

양질의 진료를 위한 협조적인 간호체제

김 조 자

(연세의대 세브란스병원 간호부장)

차 례

- I. 서 론
- II. 병원조직체의 방향
- III. 부서간의 관계 조정
- IV. 병원조직에서의 각 부서와 간호부서와의 관계
- V. 협조적인 간호체제 확립을 위한 정책방안
- VI. 결 론

I. 서 론

병원조직은 20세기 이후의 급속한 의학의 발달과 질병양상의 변화, 대규모화, 환자들의 기대수준의 향상 등에 의하여 다양한 직종의 구성원을 포함하는 복잡한 구조의 조직으로 발전하고 있다.

미국의 경우 1900년까지 건강관리역할을 수행하는 요원의 75%가 의사와 간호원이었으나 1970년대에 이르러 무려 125종의 요원이 건강관리역할을 수행하고 있다. 따라서 조직이 효율적 효과적으로 기능하여 조직의 목표인 양질의 진료를 제공하기 위하여는 매우 중요한 여러가지 조직상의 문제를 해결해야 한다.

병원은 개개의 실체나 각 부서가 독립적으로 활동을 하는 단순한 기능의 고립이 아니고 각 부분이 유기적으로 상관되면서 하나의 목적을 향해 집약되는 조직이므로 병원의 모든 자원이 환자진료를 위해 효율적으로 이용될 수 있도록 모든 요소가 통합되고 상호작용되는 하나의 체제로서의 기능을 하여야 한다.

특히 간호부서는 병원조직내의 다른 부서의 기능에 통합시키고 있기 때문에 간호부서와 타 부서와의 관계

는 조직의 전체적인 측면에서 분석되고 평가될 필요가 있다. 부서간의 관계가 복합적이긴 하나 이들 관계의 분석은 환자의 요구가 효율적으로 충족되었는가를 확인하기 위해 필수적이므로 양질의 진료를 위한 협조적인 간호체제를 논함에 있어 우선 병원이라는 전체조직이 양질의 진료제공이라는 목적을 달성하기 위해 전체로 해야 할 병원조직체제의 방향을 제시하고 병원조직내의 여러 하위체제인 각 부서간의 관계의 조정 그리고 각 부서와 간호부서간의 관계를 살펴 본 다음 양질의 진료를 위한 협조적인 간호체제로서의 기능을 수행하기 위해 고려되어야 할 정책방안을 제시해 보고자 한다.

II. 병원조직체제의 방향

병원조직의 체제는 개방조직체제이어야 함을 전제로 해야 한다. 즉 병원이라는 조직은 모든 조직구성 요소들 사이의 상호관련성과 상호의존성을 강조함으로써 조직을 이해하는데 가장 큰 기여를 한 현대조직이론 중 체제이론을 기틀로 삼아야 한다. 이 전제를 논하기에 앞서 개방체제를 간단히 설명하고자 한다.

근본적으로 체제란 구조와 기능을 갖고 있으며 복잡한 전체를 구성하는 상호 관련적이고 상호 의존적인 부분들의 합인데 이들 부분들의 각각은 또 다른 상호의존적이고 상호관련적인 부분들의 집단을 가진 하위체제로 볼 수 있다. 예를 들면 인체는 여러하위체제, 즉 신경계나 순환계등의 하위체제로 구성된 체제이다. 이들 하위체제는 여러개의 세포들로 구성되어 있는데 이것 역시 각각 하나의 체제이다. 따라서 체제는 보통

본 글은 대한병원협회가 86년 11월 28~29일간의 "양질의 진료를 제공하기 위한 부서간의 협조"라는 주제로 주최한 제 2차 병원관리 종합학술대회에서 발표한 간호부문 연세임.

전체적인 하위체제가 있는 구조를 보인다.

이러한 체제는 상위체제인 환경과 동적인 상호관계를 유지하면서 물질, 정보, 자원을 주고 받으며 수시로 변화한다(그림 1).

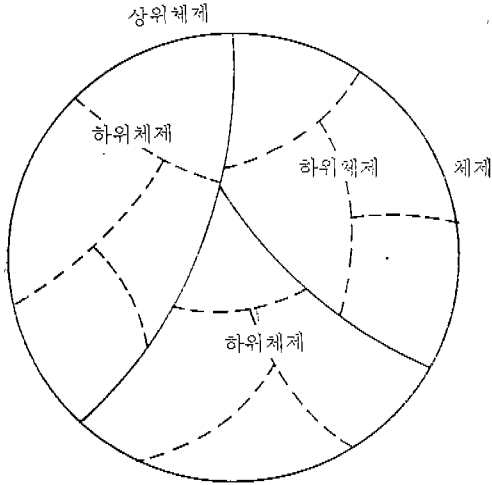


그림 1 일반체제의 구조

또한 체제가 기능을 완전히 발휘하기 위해서는 투입, 변환, 산출 그리고 환류과정을 포함하여야 한다(그림 2).

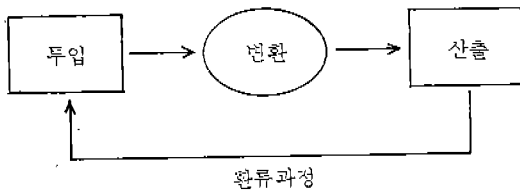


그림 2 환류기전을 가진 개방체제

환류과정을 통하여 체제는 지속적으로 수정하는 데 도움을 주는 정보를 환경으로부터 공급받을 수 있다. 환류는 긍정적인 수도 있고 부정적인 수도 있다. 부정적 환류란 체제가 이미 설정된 경로에서 이탈하여 재수정이 필요한 경우를 지적하는 정보를 말한다. 한 체제에 들어가는 투입으로는 모든 것을 망라할 수 있으며 그것이 무엇인지는 어떠한 산출을 원하는가에 대부분 달려 있다.

