

환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 병원종사자들의 인식조사

유정은

순천향대학교 부천병원

A survey on Healthcare workers' perception of
Patient Safety culture and medical error reporting

Jung Eun Yu

SoonChunHyang University Hospital Bucheon

교신저자 유정은

순천향대학교 부천병원 총무팀

■ nurse330@schmc.ac.kr

Abstract

Background : The purpose of this study was to understand healthcare workers' perception of patient safety culture and medical error reporting to provide basic resources for the settlement of patient safety culture in medical institutions in Korea.

Methods : For this purpose, convenience sampling by self-selection was applied to healthcare workers at a university hospital in Gyeonggi-do and a total of 482 people responded. The survey used the translated version of AHRQ in Korean and distributed through the Intranet system of the hospital.

Result : The ratio of positive response was low overall. Among the responses, the response for 'Nonpunitive Response to Error' was the lowest at 17.7%, followed by the responses for 'Staffing' at 21.3%, 'Handoffs & Transitions' at 32.9%, and 'Communication Openness' at 44.3%. In result of surveying whether the responders have reported patient safety incidents during the past 12 months, 68.3% responded 'not once.'

Conclusion : The perception of healthcare workers' patient safety culture and medical error reporting, when compared to AHRQ, was lower overall. It is important for healthcare workers to pay greater attention to patient safety to create a safe hospital culture where they do not punish or criticize related individuals or departments.

Key words : Patient safety, Organizational culture, Medical error reporting, Perception

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 전 세계적으로 의료계에서 떠오르는 이슈가 바로 ‘환자안전’이다. 미국에서 의료과오로 인하여 사망하는 사람이 매년 48,000~98,000명이며 이들 중 상당 부분이 예방가능한 과오라는 충격적인 보고서를 미국 국립의학연구소(Institute of Medicine)에서 1999년 발표한 이후 미국 의료계는 여러 가지 캠페인 활동을 통해 의료과오를 줄이고자 노력하고 있다. 또한 미국의 민간 인증평가기구인 The Joint Commission에 적신호 사건을 보고하도록 하여 관리하고 있다.

국내 역시 3주기 의료기관평가에서 의료기관 인증제로의 전환을 통해 의료기관에서 중요시해야 할 핵심 영역으로 의료의 질 향상과 환자안전에 강조하였다. 인증제를 통해 환자안전사고를 예방하고 발생 시 대처방안, 개선활동 등에 대한 평가가 이루어지면서 환자안전에 대한 관심이 급격히 증가하였다. 또한 국민들의 권리의식이 향상되고 양질의 의료서비스를 요구함에 따라 의료과오의 감소에 대한 관심도 증가하였다. 한국소비자원(2006)의 자료에 따르면 의료기관 내에서 일어나는 사고 중 안전관리 소홀로 발생한 사고가 52.7%로 가장 많은 것으로 보고되었으나 실제 의료기관에서 발생한 의료과오의 발생률과 위험도 등에 대한 통계는 거의 없는 실정이다. 이처럼 국내 병원에서 발생하는 위해사건에 대한 국가적 차원의 조사가 국내에서는 아직 이루어진 적이 없기 때문에 의료소송 건수로 발생빈도를 유추해 볼 수 있다. 사법연감에 의하면 1990년에서 2008년까지 의료소송 접수건수는 1989년 69건을 시작으로 연평균 증가

율이 36%를 넘고 있고(김은경, 정연이, 황지인, 황정해, 신현호, 2008) 특히 2009년에는 911건으로 증가하였고 2010년 871건으로 높게 나타났다(사법연감, 2009, 2010). 지금까지 국내 병원에서는 의료과오가 발생했을 때 대부분 오류를 범한 사람을 비난하고, 비난을 피하기 위해서 침묵하는 문화였기 때문에 환자안전사고의 자발적인 보고나 환자안전에 위한 예방활동 등이 제대로 이루어지지 못하였다. 의료분야에서 안전이 확보되기 힘든 이유 중 하나는 의료서비스의 대상은 환자 개인이며, 그들 각각은 상상할 수 없을 만큼 다양한 서비스를 요구한다는 점이다. 따라서 수많은 과오의 가능성과 그에 따른 사고의 가능성이 언제나 존재할 수밖에 없다. 앞으로 나아갈 방향이 ‘사고가 날 수 없는 시스템’을 갖추는 것임은 자명하지만, 그것을 이루어 낼 때까지 환자들은 어쩔 수 없는 위험에 노출될 수밖에 없는데 이에 대한 시스템적 접근 자체를 가능하게 해주는 근본적 요건으로서 고려되어야 하는 것이 바로 ‘환자안전 문화’라고 존스홉킨스 병원의 WHO 환자안전 연구원은 주장하였다(정헌재, 2010).

