

Clinical Ethics Cases for Medical Students and General Physicians

의과대학생과 일반의를 위한 임상윤리 사례와 해설

서울대학교 의과대학 인문의학교실



이 연구는 서울대학교 미래기초학문분야 기반조성사업(과제번호 : 800-20180124)으로 지원되는 연구비에 의하여 수행되었음.

이 책에 실린 사례들은 미국의사협회(American Medical Association, AMA) Journal of Ethics의 허락을 받아 학술지 홈페이지에 공개된 사례 및 해설들을 번역한 것이다.

Clinical Ethics Cases for Medical Students and General Physicians

의과대학생과 일반의를 위한 임상윤리 사례와 해설



서 문

본 사례집은 임상 진료 현장에서 마주칠 수 있는 일반적인 사례들을 교육용 해설과 함께 엮은 임상 윤리 사례집이다. 2018년부터 2019년까지 2년간 서울대학교 의과대학 인문의학교실의 공동작업으로 탄생하였다. 어느 정도 의료 윤리의 기본 지식을 갖춘 의과대학 학생들이 임상 실습 과정에서 좀 더 고민해 볼 수 있도록 실제와 유사한 현장감 있는 사례들을 선별하였다. 특히 학생들의 임상 윤리 교육을 담당할 교육자들이 사례들에 내포되어 있는 의료윤리적 갈등과 이를 분석하고 해소할 수 있는 다양한 관점들을 이해하고 가르칠 수 있도록 교육용 해설을 덧붙여 작성하였다. 또한 일차 진료를 담당하고 있는 일반의 또는 내과, 가정의학과 전문의들을 위한 임상윤리 사례집으로서도 활용될 수 있도록 고려하였다.

본 사례집에 소개된 대부분의 사례들은 미국의사협회(American Medical Association, AMA) Journal of Ethics 의 공식적인 허락을 받아 학술지 홈페이지에 공개된 사례들(Cases)을 참고하였다.⁰¹ 의료윤리의 주제별로 풍부한 사례들이 잘 정리되어 있을 뿐만 아니라 교육용이나 토의에 활용할 수 있도록 논평과 해설이 잘 정리되어 있기 때문이다. 각각의 사례에는 원문을 찾아볼 수 있도록 그 출처를 밝혀두었다.

각 모듈의 주제는 일반 임상윤리 사례를 목적으로 하였으므로 외과, 신경과, 재활의학과, 소아과, 산부인과, 정신과, 응급의학과 등 전문 진료 과목과 관련한 특수한 상황에서의 임상 윤리 주제들은 제외하였다. 2017년 개정된 대한의사협회 ‘의사윤리지침’과 2017년 한국의과대학 의학전문대학원협회가 발간한 기본의학교육 학습성과 중 ‘사람과 사회 중심’의 내용을 기본으로 하되 미국과 영국 의사협회 의료윤리 지침 및 미국 ‘DeCamp Report’⁰²/Romanell Report⁰³를 반영하여 5개 영역(환자와 의사 관계, 생애 말기 치료, 동료 의료인 관계, 전문직 윤리, 연구윤리)으로 나누었다.

5개의 각 영역별 세부 주제의 구체적 내용은 다음과 같다.

제1장 환자와 의사 관계에서는 환자의 비밀과 사생활 보호, 충분한 정보에 의한 동의, 의사결정능력, 치료 거부 및 무리한 치료 요구에 대한 대처, 다양성에 대한 존중과 공정한 의료 제공(문화적 역량/감수성), 환자로부터의 선물, 환자와의 애정관계, 의료 실수(medical error)의 공개 및 대처를, 제2장 생애 말기 치료에서는 치료 중지 및 유지, 죽음의 정의와 안락사 논의를, 제3장 동료 의료인 관계에서는 동료 의사와의 관계, 병원 내 다른 의료직역들과 관련한 윤리 문제를, 제4장 전문직 윤리에서는 이해상충, 자기관리, 학생 교육 및 수련에 관한 윤리, 비전문적 진료행위, 사회적 책무를 다루었고, 제5장 연구윤리는 일반적인 연구윤리 내용은 제외하고 진료와 연구 사이에서 빚어지는 갈등 사례를 다루었다.

본 사례집이 임상 실습 과정의 의과대학생들을 지도하는 교육자들에게는 유용한 의료윤리 교육 지침서의 역할을, 임상 현장의 일선에서 애쓰고 있는 많은 일차 진료의 선생님들에게는 임상에서 만나게 될 흔한 윤리적 문제들을 의사로서 전문직업성에 입각하여 지혜롭게 해결하는데 도움이 될 수 있기를 바란다.

번역자 일동

김옥주, 김형진, 문기업, 정준호

01 · AMA Journal of Ethics : Cases (<https://journalofethics.ama-assn.org/cases>, 접속일 : 2019.6.25.)

02 · Culver, C. M., et al. (1985). Basic Curricular Goals in Medical Ethics. NEJM, 312(4), 253-256.

03 · Carrese, J. A., et al. (2015). The Essential Role of Medical Ethics Education in Achieving Professionalism: the Romanell Report. Academic Medicine, 90(6), 744-752.

국내외 주요 지침에 따른 영역별 분류

대분류	소분류	대한의사협회 의료윤리지침	[KAMC] 기본의학교육 학습성과: 의사와 윤리	AMA	GMC	Romanell Report
환자와 의사 관계	환자의 비밀/사생활 보호	O	O	O	O	O
	충분한 정보에 의한 동의	O	O	O	O	O
	의사결정능력	O	O	O	O	O
	증강*	O	O	O	O	O
	치료 거부 및 무리한 치료 요구에 대한 대처	O	O	O	O	O
	다양성에 대한 존중과 공정한 의료 제공 (문화적 역량/감수성)	O	X	O	O	O
	환자로부터의 선물	O	O	O	O	O
	환자와의 애정 및 금전관계	O	O	O	O	O
	의료 실수(medical error)의 공개 및 대처	D	X	O	O	O
생애 말기 치료	치료 중지 및 유지	O	O	O	O	O
	죽음의 정의와 안락사 논의	O	O	O	O	O
동료 의료인 관계	동료 의사와의 관계 / Impaired or Incompetent physician	D	D	O	O	O
	병원 내 다른 의료직역들과 관련한 윤리문제	O	X	O	O	O
전문직 윤리 (Professionalism)	이해상충	O	O	O	O	O
	자기관리	O	O	O	O	O
	학생 교육 및 수련에 관한 윤리	X	D	O	O	O
	비전문적 진료행위 (검증되지 않은 기술/ 보완대체의학)	O	O	O	O	O
	사회적 책무	O	O	O	O	O
연구윤리	연구와 치료	O	O	O	O	O

* : AMA 사례로는 소개되어 있으나 합의된 원칙은 없는 상태

D : 부분적으로 언급되어 있거나 포괄적 설명은 있으나 구체적 지침이 없는 경우

X : 해당 내용에 대한 지침이나 언급이 없는 경우

목 차

제1장 환자와 의사 관계

| 환자의 비밀/사생활 보호

01. 의사는 16세 외상 환자 부모의 법의학적 검사에 대한 요구에 따라야 하는가?
Should a Physician Comply with a Parent's Demands for a Forensic Exam on a
16-Year-Old Trauma Patient? 9p

| 충분한 정보에 의한 동의

02. 불안증 환자에게 정보를 알리지 않아야 하는가?
Withholding Information from an Anxiety-prone Patient? 14p
03. 술기 기술과 충분한 근거에 의한 동의
Technical Skill and Informed Consent 19p
04. 정신과적 증상이 치료 거부 결정 능력에 미치는 영향
Influence of Psychiatric Symptoms on Decisional Capacity in Treatment
Refusal 22p
05. 외상치료구역 또는 기타 응급상황에서 외상 환자의 동의 또는 거부를 어떻게
존중해야 하나?
How Should Trauma Patients' Informed Consent or Refusal Be Regarded in a
Trauma Bay or Other Emergency Settings? 28p
06. 환자에게 있을 수 있는 가능한 질병에 대해 알려주어야 할 의무의 무게
Weighing the Duty to Inform a Patient of Possible Future Illness 32p

| 의사결정능력

07. 조이는 가장 잘 알고 있을까? 어려운 임상 결정에 있어 갈등의 균형 잡기와
소아의 최선의 이익 방어하기
Joey Knows Best? Balancing Conflicts and Defending a Child's Best Interest in
Difficult Clinical Decisions 34p

| 증강

08. “선생님, 저 집중 잘되는 약이 필요해요.” – 신경학적 증강에 대한 요구
“Doc, I Need a Smart Pill” – Requests for Neurologic Enhancement 39p

| 치료 거부 및 무리한 치료 요구에 대한 대처

09. 환자-의사 관계가 깨졌을 때
When the Patient-Physician Relationship is Broken 43p

| 다양성에 대한 존중과 공정한 의료 제공 (문화적 역량/감수성)

10. 응급실에서의 언어장벽
Language Barriers in the Emergency Room 47p
11. 양심적 거부인가, 아니면 동성 부부에 대한 차별인가?
Conscientious Refusal or Discrimination against Gay Parents 50p
12. 양심의 문제에 대한 신중한 반대 개념 적용하기
Applying the Concept of Judicious Dissent in Matters of Conscience 55p

| 환자로부터의 선물

13. 의사가 환자의 선물을 수락해야 하는가?
Should Physicians Accept Gifts from Patients? 59p

목 차

| 환자와의 애정 관계

14. 환자 가족과 학생의 연애
Student Dating of Patients' Relatives 62p

| 의료 실수의 공개 및 대처

15. 사과 이후 - 과실 후 대처 및 회복
After the Apology - Coping and Recovery After Errors 63p
16. 의료 문화와 과실의 공개
Medical Culture and Error Disclosure 69p
17. 수술실에서의 수련자의 역할에 대해 어떤 정보들이 환자들에게 공개되어야 하는가?
What about Learners' Roles in the Operating Room Should Be Disclosed to Patients? 73p