개방체제의 속성은 또한 전체성, 상호관련성, 계층성, 개방성, 목표추구, 안정과 형평유지, 규제, 분화와 통합성등을 들 수 있으나 구조적 관점에서 특히 중요한 것은 체제의 전체성, 상호관련성, 개방성이다.

이들 특성을 좀더 구체적으로 설명하면 첫째 체제를 구성하고 있는 부분 요소들은 상호관련적이고 상호의존적이며 둘째 이 상호작용은 전체성 유지를 전체로 하고 셋째 외부환경으로 부터 투입을 받아 변환과정을 통하여 다시 외부로 산출하는 것으로 요약될 수 있다. 체제구조는 이러한 체제의 기능들이 효과적으로 수행될 수 있는 것을 전제로 한다. 이는 체제구조가 정태적이지 아니라 동태적이며 외부환경의 변화에 잘 적응할 수 있어야 한다는 것을 뜻한다.

이러한 체제의 개념을 기틀로 하여 병원조직을 살펴보면(그림 3) 병원조직이라는 체제는 보건의료조직이라는 상위체제를 갖고 있고 진료, 행정, 진료지원부서라는 하위체제를 갖고 있다. 뿐만 아니라 진료부서라는 하위체제는 내과, 외과, 소아과 등의 하위-하위체제를 갖고 있다.

보건 의료조직

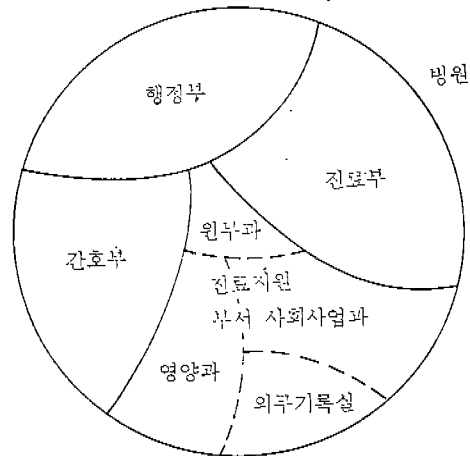


그림 3 체제로서의 병원조직

또한 기능면에서 살펴볼 때(그림 4) 투입부분은 병원조직이 산출을 만들어내기 위한 즉 목표를 달성하기 위해 필요한 특정자원이 되겠다. 기본적인 투입에는 인력, 재료, 기술, 정보 그리고 자본등이 포함된다. 이러한 자원들은 원하는 산출을 얻기 위하여 필요하고 이용되어야 하는 필수 요소이다. 인력자원을 좀 더 구체적으로 이야기 한다면 의사, 간호원, 기사, 약사, 영양사, 의무기록사, 사무직원, 그외 행정인력 등을 포함한다. 물질자원으로는 각종 소모품에서 부터 음식까지 다양하며 기술적 자원으로는 첨단 의 방사선 기계에서 전산시스템에 이르기까지 많다. 정보자원은 환자 통계, 소모품, 각종 일정계획, 인력, 예산등의 내부부

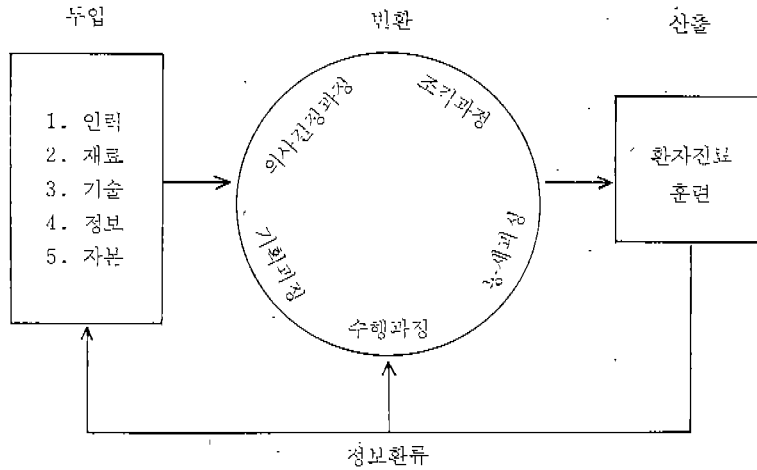


그림 4 환류과정을 포함한 병원조직의 기능

고에서 부터 정부법령에 관계되는 외적 정보에 이르기 까지 다양하다. 끝으로 자본 자원은 시설, 장비, 자금 등으로 구성된다.

이러한 모든 투입자원은 병원조직이 기능을 하기 위하여 필수적이다. 어떤 한 부분을 무시하거나 제한한다면 전체 조직의 효과는 떨어진다. 오늘 우리가 이와같은 종합 학술대회를 하는 것도 이러한 차원에서 이루어진 것이라고 생각한다.

산출부분은 투입된 것이 변환과정(관리과정)에 의하여 나타난 조직의 산출(목표)을 말한다. 기대하는 산출은 조직의 구성원들이 달성하기 원하는 미리 결정된 목표로 구성되는데 대상자에게 양질의 진료를 제공하는 것이 될 수 있다.

