Korean Society for Quality in Health Care
Original Article
https://dx.doi.org/10.14371/QIH.2023.29.1.58
pISSN: 1225-7613 · eISSN: 2288-078X

환자안전사건을 경험한 의료진을 위한 제2의 피해자 지원 프로그램의 동향

최은영[1], 표지희[2,3], 장승경[4], 이 원[1], 옥민수[2,3,5], 이해영[1]

[1]중앙대학교 간호학과, [2]울산광역시 공공보건의료지원단, [3]울산대학교 의과대학 울산대학교병원 예방의학과, [4]인제대학교 간호대학, [5]울산대학교 의과대학 예방의학교실

Trends in Second Victim Support Programs for Healthcare Providers: A Literature Review

Eun Young Choi[1], Jeehee Pyo[2,3], Seung Kyoung Jang[4], Won Lee[5], Minsu Ock[6,7,8], Haeyoung Lee[5]

[1]Assistant Professor, Department of Nursing, Chung-Ang University, Seoul, [2]Senior Researcher, Task Forces to Support Public Health and Medical Services in Ulsan Metropolitan City, Ulsan, [3]Researcher, Department of Preventive Medicine, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Ulsan, [4]Assistant Professor, College of Nursing, Inje University, Kimhae, [5]Associate Professor, Department of Nursing, Chung-Ang University, Seoul, [6]Learder, Task Forces to Support Public Health and Medical Services in Ulsan Metropolitan City, Ulsan, [7]Associate Professor, Department of Preventive Medicine, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Ulsan, [8]Associate Professor, Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Republic of Korea

Purpose: This study aimed to review second victim support programs to identify effective evidence-based strategies for supporting healthcare providers involved in patient safety incidents.

Methods: A comprehensive review search was conducted, including a search of databases, gray literature, and a hand-search of related fields, with "second victim" as the main search term.

Results: We reviewed nine second victim support programs, focusing on their development process, operating form, and performance. These were (a) Peer Support Services, (b) forYOU team, (c) YOU Matter, (d) Resilience in Stressful Events, (e) Clinician Peer Support Program, (f) SWADDLE, (g) Surgery Second Victim Peer Support Program, (h) Caring for the Caregiver, and (i) Code Lavender.

Conclusion: Second victim support programs help solve the emotional problems of medical staff caused by patient safety incidents. Therefore, it is necessary to develop a second victim support program suitable for the medical environment in Korea.

Keywords: Patient safety, Second victim, Psychosocial support systems, Review literature as topic

Received: Apr.08.2023 **Revised:** May.17.2023 **Accepted:** Jun.09.2023

Correspondence: Minsu Ock
Department of Preventive Medicine, Ulsan University Hospital, 877, Bangeojinsunhwando-ro, Dong-gu, Ulsan, 44033, Republic of Korea
Tel: +82-52-250-8793 **Fax:** +82-2-489-2773 **E-mail:** ohohoms@naver.com
Correspondence: Haeyoung Lee
Department of Nursing, Chung-Ang University, 84, Heukseok-ro, Dongjak-gu, Seoul, 06974, Republic of Korea
Tel: +82-2-820-5472 **E-mail:** im0202@cau.ac.kr

Funding: This work was supported by the National Research Foundation of Korea (NRF) grant funded by the Korea government (MSIT) (No. 2018R1C1B6005186). This work was also supported by the National Research Foundation of Korea (NRF) grant funded by the Korea government (MSIT) (No. 2022R1C1C1006810). The funder had no role in the study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.
Conflict of Interest: None

Quality Improvement in Health Care vol.29 no.1
© The Author 2023. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

Ⅰ. 서론

환자안전사건은 환자와 가족뿐만 아니라 사건에 관련된 의료진에게도 영향을 미칠 수 있다. 환자안전사건이 의료진에게 미치는 영향은 1980년대부터 의료진 개인의 이야기 형태로 보고되기 시작하였다. 환자안전사건을 경험한 의료진은 자신의 오류를 깨닫는 순간에 고통을 느꼈으며, 오류를 효과적으로 처리하지 못했다는 사실은 그 고통을 더욱 가중시켰다고 이야기하였다[1]. 또한, 불안, 죄책감 등으로 상당한 정서적 고통을 느꼈고, 이로 인하여 자신의 전문적인 역할을 효과적으로 수행할 수 없을 것이라고 생각하였다[2]. 2000년, Albert Wu는 이와 같이 환자안전사건으로 인하여 고통을 겪는 의료진들을 설명하기 위하여 '제2의 피해자'라는 용어를 사용하였다[3]. 전체 의료진 중 약 절반 정도는 임상 경력 동안 적어도 한 번 제2의 피해자가 될 수 있으며[4], 일부 집단에서는 제2의 피해자의 발생 비율이 72.6%까지 높게 나타났다[5].

제2의 피해자는 일반적으로 사건에 대한 일차적인 책임을 느끼며, 이로 인하여 자신의 임상적인 기술과 지식에 대한 회의감과 환자에 대한 실패감을 느끼게 된다[6]. 또한, 제2의 피해자는 죄책감, 분노, 좌절, 심리적 스트레스, 공포와 같은 감정적 반응뿐만 아니라 피로함, 불면증과 같은 신체적 증상을 나타낼 수 있고, 일탈적인 행동적 반응을 보이기도 한다[4,7]. 제2의 피해자가 겪는 이러한 반응은 외상 후 스트레스 장애의 증상, 이직, 자살 등 의료진의 개인적 및 직업적인 삶에 해로운 결과를 초래할 수 있다[7,8].

