

지역병원의 기술수준(IV)

저자 : 에드워스 패터슨(홍콩, 연합기독병원)

번역 : 신영수 · 김용익 · 권영대(서울대 의대 의료관리학교실),
서정숙(서울대 보건대학원)

이 글은 최근 일차보건의료에 있어 새로운 접근방법으로 제시되고 있는 「지역의료체계」내에서, 병원이 어떠한 역할을 담당하여야 하며, 그러한 역할을 담당하기 위해서는 어떠한 변화가 필요한지를 제시하고 있다. 그러나 저자가 지적하고 있는 바와 같이 꼭 지역의료체계 개념이 아니더라도 지역사회내에서 주민의 건강증진에 기여하고자 할 때 병원이 어떠한 방향을 취하여야 할 것인가에 대해서 일반론적으로도 많은 시사를 던져주고 있다. 지역의료체계에 대한 최근의 문헌들 중에서 병원에 대해 가장 상세하고 종합적 논의를 전개하고 있어, 널리 소개하고자 한다.

〈譯者〉

차례

- ★ 1. 들어가는 글
- ★ 2. 지역병원의 새로운 역할
- ★ 3. 병원과 지역
- ★ 4. 지역병원의 관리적 기능
- ★ 5. 임상과정
- 6. 지역병원의 임상적 기능
- 7. 지역병원의 기술적 기능
- 8. 지역병원의 호텔기능

★는 계재분

5. 임상과정

환자를 돌보는 일은 적어도 표면상으로는, 병원의 가장 명백한 기능이며, 다른 모든 기능들은 환자를 돌보는 일을 효과적으로 수행할 수 있도록 촉진이 맞추어져 있다. 병원내에서만 일하는 사람들은 자신이 병동에서 보는 것이 지역사회의 질병양상을 그대로 보여주는 것으로 믿기 쉽다. 그러나 병원 근무자들은 그들이 보고 있는 것은 단지 병원내부에서만 일어나고 있는, 질병과정의 작은 부분에 불과한, 「병원사건(hospital incident)」에 불과하다는 사실을 염두에 두어야 한다. 많은 경우 환자가 병에 걸렸다는 것을 미처 깨닫지 못하고, 도움을 받아야 할 것인지를 망설이는 동안 그리고 친척들이 의사에게 가보라고 환자를 설득하기 까지에는 오랜시간이 지나가 버린다. 경우에 따라서는 환자가 일을 해서 가족을 부양해야 하기 때문에 의사에게 가지 못하게 될 경우도 있다.

질병을 가진 상태로 적응하게 되거나, 또는 장애상태를 가지게 됨에 따라 병원을 나선 후에도, 의학적 의미에서는 아닐지라도 사회적, 심리적 재활의 의미에서 환자가 회복하는데는 오랜 시간이 걸릴 수 있다.

병의 전과정을 통틀어 보면 거의 대부분의 시간이 지역사회에서 쓰이고, 비록 중요하긴 하지만 아주 짧은 시간만이 병원에서 쓰이는 것이다. 환자를 돌보는 사람들은 입원전·후의 과정이 있음을 잊지 말아야 하며, 그 기간 동안 환자에게 영향을 미친 다양한 요소들을 이해하려고 노력해야 한다. 그러기 위해서는 지역사회를 이해하고 그 사회적, 종교적 구조를 이해해야 하며, 이러한 사실들이 병원 모든 직원들의 훈련계획에 반영되어야 한다.

1) 임상과정(Clinical process)

환자와 그들의 치료과정은 경우마다 아주 다르겠지만, 많은 부분에 있어 모든 경우에 적용되는 일정한 임상과정이 있다. 그 과정은, 환자가 불편을 느끼고 의사를 찾아오는 일로 시작된다. 하지만 환자가 첫 번째로 호소하는 불편이 환자가 가장 근심하는 것이 아닐 수도 있음을 알아야 한다. 만약 환자가 의사에게 친숙감을 느끼지 못하고, 모든 진료과정이 낯설다면 아마도 그의 첫 번째 호소는 단지 시험삼아 해보는 것일지도 모른다. 의사를 신뢰하게 될 때에야 비로소 자신에게 정말로 문제되는 증상을 말하게 된다. 일단 환자와 의사가 제시된 증상에 서로 공감하게 되면, 임상과정은 진행되어 나가게 된다.

