

감염병 협의진료의사의 소통

김태형¹ · 김희진²

순천향대학교 의과대학 내과학교실¹, 국어생활연구원²

Communication of Infectious Diseases Consultant

Tae Hyong Kim¹, Hee Jin Kim²

*Department of Internal Medicine, Soon Chun Hyang University College of Medicine¹,
The Institute of the Korean Language in Life², Seoul, Korea*

Infectious disease consultation contributes to optimal antibiotic use as well as improved treatment outcomes in many infectious diseases, especially severe infections like bacteremia. However, communication and language matter in consultations between clinicians. Communication barriers are even more complex among professionals who speak Korean, since there are significant challenges for practicing medicine while relying on language translations. This review aims to address some of the components that should be included in infectious diseases consultations for Korean-speaking specialists.

Keywords: Communication barriers, Consultation, Infectious diseases consultation

Introduction

감염병 협의진료는 환자를 살리고[1] 부적절한 항균제 사용과 의료비용을 줄이는[2,3] 효과가 있다. 그렇지만 언어라는 매개체를 통한 동료간의 소통으로 이뤄지기 때문에 그 성패를 좌우하는 요소가 무엇인지 먼저 알아보고 바람직한 감염병 협의진료는 어떻게 이뤄져야 좋을지 그 아이디어를 제안하고자 한다.

한국 의사가 하는 말, 왜 알아듣기 어려운가?

우리가 소통의 수단으로 쓰는 우리말에 대해서 먼저 이야기해보자. 한국어는 수천 년의 긴

역사가 있지만 한글이 공식적인 표기 수단으로 쓰인 것은 1894년부터이고 일제의 강점기라는 단절이 있었기 때문에 공식적 언어로 전 국민이 활발하게 다시 사용한 것은 광복 이후부터라고 봐야 한다. 따라서 우리에게 꽤 익숙한 것 같지만, 그다지 오랜 역사를 가지고 있지 못한 것이 바로 현대 한국어이다[4]. 인류가 항생제를 사용한 것이 1940년대 이후이므로 그 역사만큼이나 짧다.

상대적으로 영어를 비롯한 유럽의 언어는 현대에 이르기까지 단절 없이 발달되어왔을 뿐만 아니라 특히 오늘날의 현대과학이 그 언어로 개발되었기 때문에 학술 용어일지라도 일반인들에게 모호하지 않고 친숙한 언어로 자연스럽게 통하는 것이다. 그러나 우리는 일본식 한자어로 번역된 전문용어나 영어의 어색한 직역 투로 말을 하거나 글을 쓰는 것이 일상화되었고 그런 언어를 환자들에게 강요하는 것 또한 당연하다고 여겨온 것이다[5]. 예를 들어보자.

A. 상기 환자가 호소하는 증상 및 이학적 검사

Received: May 29, 2013

Revised: July 15, 2013

Accepted: August 22, 2013

Correspondence to: Tae Hyong Kim, Department of Internal Medicine, Soon Chun Hyang University College of Medicine, 59, Daesagwan-ro, Yongsan-gu, Seoul 140-743, Korea
Tel: 02-709-9194, Fax: 02-709-9083

E-mail: geuncom@schmc.ac.kr

상 일측 폐의 중증경과의 폐렴이 용이하게 의심되는바, 기저질환력을 청취한 결과 소위 황색포도상구균성 폐렴 고위험군에 해당되고, 객담염색상 저명한 균집상 그람양성구균 소견이 관찰되므로 황색포도상구균성 병원성폐렴의 진단기준에 합당한 것으로 사료됩니다. 따라서 경미한 초기증상에 비해 관혈적인 치료에도 불구하고 비교적 예후는 불량할 것으로 사료됩니다. 이상으로 주치의가 기술한 소견은 추후 환자상태변화에 따라 재판정이 요구될 수 있습니다.

B. 환자가 말하는 증상을 듣고 진찰해 보니 이분은 한쪽 폐에 빠르게 나빠지는 폐렴이 있습니다. 함께 앓는 병 때문에도 이른바 황색포도알균 폐렴에 걸리기 쉬운 상태라고 예상하였지만, 아래의 그람염색에서도 뚜렷한 포도알 모양의 그람양성알균을 볼 수 있었기 때문에 병원에서 걸린 황색포도알균 폐렴(병원폐렴)이라고 진단합니다. 그러므로 가벼워 보이는 첫 증상에 비하면 적극적으로 치료하더라도 사망하실 우려가 있습니다. 여기까지 제가 적은 소견은 앞으로 환자를 지켜보면서 다시 평가하겠습니다.