하지만 제2의 피해자에 대한 의료기관의 지원은 불충분하다[9]. 제2의 피해자에 대한 적절한 지원 및 지지는 이들의 감정적 스트레스를 완화시켜 줄 수 있지만, 의료기관 및 동료들의 부정적인 태도는 제2의 피해자의 감정적인 부담을 가중시킬 수 있다[6,10]. 특히, 제2의 피해자가 환자안전사건으로 인한 정서적인 스트레스에 제대로 대처하지 못한 채 업무를 지속적으로 수행하는 경우 또 다른 환자안전사건을 발생시킬 가능성이 높으며[11], 적절하지 못한 의료의 제공으로 환자와 의료진, 의료기관 전체에 추가로 영향을 미칠 수 있다[12].

이에 따라 외국에서는 제2의 피해자를 지원하기 위한 논의들이 지속적으로 이루어지고 있다. 미국의 국가 질 포럼(National Quality Forum)에서는 안전한 의료 환경을 만들기 위한 안전한 실무(safe practice) 중 하나로 제2의 피해자에 대한 지원책을 마련하도록 권고하였으며[13], 의료기관 인증기관인 The Joint Commission에서는 제2의 피해자를 지원하기 위한 가이드라인을 개발하여 제공하고 있다[14]. 또한, 의료기관 차원에서 제2의 피해자를 위한 지원 프로그램을 개발하여 적용하고 있다[15].

우리나라 의료진들도 환자안전사건 이후 심리적, 신체적, 직업적으로 부정적인 영향을 경험하고 있었으며[16-19], 시간이 흐르면서 이러한 증상들은 많이 나아졌지만 환자안전사건 경험은 상처로 남아있다고 보고되었다[19]. 그러나 국내에서 제2의 피해자를 위한 지원은 부족한 실정이다. 일부 의료기관에서 직원 고충 상담실을 운영하고 있으나[20], 제공하는 프로그램의 내용이나 이용 현황, 효과 등에 대해서는 보고되지 않아 이것이 제2의 피해자에게 얼마나 도움이 될지, 제2의 피해자가 이를 얼마나 이용하는지 확인하기 힘들다. 따라서 우리나라에서도 제2의 피해자에 대한 지원 프로그램을 마련하여 의료진에게 환자안전사건이 미치는 부정적인 영향을 줄여주어야 할 필요가 있다. 이번 연구의 목적은 국외에서 시행되고 있는 제2의 피해자 지원 프로그램을 검토하여 제2의 피해자를 지원하기 위한 효과적인 근거 기반 전략을 확인하는 것이다.

Ⅱ. 연구 방법

제2의 피해자 지원 프로그램을 확인하기 위하여 "second victim"을 주요 검색어로 PubMed 등의 국외 데이터베이스, 구글(Google) 검색 등 포괄적인 검색을 시행하였다. 또 국내 검색 데이터베이스인 한국학술정보(Korean studies Information Service System, KISS)와 학술연구정보서비스(Research Information Sharing Service, RISS)에서 '이차 피해'를 이용하여 검색을 시행하였다.

총 415개의 문헌이 검색되었으며, 중복 문헌을 제거한 후 230개의 문헌에 대하여 제목과 초록을 검토하여 제2의 피

해자 지원 프로그램과 관련이 있는 문헌을 선별하였다. 선별된 71개의 문헌에 대하여 본문 검토를 시행하여 15개의 문헌에서 16개의 제2의 피해자 지원 프로그램의 이름을 확인하였다. 확인된 16개의 프로그램의 세부 정보를 확인하기 위하여 기존 문헌의 참고문헌과 웹사이트 등을 추가로 검색하였다. 추가로 검색된 문헌은 24개로, 총 39개의 문헌을 대상으로 제2의 피해자 지원 프로그램의 개발 과정, 운영, 성과 등 세부 내용에 대해 확인하였다. 이 과정에서 제2의 피해자가 대상이 아닌 경우(n=3), 프로그램에 대한 내용을 확인할 수 없는 경우(n=6), 프로그램의 형태가 아닌 교육 과정, 지침 등의 경우(n=10), 프로그램에 대한 내용이 중복 설명된 경우(n=2)의 총 21개의 문헌을 제외하였다. 최종적으로 분석에 포함된 문헌은 18개이었고, 이들 문헌에서 소개된 프로그램은 9개이었다.

Ⅲ. 연구 결과

이번 연구에서는 문헌 및 웹사이트에서 프로그램의 세부 내용을 확인할 수 있는 9개의 프로그램을 검토하였다. 검토한 제2의 피해자 지원 프로그램의 특성들을 요약하면 Table 1과 같고, Supplementary에 더 상세한 내용을 확인할 수 있다. 이하에서는 각 제2의 피해자 지원 프로그램을 개발 과정 및 운영 형태, 성과를 중심으로 기술하였다.

Table 1. Summary of second victim support programs.

Program	Multi-disciplinary team	Needs Assessment	Proactive training	Peer supporter	Professional supporter	Emotional support	24/7 operation
Peer Support Services	V	V	V	V		V	V
forYOU team	V	V	V	V	V	V	V
YOU Matter	V	V	V	V	V	V	V
Resilience In Stressful Events (RISE)	V	V	V	V		V	V
Clinician Peer Support Program	V			V		V	
SWADDLE		V	V	V		V	
Surgery Second Victim Peer Support Program	V			V		V	
Caring for the Caregiver				V		V	
Code Lavender				V	V	Complementary therapy	V