진 단

대개는 의사가 증상, 과거력, 병력에 대해 더 질문을 하는 일반적인 형식을 취한다. 그 다음 진찰을 하고, 필요하다면 방사선 검사나 임상병리 검사를 시행한다. 이 과정에서 의사는 더 많은 정보를 얻을 때까지, 유용한 진행도구로 쓰일 잠정적 진단을 내릴 필요가 있다. 의사 인력이 부족한 경우에는 의료보조원(medical assistant)을 진단적 연산방식(diagnostic algorithm)을 사용하는 것도 유용함이 밝혀졌다. 이것은 임상가가 일련의 예-아니오 질문들을 따라 가면, 적절한 진단 명을 찾을 수 있게 꾸며진 표준화된 진단과정이다. 그러한 연산방식을 제대로 적용할 경우에 진단의 결과는 놀라울 정도로 좋다는 것이 밝혀졌다. 사실 그 원리는 컴퓨터를 이용한 진단법과 동일하므로 그 결과도 마찬가지일 것이다.

환자에게 여러 가지 문제가 있을 경우, 하나 이상의 진단이 필요한 경우가 있다. 이러한 경향은 노인인구

수가 증가함에 따라 늘어나게 될 것이다. 환자는 느끼지 못할 수 있지만 전체적 질병양상에서는 중요한 역할을 하는 말라리아, 기타의 기생충 감염 등의 경우처럼 중요한 풍토병이 있을 때에도 마찬가지이다.

치 료

일단 진단이 내려지면 환자의 치료를 시작할 수 있다. 어떠한 치료가 가장 적절한 것인가 뿐만 아니라, 어디서 치료를 할 것인가도 결정해야 한다. 환자를 병실에 입원시키기는 쉽지만, 그곳이 그 환자의 치료에 가장 적합한 장소가 아닐 수도 있다. 병원에 입원한 환자는 익숙한 주위 환경을 떠나야 하고 낯선 광경과 소리를 때문에 불쾌해 질 수도 있으며, 익숙치 못한 규칙들을 지켜야 할 뿐 아니라, 병동에서 또 다른 감염병에 걸릴 위험도 감수해야 한다. 그러므로 정말로 필요한 경우에만 환자를 입원시켜야 한다. 병상에 대한 수요가 클 경우에는 더욱 그러하다. 꼭 입원할 필요가 있는 환자를 위해 병상을 남겨두어야 하기 때문이다. 병원이든 지역보건기관이든 정기적으로 외래 진료소에 들릴 수만 있다면 환자를 외래로 치료하는 것이 훨씬 경제적일 뿐 아니라 오히려 더 좋은 경우가 많다. 침상에 누워 있어야 하지만, 복잡한 간호가 필요하지 않은 환자라면, 지역담당 간호사가 정기적으로 방문하면서, 환자의 집에서 치료할 수도 있을 것이다. 환자들은 이러한 방식을 더 선호할지도 모르나, 지역담당간호사의 임무가 너무 과중하다거나, 가족들이 환자를 돌보는 일을 꺼리거나 돌볼 수가 없다면, 어려운 문제가 생긴다. 병원에 입원시킨 환자는 가능한 한 빨리 퇴원시켜서, 외래치료나 가정치료를 받도록 해야 한다.

치료에는 약물치료, 수술, 또는 그냥 관찰만 하는 등 여러 가지 다른 형태가 있을 수 있다. 때로 치료가 진단과정의 연장일 경우도 있다. 치료에 대한 반응을 보면서 의사는 임시로 내렸던 진단을 확인하거나 무효화한다. 즉각적인 소생술이 필요하고, 검사결과를 기다릴 시간적 여유가 없는 응급상황의 경우가 그런데, 임상의들이 그러한 상황에 대응하는 방식이 경험, 기술 지식의 척도가 된다.

필요한 약을 구하지 못해 환자의 치료에 곤란을 겪는 경우도 있다. 약의 가격 때문에 바람직한 기간만큼 제대로 쓸 수 없는 경우도 생긴다. 한 사람을 치료하는데 너무 많은 자원이 소모되어 다른 여러 사람들을

치료하는 데 지장이 생길 정도까지 될 경우, 매우 어려운 윤리적인 결정을 내려야 하기도 한다. 가능한 한 그런 상황들이 일어나기 전에 병원 고위진 사이에 토의가 있어야 한다. 실제 그러한 상황을 겪고 있는 환자 옆에서 논리적 결정을 내리기는 어려운 법이다.