A는 고상한 느낌에도 불구하고 모호한 반면, B는 조금 가벼워 보이지만 분명하게 의미 전달이 된다. 만일 우리말의 전공자가 다시 본다면 B조차도 어법에 맞지 않는 것도 있을 것이다. 문제는 의사들이 쓰는 말이 같은 시대를 사는 다른 전문가나 일반인들이 쓰는 말과 같지 않다는데 있다. 또한 세계화 시대의 관점에서 A는 영어로 정확하게 번역하기 매우 어려운 문장임에 반해 B는 쉽게 번역할 수 있는 문장이다. 우리나라가 광복을 맞이한 1945년을 충분히 옛날이라고 여긴다면 오늘 날 한국의 의사는 다른 나라 전문가들이 쓰는 학술 언어로도 쉽게 번역되는 논리적이고 명확한 문장을 구사할 수 있어야 한다.

동료 간 대화의 기술이 필요한 감염병 협의진료

감염내과 의사들의 언어 실력이 가장 잘 연마되는 현장은 협의진료과정이다. 협의진료는 그 바탕이 동료(의료진) 간의 대화(collegial communication)이기 때문이다. 그런 면에서 마치 ‘국민교육 현장’과 같은 문체로 대화를 주고받는다면 잃게 되는 것은 의사 전달과 논리성만이 아니다.

의사들의 ‘동료 간의 대화’라는 부분도 크게 손상된다. ‘동료(colleagues)’의 어원은 ‘생각과 관점이 같은 사람들’이라고 한다. 의사들은 ‘환자의 쾌유와 건강 증진’이라는 공동 목표를 이루기 위해 일하는 사람들이니만큼 늘 가까이 지내며 서로 신뢰하여야 한다. ‘협의진료’란 이러한 동료 간의 대화를 통해서, 자주 만나지 못하는 동료 의사나 의료진과 소통하면서 신뢰를 다지고 가까워질 수 있는 좋은 기회이기도 하다.

바람직한 항균제 사용의 ‘전도자’인 감염내과 의사들은 감염 관리와 항균제 제한 정책에 다른 의사들이 잘 따라주길 기대하면서 협의진료에 임한다. 그러나 실제로 감염병 협의진료의사의 의견에 따라주는 경우는 약 47-80% 정도라고 한다[6,7]. 추천한 치료법이 과학적 근거[8]가 충분한 최선의 치료(AI)인지, 근거는 부족하지만 전문가들의 의견에 따른 차선의 비용 효율적 치료(AIII)인지, 차선의 치료도 못 되지만 의사 자신이 각각의 상황에서 이득을 따져서 따라야 할 치료(CIII)인지, 항균제 내성 억제와 같은 정책적인 입장이 포함된 의견인지, 보험 급여 조정을 피하기 위한 수단인지와 같은 행간의 의미를 이해한다는 것은 어려운 일이기 때문에 듣는 사람들은 흔히 이견을 달기도 하는 것이다. 치료를 결정해야 할 책임이 있는 주치의에게 감염내과 의사의 말이 현실과 거리가 멀고 고리타분한 원칙으로만 들리지 않게 하기 위해서는 감염내과 의사가 의사로서의 솔선수범도 보여야 한다.

감염내과 의사가 된 이래 동료의사들로부터 가장 많이 받았던 질문이 “폐니실린 같은 일차약을 오늘날에도 정말로 쓰나요?”였다. 그러한 불신을 없애려면 그런 치료를 환자들에게 성심껏 하는 모습을 보여주고 또 필요하면 언제든지 감염내과로의 전과 요청도 선뜻 받아주어야 한다. 감염내과 의사가 피해야 할 것은 환자나 보호자를 쉽게 설득하기 어려운 검사나 치료가 필요하다는 원칙만을 일방적으로 지시하는 태도일 것이다.

사람을 살리는 협의진료의 말 한마디

협의진료를 왜 요청하는가? 주치 의사가 전공분야를 뛰어넘는 문제를 만나 한층 수준 높은 지

식을 알아내어 해결하고 싶기 때문이다. 대부분 (58%)의 질문은 치료의 방법을 묻는 것이고 문서, 전화, 회의를 통해서 소통한다[9]. 협의진료를 요청하는 때야말로 절박한 상황에서 어떻게든 이 환자를 살려내고 싶어하는 주치의사가, 잘 듣는 치료법에 목말라하는 순간인 것이다. 감염내과 협의진료의 의견을 따른 경우 균혈증 치료의 결과가 더 좋다는 것은 이미 잘 알려진 바 있다[1,10]. 그러므로 의뢰를 받은 사람이 답변 할 때는 환자를 살린다는 공동의 목적 달성에 충실히 하되, 다음과 같은 요소들을 생각하면서 언어를 잘 구사해야 한다.