이에 본원에서는 일 대학 부속병원에 종사하는 직원을 대상으로 환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 인식정도를 파악하고, 병원종사자의 인식정도를 비교 분석하고자 한다.

2. 연구의 목적

환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 인식정도를 파악하고 병원종사자의 인식비교를 통하여 국내 의료기관의 환자안전문화 정착을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

구체적인 연구목적은 환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 병원종사자의 인식정도를 파악하는 것이다.

3. 용어의 정의

1) 환자안전문화

환자안전문화란 의료서비스 전달과정에서 발생할 수 있는 환자의 부상이나 사고를 예방하기 위한 공동의 믿음, 가치, 지속적인 탐구를 바탕으로 하는 개별적이고 조직적인 행동패턴을 의미하는 것으로 (Agency for Healthcare Research and Quality, 이하 AHRQ라 칭함, 2004; Kizer, 1999), 본 연구에서는 환자안전에 대한 인식을 AHRQ(2004)에서 개발한 ‘Hospital survey on patient safety culture’를 김정은 등(2007)이 번안한 설문지를 사용하여 5점 척도로 측정된 값을 의미한다.

2) 의료과오

의료과오는 보건의료제공 과정에서 계획된 활동이 의도한대로 성취되지 못했거나 목표달성을 위한 계획이 잘못된 경우로 환자에게 해를 입혔거나 입히지 않은 결과 모두를 포함하는 포괄적 의미로 사용된다(IOM, 1999). 본 연구에서 의료과오 보고 정도에 대한 인식은 AHRQ가 개발한 설문도구를 사용하여 측정된 값을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 환자안전문화

안전문화란 조직전체의 모든 사람들이 자신과 공

공의 안전을 최우선으로 하는 영속적인 가치로서 개인 및 집단이 안전을 위해 스스로의 책임을 다하고, 안전이 유지될 수 있도록 행동하고 안전에 대한 관심을 증진시키기 위하여 대화를 하며, 배우기 위하여 적극적으로 노력하며, 실수를 교훈삼아 행동을 수정할 뿐만 아니라 이러한 가치들이 일관성 있게 지속될 수 있도록 보장하는 문화를 말한다(Wiegmann, Zhang, Thaden, Sharma & Gibbons, 2003). 어떤 집단에서든지 과오나 안전관리 소홀 등 여러 가지 이유로 사소한 것부터 대형 사고에 이르기까지 문제가 발생하는 경우는 그 집단에 속해 있는 구성원들 간의 의사소통이나 안전문화에 대한 인식들이 제대로 형성되어 있지 않아 발생하는 경우가 대부분이다. 안전 사고의 발생은 개인의 문제이기 보다는 조직의 문제인 경우가 더 많으므로 안전사고의 발생 원인을 추적하여 사고예방에 중점을 둔 조직 차원의 관리가 필요하다. 조직문화는 쉽게 변화하지 않으려는 경향이 있으나 이를 적절하게 평가하고 긍정적으로 변화시키는 일이 중요하다(Wiegmann et al., 2003). 환자안전문화 구축에 장애가 되는 요인은 비난과 부끄럼의 문화로 이러한 문화는 의료과오에 대한 지식과 과오로부터 학습할 수 있는 가능성을 차단하게 되므로 의료서비스 조직은 이러한 문화로부터 벗어나야 한다(Nieva, Sorra, 2003). 따라서 환자안전문화의 구축은 반복적으로 발생하는 환자안전사고에 대해 병원 조직이 안고 있는 문제가 무엇이며 그 근본원인이 무엇인지를 정확히 분석 가능하게 한다(김윤이, 2009).

환자안전문화 인식에 대한 국외의 연구를 살펴보면, Scherer와 Fitzpatrick (2008)은 수술실과 외과 외래 간호사와 외과, 마취과 의사를 대상으로 연구한 결과 병동 안전문화에 속한 상사·관리자의 기대와

행동, 과오에 대한 피드백에 대한 점수가 의사보다 간호사가 유의하게 더 높았다고 하였다. Wu, Folkman, Mcphee & Lo(1991)는 내과 전공의를 대상으로 한 연구결과 업무감소와 철저한 감독이 과실을 예방하는데 도움을 주었으며, 학습효과를 높이기 위해 상급 의료진은 전공의들에게 과실을 인정하도록 지도하고 그들의 과실에 대해 대화하는 것이 중요하다고 하였다. Liu, Kalisch와 Zhang(2009)은 중국 국립병원 간호사의 인력이 부족하며 의료과오 보고에 대해 부정적이고 처벌적인 환자안전문화로 인식한다고 하였다. 국내연구를 살펴보면, 김정은 등(2004)은 병원 및 병동 환경 개선과 개방적인 의사소통과정의 개선이 필요하다고 하였으며 강민아 등(2005)은 의사가 경영진의 리더십에 대해 부정적이며 보고시스템에 대한 인식이 낮다고 하였다. 또한 강민아 등(2005)과 김윤이(2009)는 병원 경영진의 환자안전문제에 대한 관심에 대해 부정적으로 인식하고 있다고 하였다. 김정은 등(2007)은 환자안전에 대한 간호사들의 긍정적 인식과 보고를 위한 시스템적 지원과 조직문화에 대한 지지가 충분하지 않다고 하였으며 제우영(2007)과 최명희(2009)는 병원종사자들이 직원배치에 대해 부정적으로 인식한다고 하였다.

