

환자를 안전하게 보호하자

동국대학교 의과대학 교수 / **임 현 술**



의료기관은 다양한 전문직과 일반직, 환자 및 보호자들이 모이는 곳이므로 안전, 보건 및 환경 관리가 중요하다. 의료기관 내 종사자는 생물학적, 신체적, 화학적, 정신적, 물리적 요인 등 다양한 유해인자에 노출되므로 그들의 건강을 지켜야 한다. 쾌적한 오염 없는 환경은 종사자와 환자에게 중요하므로 이를 유지하기 위하여 노력하여야 한다. 또한 모두의 안전이 중요하다. 특히 환자안전(patient safety)은 기본이다. 최근 가수 신해철의 갑작스런 죽음으로 많은 사람들이 충격에 빠져있다. 아직까지 명백하게 원인이 밝혀지지 않았지만 환자안전관리를 미흡하게 하여 발생한 사건이라고 추정한다. 환자안전의 정의는 '병들거나 다쳐 치료를 받는 사람에게 더 이상의 위협이나 사고의 염려가 없는 상태, 또는 그러한 상황을 만들고자 하는 활동'이다. 임상에서는 '의료서비스 전달과정 중에 발생한 환자의 부상이나 사고로부터 예방'을 뜻한다. 병을 치유하기 위하여 의료기관을 방문하였다가 안전사고가 발생하여 병을 얻는다면 이 보다 낭패는 없다. 그러므로 환자를 안전하게 보호하여야 할 것이다.

환자안전은 의료기관 이전 단계부터 시작한다. 환자의 이송을 거부하여 보호자에게 인계한 후 상태가 악화되어 사망하는 경우와 실신환자를 이송 중 떨어뜨리는 경우가 있다. 의료기관 이전 의료환경도 통제가 미흡하여 심각한 위해가 발생할 수 있다. 의료기관 내에서는 더 많은 사건이 발생하고 있다. 예로 다른 환자 수술/시술, 다른 부위 수술, 수술 중 봉대 등 이물질질을 남겨두고 봉합, 수술 중·후 환자관리 또는 마취 관련 예기치 않은 사망, 신체손상 및 중대한 수술 합병증, 침습적 시술 등으로 중심 정맥관 삽입 후 기흉 발생, 혈관 촬영, 생검 시술 후 출혈, 부작용 및 방사선과 관련하여 잘못된 부위의 촬영과 용량을 초과하여 치료한 경우 등이다. 또한 투약과오, 수혈과오, 진단/영상/병리/핵의학검사에서 다른 환자, 다른 부위, 다른 시간, 이송 및 검사지 전달과오, 식중독, 자살, 신생아 바뀜 등 다양하다.

낙상은 의료기관에서 발생하는 중요한 사고의 하나이다. 방사선 치료, CT/MRI 촬영, 수술 전·후에 환자를 옮길 때 부주의로 떨어지는 경우, 환자 침대 및 휠체어로 환자를 이동하면서 떨어지는 경우, 침대 난간을 내려놓은 상태에서 굴러 떨어지는 경우가 있다. 대부분 거동이 불편한 환자, 의식이 없는 환자, 뇌출혈이나 뇌경색으로 인한 편마비가 있거나 연령이 높아질수록 발생률이 증가한다. 투약 과정별로 다양한 과오가 발생할 수 있다. 복통이 있는 환자에게 심장약을 투약한다든지 정해진 용량보다 과다하게 투약하는 경우, 정확한 경로를 확인하지 않고 투약하는 경우, 다른 환자에게 투약한 경우와 정확한 시간을 지키지 않는 경우이다. 화상을 입는 경우도 있다. 물리치료(적외선, 극초단파, 저주파 치료)를 받은 후 화상을 입는 경우이다. 당뇨병환자는 혈관장애 및 말초신경이 손상되어 뜨거움을 잘 느끼지 못하는 경우가 있다. 최근 출혈이 있었던 부위나 척추나 관절 등 수술을 받은 곳, 흉터가 있는 곳, 임신 중이거나 심장박동기를 가지고 있는 경우, 신경손상이나 뇌, 척수 병변으로 감각이 저하된 경우에 화상의 발생 가능성이 높다. 또한 환자의 의식이 뚜렷하지 않거나 인지기능 저하, 언어 장애 등의 문제가 있는 경우에도 화상을 주의해야 한다.