변환과정은 투입이 조직의 산출로 전환되는 것을 말한다. 이는 흔히 조직의 기능이라고 볼 수 있으며 의사결정과정, 기획과정, 조직과정, 수행과정, 통제과정이 상호작용하여 지속적으로 서로 영향을 미치면서 동시에 진행하여 이들 상호작용 전체가 투입을 산출로 바꾸는 변환을 일으키게 된다. 즉 기획과정을 통하여 산출—투입이 결정되고 조직설계와 구조는 조직과정을 통하여 결정되며 수행과정을 통해 조직내에서의 활동을 시작케 함으로써 조직을 동적인 상태로 변화시킨다. 끝으로 조직내에서 시작, 수행되는 감시활동과 관련된 의사결정이 통제과정을 통하여 내려진다. 예를들어 구체적으로 설명한다면 기획과정을 통하여 양질의 진료 제공이라는 기대산출과 그 기대산출을 이루기 위한 간호인력이 기획과정을 통하여 결정되고 조직, 수행, 통제과정이라는 변환과정을 거쳐 양질의 환자진료라는

목표를 달성한다. 그러나 기대수준과 비교하여 기대하는 목표를 달성하지 못했을 때 환류과정에 의하여 간호인력의 투입을 변화해야 하는지 아니면 투입된 인력의 조직과정을 변화해야 하는지에 대한 결정을 내리게 된다. 기대수준에 도달했을 때는 동적인 평형을 유지하면서 체제가 내적, 외적 변화에 부응하도록 한다.

한편 병원조직은 외부환경에 의해 영향을 받으며 또 반대로 영향을 준다.

의료보험과 같은 프로그램은 병원조직의 투입을 제한할 수 있고 과정에 영향을 주며 결과적으로 산출의 본질에 영향을 미친다.

이상과 같이 체제이론에 입각해서 병원조직을 볼 때 병원은 상호관련적이고 상호의존적인 부분들의 결합이다. 그러므로 병원조직은 더 이상 폐쇄조직에 머물러 있어서는 안되며 개방조직으로서 변화되는 내외적 환경에 빨리 적응할 수 있는 능력을 갖추어야 한다.

Ⅲ. 부서간의 관계 조정

조직의 어떤 한부분(하위체제)도 다른 부분없이 효율적으로 일할 수 없고 한 부분에서 취한 행동은 조직을 통해서, 때로는 조직의 복잡한 환경을 통해서 영향을 미친다. 따라서 하위체제간의 조정이 매우 강조된다. 또한 병원관리를 적용함에 있어서 병원관리체제는 환경과의 관계 뿐만 아니라 자체내의 관계에서도 개방적이어야만 하는데 이는 체제의 구성요소간의 내적인 상호관계가 전체체에 영향을 주기 때문이다. 양질의 서비스는 한 두사람의 의사나 간호원만으로 되는

것이 아니라 모든 직원의 총체적인 전심전력으로만 이루어지는 것이다.

그러므로 병원의 각 부서장은 병원이라는 상위체제에 관한 정보를 알아야 한다. 만약 어떤 부서의 장이 병원의 움직이는 방향이나 전체병원 차원의 문제에 관한 일을 알지 못하고 있다면 그 부서장은 자기 부서 일에만 신경을 쓸뿐 병원의 일부분으로서의 자기부서의 기능을 망각하고 있는 것이 될 것이다. 그리고 그 부서장은 진실로 병원전체의 목적, 정책, 당면과제는 관심을 갖고 있지 않다는 것을 의미하게 된다. 물론 각 부서장과 병원 최고경영층사이에 의사소통이 되지 않는 이유중에는 병원장실이나 병원장 측근의 경영층(예: 부원장)에게로 가는 문턱이 높은 까닭도 있다. 최고 경영층은 병원의 목적, 운영방법이 각 부서에서 받아들여지고 있는지, 각 부서간에 병원의 목적 달성을 위한 협력이 이루어지고 있는지를 확인해야 하고 따라서 항상 의사소통로와 정보체계가 잘 열려져 있는가를 점검해야 한다. 각 부서장은 정보의 접수, 해석, 이용방법을 잘 알고 있어야 한다. 그러나 자기보다 상위에 있는 관리자가 전달하지 않는다면 정보의 교류는 단절될 수 밖에 없다.

병원경영의 성패는 어느 정도 각 부서간에 성취되는 협조와 의사소통에 의존한다. 그런데 흔히 큰 병원일 수록 정보의 순환시스템에 약점이 있기 마련이고 이때문에 작업의 실패를 가져오는 예가 흔하다. 정보순환시스템의 약점은 각 부서간이나 각 업무단위간에 불충분한 정보의 교류, 정보흐름의 병목현상, 정보의 왜곡 등이다. 절차 병원조직이 복잡화해 감에 따라 관리자의 정보관리 및 의사소통능력이 더욱 중대해 질 것이다. 그러므로 효율적인 관리를 위해서는 즉 양질의 진료를 위해서는 무슨 일이 일어나고 있는가, 무슨 일이 일어나게 될 것인가, 무엇이 필요하고 무엇이 계획되고 있으며 어느 것이 성공하고 어느 것이 실패하였는가 등에 대한 부서간의 오해를 최소화하려는 정보의 생성과 소통관리가 필수적이 되어야 한다.

현대병원 조직구조는 양질의 진료를 공급하기 위해 다른 조직에서 흔히들 보는 일반적인 계층조직으로는 그 기능을 다할 수 없으며 그 운영의 성공적 비결은 소위 matrix organization 체제의 올바른 이해와 그들간의 협조운영체제를 통하여만 가능하다.

IV. 병원조직에서의 각 부서와 간호부서와의 관계

병원은 특별한 기능을 가진 사람들로 구성된 하위조직으로 나누어져 있고 이러한 하위조직의 구성원들은 병원의 목표를 달성하기 위해 함께 일하고 있다. Lawrence와 Lorsch는 전자를 분화의 과정이라 하였고 후자를 통합의 과정이라 했다. 병원환경을 볼 때 이러한 분화와 통합의 개념은 적합한 것으로 보인다.

그러나 자기 분화된 부서로 조직된 병원에서는 양질의 진료라는 병원목표를 달성하기 위해 통합이 이루어져야 하는데 간호원은 이러한 통합자의 역할을 수행하는 사람이다. 즉 간호원은 모든 분화된 부서를 환자진료의 측면으로 함께 끌어들이기 위해 이들 부서의 직원들과 방계적인 관계를 맺으며 일하고 있다. 그러나 문제는 대부분의 분화된 부서에서 간호원의 이러한 통합자의 역할을 너무 이해하지 못하고 있는 사실이다.