1. Peer Support Services

Peer Support Services (PSS)는 브리검여성병원(Brigham and Women's Hospital)에서 2006년에 시작되었다[21]. 마취과 의사 van Pelt는 마취 약물 투약 오류 경험 이후, 환자안전사건으로 정서적인 고통을 겪는 의료진에게 정서적인 지지를 제공하고자 이 프로그램을 개발하였다. 병원 의료진을 대상으로 한 사전 조사에서 의료진이 관련된 오명과 정보 누설에 대한 두려움으로 병원의 공식적인 직원 지원 프로그램의 이용을 꺼려한다고 나타났다. 이에 경찰, 소방, 항공 등의 분야에서 성공적으로 시행되고 있는 동료 지원(peer support) 프로그램을 도입하였다. 이 프로그램의 강점은 사건과 관련된 오명을 없애고 기밀성을 유지하기 위하여 의료진들이 즉각적으로 이용할 수

있으며, 쉽게 접근할 수 있는 정서적인 지지를 제공한다는 것이다. 이는 공식적인 상담이나 치료를 대체하는 것이 아닌 믿을 수 있는 동료 지지자들의 정서적인 응급 처치를 기반으로 하며, 필요한 경우 추가 자원으로 연결을 촉진한다. PSS는 이후 개발된 제2의 피해자 지원 프로그램의 바탕이 되었다. 연구에 따르면 2012년에서 2015년까지 월 평균 4-5명이 프로그램에 참여하였으며, 그룹 동료 지원으로 240명 이상의 의료진을 지원하였다고 보고되었다[22].

2. forYOU team

미주리대학병원(University of Missouri Health Care, UMHC)에서는 2009년에 제2의 피해자 신속 대응팀(second victim rapid response team)인 forYOU team을 시작하였다[23]. 이 프로그램은 예기치 않은 환자안전사건 조사 중에 의료진들이 정서적으로 고통받고 있다는 것을 알게 되어 이들을 지원하기 위하여 개발되었다. 프로그램 개발을 위하여 다학제 위원회를 구성하고, 병원 직원을 대상으로 제2의 피해자 현상과 프로그램 요구도에 대한 조사를 시행하였다. 이 조사 결과를 바탕으로 제2의 피해자를 위한 3단계 지원 모형을 개발하였는데, 1단계는 부서 단위의 지원, 2단계는 훈련된 동료 지지자 또는 안전 관리를 통한 지원, 3단계는 임상심리사, 목회자 등 전문적인 인력을 통한 지원이다. 이 모형은 산업 분야에서 사용되고 있는 위기 사건 스트레스 관리(Critical Incident Stress Management, CISM)를 바탕으로 개발되었다. 동료 지지자들은 제2의 피해자 현상, 고위험 임상 상황, 일대일 위기 중재 관리 등에 대한 훈련을 받아야 한다. 프로그램 시행 후 5년 동안 총 1,075명이 프로그램에 참여하였다[24]. 또한 프로그램 시행 전보다 시행 후에 의료기관의 환자안전문화에 변화가 있다고 나타났다[25].

3. YOU Matter

미국의 국립아동병원(National Children's Hospital, NCH)에서는 원내 의료진 중 28%가 환자안전사건의 제2의 피해자 현상을 경험하였다고 보고된 이후, 이들을 지원하기 위하여 YOU Matter 프로그램을 시작하였다[26]. 이 프로그램은 forYOU team을 운영하고 있는 UMHC와 협력하여 개발되었다. 프로그램 개발은 다학제 팀 구성, 경영진의 후원, 부서 단위의 팀 구성, 프로그램 홍보, 교육 및 훈련, 효과 평가의 6단계에 따라 진행되었다[27]. YOU Matter와 forYOU team의 차이점은 운영 시간의 단축, 빈번한 동료 지지자 교육, 지속적인 평가를 위한 전자 문서의 사용이며, 그 외 운영은 forYOU team과 유사하다. 프로그램을 시행한 22개월 동안 총 232건의 중재가 시행되었으며, 참여자는 간호사가 75명으로 가장 많았다[28]. 또한 프로그램 시행 12개월 후 소아 중환자실 의료진 전체를 대상으로 프로그램의 만족도에 대해 조사한 결과, 조사에 참여한 250명 중 73.2%가 프로그램이 도움이 되었다고 응답하였다[28].

4. Resilience In Stressful Events (RISE)

이 프로그램은 존스홉킨스병원(Johns Hopkins Hospital)에서 2001년 소아 병동에서 중대한 환자안전사건이 발생한 이후 제2의 피해자를 지원하기 위하여 개발되었다[29]. RISE 프로그램의 목표는 고위험 임상 환경에 있는 의료진들에게 제2의 피해자 현상에 대한 인식을 높이고, 일대일 또는 그룹에 대한 다학제적인 동료 지원, 부서 관리자 및 직원에게 효과적인 대처 전략을 마련하도록 하고, 비처벌적인 문화와 정책으로 전환하는 것이다. 이 프로그램은 의료진의 요청에 따라 일대일 또는 그룹의 형식으로 심리적 응급처치와 정서적인 지원을 제공한다. 프로그램의 실행을 위하여 홍보 동영상, 컴퓨터 화면 보호기 등을 활용한 인식 캠페인, 전체 의료진을 대상으로 한 발표, 이메일 발송 등을 시행하였다. 프로그램을 시행한 첫 해에는 월 1회, 두 번째 해에는 월 2회, 세 번째 해에는 월 3회, 그 이후에는 월 4회 참여 연락이 왔으며, 전체 80건 중 4건이 의료 오류와 관련이 있었다. 또한, 프로그램 시행 전과 시행 4년 후 소아 병동 의료진 전체를 대상으로 프로그램에 대한 인식을 조사한 결과, 응답자의 93%가 프로그램을 추천

할 의향이 높게 나타났다[30]. 프로그램의 비용-효과성을 평가한 연구에서는 RISE 프로그램을 시행할 경우 의료기관에서는 매년 181만 달러를 절약할 수 있다고 보고되었다[31].