간 호

전통적으로 진단과 치료가 의사의 영역으로 여겨져 왔던 것처럼, 환자의 간호는 간호사의 영역으로 여겨져 왔다. 그러나 간호는 모든 사람이 해야 할 일이다. 의사가 환자와 그 친지들에게 이야기 하는 일, 청소원이 침대 옆의 쓰레기를 치우는 일이 모두 똑같이 환자에게는 간호가 된다. 간호는 병원과 환자사이에 맺어진 무언의 계약이다. 환자가 병원측에 보여준 신뢰에 상응하여 병원측은 환자에게 어떠한 일이 있더라도 최선의 간호를 베풀기로 계약하는 것이다. 이러한 계약은, 의사들이 환자의 병을 흔히 보는 것이나, 또는 치유불가능한 경우라서 환자에게 관심을 갖기 않게 됨으로써 혼히 파기되곤 한다. 의사는 자신이 아무런 도움도 더 줄 수 없다고 생각하게 된다.

『당신 자신이 치료받기 원하는 것처럼 환자를 치료하라』는 윌리암 오슬러(William Osler) 말이 자주 인용되지만, 무시되어 버리는 일이 더 많다. 그러나 「2000년까지 전인류에 건강」을 포함한 현대의 모든 보건사업은 인간을 각각 한 개인으로 보는 입장에 근거를 두고 있으며, 이러한 정신은 아픈 사람을 간호하는 방식에도 반영되어야 한다. 물론 대기실, 진료실, 병실의 많은 사람들에게 해줄 수 있는 일에는 한계가 있지만, 마음 속에서는 그러한 한계를 이겨낼 수 있는 방안을 모색해 보아야 한다. 비인간적인 상황에 만족해서는 절대로 안된다.

부의 증가와 사회발달로 인해, 종천처럼 가난한 상황이었다면 이미 죽었을 노인의 수가 증가하게 되었다. 이들 노인 환자들은 동시에 여러가지 병에 걸려 있는 수가 많고 치유되지는 않지만, 그렇다고 금방 목숨이 위태롭지도 않은 그리고, 나머지 여생동안 계속 치료를 해야 할 질병을 갖고 있는 일이 많다.

예를 들면 당뇨병, 고혈압, 만성호흡기질환, 만성관절염 등이다. 만약 이러한 환자들을 정기적으로 계속 진찰한다면, 진료실에서 그들의 숫자가 계속 증가하여 다른 환자들을 보기 힘든 지경까지 이르게 될 것이다.

만성질환 환자들은 위험한 신호를 발견해 내고, 명확히 한정된 범위내에서는 치료약의 투여용량을 변화시킬 수 있도록 훈련된 의료보조원이나 간호사들이 훌륭히 돌보아 줄 수도 있다. 물론 혈압이나 요당치등이 제한치를 초과할 경우에는 반드시 의사에게 의뢰하도록 해야 한다.

또한 뇌졸증, 혈관성심질환, 실명, 사고 등으로 신체장애가 생기는 노인들의 숫자가 증가하여, 이들에 대한 장기 간호가 심각한 문제가 되고 있다. 병원에서는 수요가 많은 단기 병상을 이들에게 제공할 여력이 없으며, 그렇다고 이들을 무리하게 사회로 복귀시키면 수명을 재촉하게 되는 결과가 될지도 모른다. 종래에는 유대력이 강한 가족제도가 이들 환자에게 어느 정도의 희망이 될 수 있었지만, 부의 증가와 함께 대가족 제도는 붕괴되고 있다. 이와 함께 주택규모가 작아져 핵가족 밖에는 수용할 수 없게 된 것도 문제가 된다. 지역담당간호 제도가 때로 활동불능상태의 노인이 있는 핵가족에게 도움이 될 수 있지만, 그것이 불가능한 경우도 많다. 따라서 장기치료병원의 문제를 고려하여야 한다.

간호의 마지막은 임종이 가까운 말기환자와 그의 친지들에 대한 간호이다. 선진국의 경우 「호스피스 간호」에 대한 관심이 급증하고 있다. 그러나 호스피스는 자금과 인력이 풍부한 곳에서나 가능한 것이다. 하지만 과거 몇 년의 호스피스 운영경험으로부터 배워야 할 값진 교훈은 호스피스 간호의 두 가지 기본요소인 증상 완화와 환자와 그 친족에 대한 정신적 도움이 간호업무의 일부분으로 어느 병원에서나 제공될 수 있다는 사실이다. 병원측에서 죽어가는 환자에게 『우리가 비록 당신을 치유해 줄 수는 없지만, 당신을 끝까지 돌보아 주겠다』고 말할 수 있는 것이 바로 「간호계약」의 한 부분인 것이다.

