

## 환자안전 문화에 대한 의료 종사자의 인식과 경험\*

김 은 경<sup>1)</sup> · 강 민 아<sup>2)</sup> · 김 희 정<sup>3)</sup>

### 서 론

#### 연구의 필요성

환자가 안전한 환경에서 안전한 처치를 받는 것은 환자의 기본적 권리에 해당한다. 병원을 방문하는 모든 환자와 가족들은 병원에서 입원 및 진료를 받는 동안 안전하고 완벽한 보호와 돌봄을 기대하지만 실제 이러한 신뢰관계는 심각한 위협에 처해있다. 최근 환자안전에 관한 다수의 연구들은 의료기관의 의료서비스 제공과정에서 일반적으로 인식되는 것보다 훨씬 많은 오류가 발생되고 있으며, 이러한 오류들이 사실상 예방 가능한 것이었음을 보고하고 있다(Pronovost et al., 2003). 세계 최고의 의료기술과 서비스를 자랑하는 미국에서도 의료오류로 인하여 사망하는 사람이 매년 44,000명에서 최대 98,000명에 이르며 이들 중 58%는 '예방 가능한 오류'로 인한 사망이라는 충격적인 보고가 있었다(Institute of Medicine, 2001). 우리나라는 아직 의료오류(medical error)에 대한 공식적인 통계자료는 없으나 의료오류로 인한 법적인 분쟁건수는 지속적으로 증가하고 있는 추세이다. 이와 같은 맥락에서 최근 선진국을 중심으로 의료오류를 예방하고 환자에게 안전한 의료 환경을 제공하기 위한 다양한 노력과 기초연구가 활발히 진행되어왔다(Davies, Nutley & Mannion, 2000; Department of Health, 2001; Institute of Medicine, 2001). 미국의학원(Institute of Medicine)은 21세기를 위한 새로운 보건의료체계에서 안전

성을 향상시키기 위해서는 강력한 정치적, 경제적 힘이 필요함을 강조하였다(Institute of Medicine, 2001).

환자안전 문화의 구축은 보다 안전한 진료환경을 구축하고자 하는 다양한 노력 중 주목받는 접근으로서 환자안전 문화 형성노력은 의료오류의 발생을 감소시키고 보다 안전한 진료환경을 구축하고자 하는 다른 접근법들과는 차이가 있다. 환자안전문화 접근방법은 기존의 각종 최신 과학기술, 의료장비와 컴퓨터와 소프트웨어 등 첨단 정보기술 체계의 구축과 같은 각종 기술적인 해결책 못지않게 환자안전을 강조하는 리더십, 조직 내 협조체계, 의료오류에 대한 의사소통의 개방성 등 안전에 대한 조직문화의 구축과 환자안전에 대한 조직구성원의 인식 개선의 중요성을 강조한다(Aron & Headrick, 2002; Nieva & Sorra, 2003). 또한 의료사고가 발생된 경우 그러한 사고에 연루된 개인에게 책임소재를 묻고 그에 따라 처벌하는 과거의 대응방식과는 달리, 환자안전 문화 접근법은 의료오류의 발생 원인을 불완전한 시스템적 문제로 정의함으로써 반복되는 사고의 발생을 허용하는 의료전달체계 자체의 문제점을 찾아내고, 이를 개선하여 의료오류의 발생을 미연에 방지하는 것에 초점을 맞추고 있다(Bates & Gawande, 2000; Cullen et al., 1995; Institute of Medicine, 2001). 다시 말해서, 기존의 안전환경을 위한 접근법이 단편적인 구조적 측면의 환경에만 관심을 기울였다면, 환자안전 문화 구축은 기술적 측면뿐 아니라 환자안전을 강조하는 리더십, 시스템적 체계, 의사소통의 중요성, 교육 강화 등 포괄적인 안전조직 문화를

**주요어** : 안전, 의료오류, 안전관리, 조직문화

\* 이 연구는 2004년도 이화여자대학교 교내연구비 지원에 의해 수행되었음

1) 을지대학교 간호대학 조교수

2) 이화여자대학교 사회과학대학 행정학과 조교수(교신저자 E-mail: minahkang@ewha.ac.kr)

3) 이화여자대학교 사회과학대학 행정학과 박사과정

투고일: 2007년 7월 25일 심사완료일: 2007년 9월 8일

형성하는데 있다.

이처럼 환자안전 문화 형성의 중요성에 대한 관심이 증가함에 따라 환자안전에 대한 연구가 급증하고 있고(Davies et al., 2000; Koeck, 1998; Pronovost et al., 2003), 몇몇 연구들에서는 표준화된 사건보고시스템 구축이 의료오류, 특히 투약오류 감소에 효과적이었음을 발표하였다(Bates et al., 2003; Jha et al., 1998). 국내에서도 의료기관평가제도의 시행과 더불어 의료서비스의 질 향상을 위해 환자안전을 보장하는 것이 중요하고 시급한 과제로 인식되면서 의료오류의 감소에 대한 관심은 서서히 증가하고 있다. 그러나 아직까지 우리나라는 의료오류에 대한 정의가 불분명하고, 측정을 위한 조작적 개념에 대한 합의도 원활히 이루어지지 않아서 환자안전 문화에 대한 논의가 제대로 형성되지 못하고 있다고 해도 과언이 아니다. 또한 의료오류에 대한 통계자료조차 없으며, 이를 파악할 수 있는 관리체계가 없기 때문에 법적인 의료분쟁으로 불거진 의료사고 건수만으로 추정하고 있는 실정으로, 환자안전에 대한 환자나 의료인, 나아가 의료기관이나 정부의 체계적인 관심은 아직 일천한 수준이다(강민아, 김정은, 안경애, 김윤과 김석화, 2005; 안경애, 김정은, 강민아와 정연이, 2006). 따라서 의료오류와 환자안전 문제를 개방적으로 논의할 수 있는 의료기관의 조직문화에 대한 연구나 의료오류의 발생현황 및 그 결과에 대한 기초 자료가 거의 없다.

조직문화는 조직구성원 모두가 공유하는 가치, 신념, 규범과 전통, 관습, 지식과 이념, 습관과 기술, 행동과 언어, 정책과 운영 등을 포괄하는 종합적이고 총체적인 고유의 운영방식이다(Cooper, 2000). 이는 조직구성원이 생각하고 행동하고 업무에 접근하는 양식을 제공함으로써 조직화의 가장 안정적이고 구체적인 힘을 실어주는 역할을 하기 때문이다. 특히, 안전문화는 조직구성원, 시스템 그리고 업무활동을 포함하는 안전 목표를 달성하기 위한 상호 협동적인 노력의 결과라고 할 수 있다. 우리나라도 최근 의료기관평가의 영향 및 의료오류에 대한 선진국의 관심증가에 힘입어 일부 의료기관에서 조직구성원들에게 환자안전 문화에 대한 관심을 요구하고 있으나 조직구성원들이 의료오류나 환자안전 문화에 대해 어떤 경험과 인식을 가지고 있는지에 관한 연구는 매우 미비하다. 더구나 환자안전 문화가 의료서비스 현장에서 어떻게 형성되고 전달되는지, 이러한 환자안전 문화가 실제로 의료서비스 성과에 어떻게 영향을 미치는지 등 메커니즘은 거의 밝혀져 있지 않다.

따라서 본 연구는 국내 의료기관의 환자안전 문화를 이해하기 위한 기초 연구로서 의료기관의 질 관리 담당자, 간호사, 약사를 대상으로 심층인터뷰 및 포커스 그룹 논의를 통해 의료종사자들이 가지는 환자안전 및 의료오류에 대한 인식과 경험을 다각적으로 이해하고, 안전조직 문화의 현황과 인식을

파악하여 국내 의료기관의 환자 안전문화 정착을 위한 변화 전략의 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 연구 목적

본 연구의 목적은 의료기관 종사자의 환자안전에 대한 이해와 안전조직의 문화를 이해하기 위한 질적 연구로 구체적인 목적은 질 관리 담당자, 간호사, 약사가 인식하는 환자안전과 의료오류의 개념을 이해하고, 의료오류의 발생원인 및 보고체계, 조직의 안전문화 현황에 대해 파악하여 기술하는 것이다. 따라서 본 연구의 질문은 ‘의료기관 내의 의료오류 및 환자안전 문화에 대한 질 관리 담당자, 간호사, 약사의 경험과 인식은 무엇인가?’이다.

## 연구 방법

### 연구 설계 및 연구자의 철학적 관점

본 연구에서는 환자안전 문화에 대한 인식조사를 위해 그룹 인터뷰와 개별 인터뷰를 병행한 다중-방법적(multi-method) 질적 연구방법을 사용하였다. 다중-방법적 질적 연구방법은 문화기술지에서 자료수집 방법으로 관찰과 인터뷰를 자료수집 방법으로 사용하는 것처럼 개별인터뷰와 함께 포커스 그룹 인터뷰를 자료수집 방법으로 사용하는 것이다(Willis, 1977). 이처럼 여러 가지 질적 연구방법을 결합하여 사용하는 이유는 연구대상이 되는 현상을 이해하는데 각각의 방법이 나름대로 독특한 방식으로 기여할 수 있기 때문이다. 포커스 그룹은 진행자의 능력을 바탕으로 제한된 시간 내에 특정주제에 대해서 그룹 내의 상호작용을 적극적으로 활용함으로써 다른 방법으로는 도출하기 어려운 자료와 이에 대한 통찰력을 얻을 수 있으며, 연구 참여자와 다양한 상호작용과 연구주제에 대한 자유로운 토의가 가능하다(Morgan, 1993). 이러한 이점은 본 연구와 같이 참여관찰에서 발견하기 어려운 주제인 의료오류나 안전문화에 대한 간호사나 약사들의 의견과 경험에서의 유사점과 차이점에 관한 직접적 증거를 제공함으로써 동료들의 상호작용과 의견교환에 적합하여 적용하였다.