1) 분명하고 책임져도 될 내용을 말한다: 협의진료의 회신서(답변)는 협의진료의사의 책임과 주관을 요구하는 것인 만큼 특히 진단 결과나 치료 방식을 두고 말할 때에는 직설적인 표현이 수동태 문장이나 간접 화법에 의지하여 말하는 것보다 더 낫다. 가령 ‘환자의 열의 원인은 요로 감염일 가능성이 있다고 사료됩니다.’라는 길고 모호한 문장보다는 ‘환자가 열이 나는 원인은 요로 감염입니다(또는 ~이라고 추정합니다)’라는 책임을 지겠다는 자세로 명확하게 작성하는 문장이 더 바람직하다. 우리는 흔히 ‘~이라고 생각된다, 사료된다.’는 표현이 더 자연스러운 것인 양 배웠지만 수동태 문장이나 주어가 없는 문장에서 오는 모호성 때문에 의견을 제대로 전달하기 어렵다.

2) 논리적이고 과학적으로 표현한다: 작성되는 문장이 어법이나 논리가 분명해야 하는 것은 당연하다. 내가 쓴 글이 논리적이고 과학적인지 아닌지를 쉽게 판단하기 위해 영어로 번역을 해 보는 것도 좋은 방법이다. 영어가 우리말보다 더 논리적이라고 생각하지는 않지만 세계 여러 나라의 전문가들과 소통할 수 있는 기준 언어인 만큼 모든 개념은 내가 아는 짧은 영어 단어의 수만큼 분명해야 한다. 영어로 번역하였을 때 의미가 잘 통하지 않거나 여러 가지 방법으로 번역되는 개념이 있다면, 말하려는 내용이 종래의 의학 상식에 비춰볼 때 대체로 논리적이지 못한 탓이다. 대표적인 혼란스런 개념 중에 ‘및’이 있다. 과학에서는 and와 or가 있을 뿐이고 쓰임새에 따라 and의 뜻으로도 or의 뜻으로도 해석되는 ‘및’이라

는 단어는 쓰지 않는다. 환자의 어떤 상태를 일컫는 말이 우리말에는 있는데 만일 그 말이 영어나 다른 나라말로는 번역되지 않는 모호한 말이라면 과감하게 그 개념은 없애버리는 용기도 때로는 필요하다.

3) 흔하게 선택할 수 있는 한두 가지 치료를 주로 권한다: 좀처럼 만나기 쉽지 않은 상황까지 모두 포함해서 관련이 있을만한 모든 원인균을 다 겨냥할 수 있는 약을 다 쓰라고 한다면 구태여 감염병 전공자를 전문가로 생각하고 의뢰할 필요가 없는 것이다. 그렇다고 해서 합병증으로 발전할 소지가 있다는 사실을 가볍게 넘기고 이를 환자에게 알려줄 의무를 소홀히 하라는 말은 결코 아니다. 법적인 책임이 따르기 때문이다. 그런데 그 법적인 책임도 상식에 기반을 둔 의학 지식에 의해서 가장 우려할만한 상황을 의심했는지를 넘을 수는 없다. 따라서 여러 가지 가능성을 열거하더라도 먼저 해야 할 일이 무엇인지 분명히 강조해야 한다. 처지를 바꿔서 내 환자라면 이렇게 하겠다는 강한 애착이나 집착이 없다면 진료를 의뢰한 동료 의사는 협의진료를 요청한 보람을 느낄 수 없게 된다.