이처럼 최근 국내에서도 환자안전문화의 중요성이 급격히 부각되고 병원 내 환자안전문화 조성이 의료서비스 질 향상의 중요한 해결 열쇠로 인식되면서(강민아, 김정은, 안경애, 김윤, 김석화, 2005, 재인용) 환자안전문화에 대한 연구가 증가하고 있다. 그러나 대부분 일부 직종에 국한되어 이루어지고 있으며 병원종사자들의 환자안전문화 인식 연구는 최근에 이루어졌다.

2. 의료과오 보고

과오는 의료현장 뿐만 아니라 고도의 기술과 전문성을 요하는 분야 어디에서든지 발생할 수 있다. 항공 산업이나 핵에너지 산업과 같은 고위험 산업에서는 일찍부터 안전에 대한 관심을 가지기 시작하여 각종 안전장비나 최신 기술을 도입함과 동시에, 처벌하지 않는 것을 전제로 과오 보고를 의무화하여 과오의 원인을 체계적으로 분석하는 안전문화 체계를 구축함으로써 유사한 과오의 재발 방지를 위해 다각적인 노력을 기울여 왔다. 반면, 의료분야는 안전문제의 해결에 있어 이들 산업에 비해 10년 이상 뒤쳐져 있다(Kohn et al., 2000; Hudson, 2003). 그러나 최근 미국의 의료기관 뿐만 아니라 전 세계 의료 산업 부문에서는 환자안전과 질 향상이 가장 중요한 이슈로 떠오르게 되었고, 의료과오는 개인의 무관심이나 실수가 주된 원인이 아니라고 보는 견해가 대두되었다. 주된 원인은 사람이 아니라 대부분 불완전한 시스템과 관련된 것으로서 의료과오에 대한 해결책은 개인에 대한 처벌이 아니고, 병원환경을 보다 안전하게 개선하고 의료과오의 예방과 추후관리에 대한 개방적인 조직문화를 조성하며 의료전달체계를 개선하여 의료과오를 미연에 예방하는 것이라는 주장이 호소력 있게 받아들여지고 있다(Abbott, 2003).

병원종사자들은 사고보고 체계와 직원배치에 대해 부정적이고 의료과오에 대한 인식이 부족하므로 병원 및 병동 환경의 개선과 자율적으로 보고할 수 있도록 지지해 주는 조직문화 조성이 필요하다(이유정, 2011).

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 병원종사자들의 환자안전문화에 대한 인식정도를 파악하기 위한 서술적 조사이다.

2. 연구 대상

본 연구는 경기도에 소재한 일 대학 부속병원의 의사, 간호사, 보건직, 행정직 직원을 대상으로 self-selection에 의한 임의표출로 설문조사를 실시하였다. 조사기간은 2012년 6월 18일(월)부터 6월 29일(금)까지였으며 용역을 제외한 전 직원을 대상으로 원내 인트라넷을 이용하여 실시하였다. 의사 21부, 간호사 317부, 보건직 86부, 행정직 58부 등으로 총 482명이 설문조사에 응답하였다(응답률 53.5%).

3. 연구 도구

본 연구에서는 AHRQ(2004)에서 개발한 'Hospital survey on patient safety culture'를 김정은 등(2007)이 번안한 설문지를 사용하였다. 설문지는 부서 근무환경 18문항, 부서 상사 4문항, 의사소통 6문항, 환자안전사고 보고의 빈도 4문항, 환자의 안전도 1문항, 병원환경 11문항, 보고된 사고 횟수 1문항으로 총 45문항으로 구성되어 있고 Likert 5점 등간 척도(1점=전혀 그렇지 않다~5점=매우 그렇다)로 표시하도록 되어 있다. 이 중 안전도의 경우 평가문항에 아주 나쁘다(=1점)~아주 좋다(=5점) 사이에 표시하도록 하였고, 보고된 사고 횟수에 관한 문항은

지난 12개월 동안 사고보고 횟수를 기록하도록 하였다. 또한 환자안전에 대한 인식변화 여부에 대한 1문항은 양자택일로, 인식변화에 영향을 미친 요인에 대한 1문항은 6개의 보기 중 한 개를 선택하도록 하였다.