반면, 개별 인터뷰는 인터뷰 담당자와 정보 제공자 사이에 보다 긴밀한 커뮤니케이션이 가능하기 때문에 그룹 토의와 다른 더 미묘한 단서를 제공할 수 있다(Agar & MacDonald, 1995). 질 관리 담당자의 경우 각 병원 내에서 안전에 대한 총괄적인 관리를 담당하는 만큼 병원 전반의 의료오류 및 보고체계, 조직문화를 이해하는데 더 많은 정보를 제공할 수 있고, 자신의 병원상황에 대해 다른 병원의 관계자가 아는 것을 꺼릴 수 있다고 판단하여 포커스그룹 인터뷰 대신에 개별 인

터뷰 방법을 적용하였다. 따라서 본 연구는 다중-방법적 (multi-method) 방식으로 이용하여 포커스그룹과 개별 인터뷰의 장점을 활용하여 수행하였다.

### 연구 참여자 및 윤리적 고려

인터뷰는 2006년 1월에서 2006년 3월 사이에 서울시내의 3차 의료기관의 병원근무자 총 14명을 대상으로 실시하였다. 인터뷰 대상자인 간호사, 약사는 병원에서 의사를 제외하고는 의료오류의 가장 많은 부분을 차지하는 투약오류와 관련된 업무를 담당하고 있는 직종이고, 질 관리 담당자는 병원의 의료오류를 가장 많이 취급하기 때문에 대상자로 선정하였다. 환자안전 관리자에 대한 인터뷰는 개별 병원에서 환자안전을 담당하고 있는 4인의 질 관리 담당자로 이들은 모두 간호직 종이었으며, 이들에 대해 개별 인터뷰를 실시하였다. 간호사와 약사에 대한 인터뷰는 각 5인으로 구성된 간호사 집단과 약사 집단을 대상으로 포커스그룹 인터뷰를 실시하였다. 포커스그룹 참여자는 동일한 병원에서 근무하는 사람들로 구성하였으며, 간호사의 경우 다른 진료과에 근무하는 다양한 근무 연수의 구성원으로 구성하였다. 개별 인터뷰는 각 참여자에게 직접 접촉하여 허락을 받아 인터뷰 대상을 구성하였다. 인터뷰 섭외 과정에서 인터뷰의 목적과 주제에 대해서 설명하였으며, 인터뷰 시작 전에 연구의 주제와 음성녹음 및 인터뷰에 대한 자발적 참여와 인터뷰 과정의 내용에 대한 비밀 유지와 익명성 보장 등에 대해 설명하고 동의를 구하였다. 또한 면담 진행 중에도 참여자의 의사에 따라 연구 참여를 중단할 수 있음을 사전 고지하였으며, 인터뷰 후에는 연구 참여에 대한 인센티브를 제공하였다. 연구자의 면접자료 역시 대상자의 이름 대신 숫자로 부호화하여 처리하였으며, 자료 분석이 끝난 후에 녹음한 테이프를 폐기처분 하여 최대한 참석자의 비밀과 익명성을 보장하였다.

### 자료 수집 및 자료 분석

개별 인터뷰 및 포커스그룹 인터뷰에 사용될 질문의 내용은 환자안전 문화에 관한 국내외 기존 문헌연구와 전문가 2인의 자문을 거쳐 대주제(환자안전에 대한 개념과 인식, 의료오류의 원인, 의료오류의 보고체계 및 문제점, 환자안전문화 구축에 대한 의견 등), 중주제(환자안전에 관한 인식, 의료오류 보고체제의 중요성, 근접오류에 대한 인식, 환자안전사고의 원인, 사고보고 체제의 현황, 보고의 정도와 피드백 유무, 보고체제의 문제점, 의료오류 및 환자안전 예방을 위한 개선 방향, 의사소통문제 해결방안 등), 소주제(좀 더 세부적인 질문으로 인식하고 있는 환자안전사고의 필연성, 의료사고에 대

한 인식, 니어미스의 보고여부, 직원배치 현황, 사건보고절차의 문제, 안전교육현황, 사고보고체계의 공식화 정도, 법적인 보호체계 등)로 나누어 분석틀을 구성하였고, 이에 따라 인터뷰 질문 및 질문의 순서를 결정하였다. 즉, 본 연구는 의료기관의 환자안전 문화에 대한 간호사, 약사, 질 관리 담당자의 경험과 인식을 파악·비교한다는 목적과 주제가 명확하므로 어느 정도 질문의 틀을 구성함으로써 구조화 정도가 높은 접근을 통해 모든 그룹이 주제로의 토의에 집중하고, 상대적인 비교가 가능하도록 하였다. 그러나 연구자가 사전에 예상하지 못했던 문제들에 대한 주제가 나올 경우 이러한 주제를 논의 범위에 포함시켰으며, 많은 지적과 상호작용이 있는 문제에 대해서는 다음 인터뷰에 포함하여 진행하였다. 인터뷰 장소는 인터뷰 대상자들의 편의성 및 접근성을 위해서 각 대상이 근무하는 병원 내 조용한 세미나실에서 실시하였으며, 면담시간은 약 90분정도 소요되었다. 포커스 그룹의 경우 진행자 및 인터뷰 보조로 연구자들이 직접 참여하여 인터뷰를 진행하였고, 진행되는 동안 참여자의 태도 및 특성에 대해서 기록하였다.

인터뷰 종료 이후에는 참여자 집단의 특징이나 새롭게 발견된 논제 등에 대해서 약 30분에서 1시간에 걸쳐 연구자간의 디브리핑(debriefing) 단계를 거쳐 논의하였으며, 이러한 논의의 결과에 따라 다음 인터뷰에 적용될 질문의 내용이나 구성을 조정하였다. 개별 인터뷰는 연구자 1인이 참석하였으며, 인터뷰 동안 참여자의 특성 등에 대해서 별도로 기록하였다. 녹음된 내용과 인터뷰는 녹취록으로 작성되었으며, 녹취록 작성에 참여하지 않은 연구원이 작성된 녹취록과 녹음된 내용이 일치하는지 확인하였다. 본 연구의 자료 분석은 Strauss & Corbin(1998)의 질적 자료 분석 과정을 적용하여 자료수집과 코딩, 과정분석이 순환적으로 이루어졌으며, 포커스그룹의 특성상 Knodel(1993)의 '격자(grid)' 방식을 통해 각 질문에 대한 반응을 체계적으로 요약하여 분석하였다. 대부분의 포커스그룹 연구에서와 같이 본 연구도 미리 정해진 주제를 조사하는 방식으로 자료를 수집하기 위해 좀 더 구조화된 접근을 사용하기 위한 문헌조사와 전문가 자문을 통해 선정된 주제 및 인터뷰 중 발견된 새로운 논제로 크게 구별하여 진행되었기 때문에 이 격자방식을 적용하여 분석하였다. 또한 연구 결과의 타당성 확보를 위해 연구자들이 각각 개별적인 분석을 실시한 후 각각의 분석내용의 일치정도를 확인하고 부합하지 않는 내용에 대해서는 연구자들이 심층적인 논의를 통하여 결정하였다.

### 용어의 정의

환자안전과 관련된 용어들은 다양하게 정의되고 있어, 용어 정의의 통일이 아직까지 어려운 상황이다. 다음은 본 연구에

서 의미하는 내용과 가장 근접한 용어정의를 기술한 것이다.

- 안전문화(safety culture) : 보건의료제공 과정에서 발생할 수 있는 환자의 피해를 최소화 하기 위한 공동의 믿음, 가치, 지속적인 탐구를 바탕으로 한 통합된 개별적/조직적 행동패턴(Kizer, 1999).
- 환자안전(patient safety) : 보건의료제공 과정상 오류의 예방과 오류로 야기되는 환자상해의 제거 및 완화(National Patient Safety Foundation, 2003).
- 의료오류(medical error) : 보건의료제공 과정에서 계획된 활동이 의도한 대로 성취되지 못했거나 목표달성을 위한 계획이 잘못된 경우로, 환자에게 해를 입혔거나 입히지 않은 결과를 모두 포함하는 포괄적 의미로 사용함(Institute of Medicine, 2000).
- 의료사고(adverse event) : 환자가 현재 앓고 있는 질환에 의해서라기보다는 의학적 관리로 인한 손상(Institute of Medicine, 2000). 흔히 우리나라에서는 ‘위해사건’으로 번역함.
- 근접오류(near miss) : 환자에게 상해를 줄 수 있었지만 운이 좋았거나(예; 환자가 금기된 약을 투여 받았지만 부작용을 보이지 않음), 예방이 되었거나(예; 잠재적으로 위험할 정도의 약물이 과다처방 되었지만 간호사가 약물을 투여하기 전에 발견), 또는 완화시켜서(예; 약물이 과다투여 되었지만, 일찍 발견되어서 해독제로 대처함) 해를 끼치지 않은 행위(Van der Schaaf & Kanse, 2000).

## 연구 결과

연구주제의 질문에 대해 연구 참여자들로부터 얻은 의료류의 경험과 인식, 의료기관의 환자안전문화에 대한 태도 등의 자료를 근거로 다음과 같이 주제에 따라 결과를 도출하였다.