제2장 생애 말기 치료

| 치료 중지 및 유지

18. “내 아들의 울음소리를 한 번만이라도 듣게 해주세요.”
“Please Let Me Hear My Son Cry Once” 79p
19. 삶이 끝남을 받아들이 수 있도록
Make It Okay that this Life is Ending 83p

| 죽음의 정의와 안락사 논의

20. 의사는 죽어가는 근위축성 측삭 경화증 환자를 어떻게 돌보아야 하는가?
How Should Physicians Care for Dying Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis? 86p

제3장 동료 의료인 관계

| 동료 의사와의 관계

21. 기능손상이 있는 전공의
An Impaired Resident 93p
22. 점심식사 중의 음주
Drinks During Lunch 98p
23. 불필요한 항생제
Unnecessary Antibiotics 101p
24. 고령의 외과 의사의 수술 역량이 감소하는 상황에 동료 의사들은 어떻게 대처해야 할까?
How Should Colleagues Respond to Diminishing Capacities of an Ageing Surgeon? 109p

| 병원 내 다른 의료직역들과 관련한 윤리 문제

25. 직역 간 수련 : 좋은 의학 교육의 필수 요소
Interprofessional Training: Not Optional in Good Medical Training 110p

제4장 전문직 윤리

| 이해상충

26. 진료실에서의 화장품 판매
Dispensing Cosmeceuticals from the Office 115p

목 차

| 자기관리

- 27. 자율성과 공중보건 : 환자가 의사일 때
Autonomy and Public Health when the Patient is a Physician 119p
- 28. 웰즈 박사의 이야기 : 유능한, 그리고 성질 고약한
The Tale of Dr Wells: Competent and Irascible 122p

| 학생 교육 및 수련에 관한 윤리

- 29. 중간에 끼인 의대생
Medical Student in the Middle 127p
- 30. 의료 전문가 교육에 있어 지배와 복종의 구식 교육학적 모델에 저항하며
Resisting Outdated Models of Pedagogical Domination and Subordination
in Health Professions Education 130p
- 31. 수련의들은 산부인과 폭력에 어떻게 대응해야 하는가?
How should Trainees Respond in Situations of Obstetric Violence? 134p

| 비전문적 진료행위

- 32. 입증되지 않은 치료에 대한 환자의 요청에 대응하기
Responding to Patients' Requests for Nontraditional or Unproven Treatments 140p

| 사회적 책무

- 33. 병원 식당의 음식에 대한 윤리
The Ethics of Hospital Cafeteria Food 144p
- 34. 의학이 옹호할 권리 : 책임과 한계
Medicine's Authority to Advocate: Responsibilities and Limitations 149p

| 연구와 치료

- 35. 임상적 동등성의 문제와 환자의 최선의 이익
The Question of Clinical Equipoise and Patients' Best Interests 155p

제1장

환자와 의사 관계

- | 환자의 비밀/사생활 보호
- | 충분한 정보에 의한 동의
- | 의사결정능력
- | 증강
- | 치료 거부 및 무리한 치료 요구에 대한 대처
- | 다양성에 대한 존중과 공정한 의료 제공 (문화적 역량/감수성)
- | 환자로부터의 선물
- | 환자와의 애정 관계
- | 의료 실수의 공개 및 대처

환자의 비밀/사생활 보호

01 의사는 16세 외상 환자 부모의 법의학적 검사에 대한 요구에 따라야 하는가?⁰⁴

Should a Physician Comply with a Parent's Demands for a Forensic Exam on a 16-Year-Old Trauma Patient?

요약

의사는 특히 고위험 상황에서 환자에 대한 윤리적 의무에 주의를 기울여야 한다. 의사가 미성년 자녀의 의사에 반하는 부모의 치료 요구에 따라야 하는지 여부와는 별개로, 이 사례에서 제기된 문제들은 생사가 달린 경우가 아니므로 보호자가 자신의 판단을 강하게 주장하기 어려운 경우이다. 해설자들은 환자의 승낙(assent)에 반하여 환자에 대한 성폭력 응급 키트 검사를 강행하는 것은 환자에게 추가 충격을 가할 수 있으므로 의사는 이에 따라서는 안 된다고 주장한다. 이 상황에서 행동 방침을 결정하기 위해서는 환자의 최선의 이익과 범죄 수사를 위한 증거 수집 등의 문제에서 의사의 적절한 역할이 무엇인지 고려해야 한다.

사 례

자신의 이름을 부르는 소리에 놀라 깨어난 아누는 응급실의 밝은 조명으로 인해 눈을 찡그렸다. 자신이 지금 어디 있는지를 막 생각해내려는 와중에, 아누는 자신의 어머니가 울고 있는 것을 들었다. K 박사는 크게 말했다. “아누, 내 말이 들리면 고개를 끄덕이렴.” 아누는 끄덕였다.

그날 밤 콘서트장 밖에서 낯선 사람들에게 발견되어 구급차로 후송된 아누는 얼굴과 머리에 여러 번 구타를 당했다. 피가 목과 찢어진 옷가지 아래로 흘러내리고 있었고, 옷에서는 알코올과 토사물의 냄새가 났다. 아누의 어머니 레이나는 딸의 반응을 보고서는 딸의 옆으로 급히 달려가서는, “애야 다 괜찮아질 거야. 내가 널 위해 모든 걸 할 거야.”라고 말했다. 그녀는 딸의 손을 잡고 부드럽게 말했다. “아누야, 그 남자애가 이런 짓을 한 거니?”

레이나는 아누와 몇 발자국 떨어진 자리에서 K 박사에게 말했습니다. “분명 전 남자친구가 이런 짓을 한 게 분명해요, 박사님. 그 사람이 아누를 때리고 강간한 거예요. 증거를 잡아서 감옥에 가둬버려야 해요. 성폭력 응급 키트를 가지고 증거를 모으고 응급 피임약까지 해주시기를 부탁드립니다.”

“엄마, 안 돼요. 아무것도 하지 말아주세요.” 아누는 부드럽지만, 분명히 말했다. “제발, 그러지 마요.” 레이나와 K 박사는 대화를 위해 옆 방으로 갔다. “아누는 16살이고 지금 충격을 받은 상태예요. 저는 엄마입니다. 제가 말씀드린 대로 해주세요.”

K 박사는 레이나에게 당장 행동을 취할 필요는 없다고 말한다. “증거 수집과 응급 피임약 사용은 조금 있다 해도 괜찮습니다. 아누는 지금 시간이 더 필요할 거예요. 일단 아누를 입원시키고 내일 다시 한번 의견을 들어봅시다.

04 · Bowdler, M., & Kent, H. (2018). Should a Physician Comply with a Parent's Demands for a Forensic Exam on a 16-Year-Old Trauma Patient?. AMA journal of ethics, 20(1), 36-43.

다음 날, K 박사는 아누와 레이나를 다시 만났다. 아누는 어머니의 의향과는 정반대로 여전히 증거 수집에 필요한 골반 검사와 응급피임약 복용을 지속해서 거부하고 있었다. K 박사는 레이나에게 개인적으로 설명했다. “아누가 골반 검사와 응급피임약 복용을 거부하고 있기 때문에 어머니께서 원하시는 바대로 해 드릴 수 없을 것 같습니다. 강요하는 것이 오히려 아누에게 해가 될 수 있어요.”

레이나는 잠시 말을 멈춘 채 눈길을 돌리고는, “박사님께서 아누를 재워서라도 해 주실 수 없으실까요?”라고 묻는다.

“그럴 수 있습니다.” K 박사는 말했다. “하지만 그건 화학적 진정제예요, 그리고 환자의 의사에 반한 행위는 외상 생존자에게 매우 심각한 결과를 초래할 수 있어요.”

결심을 굳힌 듯, 레이나는 말합니다. “그래도 해주세요. 그 남자는 분명 처벌을 받을 필요가 있어요. 처벌 없이 그냥 지나가 버리면 평생 저를 용서 못 할 것 같습니다.”

K 박사는 다 듣고, 어떻게 행동해야 할지를 고민한다.

해설

이 사례에서는, 성폭행을 당한 16세 딸이 성폭력 응급 키트와 응급 피임약을 여러 번 거부하는 상황에서, 어머니의 요구를 충족시키기 위해 약물 진정을 고려하고 있는 의사가 등장한다. 성폭력 응급 키트는 골반 검사보다 더욱 침습적 검사이다. 여기에는 머리와 음모의 빗질, 그리고 질과 항문 및 구강의 면봉 검사(swab), 그리고 타액과 혈액 샘플 채취와 손톱 자르기를 모두 포함한다. 성폭력 응급 키트는 법의학 검사 중 하나이며 숙련된 임상 의사만이 수행할 수 있다[1]. 의사가 환자의 의지에 반하여 이 검사를 시행하기 위해 환자를 약물을 통해 억제해야 하는지에 대한 답변은 명백히 “아니다”이다. 이러한 답변은 이러한 요구를 거부하기에 충분한 여러 가지 윤리적 기준이 존재하기 때문이다. 이러한 윤리적 원칙은 법적 환경과 환자 중심의 외상 정보 관리의 맥락에서 논의될 것이다.

법적 고려사항

K. 박사가 환자의 의사에 반하는 강제력(화학적 또는 물리적)의 사용에 관해 확신이 없다면 절차를 진행하기 전 법률 고문과 상의할 수 있다. 책임을 지닌 당사자는 누구이며, 환자가 미성년자이고 환자와 보호자가 서로 동의하지 않을 때 누가 의학적 개입을 결정해야 하는가? 법원이 외상 피해자에게 자신의 치료를 결정하는데 더 많은 권한을 줄 수 있는가? 의사가 자신의 행동 과정을 숙고할 때 염두에 두어야 법적 측면이 있는가? 이는 윤리적 고려사항과 동시에 병원 상담사에게 조언을 구할 수 있는 질문이다.

