

환자안전사건 소통하기의 필요성: 윤리 및 의료의 질 측면에서

옥민수¹ · 이상일² | 울산대학교 의과대학 ¹울산대학교병원 예방의학과, ²예방의학교실

Disclosure of patient safety incidents: implications from ethical and quality of care perspectives

Minsu Ock, MD¹ · Sang-Il Lee, MD²

¹Department of Preventive Medicine, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Ulsan; ²Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

In order to improve patient safety, it is important to manage and respond to patient safety incidents that have already occurred. Disclosure of patient safety incidents (DPSI) can be regarded as a prudent strategy, as it has the potential to decrease the number of medical disputes in advance. DPSI is defined as follows: "When a patient safety incident occurs, medical professionals preemptively explain the incident to the patients and their caregivers, express sympathy and regret for the incident, deliver apology and compensation appropriately if needed, and promise to prevent recurrence." Although DPSI is known to be effective for reducing the number of medical lawsuits, it can be also viewed as reflecting important ethical and quality of care issues. In particular, medical professionals have an ethical imperative to conduct DPSI with the patient, if patient safety incidents have occurred. In this paper, we review the necessity of DPSI from ethical and quality of care perspectives. The ethical basis of DPSI includes autonomy, transparency, trust, and professional standards. Furthermore, DPSI will become inevitable as society comes to emphasize safer and more patient-centered care. In order to make DPSI a routine practice in South Korea, various efforts, such as the development of DPSI guidelines and educational programs, as well as the introduction of an apology law, will be required.

Key Words: Disclosure of patient safety incidents; Patient safety; Patient safety incident; Communication

서론

환자안전사건이 발생했을 경우 환자와 보호자는 발생한 사건이 구체적으로 어떤 것이고, 어떤 이유로 그 사건이 발

생했으며, 그 사건을 어떻게 해결할 수 있을지에 대하여 궁금해 한다[1]. 그러나 의사 등의 의료진은 발생한 환자안전 사건에 대하여 환자 및 그 보호자에게 공개적으로, 자유롭게 이야기하기를 꺼려한다고 알려져 있다[2,3]. 환자안전사건에 관한 의사소통 문제에 있어 이러한 의료진과 환자 및 보호자 간 인식 및 태도의 차이는 환자안전사건의 원인에 대한 생각의 차이를 낳을 수 있고, 결과적으로 의사-환자 관계에 좋지 않은 영향을 줄 가능성이 있다[4,5]. 특히, 사망이나 심각한 영구적인 장애 등 위해가 큰 환자안전사건은 그것이 의료요류에 기인한 것이든 그렇지 않은 것이든 의료분쟁이

Received: February 25, 2017 Accepted: April 7, 2017

Corresponding author: Sang-Il Lee

E-mail: sleemd@amc.seoul.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

나 의료소송을 야기할 수 있다. 따라서 환자안전사건이 발생했을 경우 환자와 보호자에게 이를 잘 설명하고 위안의 말을 전하는 등의 대응을 통하여 의료분쟁과 같은 추가적인 문제가 발생하지 않도록 하는 것이 중요하다[6].

환자안전사건 소통하기는 사건이 발생하였을 때 의료진과 환자 및 보호자 간 의사소통의 문제를 다룬다. 구체적으로 환자안전사건 소통하기란 환자에게 환자안전사건이 발생했을 때, 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 의미한다[7]. 환자안전사건 소통하기는 다양한 측면에서 여러 가지 효과가 있다. 환자안전사건 소통하기에 관한 체계적 문헌고찰에 따르면, 환자안전사건 소통하기는 의료소송 건수 및 관련 비용 감소, 의료진 처벌에 대한 의향 감소, 의사와 환자 관계 강화, 의료진 추천 및 재방문 의향 증가, 의료 질 평가 점수 증가, 의료진의 죄의식 감소 등의 효과가 있거나 또는 의료인 및 일반인들이 그러한 효과에 대하여 전반적으로 동의하는 것으로 나타났다[8].

환자안전사건 소통하기가 의료소송에 미친 영향에 대한 실증적 자료가 발표된 이후 여러 병원들이 이에 대하여 더 많은 관심을 가지게 되었다. 미시간대학 의료원에서 환자안전사건 소통하기 프로그램을 시행한 전후 의료소송 건수와 관련 비용을 비교한 연구에 따르면, 프로그램 시행 후 환자 방문 100,000건당 월평균 배상요구 건수가 7.03건에서 4.52건으로 감소하였고, 월평균 소송 건수도 2.13건에서 0.75건으로 감소하였다[9]. 또 같은 병원에서 환자안전사건 소통하기 프로그램을 시행 전후의 소화기계 관련 소송의 발생률, 처리기간 및 비용을 비교한 문헌에 따르면, 프로그램 시행 후 환자 방문 1,000건당 소송 발생률이 0.160%에서 0.068%로 감소하였고, 소송 관련 평균비용도 167,309달러에서 81,107달러로 감소하였다[10].

이에 따라 여러 국가 및 기관들에서는 환자안전사건 소통하기를 장려하고 있다. 예를 들어, 미국의 대표적인 인증기관인 The Joint Commission과 캐나다의 인증기구인

Accreditation Canada에서는 환자안전사건 소통하기를 의료기관 인증기준의 하나로 사용하고 있다[11,12]. 또 캐나다, 호주 등에서는 환자안전사건 소통하기를 촉진하기 위한 지침을 개발하여 보급하고 있다[13,14]. 그러나 환자안전사건 소통하기가 필요하고 중요한 이유는 단순히 그 효과뿐만이 아니라 그것이 그 자체로서 당위성이 있기 때문이다. 따라서 이 논문에서는 이론적 측면에서 환자안전사건 소통하기의 당위성을 구체적으로 살펴보기로 하였다.

국내에서의 환자안전사건 소통하기에 대한 논의는 다른 나라에 비해서 활발하지 않은 상태에 있다. 이 논문에서는 국내에서 환자안전사건 소통하기에 대한 논의를 촉진하기 위하여 환자안전사건 소통하기의 개념 및 주요 요소를 체계적으로 정리하고, 윤리 및 의료의 질 측면에서의 환자안전사건 소통하기의 필요성을 살펴보았다.

관련 개념 검토

환자안전 분야에서는 여러 용어들을 혼용하는 경향이 있어 이를 먼저 명확히 할 필요가 있다. 예를 들면 오류의 경우 16가지, 위해사건의 경우 14가지의 정의가 사용되고 있다고 한다[15]. 환자안전사건 소통하기에 대한 본격적인 논의에 앞서 이와 관련된 개념 및 구성 요소를 명확하게 할 필요가 있다.