### 환자안전 및 의료오류의 개념에 대한 인식

의료서비스를 제공하는 간호사나 약사, 병원 내 의료서비스의 질 향상 노력을 조직적으로 담당하고 있는 질 관리 담당자 간에는 환자안전에 관한 커다란 인식의 차이를 보이고 있었다. 우선, 질 관리 담당자의 경우 ‘환자안전’에 대해 기존의 연구에서 제시하고 있는 환자안전의 개념을 이해하고 있는 것으로 나타났다. 질 관리 담당자들은 모두 환자안전의 중요성을 여실히 느끼고 있어서 “오즈음 의료의 질은 환자안전을 빼고는 이야기 할 수 없다. 사실 환자 안전이 보장되지 않고 무슨 의료의 질을 논하는 것은 말이 안 되거든요”라고 표현하였다. 나아가, 이들은 환자안전의 범위에 대해 간호사나 약사보다 포괄적이고 다양한 측면의 인식을 가지고 있어서 투약과나 낙상 등의 문제 외에도 감염이나 근접오류(near

miss)를 포함한 다양한 의료오류의 유형을 포함하고 있으며 나아가 식사, 마취 및 전산관련 오류에 이르기까지 매우 광범위하게 환자안전을 정의하고 있었다.

“환자안전하면 일단 환자가 손상을 받지 않는 진료 환경에서 치료를 받을 수 있도록 만들어 주는 것이라고 생각해요”  
 “의료 환경이 매우 복잡하고 다양한 사람들이 모여 있기 때문에 어떤 치료를 하다 보면 사람의 실수가 전혀 없을 수는 없고 에러가 항상 날 수 있는 환경이라고 생각을 하거든요 그래서 가능하면 그런 환경들을 시스템적으로 보완을 해서 가장 안전한 환경을 만들어 주는 게 환자 안전이 아닐까요?”.  
 “투약, 감염, 낙상, 검사오류, 마취, 수술부위 착오, 기록오류, 식사 및 시설 관련 사고 등 정상적인 범위에서 벗어나는 모든 게 다 포함된다고 생각해요.”(질 관리 담당자)

한편, 이와는 대조적으로 대부분의 간호사들은 환자안전에 대해서 질 관리 담당자들과 같이 의료서비스의 질 향상 노력과 연계해서 생각하기보다는 주로 낙상에 의한 부상, 자살과 같은 안전사고나 재해 등 매우 제한적인 개념으로 인식하고 있었다. 또한 환자안전은 가벼운 사건으로 인식하는 반면, 의료사고는 큰 사고나 소송 등과 연결 지어 생각하고 있었다.

“낙상이 그렇게 많이 일어나는 일은 아닌데요, 낙상이 가장 먼저 생각나구요 실제로 많이 일어나는 건 투약사고가 제일 많이 일어나요”. “환자안전이라고 했을 때에는 낙상에방이라는 것을 많이 생각했는데요 그래서 의료사고랑 환자안전이라고 하면 의료사고 안에 포함되는 게 환자안전이라고..”(간호사)

이와 같은 맥락에서 질 관리 담당자가 아닌 일반 간호사나 약사의 경우 ‘의료오류’ 라는 용어에 아직 익숙하지 않았으며, 의료사고나 분쟁의 개념으로 우선 받아들이는 경향이 있었다. 대부분의 간호사나 약사들은 사회자가 의도적으로 의료오류라는 용어를 반복적으로 이용하여 질문을 했음에도 불구하고 ‘의료오류’라는 용어 대신에 ‘의료사고’로 받아들여서 응답하였고, 의료오류나 사고에 대해 일단 부정적인 이미지를 연상함을 볼 수 있다.

“환자안전과 의료사고의 차이점.. 환자안전은 의료사고보다 범위가 좁구나 하는 느낌을 받았거든요” “오새는 마스크에서 의료사고에 대해서 떠들잖아요 그러니까 사람들이 무조건 ‘이건 의료사고다 라고 문제를 크게 일으키거든요 병원입장에서는 일단 다른 보호자들 보기에 굉장이 안 좋잖아요 저쪽에서 한 보호자가 계속 소리치면 병원이미지도 좋지 않고 의사는 재수 없게 걸렸다는 느낌을 많이 받는 것 같아요”(간호

사) “의료사고라 하면 환자가 사망하는 어떤 큰 사고가 나서 그 보호자들이 병원을 대상으로 소송을 건다거나 그런 것들이 주로 생각이 나구요 환자안전은 그런 사고가 나기 전의 일이라고 생각해요.”(약사)

환자안전이나 의료오류에 대한 일선 간호사나 약사들의 이러한 인식은 환자안전이나 의료오류에 대한 기존의 국내·외 학문적 논의와는 크게 두 가지의 차이를 보인다. 우선, 환자안전의 범위 내에 ‘의료오류’를 포함하는 학문적 개념 정의와는 달리 간호사들은 그동안 직·간접적으로 접해오므로써 보다 친숙한 ‘의료사고’라는 용어를 사용하고, 그 범위 내에 환자안전의 개념이 포함되는 것으로 인식하고 있다. 둘째, 학자들이 정의하는 의료서비스 제공자가 환자에게 해를 끼치는지 여부에 관계없이 의료서비스를 생성, 전달하는 과정에서 발생한 과오라는 의미로서의 ‘의료오류’의 개념은 일반 간호사나 약사들에게는 익숙하지 않았다. 이는 일선 간호사들이나 약사들이 의료오류의 개념에 대해 대부분 환자와의 분쟁으로 이어진 재해의 개념으로 의료오류를 인식하였고, 환자보호자와의 대립 등으로 인한 불쾌한 경험이나 운이 나쁜 경우로 제한함으로써 환자에게 직접적으로 해를 끼치지 않은 근접오류는 ‘의료오류의 범위’에 포함하지 않고 있음을 보여준다.

한편, 진행자가 포커스그룹 참여자들에게 근접오류를 포함한 개념으로서의 의료오류(‘환자에게 해를 끼치지 않은 근접오류를 포함하는 개념’)로 재정의 하고 질문을 한 결과, 이 연구에 참여한 모든 응답자는 근접오류를 포함하는 의미에서의 의료오류는 매우 빈번하게 거의 일상적으로 발생되고 있으며, 참여자 자신들도 크고 작은 의료오류의 경험을 가지고 있음을 인정하였다. 또한 일선 간호사나 약사들은 의료오류가 빈번히 발생하고 대부분의 오류들이 큰 물이나 문제를 일으키지 않고 처리되는 것을 직·간접적으로 경험하게 됨에 따라 오류의 발생에 대한 경각심이 약화되고 익숙해지게 됨을 보고하였다.

“일반적인 오류는 수 없이 많거든요 지금 이 순간에도 오류가 일어나고 있습니다. 왜냐 하면 사람이 하는 일이기 때문에 그런 거예요.. 아시겠지만 사람의 가장 큰 특징이 불안정하다는 건데”(질 관리 담당자) “잘못 투여된 약이 비슷한 코드로 숫자만 다른 거라서 잘못 준 적이 있어요 용량 잘못.. 그래서 직접 집에까지 가서 바꿔드리고 왔기 때문에 환자도 특별히 저희한테 불만을 얘기 하신다거나 그런 건 없었구요.”(약사) “이런 일들이 부서 안에서 일어나는 빙산의 일각인지 그건 모르죠 사실 드러나는 건 문제가 크게 생긴 일들 일거예요.”(간호사) “약화사고 하면은 웬지 사고가 난 다음에 무슨 경찰에 구속할 것 같은... 재판에 걸릴 것 같다는 생각을

예전에 약사로서 일하기 전에는 그런 생각을 많이 했는데 이제 약사로 일하고 있는 다음에는 약화사고가 나도 크게 문제가 된 경우는 별로 없거든요 의사와 환자 사이에서 이렇게 대부분 해결되고 소송까지 갈 감정이 없어 그 뒤로는 약간 무더진 기분이 들어요 어떻게 잘 해결되었는지 뭐 이런 생각이 들어요 겁이 좀 상실되고 문제 해결방법을 먼저 생각하고 그보다 더 먼저는 사고가 생기면 ‘내가 했나’ 그런 생각이 좀 들어요.”(약사)

한편, 간호사들은 같은 분야에서 일하는 의사들이 환자안전이나 의료오류의 문제에 대해서 관심이 거의 없으며 의료오류 발생 시에도 문제를 의사의 책임이나 실수로 인정하지 않는다고 인식하고 있었다. 간호사들의 이러한 인식에 대해 병원 전체의 환자안전을 관리하는 질 관리 담당자들의 의견도 다르지 않았다. 질 관리 담당자들도 병원경영진이나 의사들이 환자안전이나 의료오류에 대한 인식이 아직 부족하고, 문제의 심각성을 인정하지 않기 때문에 환자안전 문화형성의 심각한 저해요인이 되고 있다고 지적하였다.

“사실 의사들은 그런 것에 대해서 죄책감을 별로 안 느끼는 것 같아요 저희는 누군가 실수를 하면 상당히 힘들어 하는 게 서로 동료니까 보이는데, 그 사람들은 직종이 달라서, 업무가 달라서 그런지 모르겠지만 그렇게 큰 실수를 하고도 그 다음 날에 똑같은 프로시저를 하고 있고 그런걸 보면 좀 무언가 잘못된 것 같기는 해요.” “너무나 아무렇지도 않게 쉽게 간파하고 그리고 처음부터 그럴 가능성이 높은 환자면 밑의 언차에게 자꾸 그런 걸 주지시키면서 조심하도록 교육을 시키던가 해야 하는데 그런 게 전혀 없어요.”(간호사) “경영진에서도 의료오류에 대한 보고나 참고자료를 제시할 때 느끼지만 별로 관심이 없는 거 같아요 다른 병원의 안전 관리자들도 병원 측이 관심이 없으니까 그냥 유아무야하고 있다는 얘기를 하더라고요.”(질 관리 담당자)

### 의료오류의 발생 원인에 대한 의견

인터뷰 참여자들은 다음과 같은 시스템적 요소들이 의료오류 발생의 중요한 원인임을 제시하였다.