4) 근거가 부족하다면 함부로 추정하지 않는다: 동료 의사들이 가장 싫어하는 감염내과 의사는 어떤 사람일까? 감염병이 아닐 것 같다는 심증만으로 항생제를 쓰지 말라고 앵무새처럼 말하는 사람이다. 답변이 명확해야 한다는 것이 과학적으로 예측할 수 없는 것까지 예언하는 것(?)을 의미하지는 않는다. 예를 들면 간농양 환자의 원인균이 폐렴막대균일지, 녹색사슬알균일지를 몇 가지 제한된 정보만으로 알아맞혀야 할 능력이 감염내과 의사에게 필요한 것은 아니다. 수술 부위가 감염된 환자의 몸에서 나온 고름의 냄새를 맡아보고 그것이 녹농균인지 아닌지도 알 수 없다. 의사로서의 경험이 쌓이다 보면 그런 비과학적인 직감도 길러지기 마련이지만, 자신의 직감에 따라 선택한 치료법을 협의진료의사에게 추천하다 보면 오류에 쉽게 빠뜨리어 신뢰하기도 어렵게 만든다. 근거가 부족한 상황에서 지식을 잘못 전달하면 불필요하거나 해로운 진단이나 치료를 유도할 수 있기 때문에[11] 아는 것이 없을 때 침묵하는 것 또한 전문가의 친절할 배려

이다. 명확한 지침이 없을 때 어쩔 수 없이 추천하는 치료는 우리나라 역학에 따른 전공자 개인의 제한된 의견이라고 솔직하게 밝혀야 한다.

5) 잘못이나 실수가 있으면 솔직히 인정한다: 의사는 신이 아니기 때문에 불확실한 미래까지도 정확하게 예측할 수 있는 능력이 없다는 사실을 받아들여야 한다. 어쩌면 사람이 완벽하지 않다는 것은 자연스럽기까지 하다. 처음 세운 가설을 뒷받침했던 이론이나 처음 수행한 치료법을 취했던 판단 기준은 시간이 지나고 환자의 상태가 바뀔에 따라 좀 더 유연하게 바뀔 수도 있어야 한다. 그리고 생각을 수정하고 보완하게 된 근거는 무엇인지 그 새로운 정보를 명확하게 밝힐 수 있어야 한다. 간혹 사소한 실수로 잘못된 처방을 권고하였으면 잘못된 것임을 발견한 즉시 이를 지우거나 감추지 말고 잘못 기재된 내용을 모월 모일 모시에 이를 어떻게 수정하였는지를 추가의견 형식으로 기록하여야 한다. 그렇게 하는 것이 오히려 환자를 치료하려는 선의를 가진 의사가 최선을 다하고 있다는 것을 증명할 수 있는 방법이 될 것이라고 생각한다.

6) 진단이나 치료 문제로 동료 의사와 경쟁하지 않는다: 협의진료를 통해서는 환자의 진단이나 치료를 두고 다른 전공자와 누가 더 옳은지 경쟁을 하려고 하거나, 상대방 의료진의 못마땅한 태도나 부족한 지식을 지적하려고 들면 안 된다. 예를 들면, 이쪽 전공 분야와 관련한 경험이 부족하여 핵심을 잘못 파악하고 엉뚱한 내용을 문의했더라도 공식적인 문서에서 이를 비난할 것이 아니라 의뢰하는 의사가 무엇을 궁금하게 여겼는지를 파악해서 답변하려는 태도가 더 바람직하다. 어쩌면 가장 이상적인 답변자는 질문자의 질문이 무엇인지를 자신의 전공의 관점에서 찾으려는 자세를 보이는 사람이 아닐까 한다.

감염병 협의진료 회신서는 이렇게 작성하자

감염병 협의진료의 회신서에는 특히 다음과 같은 내용을 담아야 한다고 생각한다.

- 1) 감염된 것으로 추정되는 부위(장기)
- 2) 원인으로 추정되는 미생물
- 3) 추천할 만한 항균 요법의 선택과 기간
- 4) 치료 경과를 조사하는 방법

5) 감염내과로 옮기거나 다시 협진하는 조건이나 시기

6) 환자의 상태가 위급 할 때 시작해야 할 경험 치료

이 중에서도 5)와 6)은 매우 중요하다. 치료에 관하여 올바른 원칙을 알려주었더라도, 구체적인 내용 없이 ‘필요하다면 즉시 다시 연락하라’고만 무책임하게 답변하는 것에 그친다면 주치의는 밤이나 휴일의 응급상황에 대처할 수 없다. 그러므로 그때 관련 정보가 충분하지 않더라도 어떤 감염을 의심하여 경험 치료를 어떻게 시작해야 할지도 예측할 수만 있다면 미리 제시해 주는 것이 좋겠다.