어머니는 환자의 법적 보호자이므로 대다수 주에서 정해진 나이까지 의료 치료에 동의할 권한이 있다. [2]. 그런데도, 약물 또는 정신 건강 치료를 위해 미성년자의 동의가 필요한 주에서는 부모가 청소년의 의지에 반해 그러한 치료를 강요할 수 있도록 허용하지 않는다. 커윈(Kerwin et al.)을 인용하자면, “미성년자가 치료에 동의해야 하는 상태에서… 부모는… 다음과 같은 일을 할 수 있다. (a) 거부하는 아이가 치료를 받도록 ‘강제적인’ 시도를 할 수 있다. 그러나 부모가 치료실에 아이를 데려오는 데 성공하더라도, 이들 주(state)에 있는 미성년자들은 법적으로 치료를 거부하고 치료 중 어느 시점에서든 퇴원할 수 있다[3].”

특히 성적 건강이나 성폭력과 연루된 경우라면 청소년 환자에 대해 의료 행위를 강요하는 부모를 지지하는 문헌이나 법률적 전례는 거의 없다[4]. 약물적 진정이 딸의 의지에 반하여 강간 키트를 활용할 수 있는 유일한 방법이라고 어머니에게 설명함으로써, 의사는 보호자가 원하는 대로 진행할 수 없다고 결정을 내리더라도 그 결정을 지지하는 법적 근거를 제시할 수 있을 것이다.

윤리적 고려사항

이 사례에서 제기된 윤리적 문제에는 충분한 정보에 근거한 승낙(assent)과 관련한 자율성 존중, 의학적 필요성; 대리 결정자(surrogate)의 지원이 있다.

동의와 승낙(Consent and Assent). 비록 아누는 법적으로 미성년자이며 대리결정자가 그녀를 위해 의학적 결정을 내리지만, 그녀는 여전히 자율적 인간이며 일정한 기간의 응급키트 사용의 거부하는 이 상황에서 중요한 요소이다. 법률에 따라 아누가 의사결정 능력이 있는지를 결정할 수 있는데, 아누는 나이 때문에 아직 그 법적 지위를 얻지 못했다. 그러나 윤리적으로 아누는 응급키트 사용을 거부할 수 있는 능력이 있다. 자발적 동의 또는 거부의 능력은 시간이 지남에 따라 그리고 치료 결정의 심각성에 따라 달라지므로[5] 환자는 법적으로 능력이 없을 수 있지만, 여전히 특정 상황에서 선호도가 무엇인지 결정할 수 있는 능력이 있을 수 있다. 이 경우 의사는 성폭력 응급 키트를 수행하기 위해 아누의 승낙을 구해야 하며 어머니의 견해와 관계없이 그렇게 해야 한다. 미성년자의 승낙 또는 명시된 자발적 참여를 얻는 것은 미성년자에게 권한을 부여하고 통제의 수단을 제공하여 치료를 비롯한 의료적 개입에 더 쉽게 대처할 수 있도록 하는 것으로 나타났다[6]. 아누의 승낙을 구할 때, 치료 팀은 어머니와 아누가 각각 가능한 모든 행동이 가지는 위험, 이득 및 결과를 이해하도록 해야 한다.

그러나 이 승낙은 진정으로 자발적이어야 한다. 아누가 어머니의 압력으로 인해, 혹은 화학적 진정의 가능성이 두려워서 시험에 동의한 것으로 판단된다면 의사는 검사를 거부할 수 있다. 윤리학에서 널리 알려진 바와 같이, 미성년자의 승낙 또는 성인의 동의는 위험, 이득 및 다른 대안적 절차를 이해하고 있는 의사결정 능력을 갖춘 환자가 자발적으로 해야 한다. 미국소아과학회(American Academy of Pediatrics)는 윤리적 지침에서 “성년이 얼마 남지 않은 청소년들로부터 동의를 구할 때 부모의 허락이 여전히 필요하다. 그런데도 적절한 승낙의 절차가 성인을 위한 정보 동의 절차와 같이 간주할 것이라고 가정하는 편이 합리적이다”라고 말한다[7]. 또한, 학회[8]는 대부분의 경우 “16세의 골반 검사 수행[9]”에 관해 충분한 근거에 의한 승낙을 얻어야 한다고 권고하며, 이는 이 사례와 직접 관련지어 생각해 보았을 때, 아누에게 성폭력 응급 키트를 강제로 시행하는 것을 금지하는 것이다[10].

의학적 필요성. 성폭력 응급 키트에는 여러 모발, 피부 및 체액 샘플이 필요하다는 사실이 응급키트 사용의 침습적 특성을 드러낸다. 이 과정은 의학적으로는 불필요하며(아래에서 논의되는 바와 같이) 나쁜 기억을 상기시켜 환자에게 다시금 해를 끼칠 수 있다는 점을 고려할 때, 윤리적으로 딸에게 응급키트의 활용으로 인한 이득이 그로 인한 위험과 피해를 어떻게 능가하는지를 설명해야 하는 사람은 어머니이다. 아누는 자발적으로 치료를 요청하고 있지 않으며, 의학적으로 부적절한 행위를 요청한 것도 아니다. 오히려 그녀는 법의학적 증거를 얻기 위해 만들어졌을 뿐 건강에는 도움되지 않는 절차를 거부하고 있다. 그리고 종종 경험적으로 환자의 희망에 반하여 의료적 행위를 시행하는 것보다 그에 대한 거부를 받아들이기가 더 쉽다는 것을 발견할 수 있다. 이러한 고려사항은 의료적 필요성이 없는 의료 행위에 대한 거부는 중요하게 간주하여야 한다는 미국소아과학회의 견해와 일치한다[11].

대리결정자 지원. 이 시나리오에서 어머니는 “[전 남자친구]를 처벌할 증거가 필요하고” “처벌 없이 그냥 지나가 버리면 평생 자신을 용서하지 못할 것”이기 때문에 성폭력 응급 키트를 사용하도록 명시적으로 요청했다. 성폭력 응급 키트의 활용을 통해 어머니의 요구를 충족시켜줄 수는 있겠지만, 이는 오직 이 절차가 아누에게도 이익이 될 경우에만 해당한다. 대리결정자의 희망이 환자의 최선의 이익과 일치하지 않는 경우, 미국소아과학회는 의사의 의무는 “환자의 필요에 근거해야 하며, 부모나 대리결정자 등 타인이 표명한 것이 아니어야 한다”라고 명시하고 있다[12]. 의사는 어머니의 요청을 딸의 안녕을 비롯한 어머니가 현재 느끼고 있는 고통의 맥락 아래에서 고려해 보아야 한다. 의사는 절망과 고통 속에 있는, 그렇기에 궁극적으로 딸에게 부정적 결과를 초래하는, 어머니를 지원하기 위한 사회적 지지와 상담에 대해서도 고려해 보아야 한다.

환자 중심 대응

여러 연구에서 법률 및 의료 시스템하에서 외상 생존자가 좋지 않은 대우를 받아왔음이 드러났다[13-15]. 생존자는 종종 사법 시스템이 그들에게 나쁜 결과를 초래해왔다는 점을 지적한다. 대부분의 성폭력 사건은 절대 기소되지 않았으며 평균적으로 보고된 사례의 12%에서만 가해자가 유죄 판결을 받았다[16]. 일부 관련자들은 강간당했다는 생존자의 주장에 대한 의구심을 드러내기도 하며, 피해자를 비난하고 냉담하게 대우하는 등 피해자의 경험을 악화시키고 2차 가해하기도 한다[17, 18]. 이 사례에서 어머니에게 물었을 때 ‘화학적 진정’이 그녀에게 또다시 상처를 줄 수 있다는 것을 이해하고 있음을 의사가 보여주었듯이, 의료진들은 이러한 문제점들을 잘 이해하고 있어야 한다.

성폭력 피해자 지원센터를 존중하는 것은 생존자들이 법률 및 의료 시스템과 성공적으로 소통하는 데 있어 중요하다. 법률 기관, 의료 기관에서 피해 여성들은 종종 사고 당시를 떠올릴 수밖에 없는 상황에 직면하는데, 이는 필요한 도움을 받는 데 상당한 악영향을 미칠 수 있다[18]. 성폭력의 순간 피해자는 신체에 대한 통제권을 빼앗겨 버리기에, 성폭력 직후의 피해자에게 가장 중요한 것 중 하나는 자신에 대한 통제력과 안전성을 다시 확립하는 것이며, 따라서 피해자 주변 사람들이 이러한 과정의 필요성을 인식하는 것이 중요하다[18]. 아누는 어머니가 원하는 성폭력 응급키트 검사를 받고 싶지 않다는 의견을 반복해서 표명했다. 딸의 의사와 관계없이 어머니가 원하는 검사를 시행하는 것은 앞으로 몇 년 동안 어머니, 그리고 의료진과 아누의 관계에 악영향을 줄 수 있다.

환자가 방금 겪은 일과 미국소아과학회의 권고 사항을 고려할 때, 의사가 아누의 의지에 반하여 진정제를 써 긴 시간 동안 성폭력 응급 키트를 사용하는 것은 현명하지 않다. 이 행동은 그녀가 당했던 공격만큼이나 환자에게 해를 끼칠 수 있다. 의사는 어머니에게 이러한 강압적 검사가 불러올 감정적 결과뿐 아니라 이를 시행함에 따라 무너질 수 있는 딸과의 관계에 관해서도 설명해야 한다. 성폭력 위기 상담사 또는 사회 복지사를 통해 어머니의 우려에 대해서도 공감할 수 있으며, 궁극적으로 어머니에게 딸의 의향을 알리고 그 의향을 존중해야 한다는 사실을 상기시킬 수 있다. 상담사 또는 사회 복지사는 또한 성폭력의 증거를 수집할 수 있는 제한 기간이 존재한다는 점과 그 기간이 지나면 마음이 바뀌더라도 증거를 더 얻을 수 없음을 아누에게 상기시킬 수 있다. 아누가 자신의 결정이 일으키는 장기적 결과를 이해하도록 돕는 것은 충분한 근거에 의한 선택을 보장하기 위해 매우 중요하다.