#### ● 인력부족과 직원 배치의 문제

대부분의 인터뷰 참여자들은 의료오류 발생의 가장 중요한 원인으로 인력부족과 직원배치의 불합리를 들었다. 의사나 간호사, 약사들은 누구든지 인간적인 한계 즉, 수많은 업무를 오랜 시간 동안 수행하다 보면 겪게 되는 피곤함이나 부주의 등의 문제에 당면하게 되며 특히, 담당환자가 아닌 환자를 일

시적으로 맡게 되는 경우나 일시적으로 업무가 갑자기 바빠지는 경우에 대부분의 사고가 발생하는 등 인력 변동이 있는 경우에 의료사고 및 환자안전문제가 발생하게 된다고 말하였다. 한편, 인터뷰 대상자들은 모두 이러한 의료오류의 원인이 개인의 실수임을 인정하면서도 이러한 문제가 업무과중이나 직원배치의 문제에서 비롯되며, 이에 대해서 보다 시스템적 접근이 필요함을 강조하였다.

“환자이름도 10명이 넘고 제 환자가 아니니까 이름이 헷갈려서 다른 약을 드린 적도 있고..그런 경우는 제 실수지만.. 처음부터 자기 환자가 아니니까 그런 실수가 시스템적으로 일어날 수 있을 것 같아요” “환자를 여러 명 담당하다보면 보면 손이 더 많이 가는 환자를 돌보다 나머지 환자들에게는 손이 덜 가서 실수를 한 경우가 있거든요 업무과중으로 인한 실수인 것 같아요” “의료계 전반적인 문제인 것 같거든요 간호사들도 경력이 쌓일 때까지는 서로 간의 배려가 있어야 하는데 아무래도 업무가 많고 시간 내에 빨리 끝내야 하니까 여유로움이 없는 것 같아요”(간호사)

● 업무과정 절차의 준수 문제

의료서비스의 제공이나 전달 과정에서 정해진 절차를 지키지 않아서 사고가 발생하는 것에 대한 지적이 많았다. 참여자들은 일상화된 업무를 시행함에 있어서 업무에 익숙해지게 되는 경우, 또는 시스템 절차상 다른 담당자가 의례히 필요한 절차를 거쳤으리라는 막연한 가정에 근거하여 정해진 절차를 생략하는 경우가 종종 발생하며, 이러한 상황은 업무가 밀리고 바쁘거나 피로한 경우 더욱 심각해진다고 하였다. 한 가지 주지할 사항은 참석한 대부분의 간호사들은 의사들이 절차를 무시하는 경우가 적지 않으며, 이로 인해 오류의 발생가능성이 높은 것을 지적하고 있다는 점이다.

“루틴으로 하는 순서가 있는데 새로 온 인턴이 그런 걸 다 무시하고..”. “의료기관평가 때는 수술실에서 환자이름을 확인해야 한다고... 줄줄이 외워서 했거든요 그런데 실제로 할 때는 그런 것에 대한 인식이 떨어져요 그 시간에 보내주세요 했으니까 당연히 보냈을 거고 입구에서 한번 정도는 확인하겠지 생각하며 일상적으로 다 돌아가요 어찌다가 문제가 터진 경우는 그 절차를 안 지켰을 때거든요”(간호사). “지침이 있어도 잘 지키지 않는 게 대부분인 거 같아요” “시스템적으로 절차를 만들어 뒀도 생략할 수 있는.. 아직까지 시스템적으로 이 절차가 통과되지 않으면 다음 업무가 진행되지 못한 것이 아니고.. 일이 많고 시간에 쫓기다 보니까 그렇게 되는데 그렇게 시간이 쫓겨도 할 건 다 하게 시스템을 만들어 줘야 되는데 그것까지는 지금 안 되거든요”(질 관리 담당자)

● 안전교육의 미비와 정보의 부족

연구 참여자들은 의료오류를 방지하기 위한 병원차원의 정보 제공이나 교육의 부족을 의료오류 발생의 원인으로 제시하였다. 특히 약사들의 경우, 복잡해지고 전문화되는 약제시스템에 비해 약품에 대한 정보가 매우 한정적으로 제공되고 있으며 약에 대한 정보를 획득할 수 있는 경로가 제약회사 판매원에 제한되어 있음에 대한 불만을 토로하였다.

“약에 관한 정보원이 한정되어 있어요 바로 확인해 줄 수 있는 공신력 있는 기관이 없어요 우리들부터 의약품 판매원들에게 의존하는 경향이 있고.. 거기 밖에 없으니까요” “근데 정말로 신뢰할 수 있는 의사나 약사의 사용경험이 나와 있는 데이터가 없어요” “약에 관한 정보 등이 처방화면에 보이는 게 아니고 유동적으로 찾아봐야 되니까요.”(약사)

반면, 간호사들은 환자안전에 대해 자신들은 이미 많은 교육을 받고 있으며 사실상 이러한 교육의 참여가 다른 집단보다 적극적이어서 기관의 환자안전교육이 주로 간호사를 중심으로 실시된다고 하였다. 이러한 교육의 효과에 대해서도 긍정적으로 생각하였으며, 교육의 기회가 환자안전 문화의 정착에 큰 도움이 될 것으로 보고하고 있다. 그러나 간호사들은 정작 의사들이나 인턴들에 대한 환자안전 교육은 매우 부족하며 특히 새로 업무를 배우기 시작하는 인턴들에 대한 교육이 매우 중요함을 강조하였다. 한편, 이러한 의견은 질 관리 담당자들도 마찬가지였다. 간호사들의 경우 환자안전 교육을 이수했는지 등에 관해 일일이 점검하는 체계로 되어있으나 인턴의 경우에는 임상실습을 마치고 와서 환자안전에 대한 별도의 교육이 강조되어 있지 않고 있음을 지적하였다.

“병원에서 하는 모든 교육이 다 간호사들 위주로 하는 거예요 그리고 간호사의 경우는 안전교육을 꼭 듣도록 관리하는데..” “의료기관평가에 안전교육 시스템을 적용한다면 앞으로 발생할 수 있는 그런 여러 가지 에러들을 줄일 수 있다고 생각해요” “누구나 실수를 할 수 있다고 인정하고 실수를 안 하게끔 교육을 하면 되지요 만약에 에러가 났다면 다시는 그런 에러가 나지 않도록 반복적으로 교육하는 수밖에 없어요 지속적으로 반복적인 교육이 이루어져야 하는데.. 의료진들이 안전교육까지 참여할 여력을 안 되는 것 같아요”(질 관리 담당자) “저는 직종 간의 차이도 있는 것 같아요 간호사는 확실히 교육도 많이 받는 데에다가 신규가 투약사고 내지 않도록 울드가 감시하고 교정해주고 강조를 하셨잖아요 레지던트의 경우는 전공의에게 별도의 교육을 하는 것 같지 않구요 전공의들은 사전에 교육을 받고 나오지를 않으니까 인식이 없는 것 같아요”(간호사)

### ● 부서 간 연계 및 의사소통의 문제

연구 참여자들은 의료서비스는 특성상 환자가 병원에 입원하여 퇴원하기까지 다양한 진료과정을 거치게 되므로 그러한 과정에서 여러 부서 간의 유기적인 협조관계가 매우 중요함에도 불구하고, 실제로는 많은 의사소통의 문제가 있음을 언급하였다. 특히, 병원 전체의 환자안전 문제를 총체적 시각에서 관리하는 안전 관리자의 경우, 이러한 문제점의 중요성을 가장 강조하면서 개인 또는 부서 간 의사소통의 문제해결이 의료오류를 줄이고 보다 양질의 진료서비스를 제공하는 가장 중요한 열쇠라고 피력하였다. 간호사와 약사의 경우도 가장 중요한 문제점으로 직종 간의 의사소통을 들었으며, 특히 의사와의 의사소통을 어렵다고 느끼고 있었다. 즉, 의사들은 지적에 대해서 즉각적인 반응을 보이지 않으며, 그러한 지적에 대해 불쾌해 한다는 것이다.

“서로 자기 과 나름대로는 문제점을 고민해서 해결하려고 하는데.. 해결이 안 되죠 사실 응급실 문제만 해도 응급의학과 의료진이 해결 할 수 있는 문제가 몇 % 될 거라고 생각하세요? 10%도 안 돼요 많은 진료과가 맞물려 있거든요”(질 관리 담당자) “중요한 확인이나 의견을 말하면 무조건 ‘됐어요’하고 딱 잘라 말하는 의사들이 있어요” “의사들은 간호사들이 자기의 영역을 침범한다고 생각하는 것 같아요”. “오더가 잘못되어서 바꿔 달라하면 바꿔주기도 하지만 안 바꿔주는 경우도 있어요 그런 잘못된 오더를 저희들이 전화를 하면 그걸 좀 바꿔줘야 되는데..”(간호사) “간호사들이 우리 약사가 처방 약물에 대해 직접 의사와 의논을 해주었으면 하는 요청을 했어요 간호사들의 입장에서는 의사한테 얘기하기 상당히 꺼려지는 거죠” “약사가 처방에 대해서 의견을 제기하는 경우 의사의 반응이 안 좋죠 대체로 인정을 하더라도 다음 처방에서 바꿀지언정 이번 처방에서 안 바꾸는 게 대부분이구요”(약사)

### ● 전산화나 시스템에 대한 거부감

질 관리 담당자들은 환자안전 문제를 시스템적으로 접근하고자 하는 노력에 있어서 간호사나 의사들이 의료서비스의 자동화나 전산화에 대해 적지 않은 거부감을 가지고 있음을 지적하였다.