하나의 온전한 문장으로 이야기한다면, ‘나는 ○○ 근거에 따라 이 환자의 병을 ○○ 감염병으로 진단하고, 의심하는 원인균은 ○○까지이며, 그래서 치료는 ○○ 범위까지 하는 것이 좋겠습니다.’는 형식이 된다. 교육병원의 환경에서는 근거로 삼은 경험자의 문헌을 인용하는 것도 좋을 것이다. 협의진료의사의 답변에 인용된 학술지를 조회자가 클릭만 하면 원본으로 직접 이어져 출력되는 것은 기술적으로도 어려운 일이 아니다. 문서화 된 공식적 협의진료 외에도 전화나 스마트폰 등 통신수단을 활용한 비공식적인 협의진료도 감염내과 의사에게는 점점 늘어나고 있어서 이러한 행위들 또한 의사의 업무를 평가할 때 고려되어야 한다는 주장도 있다[12]. 그만큼 과거에 비해 전문지식은 특정인에게 독점되지 않고 쉽게 소통이 되고 있다. 그러나 편리해진 것만큼 의사들에게는 더욱 새로운 지식으로 검증하여 올바르게 치료해야 할 책임이 따를 것이다.

Summary

감염병 전문가에 의한 협의진료는 항균제의 적절한 사용과 감염병 치료에 기여한다. 그러나 협의진료는 언어라는 매개체를 통해서 이뤄지므로 의료 전문가 간의 소통이라는 중요한 요소에 의해서 좌우된다. 특히 영어가 모국어가 아닌 우리나라 사람들에게는 번역된 학문으로 서로 소통을 하고 환자들에게도 설명을 해야하는 어려움이 있다. 이 종설에서는 특히 한국어를 모국어

로 쓰는 감염병 전문가들이 더 나은 협의진료를 위해서 알아야 할 요소들에 대해서 논하였다.

Acknowledgements

원고의 작성에 있어서 조언을 주신 인제대학교 의과대학 내과학교실 김백남 교수와 University of Asia and the Pacific의 Samsung Korean Study Program 김준길 교수에게 감사의 뜻을 전한다.

References

1. Ibrahim EH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ, Kollef MH. The influence of inadequate antimicrobial treatment of bloodstream infections on patient outcomes in the ICU setting. *Chest* 2000; 118:146-55.
2. Glowacki RC, Schwartz DN, Itokazu GS, Wisniewski MF, Kieszkowski P, Weinstein RA. Antibiotic combinations with redundant antimicrobial spectra: clinical epidemiology and pilot intervention of computer-assisted surveillance. *Clin Infect Dis* 2003;37:59-64.
3. Rüttimann S, Keck B, Hartmeier C, Maetzel A, Bucher HC. Long-term antibiotic cost savings from a comprehensive intervention program in a medical department of a university-affiliated teaching hospital. *Clin Infect Dis* 2004;38:348-56.
4. Jeong IH. Our medical terminology is a mirror our times of medicine. *Journal of the Korean Medical Association*. 2000;43:1034-6.
5. 이정근. 편집자에게 드리는 글: 외국말에 오염된 대한방사선의학회지. *대한방사선의학회지*. 1996;35:1016-7.
6. Lo E, Rezai K, Evans AT, Madariaga MG, Phillips M, Brobbey W, et al. Why don't they listen? Adherence to recommendations of infectious disease consultations. *Clin Infect Dis* 2004;38: 1212-8.
7. Kim BN, Jin KB, Hong YS. Compliance and impact of an ID physician's advisory consults on the use of restricted antimicrobial agents. *Infect Chemother* 2004;36:164-9.
8. Khan AR, Khan S, Zimmerman V, Baddour LM, Tleyjeh IM. Quality and strength of evidence of the Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines. *Clin Infect Dis* 2010; 51:1147-56.
9. Yinnon AM. Whither infectious diseases consultations? Analysis of 14,005 consultations from a 5-year period. *Clin Infect Dis* 2001;33:1661-7.
10. Fowler VG Jr, Sanders LL, Sexton DJ, Kong L, Marr KA, Gopal AK, et al. Outcome of *Staphylococcus aureus* bacteremia according to compliance with recommendations of infectious diseases specialists: experience with 244 patients. *Clin Infect Dis* 1998;27:478-86.
11. Volk ML and Ubel PA. Better off not knowing: improving clinical care by limiting physician access to unsolicited diagnostic information. *Arch Intern Med* 2011;171:487-8.
12. Grace C, Alston WK, Ramundo M, Polish L, Kirkpatrick B, Huston C. The complexity, relative value, and financial worth of curbside consultations in an academic infectious diseases unit. *Clin Infect Dis* 2010;51:651-5.