1. 환자안전사건 소통하기의 개념 및 구성 요소

앞서 환자안전사건 소통하기가 의료진과 환자 및 보호자 간 환자안전사건에 관한 의사소통의 문제를 다룬다고 하였는데, 효과적이면서도 원활한 의사소통을 위한 여러 가지 의사소통적 요소들이 여기에 포함된다. 환자안전사건 소통하기의 과정은 다양할 수 있지만, 전형적인 환자안전사건 소통하기에는 인정, 유감 및 후회 혹은 사과의 표현, 사건의 조사, 발생된 환자안전사건에 대한 사실적인 설명, 유사한 환자안전사건의 예방을 위한 조치에 대한 설명 등이 포함된다[16]. 환자안전사건 소통하기는 단순한 유감이나 사과의 표현의 이상의 활동으로, 환자안전사건이 발생했을 경우 이를 환자 및 보

호자에게 먼저 솔직하게 알려면서 공감 혹은 유감을 표하고, 사건의 조사를 진행하여 그 결과에 따라 환자에게 진심어린 사과를 전달함과 동시에 적절한 보상을 제공하며, 비슷한 유형의 사건을 반복하지 않도록 하는 일련의 행위를 의미한다.

이처럼 환자안전사건 소통하기는 단일한 시점에서 한 번의 행위로 끝나는 것이 아니라 일정한 시간을 두고 지속적으로 이루어지는 활동이다. 캐나다 환자안전기구(Canadian Patient Safety Institute)의 지침을 보면 환자안전사건 소통하기를 크게 ‘소통을 위한 준비’, ‘소통의 개시’, ‘사건 분석 후 소통하기’로 구분하고, 각 단계별로 환자안전사건에 대한 어떠한 요소의 소통이 필요한지를 제시하고 있다[13]. 캐나다 환자안전기구의 환자안전사건 소통하기 지침에 제시되어 있는 환자안전사건 소통하기 과정 상 필요한 행위에는 환자와의 만남, 필요한 치료의 지속, 사건의 보고 및 분석, 환자 및 의료진에 대한 감정적·실질적 지원의 제공, 환자안전사건 소통하기의 계획수립, 환자안전사건 소통하기에서의 역할분담, 사건에 대한 설명, 치료계획에 대한 설명, 유감의 표현, 만남의 약속, 연락처 제공, 논의한 사항의 기록, 질문 수용, 조사 및 분석 실시, 조사 후 필요한 조치 제공, 사과의 표현 등이 있다. 환자안전사건 소통하기를 온전히 이해하기 위해서는 환자안전사건 소통하기의 각 구성 요소들에 대한 구체적인 이해가 필요할 것이다.

특히, 환자안전사건 소통하기에는 사과, 공감 등과 같은 다양하면서 미묘한 차이가 존재하는 감정의 표현이 동반되기 때문에, 이에 대한 이해가 필요하다. 환자안전사건 소통하기와 관련될 수 있는 감정적 표현에는 사과, 사죄, 죄송, 미안, 송구, 유감, 공감 등이 있다. 각각의 사전적 의미를 살펴보면, 사과는 ‘자기의 잘못을 인정하고 용서를 빌’, 사죄는 ‘지는 죄나 잘못에 대하여 용서를 빌’, 죄송은 ‘죄스러울 정도로 황송함’, 미안은 ‘남에게 대하여 마음이 편치 못하고 부끄러움’, 송구는 ‘두려워서 마음이 거북스러움’, 유감은 ‘마음에 차지 아니하여 섭섭하거나 불만스럽게 남아 있는 느낌’, 공감은 ‘남의 감정, 의견, 주장 따위에 대하여 자기도 그렇다고 느낌, 또는 그렇게 느끼는 기분’으로 정의하고 있다[17]. 사전적 의미로 보았을 때 사죄와 사과를 비슷한 개념으로 묶을 수 있고, 죄송, 미안, 송구를 유사한 개념으로 구분할 수 있다.

사과보다는 사죄가, 미안보다는 죄송 또는 송구가 좀 더 무거운 개념을 나타내는 것으로 보이고, 유감은 사과나 사죄, 미안이나 죄송과는 개념의 차이가 있는 것으로 보인다. 따라서 환자안전사건 소통하기 과정에서는 의료요류의 유무가 확인되지 않은 상황에서는 환자 및 보호자에게 유감이나 공감을 표하는 것이 적절할 것이고, 의료요류가 확인된 경우에는 사과나 미안의 표현을 전하는 것이 타당할 것이다.

이러한 감정적 표현 중에서도 사과는 특히 중요한 의미를 갖고, 제대로 사과를 전하는 것이 필요하다. 사과는 위해를 입은 피해자를 인식하고 있고, 문제를 시정할 기회를 제공할 것이며, 앞으로 피해자와의 관계를 개선하겠다는 등의 몇 가지 중요한 사회적인 역할을 하지만, 강요에 의한 사과는 거짓으로 인식될 것이고, 궁극적으로는 이러한 역할들이 제대로 작동할 수 없게 만든다[18]. 앞서 살펴본 사과의 사전적 의미 외에도 학자마다 사과를 다양한 방법으로 정의하고 있지만, 위해 발생의 인정, 위해를 야기한 것에 대한 책임의 수용, 후회의 표현, 위해의 해결 및 차후 비슷한 사건의 예방을 위한 행동 개시라는 것들이 사과의 핵심적인 요소들로 인식하고 있다. 이렇게 볼 때 온전하고 넓은 범위의 사과의 행위 자체는 환자안전사건 소통하기 중 환자안전사건 설명, 유사 사건의 예방 등 주요 구성 요소와 겹친다고 볼 수 있다. 즉, 사과는 환자안전사건 소통하기에 있어 가장 핵심적인 부분이고, 사건 후 의사와 환자 사이의 화해 과정에서 기본적인 요소이다[19].

하지만 무엇보다 중요한 것은 사과가 필요한 상황에서는 제대로 된 사과를 해야 한다는 점이다. 완전한 사과는 강자와 약자 사이의 힘의 불균형을 바로잡고, 피해자의 존엄을 회복시켜 주며, 해당 사건을 종결시키고, 피해자의 사건 설명에 대한 갈구를 중단시키며, 현상을 바로잡기 위한 피해자의 욕구 수준을 낮추어 줌으로써 피해자의 용서 의향을 높이고, 피해자가 입을 수 있는 부정적인 영향을 줄이며, 피해자의 회복을 돕는다[19]. 반면에 가해자의 자기 성찰과 도덕적 반영으로 인한 사과가 아닌 외부의 권위로 인한 사과, 즉 진정성이 없는 사과는 가해자의 도덕적인 무기력을 초래하고, 다른 직종들보다 높은 윤리 의식을 요구하는 보건의료 종사자의 도덕적 발전을 저해하여, 궁극적으로 의료 전문성을 저하시킨다[18].