“병원차원에서 약물의 용량계산을 위한 전산 시스템을 만들었어요 그런데 반대가 많았어요 트레이닝 차원에서 안 된다. 이걸 자기가 고민해가지고 용량을 계산해야 한다며.. 기계가 다 해주면 의사는 뭐하냐고 나중에는 정작 모를 수도 있대구요 물론 그 입장도 이해하지만 환자안전에 치명적인 문제가 생기면 더 큰 문제지요 용량이 틀려서 10배, 100배의

약이 들어간다면.. 1년차 전공의들은 투여용량이 얼마인지 쉽게 알 수가 없잖아요 경고알람이 떠주지 않으면 더 문제지요”(질 관리 담당자)

### 의료오류의 보고체계에 대한 인식

#### ● 공식적 보고체계의 문제

대부분의 연구 참여자들이 의료기관 내의 의료오류에 대한 보고체계는 있다고 말하였으나, 사고의 경중에 따라 보고의 범위가 달라서 공식적 보고절차가 수립되어 있지 않은 것으로 인지하였다. 예를 들면, 간호부에서는 서열에 따른 보고가 이루어지는 반면, 사건이 심각한 경우는 간호부 이외의 진료부장이나 의료원장 등에게 보고하고 있었다. 또한 과오발생자도 보고체계를 알지 못하고 있는 경우도 있었다. 보고 자체도 사고 당사자뿐 아니라 상관 및 관련 담당자에 의해서 이루어지기도 하였다. 참여자들은 의료오류에 대한 처리가 상황에 따라 다른 경우가 많으며, 직종에 따라 보고체계 및 사후 처리가 다른 것으로 느끼고 있었다. 특히, 간호사는 의사의 사건보고가 미약하다고 인식하고 있었다. 결과적으로 현재는 모든 조직구성원들이 일관되게 보고할 수 있는 병원차원의 보고시스템이 갖추어져 있지 않을 뿐 아니라 이로 인해 의료오류에 대한 자료의 통합적 분석과 정보의 획득도 불가능하다.

“부서별로는 보고체계가 있는데 세부적인 의사결정의 틀이 없이 좀 심각한 거는 부원장까지 보고 하는 라인은 다 있어요 이게 전체적으로 통합이 안 된거예요”. “서면으로 별도 보고서가 있구요 서면보고는 보안문제도 있기 때문에 결제 라인 없이 바로 질 관리 부서로 오기도 하지만, 각 부서에선 아무래도 부서장이 알고 있기를 원하기 때문에 별도 결제 라인을 밟고 오는 경우가 많지요”. “만약 개인이 사고를 냈어도 그 부서의 관리자가 보고서를 사고담당부서에 하는 경우도 있구요 개인이 내는 경우도 있구요”. “보고는 주로 간호부서에서 하고요 진료부서에서도 약국에서도 받구요 시스템에 직접 입력하게 되어 있기도 하구요”(질 관리 담당자)

“간호사들은 어쨌든 간호부까지 보고가 다 들어가고 정말 일이 커지면 그 때는 원장님께도 보고가 들어가는 걸로 알고 있거든요”. “저는 먼저 다른 올드 선생님께 말씀을 드렸어요 그리고 혈압과 관련이 있는 약이라서 주치의에게 보고하고.. 주치의가 이상이 없는지 확인하고 나서 해결을 한 경우가 있었어요”. “제가 경험하기로는 의사들이 사고를 냈을 경우 그냥 레지던트 선에서 무마되는 경우도 상당히 많았던 것 같아요 보호자가 알게 되면 그 때서야 스태프까지 알게 되고 자기 들끼리 무마되는 경우가 많은 것 같아요”(간호사) “책임 약사한테 우선 보고를 하고 오류의 경중과 상황에 따라 과장님

께 먼저 보고를 하는 경우도 있고 아니면 일단 약부터 바꿔 주고 나서 보고를 하는 경우도 있구요 그리고 환자에게 이미 들어갔다면 무조건 최종적으로 최상부에 보고를 해요 그게 그냥 일반적인 절차이지 정해진 보고라인이 있다거나 절차가 있다거나 양식이 있다거나 그런 건 아니예요. “그때그때 대처를 하지요 우리 때문에 에러가 난 것 같다면 우리가 그걸 수정해요 상황에 따라 다른 거지요 이걸 전체적으로 방지하기 위해서 시스템을 구축하는 병원도 있다고는 들었는데 저희는 아직 그 단계는 아니구요.”(약사)

● 근접오류의 보고에 대한 인식

현실적으로 의료기관들이 의료오류의 공개를 꺼리는 상황에서 근접오류(near-miss)에 대한 보고는 매우 부진할 뿐 아니라 대부분의 인터뷰 참여자는 근접오류가 자체적으로 보고되기까지 의료진의 인식과 사회적 통념 상 당분간은 쉽지 않다고 보고 있었다.

“근접오류는 보고되지 않는 것 같은데요 내가 말을 하면 일이 크게 될 수도 있고 나 혼자만 알고 나 혼자만 삼키면 아무 일도 없던 것처럼 지나가는데.. 그래서 보고가 안 되는 일이 상당히 많아요. “서로 알고는 있으면서 보고는 안 되고 울드가 무마시켜주는 그런 투약사고들이 굉장히 많은 것 같아요.”(간호사) “의사들이 자발적으로 보고하는 건 아니예요 다른 부서들도.. 자발적으로 보고하는 경우는 보통 그 에러가 타인에 의해서 발견되는 경우가 많잖아요 그러다 보니까 쓰지 않을 수 없는 상황인 거 같아요 그러니까 아직까지는 어떤 자발 보고가 되는 건 어려운 거 같아요. “관리자들도 혹시 자기가 관리하고 있는 사람에 대한 관리 책임을 물을까봐 그냥 감추고.. 실제로 상대방 잘못으로 돌릴 가능성이 굉장히 많습시다.”(질 관리 담당자)

질 관리 담당자의 경우는 현실상으로 아직까지는 근접오류에 대한 보고가 쉽지는 않지만 일반적으로 발견되지 않은 시스템의 문제 등을 근접오류의 보고를 통해서 보완할 수 있는 계기가 될 수 있으므로 환자안전의 추구를 위해서는 궁극적으로 보고되는 체계가 마련되어야 한다고 인식하고 있었다.

“지금 현재로는 near miss 까지 보고해 달라는 것이 무리인 거 같은데 앞으로는 그렇게 될 거 같아요” “near miss 같은 경우에 일단 사고가 안 났지만 사고가 날뻔한 사건이긴 하지만 질 관리 담당자에게 보고를 해 주면 그 프로세스를 점검할 수 있게 되어 문제를 예방할 수 있는 포인트가 분명히 있을 거고 그걸 찾아내서 프로세스를 개선을 한다든지 시스템을 보완 한다든지 할 수가 있기 때문에.. 그런 과정을 통해

환자에게 안전한 환경을 만들어 줄 수 있잖아요”(질 관리 담당자)

조직의 안전문화와 포용력 부재

참여자들은 모두 환자안전의 개선을 위해서 궁극적으로 의료오류가 보고되는 것이 매우 중요하다고 생각하지만 아직까지 우리나라 현실여건상 실현되기 쉽지 않은 문제로 여기고 있었다. 또한 의료오류에 대한 부정적인 사회·문화적 인식이 의료오류의 자발적인 보고에 있어서 가장 중요한 장애요인으로 거론되었다. 즉, 의료오류를 의료사고나 분쟁의 개념, ‘채수 없이’ 걸리는 개념으로 인식하는 상황에서 의료오류는 드러내어 분석해야 할 대상이기보다는 감추고 덮어야 하는 문제로 인식하게 된다. 이러한 인식은 결과적으로 의료오류의 현황이나 원인 파악을 위한 자료축적의 어려움을 의미한다. 게다가 환자안전의 심각한 현황을 인식하고 의료오류 보고 체계의 중요성을 강조하는 질 관리 담당자들조차 이러한 자료가 의료오류의 현황에 대한 자료의 분석을 통해 향후 발생 가능한 의료오류의 근원적인 예방이나 대책을 마련하는데 사용된다고 인식하기보다는 ‘외부’로의 유출이나 비난을 걱정하는 상황이었다.

“오히려 보고를 했을 경우 그게 더 문제가 될 수 있고 오히려 불이익이 올 수 있는 그런 문화잖아요” “당장 보고하려고 해도 안 할 거예요 이런 문화가 성숙됐다고 생각하지 않거든요 외국의 경우 보고를 많이 하는 병원들은 인센티브를 주잖아요 우리나라는 그런 시스템이 없잖아요 아직까지 우리나라의 문화 자체가 그렇기 때문에 병원단위로 움직이지 아직 국가 차원에서 관리한다는 생각은 안거든요” “오류의 보고 건수를 늘려보려고 본인이 직접 입력하여 보고하는 전산시스템의 개발을 시도했는데 시스템 개발도 시간이 많이 걸렸고 보안에도 문제가 있었어요 해킹이라는 건 언제든지 걸릴 수 있잖아요 그런 경우 일반인이 알게 되면 사회적으로 이슈화되고 병원의 이미지에 큰 타격이 있을 수밖에 없어요. “과오보고서를 상사가 관리하다 보니까 블래임 컬처로 이어질 수 있고 그런 부서장들이 안전문화에 대해 노블래임 컬처에 시스템으로 접근을 해야 되는데 ...” “우리나라는 그 정도 문화가 성숙됐다고 생각하지 않거든요”(질 관리 담당자)

이러한 맥락에서, 질 관리 담당자들은 병원경영자의 의료의 질적 수준 개선에 관한 관심은 증가하고 있지만, 환자안전에 대한 관심은 아직 일천하고 특히, 의료오류의 보고에 관해서는 방어적이고 소극적인 자세를 취하는 것으로 지적하고 있었다.