5. Clinician Peer Support Program (PSP)

Clinician Peer Support Program은 워싱턴대학교 의과대학(The Washington University School of Medicine)에 속한 두 개의 대형 의료기관에서 2014년에 개발한 동료 지원 프로그램이다[32]. 이 프로그램은 환자안전사건 이후 의사, 전공의, 전문의, 진료보조자(physician assistant, PA), 전문 간호사(nurse practitioner, NP), 마취전문간호사(certified registered nurse anesthetist, CRNA)에게만 지원을 제공한다. 이들은 위한 지원은 정서적인 지지뿐만 아니라 환자안전사건 소통하기(disclosure of patient safety incident), 의료 소송 등도 포함된다. 심각한 의료 오류 또는 위해사건과 관련된 의료진에게는 동료 지지자들이 사전 예방적으로 연락하거나, 참여자 스스로 연락할 수 있다. 이 프로그램은 매월 프로그램 회의를 실시하여 학습한 교훈과 프로그램에 대한 개선을 공유한다. 프로그램을 시행한 34개월 동안 총 165명이 프로그램에 참여하였고, 월 평균 4.8건의 중재를 시행하였다[32].

6. SWADDLE

Baylor Scott & White Healthcare에서는 제2의 피해자를 위한 지원 프로그램인 SWADDLE 프로그램을 시작하였다[33]. 이 프로그램은 비공식적인 지원, 위기 관리 스트레스 관리, Medical Induced Trauma Support Services (MITSS)의 프로그램 개발 도구, 동료 지원 방법론, Scott의 3단계 제2의 피해자를 위한 지원 모형[22]을 통합하여 설계되었다. 동료 지지자들은 지속적인 일대일 지원을 제공하기 위하여 심리적 응급처치와 사건 후 대응 전략에 대해 훈련을 받는다. 잠재적인 자살의 위험이 있는 의료진들의 치료와 신속한 자원의 연결을 평가하기 위하여 정신과 의사가 함께 고용되었다. SWADDLE 프로그램은 또한 공감 피로, 이차 외상 스트레스, 소진 예방 교육을 제공한다.

7. Surgery Second Victim Peer Support Program

이 프로그램은 메사추세츠병원(Massachusetts General Hospital, MGH)의 수술 부서에서 개발 및 적용되었다[34]. 프로그램의 목적은 어려운 사건 이후 위험한 상황에 있는 동료들을 확인하고 지원하기 위한 것이다. 동료 지지자들은 주요 수술 중 또는 기타 비극적인 위해 사건을 경험한 외과의사와 전공의를 확인하고, 그들을 혼자가 아니라는 사실을 알 수 있도록 개별적으로 은밀하게 접촉한다. 필요한 경우 추가적인 자원들을 제공한다. 이 프로그램은 조직적으로 동료 검토 활동(peer review activities)에 속하여 있기에 의료 소송과 발병률과 사망률 컨퍼런스(Morbidity and Mortality conference)로부터 보호를 받을 수 있다. 프로그램을 시작한 다음 해 약 50건의 중재를 시도하였으며, 프로그램에 참여할 의향을 보인 의료진의 82%가 동료 지지자와의 만남을 원하였다. 또한 프로그램을 통해 동료 지지자를 만난 제2의 피해자들은 긍정적인 반응을 보였다고 보고되었다[34].

8. Caring for the Caregiver

캘리포니아대학교 샌프란시스코병원(University of California San Francisco (UCSF) Health)에서는 의료진과 직원이 환자안전사건의 경험을 통해 정서적인 지지를 받을 수 있도록 이 프로그램을 개발하였다[35]. Caring for the Caregiver는 기존 프로그램인 직원 안전 프로그램(Faculty and Staff Assistance Program, FSAP)과 영적 진료 서비스(Spiritual Care Services) 외에도 모든 병원 직원에서 일대일의 정서적인 응급처치를 제공하기 위하여 동료 지원 팀을 설립하였다. 프로그램의 목표는 스트레스를 유발하는 사건에 대한 일반적인 반응과 직원이 이용

할 수 있는 자원을 이해하는 데 도움을 주는 것이다. 동료 지원자들은 UMHC의 for YOU team의 동료 지원 훈련을 받았다.

9. Code Lavender

클리브랜드 클리닉(Cleveland Clinic)의 Code Lavender는 환자, 가족, 의료진, 병원 직원들의 정서적 요구에 반응하기 위한 Holistic Rapid Response 팀이다[36]. 이 팀은 영적 돌봄 직원, 직원 자원봉사자, 지역 공동체로부터의 위임된 자원 봉사자로 구성되어 있다. 초기에는 자원 봉사 프로그램으로 시작하였지만 팀과 프로그램이 발전하면서 2009년 공식적으로 발족하였다. Code Lavender는 발표, 광고, 병원 전체의 훈련 없이 풀뿌리 노력을 통하여 운영 중이다. 이 프로그램은 예기치 못한 환자의 사망에서부터 직원 또는 가족의 사망이나 질병까지 다양한 상황에서 이용할 수 있다. 팀원들은 마사지, 정신 관리, 레이키, 힐링 터치, 아로마 테라피, 직원 관리 프로그램의 연결 등을 제공한다[37]. 파일럿 프로그램 시행 전과 시행 3개월 후 Code Lavender Kit을 제공받은 500명의 직원을 대상으로 프로그램 이용 및 인식에 대한 조사 결과, 직원의 32%가 프로그램을 이용하였다. 프로그램을 이용한 직원 모두가 프로그램이 도움이 된다고 하였으며, 84%가 프로그램을 지인들에게 추천할 의향을 보였다[38].