(표 1) 병원조직의 부서에서 간호부가 하는 일을 알고 있는지에 관한 응답율

부	서	예 실수(%)	아니오, 실수(%)
병원장실		42(84)	8(16)
기획조정실		22(67)	11(23)
임상 각 진료부서(내과, 외과)		50(82)	11(18)
수련부(인턴, 레지던트 총괄부서)		45(78)	13(22)
원무과		36(65)	19(35)
임상병리과		31(51)	30(49)
방사선과		33(57)	25(43)
약제과		38(62)	23(38)
영양과		42(70)	18(30)
관리과(관리계, 외자계, 물품, 자재창고, 세탁부, 재봉실)		40(69)	19(31)
구매과		29(56)	23(44)
총무과(인사계, 서무계)		32(58)	23(42)
원무과		29(73)	11(27)
사회사업실		30(79)	8(21)
의무기록실		43(83)	9(17)
시설과(영선, 시설, 질공, 배관, 목공, 도공, 전기시설등)		34(59)	24(41)
계		576(68)	272(32)

(표 2) 병원조직의 각 부서에서 간호부의 일을 지지해 준다고 생각하는지에 관한 응답률

각 부서	예 실수(%)	아니오 실수(%)
병원장실	36(63)	21(37)
기획조정실	18(45)	22(55)
임상 각 진료부서(내과, 외과)	36(63)	21(37)
수련부(인턴, 레지던트, 총괄부서)	2(7)	26(93)
원무과	35(64)	20(36)
임상병리과	31(55)	25(45)
방사선과	33(61)	21(39)
약제과	39(64)	21(36)
영양과	47(80)	20
관리과(관리계, 외자계, 물품, 자재, 창고, 세탁부, 재봉실)	47(80)	12(20)
구매과	42(79)	11(21)
총무과(인사계, 서무계)	34(61)	22(39)
원목실	36(86)	6(14)
사회사업실	31(82)	7(18)
외무기록실	45(82)	10(18)
시설과(영선, 시설, 철공, 배관, 목공, 도공, 전기설비)	52(91)	5(9)
계	826	564(68) 262(32)

이에 필자는 56개 종합병원을 대상으로 병원의 간호부서와 타부서와의 관계를 알아보기 위해 질문지에 의한 조사를 실시하였다.

그 결과 대부분의 병원간호부서가 다른 모든 부서와 관계를 맺으면서 일하고 있는 것으로 응답했으며 각 부서에서 간호부가 하는 일을 알고 있는가를 물었을 때 전체적으로 68%가 간호부가 하는 일을 알고 있는 것으로 응답했으나 90%이상의 응답율을 보인 부서는 한 부서도 없었고 다만 병원장실(84%), 외무기록실(83%), 임상 각 진료부서(82%)가 80% 이상의 응답율을 보였으며 임상병리과(51%), 구매과(56%), 방사선과(57%), 시설과(59%)는 간호부의 일을 대체로 파악하지 못하고 있는 것으로 나타났다(표 1 참조). 또한 이들 부서가 간호부의 일을 얼마나 지지해 주는가를 물었을 때 평균적으로 68%가 간호부의 일을 지지해 준다고 응답했으나 부서별로는 시설과(91%), 원목실(86%), 사회사업실(82%), 외무기록실(82%), 영양과(80%), 관리과(80%), 구매과(79%)가 대체로 지지를 잘 해준 반면 수련부(7%), 기획조정실(45%), 임

(표 3) 각 부서와의 협조체제를 위한 방법

방법	빈도	%
대화를 통한 의사소통	165	44
신뢰와 이해	128	34
신속한 업무처리	29	8
간호업무파악	17	5
친목도모	15	4
책임의식	13	3
적극적인 지지	10	2
계	377	100

상병리과(55%)등 나머지 부서는 70%이하의 지지율을 나타내고 있었다(표 2 참조).

한편 양질의 진료를 제공하기 위해 이들 부서와 어떻게 협조가 이루어져야 한다고 생각하는가를 물었을 때 각부서에 대해 공통적으로 응답한 내용중 가장 높은 빈도를 보인 것은 대화를 통한 의사소통(44%) 및 신뢰와 이해(34%)로 나타났다(표 3 참조).

물론 이상의 결과만을 가지고 간호부서와 타부서와의 심층적인 관계를 파악할 수는 없으나 간호부서와 관련을 갖고 있지 않은 부서는 거의 없는 것으로 미루어 볼 때 타부서에 간호부의 하는 일을 알리고 지지를 얻기 위해서는 신뢰와 이해를 바탕으로 한 원활한 의사소통이 필요함을 알 수 있었다.

많은 병원에서 의사소통이 잘못됨으로 인해 효율적인 행정이 이루어지지 못함을 볼 수 있는데 의사소통이 잘못되는 것은 행정자의 무능력에만 원인이 있는 것이 아니라 정보의 결핍, 자유로운 정보교환시스템의 부재와 정보의 지연, 불충분하거나 부정확한 정보에도 큰 원인이 있다. 따라서 행정자는 이러한 내용의 의사소통이 왜 필요한가를 생각하고 또한 어떻게 전달할 것인가에 대해서도 관심을 가져야 한다. 행정자는 각 부서간의 상호호혜적인 관계를 인식하고 조직내 어느 부서에의 변화는 다른 부서에도 영향을 미침을 알아야 할 뿐만 아니라 각부서와의 상호작용이 건설적이고 상호호혜적관계를 증진시키는가를 확인해야 한다. 병원내의 각 부서간의 상호작용은 일단 팔고 사는(Buy-sell) 개념이 조직안에서 이루어져 원활히 움직인다.