“의료오류를 심각하게 느끼시는 분들도 있는 것 같지만 아직은 그렇지 않다고 생각하시는 분들도 많은 것 같아요”. “관련자들에게 의료오류 보고체계가 정말 중요하다. 외국에서는 전산화해서 다 관리하고 있다. 안전관리자는 24시간 레포트를 받고 있더라 이야기 하니, 그 얘기가 맞다. 어려움을 감수하고서라도 해야 한다고는 말하지요. 하지만 안전관리자로 일하는 사람처럼 정말 중요하고 개선해야 된다는 강력한 마인드는 아니죠”(질 관리 담당자)

즉, 아직까지는 오류를 보고하는 경우 보고자의 보호에 대한 대처 시스템이 갖추어 지지 않은 상황에서 보고 자체가 개인에게 주는 압박이 크고, 자신의 실수를 주변인에게 알리는 것이 어려운 조직문화임을 제시하고 있었다. 또한 동료끼리 실수나 과오 등에 대해서 더 잘 인지할 수 있지만, 이와 같은 소극적인 인식이나 방어적이고 비난적인 문화로 인해 그러한 지적도 어렵다는 것이다.

“지금 오류보고 시스템을 갖추어야 한다고 자꾸 얘기를 하면 ‘잘했다 격려하는 분위기가 전혀 아니잖아요? 에러를 냈을 때, 당장 이걸 수습해 줄 시스템이 없어요 사고자의 책임으로 몰려 날 수밖에 없는 그런 상황이죠 기관이 당사자를 보호해주고 문제를 해결해 줄 시스템이 없다는 것이 문제이죠 결국은 당사자 개인이 해결하고 때론 비용을 물어야 되고.. 그러니까 우리나라는 전혀 그런 게 받쳐주지를 안잡아요 개인적으로 의료인들이 보증을 드는 것도 아니고 그리고 또 의료체계 자체가 ...” “조직문화 자체가 자기의 실수를 얘기할 수 있는 분위기를 못 만드는 것 같아요”. “진료부서에서 사고나 안전에 대한 활동들이 거의 없다고 생각하시면 되요 그렇다보니 사고에 대한 동료검토가 되어지는 문화도 안되고 있어요 동료들의 생각에 ‘이런 거는 조금 놓치지 않았으면 좋았을 걸 놓쳤네 이런 것들을 사실 그 전문 분야에 있는 사람들이 더 잘 알거든요”(질 관리 담당자)

## 논 의

이상과 같이 의료기관의 질 관리 담당자, 간호사, 약사를 대상으로 한 개별 인터뷰 및 포커스그룹 논의를 통한 환자안전의 개념, 의료오류의 발생원인과 보고체계, 조직구성원 간의 의사소통, 환자안전에 관한 조직문화와 의료 환경 등에 대한 인식과 의견을 바탕으로 국내 의료기관의 환자 안전문화 정착을 위한 전략을 다음과 같이 고찰하고자 한다.

### 안전문화의 구축

환자안전을 보장하기 위해서는 첨단장비의 구축과 같은 기술적 해결책뿐 아니라 의료오류에 대한 인식의 전환을 전제로 하는 환자안전 문화의 조성이 동반되어야 한다. 특히, 환자안전 문화는 단지 안전관리자만이 아닌, 의사나 간호사, 병원경영진 등의 모든 의료진과 관리자에 걸쳐 공유되고 실천되어야만 진정한 조직문화로서의 기능을 발휘한다고 할 수 있다. Pronovost et al.(2003)은 환자안전 문화를 성공적으로 정착한 조직은 이미 발생한 과오를 숨기기보다는 그러한 경험으로부터 배우고 개선하고자 하는 리더십, 서로 격려하며 협력하는 조직 분위기, 발생 가능한 위해요소에 대한 사전 탐지체계의 구축, 환자안전에 대한 기록, 위해사건에 대한 체계적인 보고와 분석을 장려하는 시스템의 구축에 있다고 하였다. 그러나 국내에서는 의료진이나 일반 대중들의 의료오류에 대한 경각심이나 환자안전 문화의 중요성에 대한 인식은 아직까지도 일천한 수준에 머무르고 있다(강민아 등, 2005; 안경애 등, 2006). 본 연구의 참여자들도 이와 같이 현재까지는 자신들이 근무하는 병원의 조직문화가 공개적인 문제해결책을 찾고 시스템을 구축하는 데에 초점을 맞추는 대신 과오대상자를 처벌하고 책임을 추궁하는 분위기라고 인식하고 있었다. 무엇보다도, 환자안전이나 의료오류의 개념에 대한 정확한 이해와 문제의식은 아직까지 질 관리 담당자의 수준에서 머무르고 있으며, 간호사나 약사들과 같은 일선 의료진과는 거의 공유되고 있지 못하고 있음을 알 수 있었다.

환자안전의 기본적인 전제는 과거와 같이 의료오류가 발생한 이후 대응하고 수습하는 사후적인 방식에서 벗어나 위해요소를 사전에 파악하고 이를 방지함으로써 환자안전을 도모하고자 하는 것이다. 이러한 사전예방의 원칙을 실현하기 위해서는 조직 내 환자안전 문화가 구축되고, 의료오류가 조직의 최우선 순위로서 설정되고, 조직 전체의 전사적인 노력이 수반되어야 한다(Pronovost et al., 2003; Ruchlin, Dubbs & Callahan, 2004). 환자안전이 조직목표의 우선순위가 된다는 것은 조직 리더십의 방향설정만을 의미하는 것이 아니라 조직 전체의 구성원들 간에 이러한 목표를 충분히 이해하고 공유하며 실천할 수 있는 구체적인 체제와 환경이 설정되며 환자안전이라는 목표에 대한 문화형성(조직구성원의 행동을 가이딩 하는 가치, 신념 및 전제 등)을 의미한다. 그러나 기관차원의 의료오류에 대한 보고가 강제되거나 요구되는 것보다는 각 부서 내에서의 의사결정과 의사소통을 통해 받아들여지고 강조될 때 그 효과는 더욱 클 것으로 사료된다. 즉, 환자안전 추구라는 노력이 외적 강제성 차원으로 검토되기보다는 조직의 사명과 비전으로 통합되어 전체 조직구성원으로 하여금 수용되도록 해야 한다. 조직이 안전성에 중점을 둔 목적과 목표를 수립하고, 기관전체에 걸쳐 적용함으로써 개별 구성원의 수준에까지 이를 수 있도록 한다. 이를 위해서 관리자는 처벌

의 의미를 내포하는 표현이나 관습들을 없앴으로써 책임을 공유한다는 분위기를 만들어야 한다. 이는 모든 구성원이 조직의 안전성에 대해 보다 큰 책임을 능동적으로 진다는 의미이며, 질과 안전성이 중심이 되는 문화는 비전을 공유하고 부서 간 폭넓은 협력관계가 이루어지도록 한다. 즉, 연대의식과 조직간 주인의식이 더 커지면 커질수록, 안전성의 비전을 성취하기 위한 책임과 의무를 공유할 의향이 더 커지게 된다 (Schiff & Rucker, 2001).

이 연구의 참여자들은 의료오류에 대한 국민들의 부정적이고 비판적인 시각과 반응을 의식하면서, 국가차원에서의 환자 안전에 대한 문화 조장과 기관의 자체 보고에 대한 인센티브의 도입 등을 주장하였다. 또한 현재 의료기관평가 지침서의 '질 향상과 환자안전 부분'에 제시된 환자안전의 개념은 '병원 내에서의 환자나 보호자, 직원, 면회객 등의 낙상, 미끄럼에 의한 부상, 잘못된 환자/위치/수술, 자살, 투약사고 등을 포함한다'고 규정하고 있어 매우 협소한 범위로 국한하고 있어, 일선에서 환자를 대하는 간호사나 약사들도 이러한 제한된 범위에서 환자안전 문제를 인식하고 있음을 알 수 있었다. 이러한 평가기준은 향후 보다 포괄적인 환자안전의 개념으로 수정되어야 할 것이며, 나아가 오류를 예방하고 질 향상을 위해 포괄적이고 조직화된 전략으로 질의 일차적 우선순위를 안전성에 두고 혁신적인 접근을 시도하는 조직에 대한 인센티브 제도를 제공함으로써 환자안전 추구를 제도적으로 장려하는 체계를 마련해야 할 것이다.

종합적으로, 안전문화는 의료전달체계에 대한 공동의 믿음과 가치, 환자안전을 고려한 조직구성원의 교육 및 훈련, 의료오류와 근접오류를 발견하고 분석할 수 있는 조직의 책임, 조직안팎에서 의료오류에 대한 열린 대화, 건전한 환경구축의 요소들을 포함해야 한다(Kizer, 1999).

### 안전교육과 인식의 변화

질 관리 담당자는 어느 정도 포괄적인 환자안전과 의료오류에 대한 인식을 가지고 있었으나, 아직까지 간호사와 약사의 경우는 자신들의 직무와 관련되어 경험한 의료사고에 국한하여 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이제 막 교육을 마치고 환자를 돌보게 되는 의료진이나 병원종사자들의 경우 환자안전을 실현하기에는 다각적인 측면에서 아직 부족하다. 무엇보다도 상호 협조적으로 환자의 문제를 파악하고 효과적으로 작업하는 능력, 치료의 과정이나 결과의 해석과정에 필요한 자료를 수집하고 분석하는데 필요한 능력, 환자진료의 전 과정을 계획하고 진행하는 능력 등을 보강하기 위해서는 환자를 진찰하고 치료하는 전 과정에 대한 보다 체계적인 실전 교육이 필요한 것이다. Aron & Headrick(2002)은 현 교육방식

의 기저에 '실수하는 인간에 대한 비판'적 접근이 깔려있음을 지적하고 환자안전 문화의 새로운 방식은 '오류는 필연적으로 발생하게 되어 있으며, 근접오류나 기타 오류의 발생을 무시하거나 덮어버리는 대신 이러한 오류의 경험으로부터 오류발생의 원인이나 대책에 대해서 학습하는 상호 책임의 문화, 인간중심의 문화, 협조적이고 상호지원적인 문화, 친절하고 개방적인 인간관계, 창의성의 존중 및 상호신뢰 등의 조직문화가 형성되는 것의 중요성을 피력하고 있다.