Ⅳ. 고찰

이번 연구에서는 국외의 제2의 피해자 지원 프로그램을 개발 및 운영 과정, 성과를 중심으로 검토하였다. 환자안전사건 이후 의료진들은 다양한 정서적인 고통을 겪을 수 있고, 이를 효과적으로 대처하지 못할 경우 환자 진료에도 부정적인 영향을 미칠 수 있다[4]. 따라서 제2의 피해자 현상의 영향을 완화하기 위하여 의료기관들은 즉각적이면서도 장기적인 중재를 담은 지원 프로그램을 마련하는 것이 중요하다. 이번 연구 결과를 통하여 제2의 피해자를 지원하는 데 필요한 요소들을 확인하고, 이를 바탕으로 향후 제2의 피해자 지원 프로그램을 개발하는 데 근거 및 참고자료로 활용할 수 있을 것이다.

제2의 피해자 현상에 대한 연구 분야는 시작이 얼마 되지 않은 비교적 새로운 분야이다. 이번 연구에는 9개의 프로그램이 분석에 포함되었지만, 많은 프로그램이 초기에 개발된 프로그램을 참고하여 개발되었다. 이로 인하여 각 프로그램들이 약간의 차이는 있겠지만 거의 유사한 동료 지원 프로그램으로 운영되고 있음을 확인하였다. 이러한 형태의 프로그램이 도입되게 된 계기는 의료진들이 직원 지원 프로그램, 정신 건강 의학과 진료와 같은 의료기관에서 제공하는 공식적인 지원 프로그램을 이용하는 것에 대한 낙인을 두려워하였기 때문이었다[22]. 또 일대일 또는 그룹 중재와 같이 프로그램의 운영 방식에 대해서도 꾸준히 의료진들의 의견을 바탕으로 개선해 나가고 있었다[22]. 이처럼 제2의 피해자 지원 프로그램을 개발하는 데 있어 잠재적인 참여자들의 요구를 확인하는 것이 중요할 것이다.

이 연구에서 검토한 대부분의 프로그램들이 심리적 응급처치를 바탕으로 정서적인 지지를 제공하고 있었다. 심리적 응급처치는 심각한 스트레스 사건을 경험한 사람들의 즉각적인 요구를 충족시키고, 정서적으로 안정시키기 위하여 권장되는 접근법으로[21], 전문 인력이 아니어도 수행할 수 있는 중재로 단기간의 교육과 훈련으로도 제2의 피해자를 위한 동료 지지자를 양성할 수 있다. 그러나 심리적 응급처치는 사건 발생 초기에 긴급한 심리적 지원을 중점적으로 제공한다는 점에 유의해야 할 필요가 있다. 따라서 제2의 피해자 지원 프로그램의 효과를 온전히 누리기 위해서는 환자안전사건을 경험한 의료진들에게 심리적인 안정을 제공하는 동시에 사건 발생 이후의 절차에 대한 지원, 환자와 가족과의 환자안전사건 소통하기 과정에 대한 지원, 유사한 사건의 재발을 방지하기 위한 환경의 개선, 의료기관의 문화 개선 등 포괄적인 시스템의 변화도 함께 이루어져야 할 것이다.

프로그램의 성과에 대한 검토 결과는 제2의 피해자 지원 프로그램이 효과가 있을 것이라는 것을 짐작할 수 있게 하지만, 직접적으로 그 효과를 측정한 결과는 보고되지 않았다. 대신 선행 연구들에서는 민감한 사건에 대한 기밀성을

유지하기 위한 노력의 일환으로 동료 지원자 또는 전체 직원을 대상으로 프로그램의 효과를 평가하였다[24,25,28,30,34,38]. 또 같은 이유로 많은 프로그램에서 중재에 대한 기록을 하지 않거나, 정보를 확인할 수 없도록 전자 문서를 사용하거나, 기록에 대한 보안을 강화하고 있다. 우리나라 의료진들도 이와 같은 이유로 프로그램에 참여하는 것을 주저할 수 있기 때문에 제2의 피해자 지원 프로그램을 개발하고 적용할 때에 이러한 점을 적극적으로 반영하여 기밀성을 유지하면서도 프로그램의 효과를 실증적으로 평가할 수 있는 방안을 마련해야 할 필요가 있다.

한편, 프로그램에 대한 인식과 참여율을 높이기 위하여 의료진을 대상으로 제2의 피해자 현상과 프로그램에 대한 사전 예방적 교육을 시행할 필요가 있겠다. 환자안전사건을 경험한 의료인을 제2의 피해자로 보는 개념은 비교적 새로운 개념이기에 제2의 피해자 지원 프로그램을 실행할 때 종종 개념에 대한 인식의 부족이 장애 요인으로 언급되었다[29]. 따라서 제2의 피해자 프로그램을 개발할 때 교육적인 접근법을 함께 고려할 필요가 있으며, 이메일, 포스터, 동영상 등 프로그램에 대한 다양한 홍보 전략도 마련해야 할 것이다.

이 연구에는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째로, 제2의 피해자 지원 프로그램에 대한 검토를 위하여 공개되어 있는 문헌과 자료를 이용하였다. 프로그램을 개발 중이거나, 프로그램에 대한 자료가 공개되지 않은 경우는 이번 검토에 포함되지 않았기 때문에 결과 해석 시 비뚤림이 있을 수 있다. 따라서 정기적으로 출판 문헌들을 검색하면서 추가로 개발된 프로그램이 있는지 모니터링할 필요가 있다. 둘째로, 분석한 자료의 일부는 프로그램의 홍보물과 같은 학술적이지 않은 문헌으로 그 내용이 엄격한 동료 심사 과정을 거치지 않은 것으로 보인다. 그러나 이러한 자료들을 포함하였기에 보다 광범위한 제2의 피해자 지원 프로그램의 검토를 시행할 수 있었다. 마지막으로, 문헌의 언어를 영어와 한국어로 제한하여 다른 언어를 사용하고 있는 국가의 문헌들을 검토에서 제외되었다. 제2의 피해자 현상과 관련된 연구 분야는 미국에서 시작되어 주도되고 있지만 세계적으로 빠르게 확산되고 있다. 향후 연구에서는 보다 다양한 국가의 프로그램을 확인하기 위한 시도가 있을 필요가 있다.