V. 협조적인 간호체제 확립을 위한 정책방안

양질의 진료는 한 사람의 직원, 한 부서의 힘만으로는 이룰 수 없으므로 확인된 문제를 원활히 해결하기 위해서는 공식적 또는 비공식적인 각 부서간의 협조가 요구된다.

협조는 병원내 모든 부서를 위한 가장 생동력있는 장기 전략인 것이다.

그러나 간호부서가 양질의 진료제공을 목표로한 협조체제로서 원활하게 기능하기 위해서는 개인적, 조직적, 관리적 측면에서 변화가 이루어져야 하겠기에 이러한 변화를 위한 전략이 앞으로의 병원정책결정에 반영될 것을 기대하며 몇가지 방안을 제시하고자 한다.

1. 개인적 측면

1) 간호부장의 정책 결정에 참여

많은 기관에서 간호부장은 이사회와 정책결정의 위치에 있는 사람들에게 알려지지 않은 뿐만 아니라 병원 조직상에서도 의사결정에 참여하지 못하고 있다. 그러나 간호부서는 병원에 있어서 가장 큰 부서이며 간호부의 예산은 어느병원 예산에 있어서도 가장 큰 하나의 항목으로 이루어져 있다. 그러므로 간호부서의 능률적이고 효과적인 운영은 병원운영에 영향을 미치고 병원의 1차 목표인 환자의 질적인 진료제공에도 영향을 미친다. 특히 간호부서는 진료부서와 더불어 유일하게 하루 24시간 일주일 내내 환자에게 직접 care를 제공하는 부서로 대상자의 요구를 파악하여 정보를 제공할 수 있다.

그러므로 간호부장이 부관리자 또 부원장이란 title을 가진다면 병원행정단에 속하게 될 것이며 하나의 관리자로서 병원정책결정에 참여하므로써 병원의 목표를 계획, 통합, 수행하는데 효율적으로 공헌할 것이다.

병원내에서의 주요 정책결정자들은 대개가 의료진들이다. 그들은 간호부의 문제나 관심을 솔직히 정확하게 대변할 수 없다.

그러므로 간호부장이 행정자와 함께 회의에 참여하여 초기에 토의내용을 듣고 제안할 수 있다면 더욱 효율적으로 계획안이 수행될 수 있으며 결과적으로 타부서와의 협조적인 관계에 기여할 수 있을 것이다.

그러나 몇가지 문제가 있을 수 있다. 아직도 여자를 낫게 보려는 우리나라에서 간호부장이 여자이고 그들

의 학력이 학사학위를 소지하지 못한 사람들도 있다는 점이다. 그러므로 먼저 간호부장은 관리기술과 학문적인 준비를 통해 지식을 증가시킴으로서 공식, 비공식적으로 기관내에서 의료진과 전문직인으로서의 수평적 관계를 유지할 수 있어야 한다.

2) 임상간호전문가의 활성화

여러가지 진단절차와 치료절차가 세분화되어가고 있고 복잡해지면서 이에 부응하는데 필요한 기계, 기구, 물품 및 약품들이 발달하며 다양해지고 또한 편리해지고 있다. 이에 따라 타부서와 협조적인 관계를 유지하면서 양질의 간호를 제공하기 위해서는 환자간호에 필요한 전문지식과 기술의 수준도 계속해서 향상되기를 도전받고 있다.

Simme(1977)는 간호의 전문화는 1) 전문직의 특성에 부응하기 위하여 2) 간호 전문직에 대한 사회의 요구에 부응하기 위하여 기본지식을 계속 획득 및 발달시키고 간호실무를 향상시키는 것이라고 주장하였다.

Smitt(1985)는 미국의 DRGs제도하에서는 환자의 평균일원일수가 줄어들고 있으며 진단에 따라 예측치불제도가 이루어지는 상황에서는 신속하게 사정하여 정확하고 집중적인 간호계획과 수행을 해야 하므로 월급을 많이 지급해야 함에도 불구하고 앞으로는 전문간호원이 매우 환영받게 될 것으로 예측된다고 하였다.

2. 조직적 측면

1) 일차 간호 전달 체제의 적용

간호 전달체제에는 현재 3가지 방법이 이용되고 있다. 첫째는 기능적 간호전달체제로 이는 간호가 업무별로 나누어져 개인에 따라 각기 다른 업무를 수행하는 것이다. 예를 들면 보조원은 모든 침대를 정리하며 일반간호원은 모든 처치를 하며 주임간호원은 모든 투약을 하며 수간호원은 전반적인 감독자이며 모든 사람이 수간호원에게 보고한다. 이 방법은 모든 책임과 권한이 수간호원에게 있어 고전적 조직과 유사하다. 적당한 시간안에 많은 업무를 완전하게 하도록 하며 각 개인이 행동할 수 있는 것이나 행동하도록 교육된 것만을 행한다는 장점이 있으나 한 환자에 대한 간호가 조각조각으로 나누어서 주어지므로 환자는 그들의 간호원이 누구인지 모르고, 개별적이고 전인적인 간호를 제공받지 못한다.

두번째로 팀 간호전달체제가 있는데 이는 Lambers-ton(1953)에 의하여 고안되었으며 집단으로서 민주적으로 함께 일한다는 것이 기본생각이다. 환자를 몇

집단으로 나누어 등록간호원이 팀지도자가 된다. 팀지도자 밑에는 일반간호원과 보조원이 배정되어 능력에 따라 환자가 배치된다. 팀 지도자는 그들의 팀원에 의해서 주어질 모든 간호를 감독하고 조정하는 책임이 있다. 지도자는 필요에 따라 도와주며 지도자나 팀원이 발견한 요구중 다른 팀원들이 대처해 줄 준비가 되지 못한 요구를 대처한다. 이 방법은 각 팀원의 능력이 완전히 이용되며 따라서 직무만족이 높아져 환자 간호에 긍정적 영향을 미칠 수 있다. 그러나 팀지도자가 능력이 없는 간호원으로 선정되었을 때는 전체 체제가 분리될 수 있으며 팀 구성원의 간호원이 비번으로 바뀔때 혼동과 욕구불만이 생길 수 있다는 단점이 있다.