본 연구에서 전체 문항에 대한 Cronbach's α 는 .868이었다.

이 연구 도구는 총 12개의 세부차원인 (1) 부서 내 팀워크, (2) 관리자의 기대 및 행동, (3) 환자안전에 위한 경영지원, (4) 지속적인 향상을 위한 조직학습, (5) 환자안전에 대한 전반적인 인식, (6) 과오에 대한 피드백과 의사소통, (7) 오류보고 빈도, (8) 의사소통의 개방성, (9) 부서 간 협조체계, (10) 인력 배치, (11) 교대근무 및 전과, (12) 과오에 대한 비처벌적 대응으로 분류할 수 있으며 이 외에 환자안전 인식 변화여부와 영향을 미친 요인에 대한 문항이 추가되었다. 집단별 환자안전문화 수준은 '부서단위 환자안전 문화', '병원단위 환자안전 문화', '전반적인 환자안전'의 세 가지 영역으로 AHRQ의 분류를 따랐다. 응답자의 특성에 대해서는 성별, 연령, 병원 및 부서 근무경력, 직위 등을 조사하였다.

4. 자료수집 및 분석방법

자료수집 방법은 원내 인트라넷을 통해 구조화된 설문지를 이용하여 자기기입식으로 응답한 후 회수하는 방법으로 시행하였다. 각 문항의 결과는 응답자 중 긍정적 질문의 "그렇다", "매우 그렇다" 응답과 부정적 질문의 "그렇지 않다", "전혀 그렇지 않다"라고 응답한 비율로 각각의 문항에 대한 합계를 산출하여 요약하였다. 이는 AHRQ의 결과산출 방법과 동일하다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

응답자의 84.6%는 여자였으며, 30~39세가 47.9%로 가장 높았고, 그다음으로 20~29세가 39.4%로 높게 나타났다. 직종별로 살펴보면 간호직이 65.8%, 의사는 4.4%로 직종별 차이가 많은 것으로 나타났으며 보건의직과 행정직은 비슷한 수준으로 나타났다. 응답자 중 78.0%는 실무 담당자였으며 현 부서의 근무 경력이 1년 1개월에서 5년 이하가 43.0%로 가장 높게 나타났다. 병원 총 근무경력은 12개월 이하가 9.4%로 가장 낮게 나타났으며, 그 외에는 고른 분포로 나타났다. 응답자 중 환자와 직접 접촉하는 비율은 84.6%로 나타났다(Table 1).

2. 환자안전 문화에 관한 평가

1) 부서단위 환자안전 문화에 대한 인식

세부차원별로는 '부서 내 팀워크'가 72.9%로 긍정적 응답비율이 가장 높게 나타났고, '과오에 대한 비처벌적 대응'이 17.7%로 가장 낮게 나타났으며, '인력배치'가 21.3%, '의사소통의 개방성' 44.3%순으로 낮게 나타났다. 문항별로는 '관리자의 기대 및 행동' 중 '나의 상사는 우리 부서에서 지속적으로 발생하는 환자안전 문제를 대수롭지 않게 생각한다'가 80.6%로 가장 높게 나타났으며 '지속적인 향상을 위한 조직 학습' 중에서는 '우리 부서 직원들은 환자의 안전을 개선시키기 위해 적극적으로 노력한다'가 84.0%로 가장 높게 나타났다. '부서 내 팀워크' 중 '우리 부서 직원들은 서로 도와준다'가 79.5%로, '의사소통의 개

방성' 중에서는 '직원들은 환자의 치료에 부정적인 영향을 미칠만한 것을 발견했을 때는 자유롭게 의견을 개진한다'가 57.1%로 가장 높게 나타났다. '과오에 대한 피드백과 의사소통' 중 '부서 내에서 발생한 오류에 대해 직원들에게 알린다'가 79.6%로, '과오에 대한 비처벌적 대응' 중에서 '사건이 보고될 때는 문제 그 자체가 아니라 문제와 관련된 직원이 초점이 되는 것 같다'가 21.8%로 나타났다. '인력배치'에서는 '우리 부서는 최선의 환자진료를 위해 임시직(단기근무자)을 활용한다'가 48.5%로 가장 높게 나타났다(Table 2).