미국 의학한림원(Institute of Medicine, IOM)에서는 2000년 'To error is human(인간은 실수하기 마련이다)'이라는 책자를 발간하여 환자안전의 현황과 개선방안을 다루었다. 이 보고서는 의료기관에서 의료과오로 사망하는 사람이 연간 44,000~98,000명이라고 추정하였고 자동차 사고, 유방암 등에 의한 사망보다 많아 미국의 사망원인 순위 8번째에 해당한다고 기술하고 있다. 이러한 사실이 언론과 대중에게 알려지면서 환자안전에 대한 사회적 관심이 대두되어 중요한 보건정책 문제로 다루어지고 있다.

미국 보건부 소속 보훈병원에서는 1997년부터 환자안전사건등록제도(patient safety event registry)를 운영하고 있다. 병원에서 환자안전과 관련된 사건이 발생하면 이를 보고하는 체계이다. 이러한 보고를 통하여 사건을 파악하고 이에 대한 해결책을 마련한다. 보고하는 내용은 보조사건(sentinel events), 부정적인 여론을 형성할 소질이 있는 사건(adverse events likely to trigger substantial negative publicity), 임상적 부작용 발생(unplanned clinical occurrences), 환자 괴롭힘 혐의(allegations of patient abuse) 및 보상 가능성이 있는 사건(potentially compensable events) 등이다. 예로 1997년 6월부터 1998년 12월까지 1년 7개월간 2,927건이 보고되었다. 낙상(18.5%), 자살시도(16.3%), 임상적 부작용 발생(12.6%), 자살 277명(9.5%), 환자 괴롭힘 혐의(9.4%), 수술 시 실수(6.8%), 약물과오(5.8%), 의료기기과오(1.1%), 살인(0.4%), 수혈과오(0.3%) 및 동의서 미비(0.2%) 등이 보고되었다. 다양한 사건들이 보고되고 있다는 것을 알 수 있다.

우리나라에서 의료분쟁으로 접수된 건은 2012년 503건에서 2013년 1,398건으로 2배 이상 증가하였다. 이렇게 다양한 많은 환자안전사건이 발생하고 있지만 의료기관 내 과오를 보고하는 체계는 거의 없다.

환자안전 보장을 위한 보고체계에 대한 법적인 보호 장치도 없는 실정이다. 체계적으로 환자안전과 관련된 자료가 수집된 적이 없어 무엇을 어떻게 예방할 것인지, 지속적인 노력은 어디서부터 해야 하는지 파악하기 어렵다.

2010년부터 추진되어왔던 일명 ‘종현이법’이라고 불리는 ‘환자안전법’이 2014년 12월 29일 국회 본회의에서 통과하였다. 2010년 5월 29일 백혈병 투병 중인 아홉 살인 정종현군이 정맥으로 투입되어야 할 항암제를 척수강 내로 투입한 후 사망한지 4년 7개월 만이다. 환자안전법의 주요 내용은 보건복지부를 주축으로 국가 차원의 환자안전관리체계를 구축하는 것이다. 5년마다 환자안전종합계획을 수립하고, 심의기관으로 국가환자안전위원회를 설치해야 하고, 일정 규모 이상의 의료기관은 환자안전위원회를 운영하고 환자안전관리 전담인력을 배치하도록 되어 있다.

완벽한 의료가 존재하지 않듯이 완전한 안전도 어렵다. 환자를 안전하게 보호하기 위하여 최선을 다하여 노력하는 것이 진정한 환자안전의 의미일 것이다. 우선적으로 환자안전에 저해가 되는 사건의 보고체계를 통한 자료수집과 분석을 통하여 재발방지 대책을 수립하여야 한다. 환자안전사건은 자율보고이므로 이를 잘 지켜 강제 규정이나 벌칙 없이 의료기관 스스로 환자안전을 향상시켜 나가길 간절히 바란다. ☺

참고문헌

1. 백승완, 이수진, 허정애(2009). 환자권리와 책임 및 의료윤리 질향상과 환자안전. 서울, 보문각.
2. Institute of Medicine (2000). To err is human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press.
3. 추호경(2014). 2013 의료분쟁 조정·중재 통계연보. 한국의료분쟁조정중재원.
4. 서울대학교병원 의학정보. Available from : <http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=927759&mobile&cid=51007&categoryId=51007>. Cited Jan. 5, 2015.
5. 엄호기(2013). 환자안전 관리와 전망. 대한의사협회지 56(6):454-458.