V. 결론

제2의 피해자를 위한 적절한 자원과 인력을 갖춘 지원 프로그램을 만들고 유지하는 것은 당장에는 비용이 많이 드는 것처럼 보일 수 있다. 환자안전사건 발생 건수 추정치와 제2의 피해자 문제로 인한 퇴직, 이직 등 눈에 보이지 않는 비용까지 고려했을 때 제2의 피해자를 위한 적절한 지원 프로그램을 시행하는 것이 오히려 전체 비용이 덜 들 수 있음을 유념할 필요가 있다[31]. 우리나라 의료진들도 제2의 피해자 현상을 경험하고 있기에[16-19] 이번 연구 결과를 바탕으로 우리나라 의료 환경에 맞는 제2의 피해자 지원 프로그램을 개발하고 적용하여 그 효과를 평가해보는 것이 필요하다.

VI. 참고문헌

1. Hilfiker D. Facing our mistakes. New England journal of medicine. 1984;310(2):118-22.
2. Levinson W, Dunn P M. A piece of my mind. Coping with fallibility. The Journal of the American Medical Association. 1989;261(15):2252.
3. Wu AW. Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. The British Medical Journal. 2000;320(7237):726-7.
4. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Evaluation & the Health Professions. 2013;36(2):135-62.
5. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Services Research.

2015;15(1):151
6. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Quality & safety in health care. 2009;18(5):325-30.
7. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. Journal of Patient Safety. 2020;16(2):e61-e74.
8. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. Journal of Patient Safety. 2021;17(3):195-99.
9. Kable A, Kelly B, Adams J. Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. Nursing & Health Sciences. 2018;20(2):238-46.
10. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2016;42(8):377-86.
11. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. The Journal of the American Medical Association. 2006;296(9):1071-8.
12. Ozeke O, Aras S, Baser K, Sen F, Kirbas O, Cay S, et al. Defensive medicine due to different fears by patients and physicians in geriatric atrial fibrillation patients and second victim syndrome. International Journal of Cardiology. 2016;212:251-2.
13. National Quality Forum. Safe practices for better healthcare - 2010 Update [Internet]. Washington DC, United States of America: National Quality Forum; 2010 [cited 2023 Apr 03]. Available from: https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx.
14. The Joint Commission. Quick safety: supporting second victims [Internet]. Illinois, United States of America: The Joint Commission; 2018 [cited 2023 Apr 13]. Available from: www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_39_2017_Second_victim_FINAL2.pdf.
15. Wade L, Fitzpatrick E, Williams N, Parker R, Hurley KF. Organizational Interventions to Support Second Victims in Acute Care Settings: A Scoping Study. Journal of Patient Safety. 2022;18(1):e61-e72.
16. Choi EY, Pyo J, Ock M, Lee H. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. Journal of Advanced Nursing. 2022;78(9):2872-83.
17. Choi EY, Pyo J, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, et al. Nurses' experiences of patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. BMJ Open. 2020;10(10):e037741.
18. Pyo J, Choi EY, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, et al. Physicians' difficulties due to patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. Journal of Korean medical science. 2020;35(17):e118.
19. Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. BMC Health Services Research. 2019;19(1):100.
20. Lee SS, Huh JH, Koo MS, Kim SH, Woo MH, Nam

SM et al. (2019). Investigation of working conditions of hospital nurses [Internet]. Seoul: Korea: Hospital Nurses Association; 2019 [cited 2023 Apr 13]. Available from: https://khna.or.kr/home/pds/utilities.php.

21. Van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. Quality & safety in health care. 2008;17(4):249-52.
22. Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. Academic Medicine. 2016;91(9):1200-4.
23. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2010;36(5):233-40.
24. Hirschinger LE, Scott SD, Hahn-Cover K. Clinician support: five years of lessons learned [Internet]. Massachusetts, USA; Patient Safety and Quality Healthcare; 2015. [cited 2023 Apr 13]. Available from: https://www.psqh.com/analysis/clinician-support-five-years-of-lessons-learned/.
25. Scott SD. Second victim support: Implications for patient safety attitudes and perceptions [Internet]. MA, United States of America: Patient Safety and Quality Healthcare; 2015 [cited 2023 Apr 13]. Available from: https://www.psqh.com/analysis/second-victim-support-implications-for-patient-safety-attitudes-and-perceptions/.
26. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital. American journal of health-system pharmacy. 2015;72(7):563-7.
27. Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C, et al. Deployment of a second victim peer support program: A Replication Study. Pediatric quality & safety. 2017;2(4):e031.
28. Merandi J, Winning AM, Liao N, Rogers E, Lewe D, Gerhardt CA. Implementation of a second victim program in the neonatal intensive care unit: an interim analysis of employee satisfaction. Journal of Patient Safety and Risk Management. 2018;23(6):231-8.
29. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. BMJ Open. 2016;6(9):e011708.
30. Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: a second victim support program in pediatrics: successes and challenges to implementation. Journal of Pediatric Nursing. 2018;41:54-9.
31. Moran D, Wu AW, Connors C, Chappidi MR, Sreedhara SK, Selter JH, et al. Cost-benefit analysis of a support program for nursing staff. Journal of Patient Safety. 2020;16(4):e250-4.
32. Lane MA, Newman BM, Taylor MZ, ONeill M, Ghetti C, Woltman RM, et al. Supporting clinicians After adverse events: development of a clinician peer support program. Journal of Patient Safety. 2018;14(3):e56-60.
33. Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegefeld W, Havens L. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. Journal of Healthcare Risk Management. 2016;36(2):27-34.
34. Bohnen JD, Lillemoe KD, Mort EA, Kaafarani HMA. When things go wrong: the surgeon as second victim. Annals of Surgery. 2019;269(5):808-9.
35. University of California San Francisco Healthcare. caring for the caregiver brochure [Internet].