이러한 사과를 포함한 환자안전사건 소통하기의 의미가 의료계에서 새로운 개념은 아니다[20]. 의료계에서는 지금까지 환자와 의사 사이에 진솔한 대화에 대하여 강조해 왔고, 그러한 측면에서 환자안전사건 소통하기는 환자와 의사 간 의사소통의 일부분으로 볼 수 있다. 따라서 환자안전사건 소통하기의 각 구성 요소의 의미, 특히 사과의 의미를 논할 때 환자가 과연 어떤 환자안전사건 소통하기(사과)를 원할 것인지에 대한 고민을 바탕으로 한다면, 온전하게 환자안전사건 소통하기를 이해할 수 있을 것이다.

물론 환자안전사건 소통하기의 모든 구성 요소를 빠짐없이 완벽히 수행하는 것은 쉬운 일이 아니다. 우리는 흔히 아이들에게 다른 사람에게 피해를 입히면 “미안합니다. 죄송합니다.”라고 말하도록 가르치지만, 막상 특정한 상황에서 이를 구체적으로 어떻게 표현해야 할지를 알려주지는 않는다. 이는 의료계에서도 마찬가지로 보건의료인들이 환자안전사건이 발생하였을 때 소통에 어려움을 겪을 수도 있다.

소통의 완전성에 따라서 환자안전사건 소통하기를 완전한 소통하기와 부분적인 소통하기로 구분하기도 한다. 앞서 환자안전사건 소통하기의 정의를 살펴보면 그 구성 요소를 크게 환자안전사건의 설명 및 유감, 공감 표현, 사건 조사 결과에 따른 사과 전달, 적절한 보상 제공, 재발 방지 약속으로 구분하였는데, 각 구성 요소들을 모두 행하는 환자안전사건 소통하기를 완전한 소통이라 하고, 일부 요소들을 수행하지 못한 경우를 부분적인 소통으로 분류할 수 있다[21].

환자안전사건 소통하기를 수행하는 사건의 대상에 따라 환자안전사건 소통하기라는 용어를 달리 사용하기도 한다. 의료오류를 대상으로 소통하는 경우를 ‘의료오류 소통하기’라고 하고, 위해사건을 대상으로 소통하는 경우를 ‘위해사건 소통하기’라고 부르기도 한다. 이 논문에서는 위 두 경우를 모두 포함하는 개념으로서 환자안전사건 소통하기라는 용어를 사용하고 있다.

2. 환자안전사건 소통하기 관련 용어

한편, 환자안전사건 소통하기에 대한 논의는 이에 대한 경험이 많은 영어권 국가(미국, 영국, 캐나다, 뉴질랜드, 호주 등)에서 활발히 이루어져 왔다[16]. 특히, 미국의 경우 환자

안전사건 소통하기를 강제하는 환자안전사건 소통하기 법을 제정하기도 하였고[22], 영국에서도 진실의무를 법적으로 강제하였다[23]. 뉴질랜드에서 2002년에 처음 인지되기 시작한 진실의무도 환자안전사건 소통하기와 같이 의료제공 중 무엇인가 잘못되었을 때 의료제공자가 환자에게 그 사건에 대한 설명과 사과를 전달하고, 합리적인 지원을 제공하는 등의 조치를 취하도록 하는 것을 의미한다[22]. 따라서 환자안전사건 소통하기와 진실의무는 같은 개념이라고 보아도 무방할 듯하다.

우리나라에서는 ‘쏘리웍스(sorry works) [24]’, ‘진실말하기 또는 사실말하기(open disclosure) [7]’, ‘사실대로 밝힘(disclosure of unanticipated outcome information) [25]’, ‘의료오류 밝힘(medical error disclosure) [26]’, ‘의료오류 공개(disclosing medical errors) [27,28]’라는 용어가 혼용되고 있어 용어의 통일이 필요하다. 이 논문에서 사용하고 있는 ‘환자안전사건 소통하기’라는 용어가 소통의 대상을 ‘환자안전사건’으로 가장 넓게 보고 있으며, 의료인이 용어에서 느낄 수 있는 심리적인 거부감이 가장 적다는 점에서 가장 수용성이 높은 용어라고 생각된다. 또 환자안전사건 소통하기가 환자와 의료진 간 지속적으로 이루어지는 활동이고, 환자안전사건 소통하기의 다양한 구성 요소를 포괄한다는 측면에서 ‘소통’이라는 단어가 다른 단어들에 비하여 적합하다고 판단된다. 한편, 세계 각국은 다양한 형태의 정책 또는 프로그램으로 환자안전사건 소통하기를 시행하고 있는데, ‘open disclosure’, ‘sorry works’, ‘being open’ 등은 환자안전사건 소통하기의 구체적인 정책 또는 프로그램의 형태로 간주할 수 있겠다. 따라서 이 논문에서는 환자안전사건 소통하기라는 포괄적 용어를 사용하였다.

환자안전사건 소통하기의 이론적 의미

환자안전사건 소통하기는 단순히 선언적 의미만 갖는 것은 아니고, 이론적 배경이 있는 행위 및 개념이다. 환자안전사건 소통하기의 이론적 의미는 크게 윤리적 측면과 의료의 질 측면으로 나누어 살펴 볼 수 있다.

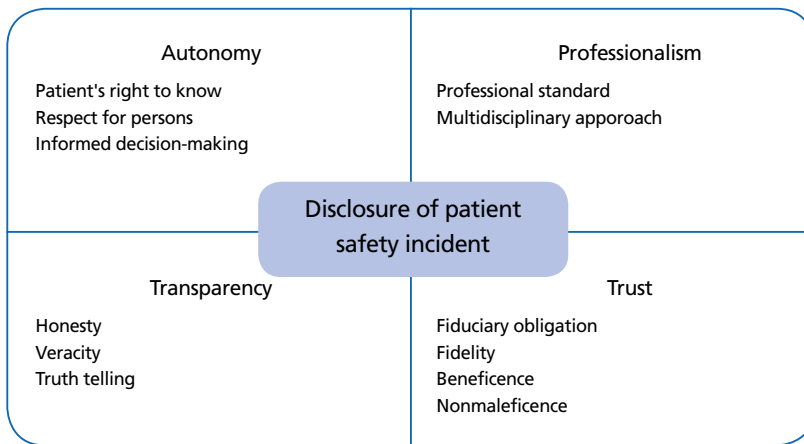


Figure 1. Significance of disclosure of patient safety incidents in terms of ethicality.

1. 윤리적 측면에서의 필요성

1) 환자안전사건 소통하기에 적용되는 윤리적 원칙

환자안전사건 소통하기는 윤리적 측면에서 당위성을 갖는다. 환자안전사건 소통하기에 적용되는 윤리적 원칙에는 자율성, 환자의 알 권리, 인간 존중, 투명성, 솔직함, 진실성, 정직, 신뢰, 수탁의무, 충실함, 선행, 악행금지, 전문가적 기준 등이 있다[20,29-32]. 이러한 원칙들은 독립적인 것이 아니라 서로 연관되기 때문에, 몇 가지 원칙들을 중심으로 그 의미를 살펴보고, 각 원칙과 다른 원칙들 간의 관계를 검토하였다(Figure 1).