재 활

서양의학에서는 일단 질병이 치유되면 의사는 그 환자에 대해 더 이상 책임이 없는 것으로 생각해 왔다. 그러나 중국의 전통의학의 경우, 증상이 나타나기 훨씬 전부터 질병은 존재해 있었고, 질병의 증상들이 없어진 뒤에도 그 질병은 오랫동안 그 사람에게 영향을 미친다고 여겨왔다. 따라서 보약이나 강장제를 수 주 또는 수개월 동안 계속 투약할 필요가 있다고 생각한다.

이러한 처방이 서구적인 기준에서 효과가 있나 없나가 중요한 것은 아니다. 중요한 점은 환자에게 가능한 한 최대로 정상생활 능력을 회복시켜 주는 것이 치료자의 의무임을 인정하는 것이다. 그러므로 재활은 임상과 정의 마지막 단계이며, 약물치료, 물리치료 또는 환자와 친족들의 상담까지도 포함시켜야 할 경우도 있다. 장애가 생긴 환자의 경우, 다른 직장을 마련해 주거나 집안의 구조를 이들의 상태에 맞게 고쳐 주는 등의 일이 필요하다. 재활기술의 많은 부분에서 풍부한 상상력으로 환자들의 마음을 읽고 공감하여야 할 필요가 있으며, 이것은 재활의료에만 국한되는 것이 아니라 모든 치료자들의 갖추어야 할 사고방식인 것이다.

지역사회는 재활에 어떻게 참여할 수 있는가? 지역사회재활의학(communitybased rehabilitation)의 경험이 점차 늘어나고 있다. 이러한 사업은, 자기주위의 장애자들을 돌볼 시간, 자질, 관심을 가진 지역사회주민들 중에서 지원자를 뽑아 지역재활감독자(local rehabilitation supervisor)로 임명, 교육시켜서 지역병원에 있는 재활보조원(rehabilitation assistant)의 지시를 받게 함으로써 이루어진다. 지역주민들에게 사업을 설명하고 참여를 권유하는 공개적인 모임을 갖는 것이 사업의 첫걸음이다. 지역감독자를 발견, 임명, 교육한 뒤에는 지역조사를 시행하여 모든 장애자들을 파악하도록 한다. 장애에는 신체적, 정신적 장래를 모두 포함해서, 간질, 발육부진, 실명, 귀머거리 등 정상적 생활에 방해가 되는 모든 형태의 장애를 포함하도록 한다. 그리고 훈련내용을 선택해서 환자와 그 가족, 이웃들을

훈련시키기 시작한다. 어려운 경우는 보조원에게 의뢰하도록 한다. 일단 훈련이 종료된 뒤에도 지역감독자는 추후관리와 진행과정의 기록을 계속한다. 지역감독자는 또한 장애자들도 포함한 여러 사람들을 계속 모집하여 사업에 참가시키고 주위 사람들을 돋도록 하는 일도 해야 한다.

좀 더 자세한 사항은 세계보건기구에서 펴낸 「지역사회에서의 장애자훈련(Training Disabled People in the Community)」을 참고하기 바란다.

장애인과 그들의 가족들은 「장애인 모임」에서 서로의 경험을 나눔으로써 많은 도움을 받을 수도 있다. 그러한 모임은 하나의 특정장애, 말하자면 결장절개술 모임, 당뇨병 모임, 뇌졸증 모임 등이다. 장애자 자신을 도와주려는 경우도 있지만, 정신질환자 가족모임과 같이 환자가족들에게 도움을 주려는 경우도 있다. 그러한 모임의 시작은 병원측의 시도로 이루어지기도 하지만 병원측의 도움을 거의 받지 않은 자조적인 조직체가 빨리 될 수 있도록 모든 노력을 기울여야 한다.

지역병원의 물리치료사가 지역의료체계에 밀접하게 관련하게 될 것은 분명하다. 그들이 하는 일 중의 일부는 병원에서 입원환자와 외래환자를 돌보는 일이겠지만, 지역감독자와 함께 환자의 가정을 방문해서 가정에서 치료하고, 조언하고, 훈련시킬 필요도 크다. 때로는 치료가 단기에 끝나고 일정한 재활치료후 활동능력을 완전히 되찾는 경우도 있겠지만, 일생동안 치료가 필요한 경우도 있다. 이러한 경우, 환자의 친족, 가족들의 협조가 가장 중요하다.

〈계속〉