마지막으로 일차간호전달체제가 있는데 이는 가장 새로운 간호체제로 1970년 Manichey에 의해 발전되었다. 이것은 “나의 환자-나의 간호원”의 개념으로 각 간호원은 완전한 24시간 간호를 계획한다. 일차간호원은 환자가 병동에 머무는 동안에(입원시 부터 퇴원할 때까지) 간호원이 일하는 모든 시간을 자기의 환자를 위하여 간호한다. 일차간호원이 그곳에 없을 때는 부책임 간호원이 환자간호에 배정되며 일차간호원이 계획한 간호를 따라서 한다. 이 체제는 다른 간호전달체제보다 분산화된 조직적 구조를 가졌으며 각 일차 간호원은 더 큰 책임과 권한을 갖는다. 이 방법은 환자, 간호원 둘다에게 만족을 제공한다. 왜냐하면 일차간호원이 완전한 간호를 계획하고 제공하기 때문에 대상자의 간호에 포함되는 모든 다른 건강팀원과 의사소통할 수 있으며 간호의 계속성을 제공한다. 이는 또한 최고의 질적 간호를 제공하는데 있어서, 비용면에서 팀간호보다 효과적임이 발견되었다.

그러므로 타부서와의 의사소통을 원활히 하면서 질적인 간호를 제공하기 위해서는 앞으로 일차간호전달체제를 도입하는 것이 바람직하다. 그러나, 병원상황에 따라 팀간호와 일차 간호전달체제를 수정한 간호전달체제를 적용하는 것도 좋을 것으로 생각된다.

2) 진료의 질보증을 위한 간호감사활동의 활성화

우리나라의 경우 대한병원협회(1981)가 병원 전반부에 대하여 병원표준화 심사요강이란 구조적 평가도구를 이용하여 병원 조직의 효과성에 대한 객관적 업무활동을 심의하고 있어 병원사업의 질적향상에 공헌하고 있다. 병원내 각 부서의 사명이 질적인 환자 진료를 목표로 하고 있는 한 질감사(Quality Assurance)는 평가의 핵심적 역할을 담당한다. 그러나 질을 평가하는 때는 3가지 측면 즉 구조적, 행위적, 결과적 측면

으로 평가해야 한다.

양질의 진료를 제공하기 위한 병원 전체의 목적을 달성하기 위하여 간호부는 양질의 간호를 제공하는 것이 목표가 될 수 있다. 그러기 위해서는 우리가 시행하고 있는 간호업무에 위에 제시한 3가지 측면으로 평가하고 그 장·단점을 파악하고 수정하여 다시 실제 업무에 적용하는 것이 필요하다.

구조적인 측면에서의 질평가란 간호가 제공된 상황을 평가하는 것으로 즉 물리적 시설, 간호원의 배치현황, 감독방법, 간호원들의 숙성과 같은 것을 파악하여 평가하는 것이다.

행위적 측면에서의 평가란 환자와 간호원간의 상호 작용하는 간호활동을 평가하는 것을 말한다. 이는 간호원이 무엇을 어떻게 하는가 관찰하여 평가하는 것으로 간호원이 주는 행위와 환자가 받는 간호에 초점을 두는 두가지 방법으로 접근할 수 있다.

결과적 측면에서의 평가는 간호의 결과로서 나타나는 환자의 건강상태의 변화를 평가하는 것이다. 그러므로 간호의 질을 향상시켜 병원전체의 목표를 달성케 하기 위하여는 간호부 자체내에 감사위원회를 조직하여 간호기준을 설정하고 적절한 평가방법을 사용하여 주기적으로 간호현실을 진단하므로써 장점을 격려, 강화하고 단점을 수정, 해결해 나가는 방법을 모색해야 할 것이며 QA결과를 기초로 타부서와의 협조체제 기 능도 평가할 수 있어야 한다.

3. 관리적 측면

1) 간호원의 역할갈등 관리

매우 복잡한 조직체인 병원은 자금 참여자 사이에 상당히 높은 수준의 역할갈등과 모호성으로 인한 갈등을 가지며 이러한 갈등은 협조체제의 기능을 약화시켜 결과적으로 환자진료의 질에 영향을 미친다.

특히 병원인력의 약 40%를 차지하며 환자와 24시간 직접 접촉하는 간호원의 역할갈등과 역할모호성은 조직에 미치는 악영향 뿐만 아니라 환자진료의 질에 영향을 미칠 수 있다.

역할갈등은 역할을 실제로 수행하는 초점인물이 대상자의 일치되지 않은 기대로 인하여 경험하는 긴장 및 어려운 상황을 말한다.

Sarbin은 역할갈등의 유형을 역할간 갈등과 역할내 갈등의 두가지로 분류하였다. 역할간 갈등이란 두가지 이상의 역할을 동시에 가지고 있는 경우 그 각각의 역할기대가 상치될 때 경험하는 어려움이나 긴장을 말한

다. 역할내 갈등이란 한가지 역할에 둘 이상의 대상에게서 각각 다른 내용의 역할 기대를 가질 때 생기는 어려움이나 긴장을 말한다.

간호원의 위치는 환자와 보호자, 동료, 건강팀 요원 및 관리부서 직원으로 구성되는 역할집합내에서 중간에 서게되는 경계역할을 수행하게 된다. 그러므로 다수의 역할 전달자가 존재하며 그 기대가 각기 다를 수 있다. 특히 간호원으로서 의사와 환자가족의 기대가 서로 달라 역할내 갈등을 경험하는 예는 흔히 볼 수 있다.