따라서 신규 의료진에 대한 오리엔테이션 과정에서 환자안전에 집중된 업무의 측면을 강조하고, 지속적인 내부 서비스와 교육 및 훈련프로그램 또한 환자안전에 집중된 관련 업무를 강조하는 등의 노력이 시급하다. 이러한 훈련은 진료제공에 있어 다학제적이고 협조적인 접근이 필요하고 의료관리의 오류를 보고하려는 요구와 방법을 강화하기 위한 훈련 방법을 적절하게 통합해야 한다. 환자안전 증진프로그램을 진료과정에서의 잘못된 결과나 상해를 예방하거나 피할 수 있는 방법에 초점을 두고 기획하고, 연구를 수행하여 진료의 질을 향상시키는 노력을 기울인다. 이 프로그램은 연구, 실무, 교육-윤리-법률적 측면 이 3가지 요소를 모두 포함하여 계획되어야 한다.

### 안전시스템 환경과 의료오류 보고체계의 구축

의료오류에 대한 시스템적 접근은 오류를 최소한으로 줄일 수 있도록 사고 발생 전에 예방하는 각종 기술적, 문화적 시스템을 구축하는 것뿐만 아니라 반복적으로 발생하는 의료오류에 대한 보고체계를 구축함으로써 그러한 의료오류를 유발시키는 원인을 파악하고 이러한 원인에 대한 적극적인 대처 방안을 모색하는 안전시스템을 만드는 것을 의미한다. 보다 향상된 안전시스템은 리더십과 인간의 한계를 배려한 설계, 효과적인 팀 기능의 강화, 예기치 못한 사고에의 대비, 학습을 지원하는 환경의 구축을 포함한다(Bates et al., 1998). 이러한 시스템의 전제조건은 의료오류를 예기치 않은 개별적이고 예외적인 불행한 사태로 받아들이기보다는 전체 조직 안에서 안전체제로 다룸으로써 잠재돼 있는 시스템의 문제로 인식하는 것이다(Berwick & Leape, 1997). 본 연구 참여자들 중 질 관리 담당자들은 이와 같이 업무과정 절차의 표준화와 프로토콜의 사용, 그리고 약제시스템의 전산화와 정보제공 등을 통한 오류방지 시스템의 도입의 중요성을 인식하고 있었으나 이러한 인식이 실제 일선에서 환자를 치료하고 있는 간호사나 약사들과 공유되고 있지는 않는 것으로 밝혀졌다.

나아가, 반복적으로 발생하는 시스템적 의료오류를 감소시키고 보다 안전한 의료서비스를 제공하기 위해서는 의료오류가 발생하는 원인과 매커니즘을 이해하기 위한 비처벌적 보

고체계를 확립하는 것이 중요하다(Department of Health, 2001; Ruchlin et al., 2004). 즉, 환자에게 이미 중대한 해를 끼친 의료사고뿐 아니라 ‘의료사고를 일으킬 뻔 했던 근접오류’까지도 숨김없이 보고하게 하여 의료기관 내에서 일어날 수 있는 다양한 범위의 의료오류에 관한 여러 자원의 데이터에 대한 정밀한 과학적 분석을 통해 실패의 근본 원인, 회복과정, 상황적인 전후 관계를 확인으로써 의료사고를 예방할 수 있는 시스템을 설계하여 결함을 개선할 필요가 있다(Aron & Headrick, 2002; Institute of Medicine, 2000; Van der Schaaf & Kanse, 2000). 무엇보다도 이러한 자발적인 보고체계가 형성되기 위해서는 과오의 가능성을 인지하고 수긍하는 조직문화가 선행되어야 한다. 그러나 환자안전문화의 정착이 강조되어 온 미국에서도 Blendon et al.(2002)의 연구 결과에 의하면, 의사의 86%가 의료오류에 대해 외부로 공개되지 않아야 한다고 응답했으며, 23%만이 ‘환자에게 심각한 해를 미친 의료오류’에 대해서 강제적인 보고체계의 구축이 환자의 안전에 효과적일 것이라고 응답하여, 아직까지 의료인들은 의료오류가 공개적으로 논의되는 것이 받아들이기 어려운 부분으로 인식되는 것으로 사고의 전환이 쉽지 않은 것을 알 수 있다. 마찬가지로 강민아 등(2005)의 연구에 의하면, 국내의 의사들도 의료오류의 문제가 공개적으로 논의되는 것에는 소극적 자세를 보였다. 의사의 44.4%만이 ‘환자에게 중대한 해를 끼친 과오’를 항상 보고한다고 응답했으며, ‘환자에게 영향을 미치기 전에 발견되고 수정된 과오’를 항상 보고한다는 의사는 2.3%에 불과하였다. 본 연구의 참여자들도 의료오류가 수시로 발생하고 있으나 이에 대한 보고의 필요성을 아직 심각하게 인지하고 있지 않음을 알 수 있었다. 또한, 의료오류가 발생한 경우에 환자의 상태에 심각한 영향을 미치는 등 오류의 경중에 따라 선택적으로 보고하고 있으며, 기관 차원의 공식적인 보고체계가 수립되어 있지 않고, 각 부서에서 보고절차를 달리한다고 인식하고 있어서 우리의 사정도 크게 다르지 않음을 보여주었다. 더욱이 참여자들은 환자에게 직접적 영향을 미치지 않은 근접오류에 대해서는 거의 보고조차 이루어지지 않고 있다고 진술하여 보고체계의 개선이 필요함을 시사하고 있다. 그밖에도 조직구성원에게 환자안전을 제고시킬 수 있는 컴퓨터화된 감시장치나 알람장치가 도움이 되며, 범국가적 차원에서 의료오류 및 의료사고의 정의에 대한 전문가적 합의와 표준화된 보고형식, 프로그램의 개발 등 장기적이고 단계적인 전략적 접근이 뒷받침되어야 할 것이다.

### 부서 간 협동과 의사소통

긍정적인 안전문화 조직은 상호 신뢰에 기초를 둔 의사소통을 하며(Cooper, 2000), 신뢰는 서로 개방적인 의사소통을

하는 개개인 사이에 긍정적이고 상호 존경에서 비롯되는 시너지 관계를 창출한다(Kosnik, 2002). 효과적인 협조체계와 의사소통은 의료팀의 사기를 진작시키고 직무만족도와 효율성, 안전성을 증가시키는 것으로 알려져 있다(Davis et al., 2000). 부서 및 조직구성원들의 협동적인 관계는 구성원으로 하여금 진료과정에 적극 참여하도록 하며, 서로 존경하고 개방적 의사소통을 통해 기획과정, 의사결정, 문제해결, 그리고 목표설정 등을 촉진하게 되고 환자진료의 책임을 공유하도록 한다. 즉, 협동과 의사소통은 긍정적인 환자 결과에 결정적 역할을 한다(Davis et al., 2000; Kosnik, 2002). 이러한 맥락에서 미국의 의료기관신임평가기관인 JCAHO는 안전성 문화를 구축하기 위해 다부서간 협동과 의사소통을 촉진하는 ‘팀워크’를 의료오류 예방 전략으로 장려하고 있다.

본 연구의 참여자들은 조직 내 협조체계와 의사소통의 현황에 대해서 부정적이었으며, 의사소통의 단절이 의료오류의 중요한 원인이 됨을 지적하였다. 즉, 직원배치의 불합리성과 의료진 간의 폐쇄적이고 권위적인 태도가 환자안전의 걸림돌이 되고 있다고 인식하였다. 특히, 환자들을 일선에서 치료하는 간호사나 약사들 대부분이 의료오류나 환자안전에 대해 의사들의 무관심 및 무지, 맹목적 권위에 대한 지적이 많았는데, 이러한 지적은 외국문헌에서도 제시되었던 부분이다(Pronovost et al., 2003). 국내의 연구결과에서도 30% 이상의 의사들이 환자에게 해를 미칠 수 있는 경우이거나 옳지 않은 행위를 보는 경우에도 의견을 개진하지 않는다고 응답하여 병동 내 의사소통이 상당히 폐쇄적이고 권위적임을 단적으로 보여주고 있다(강민아 등, 2005). Firth-Cozen & Mowbray (2001)는 현대 의료서비스의 가장 큰 약점 중의 하나를 분절된 서비스 전달방식으로 보고 날로 발전하는 의료서비스의 복잡성 및 전문성에 부합하기 위해서는 각각의 전문성에 상호의존하면서 연계적으로 환자의 진료를 수행하는 것이 열쇠라고 제시하고 있다. 또한 Berwick & Leape(1997)는 의료오류의 발생요인으로 시간부족, 영역다툼, 전통 그리고 신뢰의 부족을 들고 있다. 의료기관 종사자들은 의료서비스의 특성상 상호의존성과 연계, 협동적 수행의 불가피성 및 효과성 등에 대한 자각이 있어야 할 것이다. 이러한 공동작업 및 연계의 과정에는 서로에 대한 신뢰의 구축이 필수적으로 선행되어야 한다. 환자안전의 형성에는 효과적인 팀워크의 구성요소(상호존중 및 협조, 효과적인 의사소통, 공동목표의 공유, 목적달성을 위한 합리적인 역할분담)가 필수적이다(Firth-Cozen & Mowbray, 2001).