우선 환자안전사건 소통하기는 환자의 자율성을 존중하는 행동이다[31]. 이는 환자의 알 권리와 직접적인 관련이 있는데, 환자는 의료제공에 있어 발생하는 긍정적인 결과뿐만 아니라 부정적인 결과에 대해서도 알 권리가 있다. 환자안전사건 소통하기는 단순히 인간에 대한 존중을 보여주는 것을 넘어서서, 고지에 입각한 의사결정의 중요한 한 요소를 의미한다[31]. 의료인들은 사전 고지에 입각하여 치료의 위험 및 이득, 대안적 치료에 대하여 알릴 법적, 윤리적 책임이 있다. 고지에 입각한 의사결정은 단순히 의사와 환자 간 첫 만남에서만 이루어지는 것이 아니라 의료제공 전 과정에서 이루어져야 할 지속적인 원칙이다. 환자에게 일어난 좋지 못한 일을 명확하게 알려주는 것은 이후 의료제공의 결정에 중요한 역할을 하기 때문에 환자안전사건 소통하기가 중요하다.

또 환자안전사건 소통하기는 투명성을 높이는 행동이다

[32]. 투명성은 보건의료의 질을 향상시키고, 특히 무엇인가 잘못되고 있는 경우 그 가치가 높아진다. 최근에 많은 의료기관들이 의료 성과 측정치를 대중에게 자의적으로 혹은 타의적으로 공개하는 것은 투명성의 원칙에서 볼 때 타당한 행동일 것이다. 또 최근에 의료오류, 환자안전 문제가 대두되고 있는 것도 보건의료에서 투명성을 높이기 위한 흐름으로 볼 수 있다[33]. 오류를 인정하고 이를 드러내는 행동은 개인적 책임을

높이고, 지속적인 학습을 증진한다. 또 투명성은 효과적으로 의료오류 문제를 관리할 수 있는 원칙으로 환자와 의사 사이의 관계를 증진시켜 의료소송을 완충하는 작용을 한다.

환자안전사건 소통하기는 신뢰에 기반을 두고 있는 행동이다. 보건의료제공 과정에서 환자에게 발생한 피해를 환자에게 알려주는 행동은 환자와 보건의료 종사자들 간 신뢰를 유지시켜준다[22]. 이는 수탁의무에서 기원한다고 볼 수 있는데, 수탁의무는 고대 로마의 재산법(Property Law)에서 기원한다[30]. 즉, 어떤 사람이 다른 이에게 자신의 소유물의 관리 책임을 맡긴 경우, 다른 이는 수탁한 사람에 도움이 되도록 소유물에 대한 의사결정을 해야 하는 의무를 가지고, 이 관계는 신뢰에 바탕을 두고 있다. 이러한 원칙은 의료계에서 적용될 수 있고, 환자안전사건 소통하기에도 적용된다. 보건의료 종사자들이 신뢰에 기반을 두고 있는 행동, 환자에게 최선의 이익을 주겠다는 행동을 하게 되면, 앞서 살펴본 환자의 자율성 있는 결정을 가능하게 한다. 환자가 사건의 상세한 내용을 모르고 있는 상태에서는 고지에 입각한 의사결정을 할 수 없을 것이다. 보건의료인들이 진실을 말하면, 환자는 보건의료인들을 신뢰할 것이다. 반대로 환자가 보건의료인들을 신뢰하고 있기 때문에, 보건의료인들은 환자에게 진술할 필요가 있겠다. 만약 환자안전사건 소통하기를 하지 않는 경우 이는 선행의 원칙과 악행금지의 원칙에 위배된다.

마지막으로 환자안전사건 소통하기는 전문가적 기준에 부합하는 용기 있는 행동이다. 환자안전사건 소통하기가 가능

한 투명성을 달성하기 위한 시스템을 구축하는 데에는 다학제적인 노력이 필요하기 때문에, 이는 전문성 있는 활동일 것이다. 통상적으로 의료오류를 투명하게 먼저 밝히는 것은 매우 힘든 일이다. 의료인들은 완전한 환자안전사건 소통하기를 해야 할 의무가 있지만, 전문가적 기준에 부합한 환자안전사건 소통하기를 행한 의료인들을 칭찬하고 보호해야 할 필요가 있다. 일반적으로 의사들은 의료오류를 포함한 대부분의 위해사건에 대하여 환자안전사건 소통하기를 해야 한다고 생각하고 있지만, 실제 환자안전사건 소통하기에 대한 경험이 드물고, 환자안전사건 소통하기에 필요한 능력이 부족하다고 생각하고 있다[1,22]. 전문적인 행동인 환자안전사건 소통하기의 특성을 생각했을 때, 이는 당연한 결과이다. 환자안전사건 소통하기를 뒷받침하고 지원하기 위한 제도적 장치, 법적 보호 장치가 필요하다는 주장은 이러한 측면에서 설득력이 있다.

2) 의료윤리지침 내 환자안전사건 소통하기

미국의사협회(American Medical Association, AMA)의 의료윤리지침(AMA Code of Medical Ethics)에서도 환자안전사건 소통하기와 관련된 내용을 살펴볼 수 있다. ‘실수와 피해를 연구하고 방지할 윤리적 책무’의 쟁점에서는 환자안전과 관련하여 다음과 같이 규정하고 있다[34].

8.121. 실수와 피해를 연구하고 방지할 윤리적 책무 중략

- (3) 의사들은 의료과실에 의한 것인지의 여부에 관계없이 해를 입은 환자에 대해 전문적이고 동정적인 주의를 기울여야 한다. 걱정의 표현은 반드시 책임의 인정일 필요는 없다. 환자가 의료과실에 의해 피해를 입었을 때 의사들은 과실의 본성과 비슷한 증세를 방지하기 위한 수단에 대해 일반적인 설명을 제공해야 한다. 그러한 의사소통은 환자-의사 관계에 깔려있는 신뢰에 필수적이고 부담을 줄이는 데 도움을 줄 수 있다.
- (4) 의사들은 그들의 진료과정에서 피해를 당한 환자에 지속적인 치료를 제공할 책임이 있다. 의사의 진료에 의한 피해 때문에 환자가 그 의사에 대한 신뢰를 잃었다면 다른 의사에게 환자의 진료를 맡기는 것이 의무를 이행하는 최고의 방법이다.

