트레스 • 기타 다양한 개인 심리 상담 및 심리 검사
인권·고충 상담/신고	<ul style="list-style-type: none"> • 직원 간 갈등, 고민·고충 등 상담 • 원내 폭언·폭행, 성희롱·성폭행, 괴롭힘 등 상담/신고
기타 상담	<ul style="list-style-type: none"> • 법률 상담 • 세무·재무 상담

분당서울대학교병원의 지원체계 운영

임상현장에서 간호사의 환자안전사건소통은?

1

환자안전사건으로 의심되는 경우 상급자에게 즉시 보고

2

원내 보고시스템을 통해 환자안전 전담 부서와 공유

3

소통지원팀의 가이드에 따라 Disclosure에 참여

감사합니다.



Announcement



- 학술대회 만족도 조사 링크:
<https://forms.gle/CRJSZuA6oW1evBCd9>
- 참가확인증과 등록영수증 발급:
학회홈페이지(<http://nursingethics.co.kr>) ➡ **My page**
➡ **증명서 발급** 신청 후 출력



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics



THANK YOU



한국간호윤리학회

(nursingethics.co.kr)