해설

형사 처벌에 대한 부모의 바람과 의료 서비스의 경계를 명확히 하지 않는 것은 환자에게 부정적 결과를 초래하는 심각한 오류다. 응급 의사는 종종 폭력의 피해자와 대면하게 되는데, 이때 의사는 피해자와 가족에게 영향을 미치는 복잡한 역학관계들을 민감하게 다룰 수 있어야 한다. 성폭력 피해자 지원센터의 자원봉사자가 환자를 지원하기 위해 병원에 와서 피해자(딸)의 신체적, 정서적 필요에 대한 부모의 우려를 해결하고 형사 사법 시스템에 대한 그들의 질문에 답변할 수 있다[19-21]. 의사는 환자를 위한 퇴원 계획을 제시해야 하며, 여기에는 외상 전문가의 상담이 포함될 수 있다. 이 사례의 가족에게는 퇴원 계획이 특히 중요한데, 이것이 부모와 자녀가 앞으로의 어려운 치료를 위해 함께 협력하는 데 밑바탕이 될 수 있기 때문이다.

1. RAINN (Rape, Abuse, and Incest National Network). What is a rape kit? <https://www.rainn.org/articles/rape-kit>. Accessed October 07, 2017.
2. Kerwin ME, Kirby KC, Speziali D, et al. What can parents do? A review of state laws regarding decision making for adolescent drug abuse and mental health treatment. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2015;24(3):166-176.
3. Kerwin, Kirby, Speziali, et al. 172.
4. Maradieu A. Minor's rights versus parental rights: review of legal issues in adolescent health care. *J Midwifery Women Health*. 2003;48(3):170-177. Kuther TL. Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence*. 2003;38(150):343-358.
5. Kuther TL. Medical Decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence*. 2003;38(150):343-358.
6. Shaddy RE, Denne SC; Committee on Drugs; Committee on Pediatric Research. Guidelines for the ethical conduct of studies to evaluate drugs in pediatric populations. *Pediatrics*. 2010;125(4):850-860.
7. Shaddy, Denne, Committee on Drugs; Committee on Pediatric Research, 856.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*. 1995;95(2):314-317.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, 317.
10. Heiner JD, Moore GP. Special report: the duty to warn third parties in emergency medicine. *AHC Media*. November 1, 2009. <https://www.ahcmedia.com/articles/114784-special-report-the-duty-to-warn-third-parties-in-emergency-medicine>. Accessed September 1, 2017.
11. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, 316.
12. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, 313.
13. Campbell R. What really happened? A validation study of rape survivors' help-seeking experiences with the legal and medical systems. *Violence Vict*. 2005;20(1):55-68.
14. Campbell R, Sefl T, Barnes HE, Ahrens CE, Wasco SM, Zaragoza-Diesfeld Y. Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):847-858.
15. Ullman SE. Correlates and consequences of adult sexual assault disclosure. *J Interpers Violence*. 1996;11(4):554-571.
16. Campbell R. The psychological impact of rape victims. *Am Psychol*. 2008;63(8):702-717.
17. Campbell R, Raja S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence Vict*. 1999;14(3):261-275.
18. Greeson MR, Campbell R. Rape survivors' agency within the legal and medical systems. *Psychol Women Q*. 2011;35(4):582-595.
19. Nova (Network of Victim Assistance). Accompaniment. <http://www.novabucks.org/victimservices/accompaniment/>. Accessed October 08, 2017.
20. BARCC (Boston Area Rape Crisis Center). Medical advocacy: supporting you at the hospital. <https://barcc.org/help/services/ma>. Accessed October 8, 2017.
21. Bein K. Core services and characteristics of rape crisis centers: a review of state service standards. 2nd ed. National Sexual Assault Coalition Resource Sharing Project. http://www.resource-sharingproject.org/sites/resource-sharingproject.org/files/Core_Services_and_Characteristics_of_RCCs_0.pdf. Accessed November 17, 2017.

충분한 정보에 의한 동의

02

불안증 환자에게 정보를 알리지 않아야 하는가?⁰⁵

Withholding Information from an Anxiety-prone Patient?

사 례

첸 씨는 전반적으로 건강하다. 범불안장애 치료를 위해 의사가 처방해준 세로토닌/노르에피네프린 재흡수 억제제인 둘로세틴만을 복용 중이다. 첸 씨는 지난 3개월간 물건을 쥐거나 들어 올릴 때 통증이 증가하는 것을 느끼고 주치의를 찾았다. 주치위는 첸 씨의 병력을 확인하고 검진 후 추가 검진을 위해 외과 전문의의 검진을 받도록 했다. 외과 전문의는 신체검사와 정밀 검사를 통해 첸 씨가 서혜부 탈장 증세가 있음을 확인하고 다음 주로 선택적 탈장 수술 날짜를 잡았다.

수술 당일 아침, 마취과 3년 차 레지던트 빌링스가 첸 씨를 맞았다. 의사는 첸 씨에게 수술의 위험성에 관해 설명하고 동의를 받았다. 하지만 간호사가 환자가 “수술 중 사망에 이를까 굉장히 두려워하고 있으며 간신히 수술 동의를 받았다”고 빌링스에게 말했다. 첸 씨와의 면담을 통해 빌링스는 첸 씨가 가만히 있지 못하며 상당한 불안함을 호소하는 여성이라는 사실을 알게 되었다. 첸 씨와의 면담 후 빌링스는 그녀의 병력과 복용 약을 검토했고 전신 마취를 해야 하는 환자라고 결론 내렸다.

환자의 몸 상태가 괜찮고, 전신 마취가 가져올 수 있는 부작용의 위험이 적고, 환자의 불안 상태를 고려했을 때 빌링스는 첸 씨에게 사망 위험을 포함해 전신 마취가 가져올 수 있는 모든 위험에 관해 알릴 것인지 고민했다. 빌링스는 한 윤리 그랜드라운드에서 마취과 의사가 치료 목적으로 정신 질환 환자에게 위험성 고지를 모두 하지 않았다는 것을 떠올렸다. 빌링스는 생각을 정리하기 위해 잠시 자리를 옮겼다. 전문의를 찾을 수는 없었지만, 빌링스는 첸 씨에게 마취의 위험을 고지하지 않는 것이 충분한 정보에 의한 동의를 얻는 데 실패하는 것인지 고민했다.

해 설

이와 같은 사례는 흔히 있는 일이다. 약 80%의 사람들이 흔히 수술 전 불안 증세를 겪는다 [1]. 미국 인구의 약 15%가 불안 장애를 겪고 있으며 2~3%가 범불안장애를 겪고 있는 현 상황에서 [2, 3] 수술 전 상황적 불안이 환자가 원래 갖고 있던 불안 장애에 더해져 나타나기도 한다. 수술 전 일부 불안 정도는 일반적 증세로 여겨지지만, 수술 후 통증 증가, 감염 위험, 상처 회복 지연, 장기적 인지/행동 변화와 같은 좋지 않은 결과가 나타나기도 했다.

수술 전후의 환자 치료 계획의 일환으로 이러한 불안 반응을 완화하도록 돕는 것이 마취과 의사가 할 일이다. 충분한 정보에 의한 동의 절차 및 병력 검사와 신체검사를 포함하는 수술 전 환자와 상호작용을 통해 환자와 유대관계를

05 · Zaleski, K. L., & Waisel, D. B. (2015). Withholding information from an anxiety-prone patient?. *AMA Journal of Ethics*, 17(3), 209-214.

형성하고 정보 불균형을 보완함으로써 불안 증세를 상당 부분 완화할 수 있다. 그러나 모든 환자가 그런 것은 아니다. 빌링스가 수술에 대해 충분한 안내를 하지 않고 치료적 특권(therapeutic privilege)을 개입시키는 것이 적절한가를 판단하기 이전에 충분한 정보에 의한 동의와 치료적 특권의 차이에 대해 생각해 볼 필요가 있다.

오늘날 우리가 알고 있는 충분한 정보에 의한 동의는 20세기 일련의 판례를 통해 하나의 법적 영역으로 발전했다. 법원은 환자가 스스로 결정할 권리가 있다고 판결했고 처음에는 찬성 없이 진행된 수술을, 후에는 동의 없이 진행된 수술이 폭력 행위라고 결론 내렸다. 수술에 찬성함으로써 환자는 환자 본인의 동의를 얻어야 하는 특정 위험과 이점에 대해 충분히 설명을 듣지 못하고 수술 절차를 진행하는 데 동의했다. 흥미롭게도 이러한 판결과 법원이 손들어 준 윤리 원칙은 당시의 성문화된 선행 기반 의료 윤리에 부합하지 않았다. 의료 관행이 환자 참여적, 환자 중심적으로 변하면서 점점 더 많은 의료진이 충분한 정보에 의한 동의가 환자 치료에 필수적임을 알게 되었다.

현재는 위급 상황이 아닐 시 응급 처치를 지연시키거나 환자에게 피해를 주는 경우가 아니라면 의사결정이 가능한 모든 환자에게 피검사나 기본적 신체검사보다 좀 더 외과적 절차가 있어야 하는 과정을 진행할 경우 고지된 동의를 받아야 한다는 것이 보편적으로 받아들여지고 있다. 환자는 (a) 질병, 제시된 치료법, 대안, 치료 거부, 치료를 받거나 거부했을 경우 나타날 수 있는 결과들에 대해 이해하고 (b) 이성적이며 일관된 수술 동의 의사를 밝힐 수 있음을 보여줌으로써 의사결정 능력이 있음을 보여준다. 의사 결정 능력은 법원에 의해 두 가지 방식(결정권이 있는지 없는지)으로 대개 결정되는 의사결정 기능과는 다르다.