“의사들은 의료과실에 의한 것인지의 여부에 관계없이”라는 표현에서 단순히 의료오류로 인한 위해사건뿐만 아니라 의료오류가 없는 위해사건에 대해서도 전문적인 주의를 기울여야 함을 알 수 있다. 또 “걱정의 표현은 반드시 책임의 인정일 필요는 없다”는 문구에서 환자안전사건 소통하기가 단순히 사과의 표현을 의미하는 것이 아니라 공감, 동정, 유감의 표현도 포함함을 유추할 수 있다. “의사소통은 환자-의사 관계에 깔려있는 신뢰에 필수적이고 부담을 줄이는 데 도움을 줄 수 있다”는 표현에서는 AMA에서도 환자안전사건 소통하기의 효과에 대해서 인지하고 있음을 알 수 있다.

우리나라의 대한의사협회에서도 윤리강령과 윤리지침을 제시하고 있다. 하지만 환자안전사건 소통하기와 관련된 직접적인 강령이나 지침을 확인할 수는 없다. 의사윤리지침 제9조 환자의 자율성 존중에서 환자안전사건 소통하기의 근거를 유추해볼 수 있는 정도이다. 환자안전사건 소통하기에 대한 우리나라의 의사단체의 관심이 상대적으로 낮은 수준으로 판단된다.

2. 의료의 질 측면에서의 필요성

환자안전사건 소통하기는 의료의 질 측면과도 관련이 있다. 의료의 질이 무엇인가에 대해서는 다양한 정의가 존재하지만, 미국 의학한림원에서 규정한 “현재 단계에서 알려진 의학 지식 내에서, 개인과 인구집단에 제공하는 보건의료 서비스가 바람직한 건강결과의 가능성을 높이고, 원하지 않는 부정적인 결과의 가능성을 최대한 낮추는 것”이라는 정의를 많이 인용하고 있다[35]. 하지만 의료를 전달하는 과정에서 중요하게 고려해야 할 측면은 다양하고, 이를 측정하기 쉽지 않다. 이에 의료의 질이란 개념을 좀 더 구체화하기 위하여 양질의 의료에 갖추어야 할 조건을 제시하고, 특정 의료의 행위가 이 조건들을 충족하는 수준을 평가하게 된다. 학자 및 기관에 따라 의료의 질이 갖추어야 할 조건을 다양하게 제시하는데, 의료의 질의 정의와 마찬가지로 미국 의학한림원에서 제시한 안전성, 효과성, 환자중심성, 적시성, 효율성, 형평성, 이 여섯 가지 조건이 대표적이다[35]. 현재 살펴보고 있는 환자안전사건 소통하기는 이 중 안전성과 환자중심성과 밀접한 관계를 갖는다.

Table 1. Comparisons between patient safety reporting system and disclosure of patient safety incidents

	Patient safety reporting system	Disclosure of patient safety incidents
Objectives	Responsibility for the incidents Learning from the incidents	Responsibility for the incidents Learning from the incidents
Type of reporting	Mostly voluntary reporting Mandatory reporting for some serious reportable events	Mostly voluntary disclosure Mandatory disclosure under disclosure law
To whom he/she report	Reporting system	Patients or their caregivers
Related law	Patient safety act	Apology law Disclosure law

1) 환자안전 측면에서의 환자안전사건 소통하기

환자안전사건 소통하기는 안전성 영역, 즉 환자안전 영역에 있어 중요한 의미를 갖는다. 여러 학자 및 기관에서 환자안전 영역 측면에서의 환자안전사건 소통하기의 중요성을 강조하고 있다. 거시적인 수준에서의 환자안전 관련 정책 및 제도의 핵심 영역을 ‘규제 및 인증’, ‘보고시스템’, ‘보건의료 정보기술’, ‘의료과오 시스템 및 책무성’, ‘인력 및 훈련 이슈’, ‘연구’, ‘환자의 참여 및 관여’, ‘공급자 조직 리더십의 참여’, ‘국가 기구 및 국제기구들의 조치’, ‘지불제도 측면의 조치’로 구분할 때, 환자안전사건 소통하기를 ‘환자의 참여 및 관여’에서 중요한 문제로 다루고 있다[36]. 또 미국의 국가의료질포럼(National Quality Forum)에서는 더 나은 보건의료를 위한 안전한 진료 행위 34가지를 제시하고 있는데, 환자안전사건 소통하기가 이에 포함되어 있다[37]. 앞서 언급한 바와 같이 환자안전사건 소통하기는 인증기준에도 포함되어 있다[11,12]. 이 외에도 다양한 환자안전 전문가들은 환자안전사건 소통하기가 의료의 질을 향상하고 유지하는 데에 핵심적인 활동임을 강조하고 있다[38].

환자안전사건 소통하기는 환자안전 보고시스템과 유사한 성격을 갖는다(Table 1). 환자안전 수준을 제고하기 위한 다양한 제도들 중 최근 시스템 중심의 접근법으로 강조되고 있는 환자안전 보고시스템은 진료과정 중 발생했거나 발생할 뻔 했던 환자안전사건으로부터 교훈을 얻어 이를 해당 의료기관 내뿐만 아니라 전체 의료기관들이 공유하여 학습하는 기회를 제공하는 제도이다[39]. 환자안전사건 소통하기와 환자안전 보고시스템은 모두 악행금지의 원칙에 기반하고, 환자안전사건에 어떻게 대응할 것인지에 대한 전략이라

는 점에서 공통점을 갖는다[29]. 위해가 큰 환자안전사건의 경우 의무 보고시스템을 적용하듯이, 환자안전사건 소통하기를 의무적으로 하게 할 수도 있다.

또 보건의료 종사자들이 자발적으로 환자안전사건을 다른 누군가에게 알린다는 측면에서 환자안전 보고시스템과 환자안전사건 소통하기는 같은 의미를 갖는다. 다만 환자안전 보고시스템에

서는 의료인들이 의료기관 내부나 외부의 보고시스템에 환자안전사건에 대한 보고를 하지만, 환자안전사건 소통하기에서는 의료인들이 환자나 보호자에게 환자안전사건에 대하여 알린다는 점에서 차이가 있다. 하지만 두 행위 모두 자발적으로, 사전에 환자안전사건을 알려야 한다는 점에서 의료인들이 쉽게 행할 수 있는 일이 아니다.

환자안전 보고시스템이 학습뿐만 아니라 책임이라는 목적을 동시에 추구하는 점도 환자안전사건 소통하기와 유사한 점이라고 볼 수 있다[39]. 환자안전 보고시스템이 오류에서 얻은 경험을 공유하여 비슷한 유형의 오류를 예방하는 학습의 목적을 갖고는 있지만, 위해가 큰 환자안전사건에 대한 의무 보고를 규정하는 것에서 볼 때 책임의 목적도 함께 갖는다. 환자안전 보고시스템에서 상대적으로 환자안전사건 소통하기에서보다 책임의 목적이 작을 수는 있겠지만, 두 제도 모두 보건의료 종사자들의 책임 있는 행동을 요구한다는 점에서 공통점이 있다.