2) 병원단위 환자안전 문화에 대한 인식

세부차원별로는 '교대근무 및 전과'가 32.9%로 가장 낮게 나타났으며, '부서 간 협조체계'가 41.6%로 가장 높게 나타났으나 전반적으로는 긍정적 응답비율이 낮은 것으로 나타났다. 문항별로 가장 높게 나타난 문항은 '병원 경영진은 환자안전을 개선하기 위한 업무분위기를 조성한다'가 52.6%로 나타났으며 나머지 문항은 모두 50%를 넘지 못하는 것으로 나타났다. 그 중 '부서 간에 정보를 교환할 때 문제가 종종 발생한다'가 23.2% 가장 낮게 나타났으며 다음으로는 '병원 경영진은 잘못된 사건이 일어난 후에야 환자의 안전에 관심을 가지게 되는 것 같다'가 26.5%로 낮게 나타났다(Table 2).

3) 전반적인 환자안전에 대한 인식과 오류보고 빈도

세부차원별로는 '환자안전에 대한 전반적인 인식'은 52.6%로 나타났으며 '오류보고 빈도'는 77.7%로 높은 것으로 나타났다. 문항별로는 '우리 부서에는 환자안전 관련 문제가 있다'는 문항이 32.7%, '우리 부

Table 1. General characteristics of respondents(n=482)

General characteristics	2012
	n(%)*
Gender	
Female	406(84.6)
Male	74(15.4)
Age(number of years)	
20~29	188(39.4)
30~39	229(47.9)
40~49	45(9.4)
50~59	15(3.1)
Over 60	1(0.2)
A type of occupation	
Nurse	317(65.8)
Others(e.g., Technicians, pharmacists)	86(17.8)
Administration	58(12.0)
Doctor	21(4.4)
Position	
Hands-on worker (including staff nurse, resident)	376(78.0)
Above junior staff	106(22.0)
Work experience on present unit (number of years)	
Less than 1	122(25.5)
1~5	206(43.0)
5~10	93(19.4)
Longer than 10	58(12.1)
Work experience in present hospital (number of years)	
Less than 1	45(9.4)
1~5	135(28.2)
5~10	139(29.0)
Longer than 10	160(33.4)
Direct contact with patients	
Direct contact	406(84.6)
Indirect contact	74(15.4)

*%=Valid percent

서의 업무절차나 시스템은 오류예방에 도움이 된다' 47.5% 순으로 긍정적 응답비율이 낮은 것으로 나타

났다(Table 2).

4) 보고된 사고 횟수

환자안전 사고에 대해 지난 12개월 동안 보고한 경험이 있는지 조사한 결과, 68.3%에서 '한 번도 보고한 적 없다'고 응답하였으며 '6회 이상 보고'는 2.5%로 매우 낮은 것으로 나타났다(Table 3).

V. 논의

병원종사자들의 인식에 대해 비교하기 위해 서울 지역에 본원과 비슷한 규모의 대학병원에서 근무하는 병원종사자 전 직원을 대상으로 하여 2012년 6월에 시행한 연구결과를 선정하였다. 또한 국외 병원종사자들의 인식에 대해 비교하기 위해 2012년 AHRQ에서 공표한 결과를 선정하였다. AHRQ에서는 매년 Hospital survey on patient safety culture를 시행하고 그 결과를 공지하고 있다. 2012년에는 미국에 위치한 6~24병상 수의 매우 작은 규모의 병원에 서부터 400병상 이상의 총 1,128개 병원의 조사결과를 평균 산출하였다.

다음은 각 세부차원별로 명확한 긍정인 '그렇다' 이상의 평균 비율을 이용하여 부서단위, 병원단위의 환자안전 문화에 대한 인식 차이와 전반적인 환자안전에 대한 인식과 오류보고 빈도 차이에 대해 비교한 결과이다.

1) 부서단위 환자안전 문화에 대한 인식

안전한 병원환경을 구축하기 위해 조직 구성원들의 환자안전에 대한 인식을 높이고, 의료과오 보고를 위한 시스템을 구축하고 개선을 위한 지속적인 노력

Table 2. Descriptive statistics of survey on Patient safety culture

Question	Average % positive response [§]
Perception comparison on patient safety culture in department	
Supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety	63,7
19 My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures	56,3
20 My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	66,3
21 Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	51,4
22 My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	80,6
Organizational learning-continuous improvement	
6 We are actively doing things to improve patient safety	84,0
9 Mistakes have led to positive changes here	45,9
13 After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	53,6
Teamwork within units	
1 People support one another in this unit	79,5
3 When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done	71,9
4 In this unit, people treat each other with respect	72,8
11 When one area in this unit gets really busy, others help out	67,2
Communication openness	
24 Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	57,1
26 Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	34,9
28 Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	40,9
Feedback and communication about error	
23 We are given feedback about changes put into place based on event reports	63,1
25 We are informed about errors that happen in this unit	79,6
27 In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again	66,7
Nonpunitive response to error	
8 Staff feel like their mistakes are held against them	14,2
12 When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	21,8
16 Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	17,1
Staffing	
2 We have enough staff to handle the workload	17,4
5 Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	3,3
7 We use more agency/temporary staff than is best for patient care	48,5
14 We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	15,9