고지된 동의 관련 논의는 (1) 환자의 상황 혹은 상태에 대한 사실 (2) 비(非)치료를 포함한 가능한 치료 방법들 (3) 제시된 치료법과 비(非)치료의 위험과 이점 (4) 의사가 권장하는 행동 절차의 네 가지 요소를 포함해야 한다. 제공되는 정보의 양과 특이성은 환자의 선호, 필요, 이해에 맞게 주어져야 한다. 환자는 제공되는 정보의 일부 혹은 전부를 거절하거나 환자 본인 대신 다른 사람이 치료 논의에 대신 참여하기를 원할 수도 있다.

상당한 논란의 여지가 있는 부분이기도 하지만 일부는 특정 상황에 의사가 진단 혹은 치료 관련 정보를 밝힐 경우 환자에게 심각한 위협이 될 수 있다고 여겨 치료적 특권을 개입해 정보를 밝히지 않을 수 있다고 주장한다. 이에 관한 근거는 이러한 상황에서 선행의 원칙(의사는 환자의 최상의 이익을 위해 행동해야 한다)과 해악 금지의 원칙(의사는 환자를 해하여서는 안 된다) 이 환자의 자율성 존중의 원칙을 대신한다는 것이다.

빌링스가 생각을 정리하기 위해 잠시 시간을 갖고 ‘심각한 불안 증세를 보이는 환자에게 고지된 동의 관련 최고의 방법이 무엇일지’ 조언을 구하려 전문의를 찾아 나선 건 옳은 일이었다. 예상치 못한 문제에 직면했을 때 이는 좋은 방법이다. 빌링스는 일반적 절차대로 충분한 설명에 의한 동의 절차를 밟을 것인지 치료적 특권을 개입시킬 것인지에 대한 합리적 판단을 내리기 전 수많은 것들을 고려해야 한다. 첫째, 첸 씨가 충분한 정보에 의한 동의를 알리기 정신적, 감정적으로 합리적 상태인지 판단해야 한다. 둘째, 첸 씨가 필요로 하고 원하는 정보의 양과 깊이를 결정해야 한다. 셋째, 첫째와 둘째를 바탕으로 동의 절차 진행 시 첸 씨에게 즉각적으로 일어날 수 있는 심각한 피해의 가능성을 판단해야 한다. 이 모든 사항에 대해 각각 고려하는 것이 빌링스가 결정을 내리는 과정에 있어 기준이 된다.

첸 씨는 충분한 정보에 의한 동의를 할 수 있는 상태인가?

수술 전 불안 증세나 통증이 환자가 충분한 정보에 의한 동의 절차에 완전히 참여하지 못하게 할 만큼 압력을 가하는지에 대해서는 여러 의견이 나뉜다. 분만 중의 여성에게도 비슷한 상황이 적용된다[13]. 환자가 진통제나 대안 치료의 부족으로 압박을 느끼지 않고, 선택할 수 있는 것들에 대해 이해하지 못하거나 현재 환자가 걱정하고 있는 것에 관해 이야기하지 못하고 치료 관련 결정을 내릴 수 없게 할 만큼 괴로워하지 않는다면 동의를 얻을 수 있다. 일부 환자들은 의사결정 능력을 보유하고 있다면 항불안 치료를 받은 후 고지된 동의 절차를 진행할 수 있다.

수술 전 대기 장소에 도착하기 전, 첸 씨가 의사결정 능력을 가졌는지를 고려해야 할 대상인지 동의 절차를 주도적으

로 이행할 것인지에 대해서는 의심할 여지가 없다. 하지만 수술 동의 절차를 밟는 과정에서 첸 씨의 태도가 바뀌었고 심각한 불안 증세를 보이며 가만히 앉아 있지 못했다. 첸 씨와 심도 있는 논의를 나누지 않는다면 빌링스는 첸 씨가 수술 동의를 할 수 있는지, 동의할 마음이 있는지 알지 못한다. 종종 환자들이 고지된 동의 절차를 밟는 과정에서 비로소 그들이 동의 절차를 밟지 못하는 상태라는 것이 분명해지기도 한다.

첸 씨가 동의 절차를 밟는 과정에서 마취 관련 정보가 어느 정도까지 포함되어야 하는가?

가장 최근에 출판된 동의 관련 미국의사협회 의사윤리강령에 따르면[14], 환자에게 제공되는 정보의 양과 특이성은 환자의 선호, 필요, 이해에 맞게 주어져야 한다. 고위험 환자와 저위험 환자, 고위험 절차와 저위험 절차, 가벼운 합병증과 심각한 합병증 간에는 특별한 구분이 없다. 법적으로 대다수 주에서 ‘합리적 환자’의 기준에 부합하려면 환자는 합리적 환자가 의사결정에서 고려할 모든 중대한 정보를 받아야 한다. 환자가 이미 알고 있거나 보편적 상식으로 여겨지는 정보에 대해서 필수적으로 논의할 필요성은 없다. 또한, 환자는 정보의 일부 혹은 전부에 대해 듣지 않기를 선택할 수도 있다.

첸 씨가 동의 절차를 밟을 수 있다면 빌링스는 첸 씨의 과거 병력, 예정된 수술, 심리 상태를 고려하여 마취 방법에 대해 논의해야 한다. 이 논의에는 의사 본인이 권장하는 마취 방법(전신마취 혹은 국소마취)과 더불어 각 방법 선택 시 자주 발생하는 위험 요소와 이점이 포함되어야 한다. 정보 공유는 환자와 의료진 사이에 양 방향으로 행해져야 하며 단순히 일어날 가능성이 있는 모든 위험과 이점을 공유하는 것에 그쳐서는 안 된다. 첸 씨의 몸 상태가 좋고 예정된 수술의 위험성이 높아질 가능성이 없다면 빌링스는 첸 씨가 더 드물게 일어나고 심각한 위험에 대해 얼마나 더 알고 싶은지에 대해 말하도록 해야 한다. 만약 첸 씨가 사망 위험이나 다른 심각한 합병증에 대해 알고 싶지 않다고 분명히 말하면 빌링스는 환자의 의사를 존중하고 정보 공유를 강요해서는 안 된다. 양방향 정보 공유가 환자뿐 아니라 의료진에게도 유익할 수 있음을 기억하는 것이 중요하다. 예를 들어, 첸 씨가 수술 전 보인 불안 증세로 미루어 보면 첸 씨는 전신마취를 선택할 가능성이 더 높지만, 동의 절차 과정에서 첸 씨의 수술 후 사망에 대한 두려움이 실제로는 전신마취에서 깨어나지 못할 것 같은 것에서 오는 두려움이라는 것이 밝혀지면 국소마취를 더 선호할 수 있다. 동의 절차가 없다면 첸 씨는 국소마취의 가능성에 대해 알지 못할 것이고 빌링스는 이 심각한 불안 증세를 보이는 환자에 대한 다른 선택지를 고려하지 못할 것이다.

충분한 정보에 의한 동의가 첸 씨에게 피해가 될 수 있는가?

동의를 유발하는 불안 증세를 파악하고 수치화를 시도한 다수의 연구는 좀 더 상세한 동의 절차가 신체적 혹은 심리적으로 환자에게 해를 가하는지 여부에 대해 서로 다른 결론을 보여준다 [15-19]. 상반된 결과는 차치하고, 이 연구들은 특정 환자에게 적용될 수 없을 것이다. 따라서 빌링스가 고려해야 할 가장 첫 번째는 고지된 동의 절차 자체가 첸 씨에게 직접적으로 해를 가하는지 여부이다. 수술 전 불안 증세의 가벼운 증가는 예상 가능하며 일반적으로 용인되는 것이다. 하지만 극심한 불안 증세가 심근 경색, 고혈압성긴급증, 적극적 자살 충동으로 이어질 수 있는가? 좀 더 파악하기 힘든 문제는 고지된 동의 절차가 수반하는 불안 증가가 좋지 않은 수술 결과로 이어질 수 있는지 문제이다. 후자의 경우, 환자가 의료진이 정보 공유를 하지 않는다는 것에 동의하지 않았기에 의료진이 정보를 알리지 않음으로써 환자의 자율성을 침해하는 것을 정당화하기 어렵다. 이는 치료적 특권 개념이 존재하는 첫 번째 고려대상, 즉, 불안 증가가 신체적 혹은 심리적 위기로 이어지는지 여부가 관련되어 있기 때문이다.

치료적 특권 또는 예외는 정보 공개가 환자에게 직접적 해를 끼칠 수 있으면 환자에게 진단이나 치료 관련 정보를 알리지 않는 것을 정당화하는 개념이다. 이는 의료진이 판단했을 때 유익하거나 심지어는 필요한 치료 과정을 환자가

포기하게 할 수 있는 정보를 의료진이 알리지 않도록 허용하는 수단이 아니다(예를 들어, 선행이라는 명목으로 환자 자율성을 무시하는 것). 또한, 의료진이 안 좋은 결과가 나올 위험이 낮다고 생각될 때 불편할 수 있는 논의를 피하도록 허용하는 수단 역시 아니다. 미국의사협회 윤리강령은 환자에게 정보 공개를 하지 않는 것 [20]을 환자가 알지 못하고 환자의 동의 없이 행해질 경우 윤리적으로 용인될 수 없다고 본다. 그리고 정보 공개가 환자의 필요와 선호를 충족시키는 맞춤 형식으로 이루어지도록 모든 시도를 행할 것을 권장한다. 정보 공개의 영구적 지연이 이루어지지 않는 경우에는 정보의 부분적 공개 혹은 정보 공개의 지연을 허가하고 있다. 첸 씨는 건강에 이상이 없고 적극적 자살 충동(이 사례에서 가장 직접적 해가 될 수 있는 사안)을 느끼지 않기 때문에 첸 씨의 경우 치료적 특권을 개입하는 것이 윤리적으로 타당한 결정이라고 볼 수는 없을 것이다. 명확한 위험이 발생하지 않는 선에서 첸 씨의 자율성을 지지하고 강화하기 위해 모든 시도가 이루어져야 한다.