마지막으로 환자안전 보고시스템을 촉진하고, 보호하기 위하여 환자안전법을 제정할 수 있다. 환자안전법은 환자안전 보고시스템을 통하여 보고하는 보고자와 보고되는 자료를 보호하기 위한 법으로, 우리나라에서는 일명 ‘중환이법’으로 2015년 1월 공포되어, 2016년 7월 시행에 들어갔다[6]. 반면에 환자안전사건 소통하기를 촉진하기 위한 법률적 보호장치에는 사과법이 있다. 사과법의 주 내용은 의료진들이 환자안전사건 소통하기를 하는 과정 상 공감, 유감, 사과 등의 표현을 민사적 법적 책임에 대한 시인으로 보지 않는다는 것이다[40]. 즉, 환자들이 의료진의 공감, 유감, 사과 등의 표현을 과실의 인정으로 받아들이 수도 있기 때문에, 이

에 대한 법적인 보호 장치를 두는 것이다. 1986년 미국의 매사추세츠(Massachusetts) 주에서 사과법을 처음으로 채택한 후, 2009년 1월 기준 미국의 36개 주에서 사과법을 시행하고 있다[40]. 미국의 10여개 주에서는 환자안전사건 소통하기를 보호하는 것에서 한 걸음 더 나아가 환자에게 환자안전사건이 발생한 경우 이를 설명하도록 의무화하는 환자안전사건 소통하기 법을 제정하기도 하였다.

환자안전과 관련이 있는 활동 및 법률들을 환자안전법 매트릭스라는 분석 틀을 사용하여 살펴볼 때에도 환자안전사건 소통하기의 중요성 및 그 위치를 확인할 수 있다[6]. 환자안전법 매트릭스에서는 환자안전 관련 법률을 크게 ‘사건 예방’, ‘사건 파악’, ‘사건 대응’으로 분류한다. 이 중 ‘사건 대응’은 이미 발생한 환자안전사건을 어떻게 처리할 것인가에 대한 내용을 다루고, 환자안전사건으로 인한 피해를 최소화하는 것을 그 목적으로 한다. ‘사건 대응’에 해당하는 법률 또는 제도로는 불법행위법, 무과실 보상체계, 대체적 분쟁해결제도 등이 있고, 환자안전사건 소통하기도 이에 해당한다. 환자안전사건을 처리하는 데 있어 불법행위법의 한계점을 극복하기 위하여 무과실 보상체계나 대체적 분쟁해결제도가 도입되었는데, 환자안전사건 소통하기는 더 나아가 무과실 보상체계나 대체적 분쟁해결제도의 이전 단계에서 환자안전사건을 다루려는 활동이다[6]. 즉, 환자안전사건 소통하기는 전향적인 시스템적 대응 방식으로 환자안전사건으로 인한 분쟁 발생의 가능성을 미연에 방지한다는 점에서 환자안전사건 소통하기는 좀 더 진취적이고 진보적인 ‘사건 대응’의 활동으로 볼 수 있다.

2) 환자중심성 측면에서의 환자안전사건 소통하기

환자안전사건 소통하기는 환자중심성 측면에서도 중요한 의미를 갖는다. 환자중심성은 환자의 선호, 필요, 가치를 존중하고 이에 대응하는 의료를 제공하여 환자의 모든 임상적 의사 결정을 지원하는 데에 환자의 가치를 보장하는 것을 의미한다[35]. 앞서 환자안전사건 소통하기가 환자의 자율성을 추구하는 활동임을 살펴보았는데, 환자에게 발생하였거나 발생할 가능성이 있었던 환자안전사건을 환자에게 설명하는 것은 환자가 앞으로 어떤 의사결정을 할 것인지에 대한 정확한 정보를 제공한다는 점에서 환자안전사건 소통하기는 환자중심적 활동이다.

또 미국의 보건의료향상기구(Institute for Healthcare Improvement, IHI)의 보건의료향상기구 의료 질 향상 맵(The IHI Improvement Map)에서는 환자안전사건 소통하기를 ‘위해사건 발생 후 환자 및 그 가족과의 의사소통’이라는 활동으로 소개하고 있다[41]. 즉, 환자안전사건이 발생했을 때 환자 및 보호자와 의사소통을 하는 것은 윤리적이고, 환자중심적이며, 사건으로 인한 영향을 줄이는 데에 필수적이다. 환자안전사건 소통하기의 활동으로 환자중심성을 높이면 환자 만족도를 올릴 수 있고, 환자 만족도 조사를 통하여 이러한 효과를 확인할 수 있을 것이다[41]. 나아가 환자안전사건 소통하기의 공개적이고, 투명하며, 쌍방향의 의사소통은 환자중심적 의료의 기초가 된다[42]. 최근 환자와 의사간 의사소통의 주제는 목전의 임상진료의 토의만을 포함하는 것을 넘어서 더 확대되는 경향이 있다. 따라서 환자중심적 의사소통의 요소에는 환자안전사건 소통하기에서처럼 환자에게 발생하였거나 발생할 뻔 했던 상황을 설명하는 것까지 포함된다고 판단된다.

의료에 대한 환자 및 보호자의 관점의 중요성을 강조하는 추세도 환자중심성 측면에서의 환자안전사건 소통하기를 뒷받침한다. 여러 연구들에서 환자들은 환자안전을 보건의료의 중요한 문제로 인식하고 있다[21, 43]. 하지만 환자들은 실제 진료 과정에서 오류가 발생한 것을 의심한 경우라도 그러한 의심을 쉽사리 밝히지 못한다고 한다[44]. 또 환자들은 보건의료 종사자들에 비하여 오류나 환자안전사건을 좀 더 넓게 정의하는 경향이 있기 때문에 환자 및 보호자와 보건의료 종사자들 간에 치료의 결과를 해석하는 관점에 차이가 있을 수 있다[1]. 따라서 환자 및 보호자들의 환자안전사건에 대한 설명의 욕구를 미리 충족시키는 것이 환자중심적인 진료를 제공하는 데에 중요함을 예상할 수 있다.

결론 및 제언

이 논문에서는 환자안전사건 소통하기의 개념 및 주요 요소를 구체적으로 살펴보았고, 특히 제대로 된 사과가 갖는 힘에 대하여 강조하였다. 또 환자안전사건 소통하기는 환자

안전 보고시스템과 유사한 성격을 공유하고, 환자안전사건에 적극적으로 대응함으로써 환자안전수준을 높일 가능성에 대하여 검토하였다. 뿐만 아니라 환자안전사건 소통하기는 환자안전사건의 사후 조치에 있어 환자의 기대를 충족시켜줄 수 있는 환자중심적인 활동임도 알아보았다. 이 논문의 내용이 향후 의료인의 윤리지침을 개정하고, 환자안전사건 소통하기에 대한 의료인 교육내용을 개발하는 데에 도움이 될 것으로 생각한다.