California, United States of America: University of California San Francisco Healthcare; 2018 [cited 2023 Apr 13]. Available from: https://caringforth-ecaregiver.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra1801/f/wysiwyg/Caring%20for%20the%20Caregiver%20Brochure%202018.pdf.

36. Johnson B. Code Lavender: Initiating holistic rapid response at the cleveland clinic. Beginnings. 2014;34(2):10-1.
37. Stone RSB. Code Lavender: A tool for staff support. Nursing. 2018;48(4):15-7.
38. Davidson JE, Graham P, Montross-Thomas L, Norcross W, Zerbi G. Code Lavender: Cultivating intentional acts of kindness in response to stressful work situations. Explore. 2017;13(3):181-5.

Supplementary. 제2의 피해자 지원 프로그램의 요약

프로그램명	프로그램 개발 과정	프로그램 운영	프로그램 성과
Peer Support Services (PSS) [20, 21]	• 다학제 팀 구성(위험 관리자, 직원 지원 프로그램, 사회 복지사, 목회자, 정신과 의사 등) • Kaiser Permanente의 지원 모델을 참고함 • 직원 대상 요구도 조사 시행 • 사전 예방적 교육 시행	• 참여자: 전 직원 • 참여 기준: 제2의 피해자 • 참여 방법: 자발적 참여 • 제공자: 훈련받은 동료 지지자(의사, 간호사) • 내용: 정서적 응급 처치, 필요시 추가 자원의 연결 • 회기: 한 달에 2-5회 만남 • 접근성: 상시 운영 • 기밀성: 보장(기록 안함)	• 2012년에서 2015년 3년간 220명이 프로그램에 참여하였음(월 평균 4-5건). 그룹 동료 지원으로 240명 이상의 의료진을 지원하였음
forYOU team [22-24]	• 다학제 팀 구성(환자안전, 위험 관리, 의료진, 사회과학, 직원지원프로그램, 교육가) • PSS, MITSS 프로그램과 위기 사건 스트레스 관리를 바탕으로 개발됨 • 직원 대상 요구도 조사 시행 • 사전 예방적 교육 시행	• 참여자: 전 직원 • 참여 기준: 고위험 임상 상황 • 참여 방법: 자발적 참여 • 제공자: 3단계 지원 모형(동료 지지자, 훈련받은 동료 지지자, 전문 인력) • 내용: 정서적 지원, 필요시 추가 자원의 연결 • 회기: 보고되지 않음 • 접근성: 상시 이용 • 기밀성: 보장	• 프로그램을 시행한 5년 동안의 실적 확인 결과, 총 1,075명이 참여하였음. 1단계 부서 단위 지원은 47건, 2단계 훈련받은 동료 지지자의 지원은 총 1,289건, 3단계 전문적인 인력의 지원은 104건이 시행되었음 • 프로그램 시행 전과 시행 후 총 4회에 걸쳐 MUHC 3개의 의료기관 직원을 대상으로 환자안전문화를 조사한 결과, 시간이 지날수록 지원받은 제2의 피해자 집단의 점수와 지원받지 않은 제2의 피해자 집단의 점수의 차이는 분명해짐
YOU Matter [25-27]	• 다학제 팀 구성(경영진, 위험 관리자, 법무 부서 등) • 경영진의 경제적인 후원 • forYOU team을 바탕으로 개발됨 • 직원 대상 요구도 조사 시행 • 사전 예방적 교육 시행 • 프로그램에 대한 홍보(브로셔, 유인물 등)	• 참여자: 전 직원 • 참여 기준: 고위험 임상 상황, 어려운 임상 결과 등 • 참여 방법: 자발적 참여 • 제공자: 3단계 지원 모형(동료 지지자, 훈련받은 동료 지지자, 전문 인력) • 내용: 정서적 지원, 필요시 추가 자원의 연결 • 회기: 보고되지 않음 • 접근성: 상시 이용 • 기밀성: 전자 기록	• 프로그램을 시행한 22개월 동안의 실적 확인 결과, 총 232건의 중재가 시행되었음. 참여자는 간호사가 75명으로 가장 많았음 • 프로그램 시행 12개월 후 소아 중환자실 의료진 전체를 대상으로 프로그램의 만족도에 대해 조사한 결과, 250명이 조사에 참여하였고 이 중 73.2%가 프로그램이 도움이 되었다고 응답함
Resilience in Stressed Events (RISE) [28-30]	• 다학제 팀 구성(환자안전 담당자, 의료진, 위험 관리자, 목회자 등) • 기존의 직원 지원 프로그램을 보완하기 위하여 개발됨 • 직원 대상 요구도 조사 시행 • 사전 예방적 교육 시행 • 프로그램에 대한 홍보(홍보 동영상, 유인물, 화면 보호기, 발표, 이벤트 등) • 타 재단의 재정 지원을 받음	• 참여자: 전 직원 • 참여 기준: 제2의 피해자, 환자와 관련된 사건에서 스트레스를 받을 경우 • 참여 방법: 자발적 참여 • 제공자: 훈련받은 동료 지지자 • 내용: 심리적 응급처치, 정서적 지원, 필요시 추가 자원으로의 연결 • 회기: • 접근성: 상시 운영 • 기밀성: 보장	• 프로그램 시행 후 첫 해에는 월 1회, 두 번째 해에는 월 2회, 세 번째 해에는 월 3회, 그 이후에는 월 4회 참여 연락이 왔으며, 80건 중 4건이 의료 오류와 관련이 있었음 • 프로그램 시행 전과 시행 4년 후 소아 병동 의료진 전체를 대상으로 조사한 결과, 응답자의 93%가 프로그램을 추천할 의향이 높았음 • 프로그램의 비용-효과성을 평가한 연구 결과, 프로그램 시행 시 의료기관은 매년 181만 달러를 절약할 수 있음
Clinician Peer Support Program (PSP) [31]	• 다학제 팀 구성(환자안전 담당자, 위험 관리 담당자, 정신과 전문의, 교육 전문가 등) • 사전 예방적 교육 시행	• 참여자: 의사, 전공의, 전문의, Physician Assistant (PA), 전문간호사, 마취전문간호사 • 참여 기준: 제2의 피해자 • 참여 방법: 자발적 참여 또는 중대한 환자 안전사건에 관련된 의료진에게는 팀에서 먼저 연락함 • 제공자: 훈련받은 동료 지지자(의사, PA, 전문간호사, 마취전문간호사) • 내용: 정서적 지지, 긍정적인 대처 방법 권유 • 회기: 1회기 만남 후 추가 만남 조율 • 접근성: 알 수 없음 • 기밀성: 보장(기록 안함)	• 프로그램 시행한 34개월 동안의 실적 확인 결과, 총 165명이 프로그램에 참여하였고, 월 평균 4.8건의 중재를 시행하였음(범위 0-12건)