특히 전문직에 종사하는 사람일수록 역할내 갈등을 경험하는 예가 많은데 Kalish는 이러한 갈등의 원인을 첫째, 각기의 전문교육을 받을 때 서로 다른 점을 강조하는 점이며 둘째, 타전문직의 기능 및 목적에 대한 이해부족 셋째, 서비스를 하는 입장과 받는 입장이 다르고 넷째, 각기 다른 권위체제를 가지거나 여성에 대한 과소평가등을 들고 있다.

김의 "종합병원 간호원의 역할갈등과 역할모호성에 관한 실증적 연구"에서도 간호원의 역할갈등은 조직이 커지면서 직원간의 유대관계 및 의사소통의 결여, 정보부족으로 인한 조직구조적 갈등이 크게 나타났다고 보

고하면서 간호원은 전문직으로서의 속성을 가지고 있음에도 불구하고 항상 의사의 지시에 따르는 경우가 많고 조직이 커짐에 따라 조직자체의 목적을 추구하는 과정에서 직무구조를 전문화하고 명령계층을 강화하고 지휘의 통일을 강조하기 때문에 전문직으로서 가장 중요하게 요구되어지는 자율성의 부족이 역할 갈등을 야기시킨다고 하였다.

그러므로 이러한 갈등을 관리하기 위해선 첫째, 병원내의 각 부서간의 상호 이해의 폭을 넓히기 위해 공동으로 참여할 수 있는 비공식조직을 적극 권장하고 이를 활성화하여 원활한 의사소통에 의한 인간적인 이해와 협조를 통해 긍정적인 상호작용을 유발시키고 둘째 간호원 자신에게서 발생하는 인간관계 문제의 개선을 위해 계속해서 자기평가 및 노출훈련을 통하여 타 의료인과 환자와의 관계에서 원만한 인간관계를 형성하도록 하고 셋째 의사와의 관계에서 수평적인 관계를 유지하여 상호의존적인 의사소통을 하도록 노력해야 한다. Georgopoulos과 Mann은 의사와 간호원이 상호의 업무 문제점, 그리고 필요성을 이해하는 병원에서 양질의 진료가 이루어짐을 목격했다고 보고하고 있다. 마지막으로 간호원의 의사결정에의 참여를 통해서

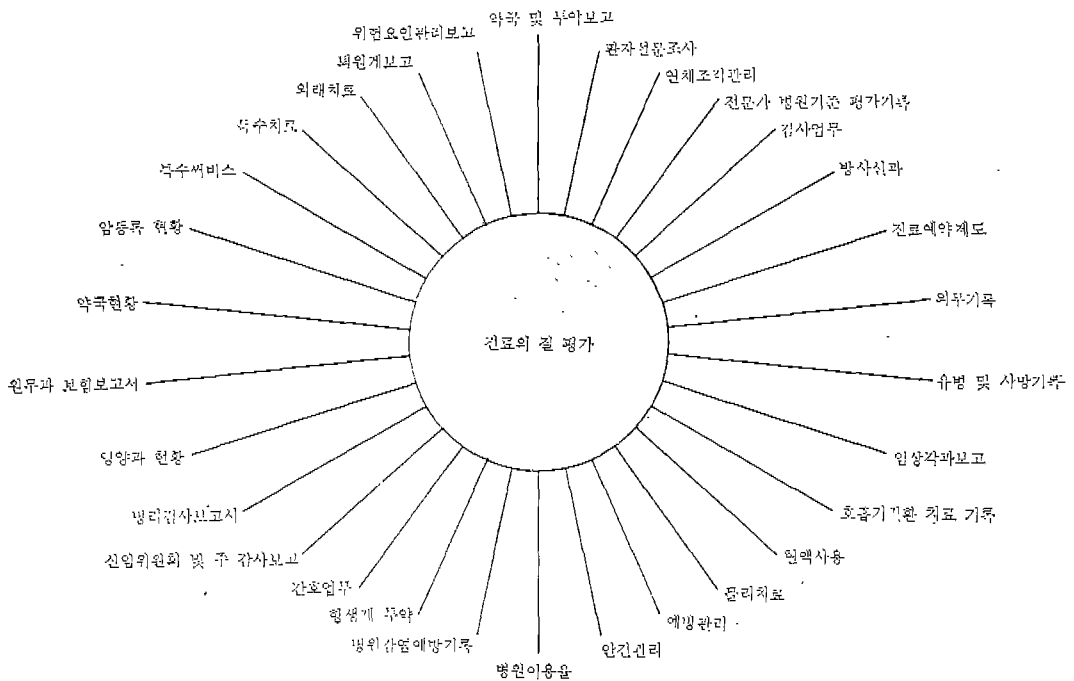


그림 5 진료의 질적 효율성 평가에 필요한 각종 정보

개인적 주제성을 높여주고 자율성을 고취시켜주어야 한다.

2) 정보의 관리

환자에게 제공된 진료의 질적 효율성은 병리검사소 견 보고서, 의무기록, 조직검사 보고서, 간호업무기록, 투약보고, 병원이동율, 병원감염예방기록, 유병 및 사망기록등 <그림 5>에서 보는 것과 같은 정보를 적절하게 획득하고 어떻게 이용하는가에 크게 의존한다. 또한 이러한 정보는 환자의 진료상 문제점을 확인하기 위해 분석되고 환자의 진료향상을 위한 정책을 개발하는데 사용된다. 사례관리기능(case management function)을 담당하고 있는 간호원은 병원내 모든 다른 부서와 관련을 갖고 일하기 때문에 환자진료의 직접, 간접적 측면을 연결하는 정보에 가장 익숙하다.