이 논문에서 환자안전사건 소통하기의 윤리적 측면을 강조하기는 하였지만, 환자안전사건 소통하기를 촉진하기 위해서는 개별 의료인의 윤리성만을 강조하는 접근법은 큰 효과가 없을 것이다. 의료인들이 현실적으로 환자안전사건 소통하기를 하기는 쉽지 않고, 자신의 잘못을 자발적으로 알리도록 하는 것은 의료계의 환자안전사건 소통하기 외에 그 예를 찾기 쉽지 않기 때문이다. 의료인의 노블리스 오블리주(noblesse oblige)를 강조하여 환자안전사건 소통하기를 하도록 유도할 수도 있겠지만, 보다 이성적인 접근법은 환자안전사건 소통하기를 할 수 있는 제도적, 사회적 환경을 만들어주는 것이 필요할 것이다. 환자안전사건 소통하기를 할 수 있는 제도적, 사회적 환경 마련을 위하여 다음과 같은 정책 및 연구 과제가 있다.

첫째, 환자안전사건 소통하기에 대한 인식수준을 높이기 위한 활동이 필요하다. 일반인 및 환자, 의료진들의 환자안전사건 소통하기의 인식수준이 아직 낮고, 환자안전사건 소통하기를 단순히 잘못을 사과하는 활동만으로 생각하는 경우가 여전히 많다[7]. 의료진들이 환자와 의료진 사이의 의사소통 문제로서 환자안전사건 소통하기에 대한 올바른 인식을 갖게 되면, 환자안전사건 소통하기 도입에 대한 긍정적인 의견이 일반인뿐만 아니라 의료진들 내에서 확대될 수 있을 것이다. 환자안전사건 소통하기에 대한 올바른 인식을 위하여 먼저 관련 학회나 의사 연수교육 과정에서 환자안전사건 소통하기의 구성 요소, 효과 등에 대한 홍보를 적극적으로 할 필요가 있다. 더불어 환자안전사건을 공론화할 수 있도록 의료기관의 환자안전 문화 수준을 증진시킬 필요가 있다.

둘째, 환자안전사건 소통하기 지침을 개발하고, 이를 진료 현장에 도입할 필요가 있다. 환자안전사건 소통하기를 제대

로 시도한 경험이 적은 의료인들이 환자안전사건 소통하기를 올바르게 수행하기 위해서는 환자안전사건 소통하기에 대한 철저한 준비가 중요할 것이다. 따라서 이를 돕기 위해서는 환자안전사건 소통하기가 필요한 다양한 상황을 포괄하는 환자안전사건 소통하기 지침을 개발해야 할 것이다. 기존의 외국 지침들을 검토하여 우리나라 실정에 맞는, 의료 현장의 목소리를 반영한 환자안전사건 소통하기 지침을 개발하는 연구가 필요하다. 처음부터 모든 환자안전사건에 대한 소통하기를 의료인들에게 요구하는 것은 무리일 수 있다. 의료오류가 명확하거나 위해가 큰 사건에 대한 환자안전사건 소통하기를 먼저 시도해볼 수 있도록 이러한 상황에서의 환자안전사건 소통하기 지침을 우선 개발해 볼 수 있겠다. 또 실제 환자안전사건 소통하기의 적용을 늘리기 위하여 의료기관 내 환자안전사건 소통하기 지침 도입 여부를 의료기관 인증기준의 하나로 포함시키는 방안도 검토해 볼 필요가 있다.

셋째, 환자안전사건 소통하기를 위한 교육과정 개발 및 수행이 필요하다. 환자안전사건 소통하기 지침 개발과 더불어 이에 대한 인식수준을 높이고, 올바른 환자안전사건 소통하기 수행 가능성을 높이기 위하여 기존 의료인들과 예비 의료인들을 대상으로 한 환자안전사건 소통하기 교육을 진행할 필요가 있다[45-47]. 동영상을 이용하여 환자안전사건 소통하기를 간접 경험하게 해주고, 모의 환자를 이용하여 환자안전사건 소통하기를 훈련하는 것이 좋은 방안이 될 것이다. 특히, 이러한 환자안전사건 소통하기의 교육을 학부 과정에 서부터 적용하여 예비 의료인들이 환자안전사건 소통하기의 당위성을 빨리 인식할 수 있도록 해야 할 것이다.

넷째, 환자안전사건 소통하기 보호를 위한 사과법 제정 논의의 시작할 필요가 있다. 사과법이 환자안전사건 소통하기에 대한 개별 의료진의 심적인 부담을 다소 줄여줄 수 있을 뿐만 아니라, 환자안전사건 소통하기에 대한 긍정적인 사회적 분위기를 만드는 데에 도움이 될 수 있을 것이다. 환자안전 보고시스템을 보호하기 위하여 환자안전법을 제정하였듯이 환자안전사건 소통하기 보호를 위하여 사과법을 제정할 필요가 있다. 이를 위해서 먼저 사과법 제정과 관련된 법률적 이슈들에 대한 검토가 필요할 것으로 판단된다.

마지막으로, 환자안전에 대한 사회 전반의 긍정적인 인식

확산도 필요하다. 비단 의료인뿐만 아니라 일반인들도 환자안전이 중요한 문제임을 인식하고, 이를 공론화시키도록 노력해야 한다. 또 환자안전 문제를 드러내놓고 다루는 것이 쉽지 않음을 인지하고, 환자안전사건 소통하기를 수행하는 의료진을 지지해주는 것이 필요하다. 더불어 환자안전의 문제를 다루는 언론도 대중을 자극하는 내용보다는 실제로 환자안전수준을 증진시킬 수 있는 이성적인 보도가 필요할 것이다.