결론

요약하자면, 빌링스는 앞서 논의된 문제들을 고려한 후 첸 씨가 고지된 동의 절차를 밟도록 모든 시도를 해야 한다. 첸 씨에게 제공되는 정보의 깊이와 범위는 첸 씨의 현 심리 상태를 고려해 첸 씨의 선호, 필요, 정보 이해 능력에 따라 달라질 것이다. 첸 씨는 빌링스가 제공하는 정보의 일부 혹은 전부를 거부하거나 본인 대신 동의 절차를 밟도록 대리인을 지정할 수 있다. 빌링스는 두 경우 모두에서 첸 씨의 의사를 따라야 하며 이것이 진실로 고지된 동의를 얻는 데 실패했음을 의미하는 것이 아님을 자부해야 한다. 전신마취로 인한 사망 가능성이 작음을 알게 됨으로써 첸 씨의 불안 증세가 부분적으로 완화되거나 논의를 통해 첸 씨에게 좀 더 적합한 마취 방법을 찾게 될 가능성도 있다. 이 두 가지 경우 모두에서 치료적 특권의 개입은 첸 씨의 자율성을 앗아갈 뿐 아니라 첸 씨가 받을 수 있는 최선의 치료를 제공할 기회 또한 차단할 수 있다. 이야기를 나누는 과정에서 빌링스가 첸 씨의 의사결정 능력이 감소하고 있다고 느끼면 치료적 특권을 개입해 예정대로 일을 진행하는 것보다 비응급 수술을 취소하고, 첸 씨의 안전에 대비하고, 후에 수술 일정을 다시 잡는 것이 윤리적으로 더욱 바람직할 것이다.

참고문헌

1. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg*. 1999;89(6):1346-1351.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.
3. Weisberg RB. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(suppl 2):4-9.
4. Thomas T, Robinson C, Champion D, McKell M, Pell M. Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management. *Pain*. 1998;75(2-3):177-185.
5. Levandovski R, Ferreira MB, Hidalgo MP, Konrath CA, da Silva DL, Caumo W. Impact of preoperative anxiolytic on surgical site infection in patients undergoing abdominal hysterectomy. *Am J Infect Control*. 2008;36(10):718-726.
6. Walburn J, Vedhara K, Hankins M, Rixon L, Weinman J. Psychological stress and wound healing in humans: a systemic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2009;67(3):253-271.
7. Pearson S, Maddern GJ, Fitridge R. The role of pre-operative state-anxiety in the determination of intra-operative neuroendocrine responses and recovery. *Br J Health Psychol*. 2005;10(pt 2):299-310.

8. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*. 2006;118(2):651-658.
9. *Schloendorff v Society of New York Hospital*, 211 NY 125, 105 NE 92 (1914).
10. *Salgo v Trustees of Leland Stanford Hospital*, 154 Cal App 2d 560, 317 P2d 170 (1957).
11. Waisel DB. Legal aspects of anesthesia care in America. In: Miller RD, ed. *Miller's Anesthesia*. Vol 1. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:251-267.
12. Richard C, Lajeunesse Y, Lussier MT. Therapeutic privilege: between the ethics of lying and the practice of truth. *J Med Ethics*. 2010;36(6):353-357.
13. Affleck PJ, Waisel DB, Cusick JM, Van Decar T. Recall of risks following labor epidural analgesia. *J Clin Anesth*. 1998;10(2):141-144.
14. American Medical Association. Opinion 8.08 Informed consent. Code of Medical Ethics. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medicaethics/opinion808.page>. Accessed December 12, 2014.
15. Kerrigan DD, Thevasagayam RS, Woods TO, et al. Who's afraid of informed consent? *BMJ*. 1993;306(6873):298-300.
16. Goldberger JJ, Kruse J, Parker MA, Kadish AH. Effect of informed consent on anxiety in patients undergoing diagnostic electrophysiology studies. *Am Heart J*. 1997;134(1):119-126.
17. Casap N, Alterman M, Sharon G, Samuni Y. The effect of informed consent on stress levels associated with extraction of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(5):878-881.
18. Kain ZN, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter M, Mayes LC. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two-phase study. *Anesth Analg*. 1997;84(2):299-306.
19. Inglis S, Farnill D. The effects of providing preoperative statistical anaesthetic-risk information. *Anaesth Intensive Care*. 1993;21(6):799-805.
20. American Medical Association. Opinion 8.082 Withholding information from patients. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medicaethics/opinion8082.page>. Accessed December 12, 2014.

03

술기 기술(Technical Skill)과 충분한 근거에 의한 동의⁰⁶

Technical Skill and Informed Consent

사 례

크릭 박사는 대동맥 판막 질환 및 동반 질환이 매우 심하여 개방 대동맥 판막 치환을 시행할 수 없는 환자 집단에 대한 경피 대동맥 판막 치환 요법과 표준 약물 요법의 무작위 임상 비교 시험에 참여했다. 다기관에서 시행되는 연구의 일환으로 크릭 박사의 외과 팀은 연구의 IRB 승인을 받았다. 각 외과의는 적절한 훈련을 받았으며 이 시술법에 충분한 경험이 있는 외과의의 감독하에 두 치료를 수행했다. 알톤 씨(65세)는 크릭 박사가 시술을 수행할 15번째 환자다.

수술이 없으면 환자는 향후 18개월 동안 사망할 확률이 50%다. 크릭 박사의 이전 시험 환자 중 2명은 수술 후 사망했다(이것이 동반 질환으로 인한 사망임을 배제할 수는 없다). 그리고 다른 수술 4건으로 인해 추후 수술이 필요한 판막 주위 누출(paravalvular leak)이 발생했다. 크릭 박사가 속한 연구팀의 다른 외과 의사들 수술의 경우 합병증 발생률이 상대적으로 낮았고, 연구의 데이터 안전 모니터링 위원회(Data Safety Monitoring Board)는 모든 연구진이 시험을 계속할 수 있도록 했다. 크릭 박사는 알톤 씨가 이 시술로 혜택을 받을 것이며, 이번 연구 결과는 현재의 의료 표준보다 미래 환자들에게 더 큰 혜택을 줄 것으로 확신한다. 크릭 박사는 사전 동의 절차 중에 알톤 씨에게 정보를 제공할 때, 승인된 IRB 동의 양식에 명시된 것 이외의 절차에 대한 자신의 경험에 관한 데이터를 윤리적으로 공개해야 하는가?

해 설

이 사례에 제시된 것과 같은 수술과 관련된 임상 연구는 무작위 임상 시험(RCT)에 관한 결과보고가 약물치료보다 수술에서 훨씬 덜 일반적이기 때문에 드문 경우이다. 흉부외과 저널에 발표된 연구 논문 중 RCT는 5-10%에 불과하지만[1] 내과에서는 약 24-35%를 차지한다[2]. 외과적 RCT의 상대적 부족에 대한 충분한 이유가 있다. 10mg 정제는 누가 처방하든 10mg 정제이지만 특정 외과 수술의 결과는 외과의의 기술과 실력에 따라 상당히 다르다. 또한, 시간에 따라 외과적 술기의 능력이 변하는데, 외과의가 시술을 계속함에 따라 그 결과가 학습 곡선을 따라 상승한다. 마지막으로, 외과 의사는 자신이 사용하는 기술과 장치를 알고 있는 상태에서 술기를 행하여야 하므로 이중 맹검 연구는 거의 불가능하다. 그리고 외과 영역의 연구에서 목표 집단은 종종 매우 작기 때문에 정확한 통계 분석이 어렵다[3]. 이 문제는 다기관에서 동시 연구를 수행함에 따라 연구대상자 수를 늘림으로써 문제를 극복할 수 있다.

외과 의사들은 환자가 최선의 치료 결과를 얻을 수 있도록 노력한다. 이는 환자의 좋은 치료 결과는 곧 외과 의사의 역량을 보여주기 때문이다. 그러나 다른 동기가 외과 의사의 판단을 흐리게 할 수 있다. 예를 들어 앞선 사례의 연구에서 환자-연구대상자는 표준 개방 심장 대동맥 판막 교체의 후보가 아니므로 연구에 모집하면 외과의가 수행하는 수술 건수가 증가하고 결과적으로 수입이 증가한다[4]. 대규모 연구 프로젝트에 참여하여 수술 그룹 및 개별 외과 의사의 명성을 높이는 것과 같은 무형의 동기부여는 많은 환자-연구대상자를 모집하기 위해 사전 동의 절차에서 이익과 위험을 편향적으로 제시할 수 있게 한다[3]. 외과의는 연구 및 임상 수술에서 사전 동의 절차 동안 그러한

06 · Sade, R. M. (2010). Technical skill and informed consent. AMA Journal of Ethics, 12(2), 87-90.

편견을 갖지 않도록 노력해야 한다.

하지만 이러한 잠재적 이해상충(conflict of interests)이 이 RCT에서는 일어나지 않을 것으로 생각된다. 잠재적 연구참여자 중 누구도 초기에 외과 의사의 1차 진료를 받은 것이 아니며, 순환기내과 전문가로부터 치료를 받는 상황에서 이들에 의해 연구참여자들의 연구 참여가 결정되기에 이러한 잠재적 이해 상충은 발생할 가능성이 없다. 물론 외과의는 수술을 받기 전에 별도의 사전 동의 절차를 제공하지만, 그 시점에서 편향의 가능성은 최소화한 상황이다.