프로그램명	프로그램 개발 과정	프로그램 운영	프로그램 성과
SWADDLE [32]	• 비공식 지원 프로그램에서 시작하여 의료기관의 재정 지원을 받아 공식 프로그램으로 정착함 • 비공식 지원의 경험, MITSS, 3단계 지원 모형을 통합하여 개발됨 • 직원 대상 요구도 조사 시행 • 사전 예방적 교육 시행 • 프로그램에 대한 홍보(동영상 등)	• 참여자: 전 직원 • 참여 기준: 제2의 피해자, 의료 소송, 징계를 받은 경우 • 참여 방법: 자발적 참여 • 제공자: 훈련받은 동료 지지자(위험 관리자, 간호사 등) • 내용: 심리적 응급처치, 필요시 추가 자원으로의 연결 • 회기: 알 수 없음 • 접근성: 알 수 없음 • 기밀성: 보장(기록 안함)	• 보고하지 않음
Surgery Second Victim Peer Support Program [33]	• 경영진의 후원 • 다학제 팀 구성	• 참여자: 수술부서의 의료진 • 참여 기준: 제2의 피해자 • 참여 방법: 어려운 사례를 경험한 의료진에게 팀에서 직접 연락 • 제공자: 훈련받은 동료 지지자 • 내용: 심리적 응급처치, 필요시 추가 자원으로의 연결 • 회기: 알 수 없음 • 접근성: 알 수 없음 • 기밀성: 보장(기록 보안)	• 프로그램을 시작한 다음 해, 약 50건의 중재를 시도하였으며 82%가 동료 지지자와의 만남을 원하였음. 동료 지지자를 만난 후 제2의 피해자들은 긍정적인 반응을 보였음
Caring for The Caregiver [34]	• 기존의 직원 지원 프로그램에 동료 지지 프로그램을 추가로 설립함 • MUHC의 forYOU team의 내용을 적용하였음	• 참여자: 병원 전 직원 • 참여 기준: 제2의 피해자, 직장 내 폭력 • 참여 방법: 자발적 참여 • 제공자: 훈련받은 동료 지지자(간호사, 의사, 약사, 사회복지사, 목회자 등) • 내용: 정서적 지원, 필요시 추가 자원으로의 연결 • 회기: 알 수 없음 • 접근성: 알 수 없음 • 기밀성: 보장(기록 안함)	• 보고하지 않음
Code Lavender: Holistic Rapid Response [35-37]	• 자원봉사활동으로 시작하여 병원의 공식 프로그램으로 정착함 • 프로그램에 대한 발표, 광고, 훈련 없이 풀뿌리 노력을 통해 개발함	• 참여자: 환자, 가족, 자원봉사자 및 의료진 • 참여 기준: 장기 환자의 사망, 직원 또는 가족의 질환이나 사망 • 참여 방법: 자발적 참여 • 제공자: 훈련받은 팀원(간호사, 의사, 목회자, 자원봉사자 등) • 내용: 보완적 치료법(레이키, 명상, 경락 등), Code Lavnder Kit(만다라, 기도 카드, 아로마 흡입기, 추가 자원 자료), 필요시 추가 자원으로의 연결 • 회기: 1회기 만남 후 3일 동안 참여자 확인 • 접근성: 상시 운영 • 기밀성: 알 수 없음	• 파일럿 프로그램 시행 전과 시행 3개월 후 Code Lavender Kit을 제공받은 500명의 직원을 대상으로 전문적 삶의 질(ProQoL)과 직무 만족도를 조사한 결과, 32% 직원이 프로그램을 이용, 100%가 프로그램이 도움이 된다고 하였고, 84%가 프로그램 추천 의향을 보임. 전문적 삶의 질은 유의한 차이가 없었음