### 결론 및 제언

작금의 시점은 선진국보다 의료의 안전문화와 의료기관 중

사자들의 안전에 대한 인식이 부족한 우리나라에서 의료의 질 향상과 환자안전 향상을 위한 노력이 경주되어야 한다. 우선, 의료기관의 모든 종사자는 환자의 안전을 최우선 과제로 인식하는 것이 필요하며 이러한 인식은 병원의 경영자로부터 일선에서 환자를 치료하는 의료진에 걸쳐 모든 조직구성원에게 공유되어야 한다. 의료오류를 방지하기 위해서는 기관과 국가차원에서 의료오류에 대한 정보를 수집하고 분석하여 환자안전 시스템을 구축하고 안전대책을 마련하여 실천하여야 한다. 이를 위해서는 환자의 안전향상이 개인에 대한 책임의 추궁에 의해서가 아니라 체계의 개선에 의해 실현된다고 생각하도록 만드는 사회적 조직문화의 구축이 중요하다.

본 연구는 의료기관의 질 관리 담당자, 간호사, 약사를 대상으로 개별 인터뷰 및 포커스그룹 논의를 통해 환자안전에 대한 개념과 이해의 차이, 환자안전에 관한 조직문화와 의료환경, 의료오류에 관한 개방적 의사소통의 현황, 의료오류의 보고체계에 관한 인식을 파악하고, 향후 우리나라에서 환자안전 문화에 대한 이해를 증진시키는데 기초자료로 제공하고자 수행되었다. 연구결과, 질 관리 담당자 및 간호사, 약사가 인식하는 환자안전과 의료오류의 개념에 큰 차이가 있음을 알 수 있었다. 기관 전체의 환자안전을 관리하는 질 관리 담당자는 환자안전에 대해 포괄적으로 이해하고 있는 반면, 간호사나 약사는 낙상과 같은 안전사고나, 의료분쟁으로 이어지는 의료사고로 한정지어 이해하였다. 또한 의료오류의 발생 원인으로서는 인력부족과 배치의 불합리성, 업무과정 절차의 준수 문제, 안전교육의 미비와 정보의 부족, 부서 간 연계 및 의사소통의 문제, 전산화 시스템에 대한 거부감, 의료오류 보고체계의 미구축, 조직의 안전문화 부재와 포용력 부족 등을 들었다. 이러한 논의를 통해 안전한 의료환경 구축을 위해 안전문화 정착을 위한 환경 조성, 조직구성원에 대한 안전교육과 인식 전환, 안전시스템과 보고체계 구축, 부서 간 협조와 개방적 의사소통을 중심으로 한 해결 방안을 고찰하였다.

이 연구는 서울시내의 3차 의료기관의 간호사와 약사 각 5명의 포커스그룹 인터뷰와 질 관리 담당자 4명에 대한 개별 심층인터뷰로 실시된 다중-방법적 질적 연구로 연구결과가 국내 전체 병원의 상황과 의견을 대변하는 데는 한계가 있을 수 있다. 즉, 다양한 의료기관의 대상자를 반영하지 못하고, 의사 등 관련 의료인을 포함하지 못하여 의료기관 전반의 상황으로 일반화하는데 제한이 있다. 또한 환자안전 문화구축을 위해 제시한 안전문화의 정착, 안전교육과 인식의 변화, 안전시스템과 보고체계의 구축, 부서 간 협조와 개방적 의사소통 외에도 정책적 요소 및 구조적 요인, 국가의료체계 등의 요소들이 영향을 미칠 수 있다. 추후 연구에서는 환자의 안전에 영향을 미칠 수 있는 다양한 요소의 고려와 폭넓은 대상자를 포함하여 각 분야별 구체적 안전대책과 그 성과에 대한 활발

한 논의가 새로운 연구방법인 포커스그룹 인터뷰를 활용하여 다양하게 시도됨으로써 의료기관과 의료종사자들의 인식변화를 통해 국민 모두가 안전한 양질의 의료서비스를 받을 수 있기를 기대한다.

## 참고문헌

- 강민아, 김정은, 안경애, 김윤, 김석화 (2005). 환자안전 문화와 의료과오 보고에 대한 의사의 인식과 태도. *보건행정학회지*, 15(4), 110-135.
- 안경애, 김정은, 강민아, 정연이 (2006). 의료과오 감소를 위한 환자의 자기보호행동 및 의사결정 참여. *보건행정학회지*, 16(3), 1-16.
- Agar, M. H., & MacDonald, J. (1995). Focus groups and ethnography. *Hum Organ*, 54, 78-86.
- Aron, D. C., & Headrick, L. A. (2002). Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. *Qual Saf Health Care*, 11, 168-173.
- Bates, D. W., Leape, L., Cullen, D. J., Laird, N., Petersen, L. A., Teich, J. M., Burdick, E., Hickey, M., Kleeffeld, S., Shea, B., Vliet, M. V., & Seger, D. L. (1998). Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA*, 280(15), 1311-1316.
- Bates, G., & Gawande, A. (2000). Error in medicine: What have we learned? *Minn Med*, 83, 18-23.
- Bates, D. W., Evans, R. S., Murff, H., Stetson, P. D., Pizziferri, L., & Hripcsak, G. (2003). Detecting adverse events using information technology. *J Am Med Inform Assoc*, 10(2), 115-128.
- Berwick, D. M., & Leape, L. L. (1997). Reducing errors in medicine. *BMJ*, 319, 136-137.
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J., Rosen, A., Schneider, E., Altman, D., Zapert, K., Herman, M., & Steffenson, A. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*, 347, 1933-1940.
- Cooper, M. (2000). Towards a model of safety culture. *Saf Sci*, 36, 111-136.
- Cullen, D. J., Bates, D. W., Small, S. D., Cooper, J. B., Nemeskal, A. R., & Leape, L. L. (1995). The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv*,

- 21(10), 541-548.
- Davies, H. T. O., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000). Organizational culture and quality of health care. *Qual health Care*, 9, 111-119.
- Department of Health. (2001). *Building a Safe NHS for Patients*. London: The Stationery Office.
- Firth-Cozen, J., & Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care. *Qual Health Care*, 10(suppl II), 113-117.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington : National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press.
- Jha, A. K., Kupwman, G. J., Teich, J. M., Leape, L., Shea, B., Rittenberg, E., Burdick, E., Seger, D. L., Vander Vliet, M., & Bates, D. W. (1998). Identifying adverse drug events: development of a computer-based monitor and comparison with chart review and stimulated voluntary report. *J Am Med Inform Assoc*, 5(3), 305-314.
- Kizer, K. W. (1999). Large system change and a culture of safety. In: *Enhancing patient safety and reducing errors in health care*. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation.
- Knodel, J. (1993). The design and analysis of focus group studies: a practical approach. In D. L. Morgan(Ed.). *Successful focus groups: Advancing the state of the art*(pp. 35-50). Newbury Park, CA: Sage.
- Kosnik, L. (2002). The new paradigm of crew resource management: just what is needed to reengage the stalled collaborative movement? *Jt Comm J Qual Improv*, 28, 235-241.
- Koeck, C. (1998). Time for organizational development in healthcare organization. Improving quality for patients means changing the organization. *BMJ*, 317, 1267-1268.
- Morgan, D. L. (1993). *Successful focus groups: Advancing the state of the art*. Newbury Park, CA: Sage.
- National Patient Safety Foundation (2003). Patient safety. Retrieved 2003, from NPSF® Board, Our Definitions; Web site: <http://www.npsf.org/au/>
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12, 17-23.
- Prnovost, P. J., Weast, B., Holzmuller, C. G., Rosestein, B. J., Kidwell, R. P., Haller, K. B., Feroli, E. R., Sexton, J. B., & Rubin, H. R. (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*, 12, 405-410.
- Ruchlin, H. S., Dubbs, N. L., & Callahan, M. A. (2004). The role of leadership in instilling a culture of safety: Lessons from the literature. *J Health Manag*, 49(1), 47-59.
- Schiff, G., & Rucker, T. (2001). Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality. *Jt Comm J Qual Improv*, 27, 169-174.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basic of qualitative research (2nd ed)*. Thousand Oak, CA: Sage.
- Van der Schaaf, T. W., & Kanse, L. (2000). *Errors and error recovery*. London, England: Springer Verlag.
- Willis, P. (1977). *Learning to labour: How working class kids get working class jobs*. Westmead, UK: Saxon House.

# Experience and Perception on Patient Safety Culture of Employees in Hospitals

Kim, Eun-Kyung<sup>1)</sup> · Kang, Minah<sup>2)</sup> · Kim, Hui-Jeong<sup>3)</sup>

1) Assistant Professor, School of Nursing, Eulji University, 2) Assistant Professor, College of Social Sciences, Ewha Womans University

3) Doctoral Student, College of Social Sciences, Ewha Womans University

**Purpose:** The objectives of this study were to understand and compare perception and experience between clinical staffs(nurses and pharmacists) and Quality Improvement managers. **Method:** A qualitative study was conducted with 14 clinical staffs and QI managers who are working at tertiary hospitals in Korea. Interviews were recorded and transcribed for systematic analyses of qualitative data. **Results:** Most critically, while QI managers acknowledged that establishment of the patient safety culture and reduction of medical errors are urgent tasks for QI effort, clinical staffs don't seem to share such perceptions. All participants agree that staff shortage and no compliance to safety procedures were major reasons for medical error occurrences. Many suggested that an organizational culture where errors were perceived as a systematic problems rather than individual failures or carelessness should be formed to promote voluntary reporting of medical errors. **Conclusion:** A more systematic effort and attention at the hospital leadership and public policy level should be promoted to constitute societal consensus on the urgency of promoting patient safety culture and more specific approaches to tackle the patient safety problems.

**Key words :** Safety, Medical errors, Risk management, Organizational culture

• Address reprint requests to : Kang, Minah

Department of Public Administration

College of Social Sciences, Ewha Womans University

11-1, Dae-hyun Dong, Seodaemun-Gu, Seoul 120-750 Korea

Tel: 82-2-3277-4100 Fax: 82-2-3277-4100 E-mail: minahkang@ewha.ac.kr