Table 2. Continued

Question	Average % positive response [§]
Perception comparison on patient safety culture in hospital	
Management Support for Patient safety	38,7
34 Hospital management provides a work climate that promotes patient safety	52,6
41 The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	37,0
42 Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	26,5
Teamwork Across Units	
35 Hospital units do not coordinate well with each other	32,0
37 There is good cooperation among hospital units that need to work together	35,4
39 It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	49,7
43 Hospital units work well together to provide the best care for patients	49,2
Handoffs & Transitions	
36 Things “fall between the cracks” when transferring patients from one unit to another	29,5
38 Important patient care information is often lost during shift changes	42,4
40 Problems often occur in the exchange of information across hospital units	23,2
44 Shift changes are problematic for patients in this hospital	36,5
Perception and frequency of error report on overall patient safety	
Overall Perceptions of Patient Safety	52,6
10 It is just by chance that more serious mistakes don’t happen around here	70,2
15 Patient safety is never sacrificed to get more work done	59,9
17 We have patient safety problems in this unit	32,7
18 Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	47,4
Frequency of Events Reported	
30 When a mistake is made, but is caught and corrected before affecting the patient, how often is this reported?	76,8
31 When a mistake is made, but has no potential to harm the patient, how often is this reported?	72,6
32 When a mistake is made that could harm the patient, but does not, how often is this reported?	76,5
32 When a mistake is made that could harm the patient, but does not, how often is this reported?	81,2

[§] : Where the percent positive response is based on those who responded “Strongly disagree” or “Disagree”, or “Never” or “Rarely” (depending on the response category used for the item).

^R : Indicates a negatively worded item.

이 필요하다. 병원종사자들의 인식 비교 결과, 세부 차원의 결과는 서울지역 대학병원보다 경기지역 대학병원이 전반적으로 낮기는 하나 비슷한 수준으로 나타났으며 AHRQ보다는 낮은 것으로 나타났다. 그 중 ‘과오에 대한 비처벌적 대응’이 17.7%로 가장

낮게 나타났는데 이는 서울지역 대학병원 13.0%, AHRQ의 결과 역시 44.0%로 부서단위 환자안전 문화에 대한 인식 중 가장 낮은 것으로 나타났다. 현재 보고체계상 익명이 보장되고는 있으나 관리자나 상급자에게 보고하고 논의하는 과정에서 비난과 처벌

Table 3. Average percentage of respondents reporting events in the past 12 months

Number of event reported	Average %*
None	68.3
1 to 5	29.2
6 or more	2.5
Total	100.0

*% = Valid percent.

에 대한 심리적 부담감이 높은 것으로 보인다. 또한 ‘인력 배치’가 21.3%로 낮게 나타났는데 서울지역 대학병원 23.0%, AHRQ 56.0%로 나타나 일 대학 병원 종사자들의 긍정적 응답비율이 낮은 것으로 나타났다. 이는 업무량에 비해 인력이 부족한 것으로 나타나 인력부족으로 인한 환자안전의 잠재적인 문제 발생의 가능성이 있다(강민아 등, 2005). 이와 같은 결과는 노이나(2008)와 이영아(2009), 서정탁, 이종수와 이수진, 김민영, 허정애(2010)의 연구결과와도 동일하게 나타났다.

‘의사소통의 개방성’은 44.3%로 AHRQ의 62.0%보다 낮게 나타나 환자안전을 위한 병원 환경과 의사소통 방법의 개선을 위한 노력이 필요하다. 이를 위해 무엇보다도 경영진과 관리자가 주축이 되어 의료과오에 대하여 개방적인 논의를 허용하는 조직문화를 조성함이 중요하며, 이에 따라 안전에 대한 부서 내에서의 팀워크가 강화되고 의사소통이 자유로우며 부서간의 협조체계가 높아지는 등 긍정적인 효과를 기대할 수 있을 것이다(서정탁 등, 2010).

2) 병원단위 환자안전 문화에 대한 인식

세부차원의 결과 서울지역과 경기지역 대학병원이 모두 50% 미만으로 낮은 수준으로 나타났으며 AHRQ 결과보다도 모두 낮게 나타났다. 그 중 ‘교대

근무 및 전과’는 32.9%로 나타나 부서 간, 직종 간 인수인계 시 환자안전과 관련된 문제가 발생할 위험이 있는 것으로 나타났는데 이는 ‘부서 간 협조체계’가 41.6%, ‘부서 내 팀워크’가 72.9%로 나타난 것으로도 알 수 있다. ‘부서 간 협조체계’가 낮게 나타나 부서 간 협조가 잘 이루어지지 않는 것으로 보인다. 또한 ‘환자안전을 위한 경영지원’이 38.7%로 AHRQ의 72.0%보다 현저히 낮게 나타나 병원 경영진이 환자 안전에 대해 낮은 관심을 가진 것을 보여주며 이는 강민아 등(2005)과 노이나(2008)의 연구결과에서도 나타났다. 따라서 병원 경영진의 환자안전에 대한 관심을 높이기 위해 비용/효과적 측면을 강조하고, 인증원에서 인증을 받은 병원의 경영진을 대상으로 필수적인 교육과정을 시행하는 등의 제도적인 뒷받침이 필요하다.