특히 직접적으로 환자를 관리하는 환경에서 이러한 정보를 전달하고 전달받아야 하는 위치에 있는 간호원은 다른 부서의 정보관리기능에도 직접적인 영향을 미친다. 따라서 앞으로 병원시스템이 전산화 되면서 통합된 정보시스템을 개발할 때 각 부서간의 정보의 효율적인 관리를 위해선 간호원이 그 핵심적인 역할을 담당해야 할 것이다.

VI. 결 론

양질의 진료라는 병원 목적을 달성하기 위해서는 병원조직은 개방체제로서 존재해야 하며 상위체제인 사회의 변화와 요구에 부응하여야 한다. 또한 하위체제간에 상호관련성을 갖고 끊임없는 상호작용을 통하여 의사소통하며 전체 병원조직의 목적을 달성하기 위해 각 부서는 하위체제로서의 기능을 다하여야 한다. 간호부서는 양질의 간호계몽을 통하여 병원의 1차기능인 양질의 진료목적 달성을 위하여 한다.

양질의 진료제공을 위한 협조적인 간호체제를 확립하기 위해서는 간호부서도 병원조직의 정책결정에 참여하고 전체 조직의 계획·수행에 참여할 수 있어야 하며 일차간호진달체제를 도입하고 임상간호전문가 제도를 활성화하여 진료팀과 상호협조적으로 기능을 수행함으로써 환자의 만족과 진료의 질을 증진시키고 이를 통해 역할갈등을 최소화하도록 해야 한다. 또한 간호감사위원회와 같은 비공식조직을 통하여 간호의 질을 주기적으로 평가하므로써 하위체제로서의 기능을 잘 수행하고 병원내 정보의 관리에 있어 핵심적 역할을 담당하므로써 병원전체 조직의 목적인 양질의 진료에

협조할 수 있다.

참 고 문 헌

- 신영수, 기획—운영관리개선 체계의 기획과 실천—, 대한간호, 제23권 제3호 1984년, 유승훈역 병원관리, 수문사 1986.
- 이기을, 경영관리론, 박영사, 1985.
- 정효진, 질적간호제공의 문제와 해결방안, 대한간호, 제19권 제5호 1980.
- 홍신영, 질적간호와 그 수행방안, 대한간호, 제19권 제5호, 1980.
- Auger, Jeanine Roose, *Behavioral Systems and Nursing*, 1976.
- Beyers, Marjorie, Getting on Top of Organizational change part 1, Process and Development, *The Journal of Nursing Administration*, Oct. 1984.
- Beyers, Marjorie, Getting on Top of Organizational change part 2, Trends in Nursing Service, *The Journal of Nursing Administration*, No. 4, 1984.
- Beyers, Marjorie, Getting on Top of Organizational change, part 3. The Corporate Nurse Executive. *The Journal of Nursing Administration*, Dec, 1984.
- Booth, Rachel Z., "power; a negative or positive force in relationships?", *Nursing administration Quarterly* Summer, 1983.
- Bruhn, Pamela S., Howes, Donna Hill, Service Line Management New opportunities for Nursing Executives, *JONA*, Vol. 16, No. 6, June 1986.
- Gilliss, C.L., Collaborative practice in the hospital; what's in it for nursing? *NAQ*, Vol. No. 1983.
- Guy, Mary Ellen, Interdisciplinary conflict and Organizational complexity, *Hospital & Health Service administration*, Jan/Feb., 1986.
- McClure, Margaret L., "Managing the professional Nurse", *The Journal of Nursing Administration*, Feb., 1984, pp. 15~22.
- McClure, Lynne, Organization Development in the Health Care Setting, *Hospital & Health Services administration*, July/Aug., 1985, pp. 55~64.
- Mckay, Priscilla S., "Interdependent decision making

- ng: redefining professional autonomy", *Quarterly*, Vol. 7, No. 4, 1983, pp.21~30.
- McClure, Margaret L., "Managing the professional Nurse", *The Journal of Nursing Administration*, March, 1984, pp.11~17.
- Morath, Julianne, Leaders, Putting, Consultants & Teachers on the line, *Nursing Management*, Vol. 14, No. 1, Jan., 1983, pp.50~52.
- Morath, Julianne, Leaders, Putting, Consultants & Teachers on the line, *Nursing Management*, Jan., Vol. 14, No. 1, 1983.
- Nackel, John G., and Kues, Irvin W., "Product-Line Management: Systems and Strategies", *Hospital & Health services administration*, March/April, 1986, pp.109~123.
- Niederbaumer, Lyla, The Director of Nursing Service: A participant in top Management, *Supervisor Nurse*, Dec., 1979, pp.22~27.
- Peterson, Marlys E., Allen, David G., Governance, Shared: A Strategy for Transforming organizations, part 1, *J.O.N.A.*, Vol. 16, No. 1, Jan.,1986, pp. 9~12.
- Peterson, Marlys E., Allen, David G., Governance, Shared: A Strategy for Transforming Organizations, part 2, *J.O.N.A.*, Vol. 16, No. 2, Feb., 1986, pp.11~16.
- Rhea, James T., Long-Term Improvement in Cost and Quality within Hospitals, *Hospital & Health Services administration*, July/Aug., 1986, pp.64~73.
- Singleton, Enrica Kinchen, Nail, Frankie Cameron, Developing Relationships with the Board of Directors, *J.O.N.A.*, Vol. 16, No. 1, Jan. 1986, pp. 37~42.
- Tausky, Cu, *Work Organizations Major Theoretical perspectives*, 유경해 송영달역, 조직이론, 연세대학교 출판부, 1977.
- Trent, Wendell C., Fache, Some Unique Aspects of Health care Management, *Hospital & Health Services Administration*, Jan./Feb., 1986, pp. 122~132.