연구가 진행되고 결과에 관한 정보가 드러남에 따라, 환자-연구대상자에게 새로운 정보를 전달하는 것은 환자-연구대상자가 연구 참여를 철회할 가능성으로 인해 편향될 수 있으며, 따라서 외과 의사의 명성을 손상할 수 있다. 이 사례의 끝에서 제기된 문제는 크릭 박사가 IRB 동의서에 포함된 정보 외에 환자에게 새로운 데이터를 제공할 윤리적 의무가 있는지다. 이러한 의무는 미국식품의약처(FDA)와 미국보건복지부(Department of Health and Human Services)의 규제는 인간 피험자 관련 연구에 대해 “연구대상자의 시험참여 의도를 변화시킬 수 있는 연구의 정보는 시험대상자에게 제공될 것이다”라고 명시하고 있다[5, 6]. 따라서 알톤 씨의 경우 중요한 문제는 중대한 새로운 발견이 있는지, 그렇다면 그것이 정확히 어떤 내용이어야 하는지이다. 전반적 시험 결과는 IRB 동의 양식에서 주장한 것과 크게 다르지 않을 수 있지만, 크릭 박사의 환자는 연구집단의 다른 외과 의사의 환자보다 높은 합병증을 보인다. 아마도 알톤 씨는 이 새로운 정보를 알고 있어야 할 수도 있다.

해설자는 크릭 박사의 합병증 발생 가능성이 연구집단의 다른 외과 의사보다 합병증 발생률보다 높다는 사실을 ‘중요한 발견’으로 간주해서는 안 되기 때문에 이러한 데이터를 알톤 씨에게 보고할 필요는 없으며 더욱이 그렇게 해서는 안 된다고 제안한다. 몇 가지 이유를 들자면, 첫째, 데이터 안전 모니터링위원회는 특정 외과의가 유능하지 않은 지 여부를 결정하는 것을 포함하여 임상 시험에서 모든 환자-대상의 안전을 보장할 책임이 있으며, 크릭 박사에 대해서는 그러한 결정을 내리지 않았다. 임상 술기 및 수술에 관한 연구에서 외과 의사의 합당한 수행능력의 기준은 우수성이나 탁월함이 아니라 역량이다[7]. 크릭 박사는 이 표준을 충족하므로 합병증 발생에 관한 정보는 중요하지 않다. 또한, 각 외과 의사는 첫 두 치료법에 대한 교육과 전문가의 감독을 받았다. 이는 외과적 연구의 프로토콜에서 일반적으로 요구되는 것보다 적은 데, 이는 연구에 참여하는 외과 의사들이 대체로 개흉술 경험이 있으며 좋은 결과를 내왔음을 시사한다.

둘째, 우리는 크릭 박사의 합병증 비율이 다른 시험 참여 기관의 외과 의사의 합병증 비율보다 높다는 것을 알지만, 크릭 박사의 합병증 비율이 연구의 다른 외과 의사의 합병증 비율보다 유의미하게 높은지, 혹은 낮거나 거의 같은지는 알 수 없다. 크릭 박사의 합병증 발생률은 수용 가능한 범위 내에 있을 수도, 혹은 다른 모든 외과 의사의 평균 합병증 비율보다 높을 수도 있다. 데이터 안전 모니터링위원회(DSMB)는 크릭 박사의 그룹이 시험을 계속할 것을 권고했으며, 이는 이 그룹의 전체 합병증 비율이 다른 기관의 외과 의사의 그룹과 비교하여 유의미하게 높지 않음을 시사한다.

셋째, 더 높은 합병증 비율은 결과의 점진적 개선이 예상되는 크릭 박사의 학습 곡선에 의해 설명되는데, 높은 환자 합병증 비율은 동반 데이터 및 기타 위험 동반 질환과 관련한 데이터가 조정된 후에 완전히 사라질 수 있다. 더 높은 합병증 비율은 단지 결과의 우연한 변화 때문일 수 있다. 크릭 박사는 14건의 경피 대동맥 판막 치환술을 시행했지만 통계 분석을 하기에는 표본이 너무 적은 관계로, 그룹 내 다른 외과 의사의 결과나 참여 기관의 모든 외과 의사의 결과와 확실하게 구분할 수 있는 통계 분석은 할 수 없다.

이 합병증 비율만으로는 의사로서 크릭 박사의 역량이나 경피 대동맥 판막 교체의 이점에 관해 아무것도 말할 수 없으므로, 알톤 씨에게 크릭 박사의 환자들의 치료 결과를 제공하는 것은 사실을 오도 할 수 있으며, 알톤 씨에게 잘못된 정보를 제공하여 알톤 씨가 연구에 참여하지 않게 되는, 잘못된 근거에 기반한 결정을 끌어낼 수 있다.

1. Block MI, Khitin LM, Sade RM. Ethical process in human research published in thoracic surgery journals. *Ann Thorac Surg*. 2006;82(1):6-11; discussion 11-2.
2. Kuroki LM, Allsworth JE, Peipert JF. Methodology and analytic techniques used in clinical research: associations with journal impact factor. *Obstet Gynecol*. 2009;114(4):877-884.
3. Morreim H, Mack MJ, Sade RM. Surgical innovation: too risky to remain unregulated? *Ann Thorac Surg*. 2006;82(6):1957-1965.
4. Morin K, Rakatansky H, Riddick FA Jr, et al. Managing conflicts of interest in the conduct of clinical trials. *JAMA*. 2002;287(1):78-84.
5. U.S. Food and Drug Administration. Elements of informed consent. Code Fed Regul Public Welfare. 1995;Title 21(Section 50-25). <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2009-title21-vol1/pdf/CFR-2009-title21-sec50-25.pdf>. Accessed December 1, 2009.
6. U.S. Food and Drug Administration. General requirements for informed consent. Code Fed Regul Public Welfare. 1995;Title 45(Section 46-116). <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2008-title45-vol1/pdf/CFR-2008-title45-sec46-116.pdf>. Accessed December 1, 2009.
7. Kouchoukos NT, Cohn LH, Sade RM. Are surgeons ethically obligated to refer patients to other surgeons who achieve better results? *Ann Thorac Surg*. 2004;77(3):757-760.

04

정신과적 증상이 치료거부 결정능력에 미치는 영향⁰⁷

Influence of Psychiatric Symptoms on Decisional Capacity in Treatment Refusal

요약

정신과적 증상이 환자의 의사결정 능력에 어떠한 영향을 끼치는지를 이해함으로써, 우리는 이론적으로, 그리고 개념적으로 환자가 의사결정 능력을 갖추는 것이 어떠한 의미가 있는지 이해할 수 있다. 환자의 의사결정 능력을 평가하면, 적정 수준의 능력을 갖춘 환자들의 경우 자신이 어떠한 치료를 받을 것인지를 선택할 수 있을 것이며, 이와 동시에 의사결정 능력의 손상으로 인한 잠재적 피해로부터 의사결정 능력을 갖추지 못한 사람들을 보호할 수 있다. 제2기 유방암 환자가 추가 치료를 거부하는 사례를 분석할 때, 우리는 미국의사협회 윤리 강령 및 의료윤리 강령에 따른 의사결정 능력 평가에 대한 사전 동의 및 개념적 접근 방식의 개념적 모델을 검토할 수 있다.

사례

A 박사는 새로 진단된 제2기 유방암 환자인 55세 여성 캐서린(Catherine)의 종양 전문의이다. A 박사가 초기 상담 중에 캐서린의 과거 병력에 관해 물었을 때, 캐서린은 지난 2년 동안 너무 피곤해서 침대에서 일어나기조차 어려웠다고 말했다. “일어날 의욕조차 없었어요.”라고 그녀는 설명한다. “아무것도 하고 싶지 않아서 온종일 잠만 잤어요. 누군가 절 꼭 보고 싶어 하는 것도 아니잖아요?” A 박사는 캐서린이 지금도 그렇게 느끼는지 물었다. 그녀는 “종종 그래요, 남편이 2년 전 죽은 후에는 좋지 않았어요, 그래도 지금은 괜찮아졌어요.”라고 말했다.

A 박사는 또한 캐서린의 진료 기록에서 그녀가 체중이 최대 14kg까지 변동했던 것을 발견했다. 이것에 관해 물었을 때 캐서린은 “글쎄요, 아마도 식습관이 변해서였던 것 같아요”라고 대답했다. 또한 그녀는 지금까지 의사와 자신의 기분에 관해 이야기한 적이 없다고 했다. 그녀는 그저 “모두가 제가 그저 우울한 사람이라고 말하곤 했어요”라고 말했다.

치료를 진행하던 중, 캐서린은 부작용이 너무 심해서 일을 할 수 없었고, 혼자 생활하며 가족이나 친한 친구가 없었기에 일상생활에 어려움이 있음을 이야기했다. A 박사는 치료에 대한 초기 반응을 평가하면서 종양 크기가 실제로 약간 증가한 것을 보고 캐서린에게 더 적극적 치료를 받아야 한다고 알려주었다. 이에 캐서린은 고개를 저으며 “하고 싶지 않아요”고 말했다. 캐서린은 자세히 캐묻자 “살 가치가 없는 것 같아요. 저는 지난 몇 주 동안 제 인생에 대해 많이 생각해 왔는데, 특히 남편이 죽은 이후로 살 이유가 없어졌어요.”라고 말했다. A 박사는 캐서린에게 친한 사람들과 즐거운 일상을 떠올려보라고 말했다. 그러자 캐서린은 다음과 같이 대답한다. “벌써 해 봤어요. 하지만 아무것도 떠오르지 않더군요.” A 박사는 그녀가 암에 걸리고 치료하는 동안의 고통으로 어려움을 겪고 있어 그런 것이 아닌지 물었다. 캐서린은 냉소적으로 말했다. “음, 물론 간단히 결정할 사안은 아니죠. 하지만 A 박사님, 솔직하게 저는 지금 고통 때문에 힘들었고, 저는 제 삶을 충분히 산 것 같습니다. 이제 남편과 같이 있고 싶어요. 항상 그이 생각만 하고 있어요.”