3) 전반적인 환자안전에 대한 인식과 오류보고 빈도

세부차원의 결과, 서울지역 대학병원보다 경기지역 대학병원이 전반적으로 비슷한 수준으로 낮게 나타났다.

AHRQ와 비교 결과, ‘환자안전에 대한 전반적인 인식’은 AHRQ의 결과보다 낮았으나 ‘오류보고 빈도’는 높은 것으로 나타났다. 문항별로는 ‘우리 부서에는 환자안전 관련 문제가 있다’ 32.7%, ‘우리 부서의 업무절차나 시스템은 오류예방에 도움이 된다’ 47.4% 순으로 AHRQ보다 현저히 낮은 것으로 나타났다. 그러나 ‘오류보고 빈도’에 대한 모든 문항은 AHRQ보다 높은 것으로 나타났다.

4) 보고된 사고 횟수

환자안전 사고에 대해 지난 12개월 동안 보고한 경

험이 있는지 조사한 결과, 68.3%에서 ‘한 번도 보고한 적 없다’고 응답하여 서울지역 대학병원과 경기지역 대학병원은 비슷한 수준으로 나타났으나 AHRQ의 55.0%보다는 높은 것으로 나타났다. 그러나 6회 이상 보고경험 비율은 큰 차이가 없는 것으로 나타났다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 인식정도의 파악과 병원종사자의 인식비교를 통하여 국내 의료기관의 환자안전문화 정착을 위한 기초 자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사로 표본에 대해서 임의표집에 의한 설문조사를 실시한 연구이다. 조사방법은 2012년 6월 18일(월)부터 6월 29일(금)까지 482명을 대상으로 원내 인트라넷을 이용하여 실시하였다.

연구결과는 다음과 같다.

첫째, 병원종사자들은 직원 간, 부서 간 협조가 잘 이루어지지 못하는 것으로 나타났다.

둘째, 병원종사자들은 병원 경영진과 부서장은 환자안전의 중요성과 예방활동에 대한 관심이 낮다고 생각하는 것으로 나타났다.

셋째, 부서 내에 환자안전과 관련된 문제가 있으며 현재의 시스템은 안전사고의 예방에 도움이 되지 못한다고 생각하는 것으로 나타났다.

넷째, 환자안전사고 발생 시 자발적인 보고가 이루어지고 있으며 오류내용에 대해 직원 간 공유가 이루어지고 있는 것으로 나타났으나 개선방법에 대해 직원들이 의견을 제시하고, 피드백을 받는 시스템은 아

직 미흡한 것으로 나타났다.

다섯째, 의료진 간, 부서 간 의사소통이 잘 이루어지지 못한다고 생각하는 것으로 나타났다(환자정보, 인수인계, 환자안전 또는 업무상의 의사사항 등).

여섯째, 부서 내 인력에 비해 업무량이 많다고 생각하는 것으로 나타났다.

일곱째, 환자안전사고 시 문제가 아닌 사람에 초점을 맞춰 비난하고 처벌하는 분위기라고 생각하여 보고하기를 꺼려하는 것으로 나타났다.

여덟째, ‘오류보고 빈도’에서는 비교적 보고를 잘 하고 있는 것으로 응답하였으나 ‘지난 12개월 동안의 보고경험’에 대한 문항에서는 68.3%가 한 번도 보고한 적이 없다고 응답하여 서로 상충되는 결과를 나타내었다. ‘오류보고 빈도’는 안전보고 시스템에 따른 보고가 아니라 부서장 또는 경력자에게 보고한 경험을 미루어 응답한 것으로 사료된다.

환자안전 문화에 대한 인식변화는 단기간 내에는 어려우므로 지속적이고 반복적인 환자안전활동이 요구된다. 또한 의료기관 인증평가 대비를 통해 활동의 필요성을 인식할 수 있도록 하고, 외부 강사의 특강을 통해 타 병원, 다른 나라와의 현 수준 비교를 할 수 있도록 하며, 꾸준한 홍보활동과 교육을 병행하는 것이 효과적인 방법으로 사료된다. 또한 부서 상사 및 관리자들이 솔선수범하여 안전한 병원환경을 조성하고, 병원 전체에 뿌리 내릴 수 있도록 하는 노력이 필요하다.