찾아보기말: 환자안전사건 소통하기, 환자안전, 환자안전사건, 의사소통

ORCID

Minsu Ock, <http://orcid.org/0000-0001-9949-9224>

Sang-Il Lee, <http://orcid.org/0000-0002-1068-7542>

REFERENCES

- Ock M, Kim HJ, Jo MW, Lee SI. Perceptions of the general public and physicians regarding open disclosure in Korea: a qualitative study. *BMC Med Ethics* 2016;17:50.
- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003;289:1001-1007.
- Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, Fraser VJ, Levinson W. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;166:1605-1611.
- Renkema E, Broekhuis M, Ahaus K. Conditions that influence the impact of malpractice litigation risk on physicians' behavior regarding patient safety. *BMC Health Serv Res* 2014;14:38.
- Mazor KM, Greene SM, Roblin D, Lemay CA, Firreno CL, Calvi J, Prouty CD, Horner K, Gallagher TH. More than words: patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care. *Patient Educ Couns* 2013;90:341-346.
- Ock M, Kim JH, Lee SI. A legal framework for improving patient safety in Korea. *Health Policy Manag* 2015;25:174-184.
- Ock M. Evaluating the feasibility of introducing open disclosure of patient safety incidents [dissertation]. Ulsan: University of Ulsan; 2016.
- Ock M, Lim SY, Jo MW, Lee SI. Frequency, expected effects, obstacles, and facilitators of disclosure of patient safety incidents: a systematic review. *J Prev Med Public Health* 2017; 50:68-82.
- Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, Rogers MA. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med* 2010;153:213-221.
- Adams MA, Elmunzer BJ, Scheiman JM. Effect of a health system's medical error disclosure program on gastroenterology-related claims rates and costs. *Am J Gastroenterol* 2014;109:460-464.
- Accreditation Canada. Required organizational practices handbook 2016 [Internet]. Ottawa: Accreditation Canada; 2016 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <https://accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2016-en.pdf>.
- Joint Commission Resources. Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook [Internet]. Oak Brook: Joint Commission Resources; 2010 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2010_CAMH_Update_2.pdf.
- Canadian Patient Safety Institute. Canadian disclosure guidelines: being open and honest with patients and families [Internet]. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute; 2011 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Pages/default.aspx>.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian open disclosure framework [Internet]. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2014 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/03/Australian-Open-Disclosure-Framework-Feb-2014.pdf>.
- Runciman WB. Shared meanings: preferred terms and definitions for safety and quality concepts. *Med J Aust* 2006;184(10 Suppl):S41-S43.
- McLennan S, Beitat K, Lauterberg J, Vollmann J. Regulating open disclosure: a German perspective. *Int J Qual Health Care* 2012;24:23-27.
- National Institute of Korean Language. Korean standard unabridged dictionary [Internet]. Seoul: National Institute of Korean Language [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://stdweb2.korean.go.kr>.
- McLennan S, Walker S, Rich LE. Should health care providers be forced to apologise after things go wrong? *J Bioeth Inq* 2014; 11:431-435.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard review report[Internet]. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2012 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/05/Open-Disclosure-Standard-Review-Report-Final-Jun-2012.pdf>.
- Saitta N, Hodge SD Jr. Efficacy of a physician's words of empathy: an overview of state apology laws. *J Am Osteopath Assoc* 2012;112:302-306.
- Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW, Gurwitz JH. Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Ann Intern Med* 2004;140:409-418.
- Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res* 2013;2:e32.
- Shekar V, Singh M, Shekar K, Brennan P. Clinical negligence and duty of candour. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2011;49:593-596.

24. Wojcieszak D, Banja J, Houk C. The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:344-350.
25. Um YR. Disclosure of unanticipated outcome information as a strategy of patient safety. *Korean Bioethics Assoc* 2005;6:11-29.
26. Han H. A qualitative study on medical error disclosure program in Korea [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2012.
27. Lee SH, Shin YH, Kim SS. Comparing attitudes toward disclosing medical errors between medical students and interns. *Korean J Med Educ* 2012;24:247-258.
28. Lee SH, Kim HA, Han HS, Kim SS. The attitudes of college students regarding doctors' disclosing medical errors. *Korean J Med Ethics* 2011;14:320-334.
29. Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. p. 339-343.
30. Straumanis JP. Disclosure of medical error: is it worth the risk? *Pediatr Crit Care Med* 2007;8(2 Suppl):S38-S43.
31. Lipira LE, Gallagher TH. Disclosure of adverse events and errors in surgical care: challenges and strategies for improvement. *World J Surg* 2014;38:1614-1621.
32. Kachalia A. Improving patient safety through transparency. *N Engl J Med* 2013;369:1677-1679.
33. Perez B, Knych SA, Weaver SJ, Liberman A, Abel EM, Oetjen D, Wan TT. Understanding the barriers to physician error reporting and disclosure: a systemic approach to a systemic problem. *J Patient Saf* 2014;10:45-51.
34. Research Institute for Healthcare Policy. Council on Ethical and Judicial Affairs. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2012.
35. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
36. Wachter RM. Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff (Millwood)* 2010;29:165-173.
37. National Quality Forum. *Safe practices for better healthcare-2009 update* [Internet]. Washington, DC: National Quality Forum; 2009 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://www.qualityforum.org/Publications/2009/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare%E2%80%932009_Update.aspx.
38. Committee on Patient Safety and Quality Improvement; Committee on Professional Liability. ACOG Committee opinion no. 520: disclosure and discussion of adverse events. *Obstet Gynecol* 2012;119:686-689.
39. Ock M, Lee SI, Kim JH, Lee JH, Lee JY, Jo MW, Lee MS, Kim SH, Kim HJ, Son WS. What should we consider for establishing a national patient safety reporting system? *J Health Tech Assess* 2015;3:4-16.
40. Ho B, Liu E. Does sorry work? The impact of apology laws on medical malpractice. *J Risk Uncertain* 2010;43:141-167.
41. Institute for Healthcare Improvement. *The IHI Improvement Map: communication with patients & families after an adverse event* [Internet]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://app.ihl.org/imap/tool/#Process=e2af2d43-4135-49a2-b145-bbd65d8a2bee>.
42. Iezzoni LI, Rao SR, DesRoches CM, Vogeli C, Campbell EG. Survey shows that at least some physicians are not always open or honest with patients. *Health Aff (Millwood)* 2012;31:383-391.
43. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrmann MJ, Steffenson AE. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002;347:1933-1940.
44. Mazor KM, Roblin DW, Greene SM, Lemay CA, Firreno CL, Calvi J, Prouty CD, Horner K, Gallagher TH. Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *J Clin Oncol* 2012;30:1784-1790.
45. Etchegaray JM, Gallagher TH, Bell SK, Dunlap B, Thomas EJ. Error disclosure: a new domain for safety culture assessment. *BMJ Qual Saf* 2012;21:594-599.
46. Coffey M, Thomson K, Tallett S, Matlow A. Pediatric residents' decision-making around disclosing and reporting adverse events: the importance of social context. *Acad Med* 2010;85:1619-1625.
47. Martinez W, Lo B. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essays. *Med Educ* 2008;42:733-741.

Peer Reviewers' Commentary

최근 환자진료 시 발생하는 환자안전사고에 대한 합리적인 대처의 중요성에 대한 인식이 높아지고 있는 가운데, 우리나라에서 2015년 환자안전법이 제정되어 2016년 7월부터 시행에 들어간 상태이나 아직 정부와 의료계에서 적절하고 충분한 준비가 되지 않은 상태에 있다고 판단되기 때문에 본 논문의 발표는 대단히 시의적절하고 중요한 의미를 가진다고 판단된다. 본 논문은 '환자안전사고 소통하기'라는 용어를 제안하면서 의료인과 환자간의 올바른 소통의 중요성과 용어의 개념 및 실행방안을 구체적으로 제시하고 있어 의료인들에게 실질적인 도움을 줄 것으로 생각되고 나아가 국내 환자안전 수준의 향상으로 환자들에게도 큰 도움을 줄 수 있을 것으로 기대된다.

[정리: 편집위원회]