최근 건강에 대한 사람들의 관심과 의식이 높아져 의료의 질 향상과 환자안전에 대한 요구는 증가하고 있다. 또한 전 세계적으로 환자안전과 질 향상이 의료기관의 평가기준이자 중요한 활동으로 자리매김하고 있어 병원종사자들은 환자안전에 더 큰 관심과 노

력을 기울여 안전한 병원문화를 조성해야 할 것이다. 또한 개인 또는 일부 부서에 국한되지 않고 병원 전체의 환자안전문화 조성을 통해 사건 관련자 개인 또는 관련부서를 처벌하거나 비판하지 않도록 하는 것이 가장 중요하다.

2. 제언

본 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 국내에서는 병원종사자들의 환자안전 문화에 대한 인식정도를 비교할 수 있는 국가적 차원의 연구결과가 없어 일 대학병원 종사자들의 수준을 파악하기 어렵다.

둘째, AHRQ에서 시행한 조사결과는 병원규모가 매우 다양하고, 국내와는 문화와 환경이 다르므로 객관적으로 수준을 파악하기 어렵다. 따라서 국내 환경에 맞는 도구의 개발과 국내 수준을 파악할 수 있는 대규모 조사연구가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 병원종사자들의 환자안전 문화에 대한 인식 변화에 영향을 미치는 요인을 확실히 규명하기 위한 후속연구가 이루어져야 할 것이다.

넷째, 환자안전문화의 조성은 의료진만의 노력으로는 부족하다. 환자와 보호자의 참여가 필요하기 때문이다. 따라서 환자와 보호자를 대상으로 환자안전에 대한 인식조사가 시행되어야 할 것이다.

참고문헌

1. 강민아, 김정은, 안경애, 김윤, 김석화(2005). 환자안전 문화와 의료과오 보고에 대한 의사의 인

식과 태도. 보건행정학회지, 15(4), 110-135.
 2. 김윤이(2009). 병원 간호사의 환자안전문화에 대한 인식. 전북대학교 석사학위논문, 전라북도.
 3. 김은경, 정연이, 황지인, 황정해, 신현호(2008). 환자안전과 정보보호 안전지침 시리즈Ⅲ. 서울: 한국QI간호사회.
 4. 김정은, 안경애, 윤숙희(2004). 환자안전과 관련된 병원 환경 및 의사소통 과정에 대한 한국 간호사의 인식조사. 대한의료정보학회지, 10(보완본 1), 130-135.
 5. 김정은, 강민아, 안경애, 성영희(2007). 환자안전과 관련된 병원문화와 의료과오 보고에 대한 간호사의 인식조사. 임상간호연구, 13(3), 169-179.
 6. 노이나(2008). 병원 근무 직종별 환자안전문화에 대한 인식 분석. 연세대학교 간호대학원 석사학위논문, 서울. 법원행정처(2009, 2010). 사법연감. 서울: 저자.
 7. 서정탁, 이종수, 이수진, 김민영, 허정애(2010). 환자안전문화에 대한 의료종사자들의 인식 조사. 부산대병원학술지, (28), 443-453.
 8. 이영아(2009). 일부 종합병원 종사자의 환자안전문화에 대한 인식. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 서울.
 9. 정현재(2010, June). Patient Safety and Medical Errors. 순천향대학교 부천병원 강의 요약, 부천.
 10. 최명희(2009). 일개 광역시 병원 종사자의 환자안전문화 인식 및 영향 요인. 계명대학교 석사학위논문, 대구.
 11. 한국소비자원(2006). 병원의 안전관리 관련 의

- 료분쟁 실태조사(요약본). 한국소비자원 분쟁 조정2국 의료팀.
12. AHRQ (2004), Hospital survey on patient culture (No. 04-0041). Rockville: AHRQ Publication.
 13. Institute of Medicine(1999. November). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press.
 14. Liu Y., Kalisch B. J., Zhang L., & Xu J.(2009). Perception of safety culture by nurses in China. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(1), 63-68.
 15. Nieva V. F., & Sorra J.(2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient in health organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 17-23.
 16. Schere D., & Fitzpatrick J. J.(2008). Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *AORN*, 87, 163-175.
 17. Wiegmann D., Zhang Z., von Thaden T., Sharma G., & Gibbons A.(2003). Development and initial validation of a safety culture survey for commercial aviation. Federal Aviation Administration Technical Report AHFD-03-3/FAA-03-1. University of Illinois at Urbana-champaign.
 18. Wu A. W., Folkman S., Mcphee S. J., & Lo B.(1991). Do house officers learn from their mistakes? *Journal of America Medical Association*, 265, 2089-2094.