07 · Baruth, J. M., & Lapid, M. I. (2017). Influence of psychiatric symptoms on decisional capacity in treatment refusal. *AMA journal of ethics*, 19(5), 416-425.

병력을 고려해 보았을 때 캐서린의 정신건강 상태에 대해 확신이 서지 않자 A 박사는 캐서린의 주치의 B 박사와 상담했다. B 박사는 다음과 같이 회상했다. “몇 년 전에 그녀가 조금 위축되어 보이긴 했지만 특별하다고 느끼진 않았어요.” 그는 캐서린의 주요 사회적 지지자였던 남편이 2년 전에 사망했고 그 이후로 그녀를 보지 못했다고 말했다. B 박사는 “그래도 캐서린과 나는 아주 좋은 관계를 유지하고 있었어요. “저는 캐서린이 추가 치료에 동의하도록 설득할 수 있다고 확신합니다. 살아야 할 이유가 없다는 건 상상할 수 없어요.”

정보가 더 필요하다고 판단한 A 박사는 캐서린을 정신과 의사인 C 박사에게 의뢰하였고, 그는 그녀가 복합적 슬픔(complicated grief) 상태라고 판단하고 항우울제를 처방했다. 그러나 그녀는 약을 먹지 않았다. A 박사가 캐서린에게 이유를 물어보자 그녀는 말한다. “전 지금 제가 어떤 상황에 부닥쳐있는지 이해하고 있고 제 마음을 정했어요. 저를 더 힘들게 하지 말아주세요.” 그녀는 암 치료를 거부할 때의 위험과 이득에 대해 이해하고 있음을 드러냈다.

A 박사는 캐서린의 슬픔이 충분한 정보에 근거한 거부(informed refusal)를 할 수 있는 능력을 손상한 것이 아닌지 궁금한 상황이다. 또한 현재의 감정이 일반적 정동(baseline mood)과 얼마나 멀리 떨어져 있는지, 암으로 인한 경험이 얼마나 정신적 고통을 주고 있는지, 그리고 이러한 요소가 그녀의 의사 결정에 얼마나 영향을 끼치고 있는지 궁금해하고 있다. 마지막으로, A 박사는 B 박사가 그녀를 ‘설득’시키겠다는 제안을 떠올리고, 설득하려는 추가 시도가 과연 그녀의 결정과 가치를 존중하는 방향일지를 고민한다. A 박사는 어떻게 해야 할까?

해 설

의학적 의사결정 능력의 결정은 환자가 자신의 의학적 결정을 내릴 수 있는 권리를 유지함과 동시에 그들의 능력이 훼손될 경우의 의사 결정으로부터 환자를 보호하기 위한 것이다. 여기서 의사결정 능력은 특정 시점의 특정한 의학적 결정(예: 치료에 대한 동의, 연구 참여)에 대한 것이라는 점에 유의해야 한다. 즉[1], 한 가지 의학적 결정에 대한 능력이 없는 사람이라도 다른 결정에 대해서는 능력이 있을 수 있다[2]. 특히 환자가 권장 받은 치료를 거부하거나 치료에 상당한 위험이 수반되는 경우 의사가 환자의 의사결정 능력을 평가하는 것은 주관적이고 혼란스러울 수 있다.

적절한 의사 결정 능력의 존재 여부는 충분한 근거에 의한 동의 절차의 필수 기준이다. 충분한 근거에 의한 동의가 유효하려면 (1) 정보 제공, (2) 자발성 및 (3) 동의 능력[3]의 세 가지 요소가 있어야 한다. 정보를 제공할 때 환자에게 치료나 시술의 성격과 목적뿐만 아니라 치료를 하지 않는 것을 포함한 다른 옵션들의 위험과 이득 그리고 대안에 관한 적절한 정보가 제공되어야 한다. 자발성은 자발적이고 강제로부터 자유로운 결정을 내리는 것을 의미한다. 동의 능력은 의사결정 능력을 평가할 때 의사가 평가하는 능력을 포함하는 환자의 정신적 능력에 대한 법적 결정이다. 동의 능력 평가에 대한 법적 표준은 일반적으로 환자의 능력에 기초한다[(1) 자신의 현재 신체 상황과 제안된 치료에 대한 관련 정보를 이해한다. (2) 자신이 가지고 있는 핵심가치와 선택의 잠재적 결과를 포함하여 상황의 본질을 이해한다. (3) 선택의 잠재적 위험과 이점에 대한 이유를 이해하고, (4) 그 선택을 표현한다][4, 5]. 이 평가 과정은 미국의사협회 의료윤리강령의 ‘동의, 의사소통 및 의사 결정에 대한 의견[6]’에 근거한다. 이 글에서는 이 지침과 의사결정 능력 평가에 대한 사전동의 및 접근방식에 대한 개념적 모델을 통해 사례를 논의한다.

정신과적 병력과 현재 진단이 미치는 영향

이 사례에서 알 수 있듯이, 캐서린은 2년 전 남편이 사망한 후 2단계 유방암의 최근 진단으로 복합적 슬픔(complicated grief)을 겪고 있다. 복잡한 슬픔은 슬픔에 대해 과거부터 사용되어 오던 용어로, 사별 후 6개월 이상 상당한 정도의 무능력이 이어지는 경우를 의미한다[7]. DSM-V에서는 영구복합사별장애(PCBD)라 불리는

정신과 증후군에 포함되어 있으며, 주로 사회 문화적 규범을 벗어난 정신적 고통이나 기능적 장애가 주요 증상이다[8].

캐서린의 남편이 그녀의 암 진단 대략 2년 전에 사망했기 때문에, 그녀는 슬픔과 관련하여 사별 초기에 발생하는 우울 증상과 일치하는 임상적 상황을 보인다. 남편이 사망한 후 피곤함, 잠자리에서 일어나기 어려움, 과도한 졸음, 동기 부여 결여, 심한 체중 변동 및 정동 변화를 경험했다. 캐서린은 이러한 증상이 간헐적으로 발생한다고 보고하지만, 지속 기간(2년)과 심각성에 따라 정상적 슬픔의 정도를 훨씬 초과하고 있다. 그녀의 우울 증상은 암이 진행되는 동안 점점 더 무가치함을 느낌을 표현하고, 살아남을 이유가 없음, 무쾌락(anhedonia), 그리고 수동적 자살 암시를 표출하는 등 죽음에 대한 욕구를 나타내는 정도까지 악화하였다. 이 경우 주요 우울증의 존재, 자살의 심각한 위험 및 적절한 치료의 필요성을 인식하는 것이 중요하다.

우울증은 의학적 의사결정에 악영향을 줄 수 있으며 캐서린의 경우 심한 우울증, 심각한 기능 장애 및 수동적 자살 가능성(possible passive suicidality)으로 인해 우울하지 않은 경우 내리지 않을 치료 결정을 내릴 위험이 있다. 그러므로 윤리적으로 고려해야 할 중요한 사항 중 하나는 환자의 치료 거부가 환자의 정신 질환 증상에 따른 의사 결정 능력의 결함을 나타내는 것으로 간주할 수 있는지의 문제다. 정신과 증상과 의학적 의사결정 능력의 관계는 무엇이며, 의사결정 능력을 결정할 때 환자의 정신과 진단을 고려하는 것이 적절한가? 그리고 환자가 치료를 거부하면 어떻게 할까? 역사적으로 정신 질환을 지닌 사람은 사전 동의를 제공하는 능력이 저하된다는 게 일반적 인식이었다 [9]. 심한 우울증은 정보 처리 및 추론 장애로 의사 결정에 크게 영향을 줄 수 있다[10]. 의사결정 능력의 저하는 치매와 섬망[11], 지적 장애[12, 13], 정신증[14, 15] 및 양극성 장애[16-18]와 같은 장애와도 관련이 있다. 또한 의사결정 능력의 감소는 비자발적으로 입원한 환자 또는 치료를 거부하는 환자와 관련이 있다[15]. 당연히게도 의학 연구에 정신 질환을 가진 사람들을 포함하는 것이 적절한지에 관한 논란이 있었다[19, 20].

그러나 연구 결과에 따르면 의사결정 능력은 경증에서 중등도의 우울증을 가진 사람들을 포함하여 대부분의 정신과 환자[15]에서 유지된다[21-23]. 진단 범주(즉, 알츠하이머, 우울증, 조현병)와 의사결정 능력의 유무는 동일하지 않다[1]. 예를 들어, 조현병(schizophrenia)에서 의사결정 능력 장애는 정신병적 증상과는 낮은 수준의 관련성만을 가지고 있지만 같은 질병으로 인한 인지기능의 저하 증상과는 더 밀접하게 관련된다[24].

그러므로 의료윤리 문헌에 따르면, 이전의, 또는 현재의 정신과 진단을 바탕으로 캐서린의 의학적 의사결정 능력을 결정하는 것은 부적절하다. 따라서 그녀의 능력은 현재의 결정 능력과 근본적 가치(underlying value)의 맥락에서 판단되어야 한다. 그녀가 자신의 결정을 전달할 수 있는 이해력과 능력이 있는지 판단하는 것은 간단할 수 있다. 사례에서 캐서린은 이렇게 말했다. “저는 지금 제가 어떤 상황에 마주하고 있는지 이해하고 있고 제 마음을 정했어요.” 그러나 그녀의 근본적 가치를 추리하고 그녀의 상황 평가 능력을 적절하게 판단하는 것은 조금 더 어려울 수 있다. 캐서린은 복잡한 슬픔에 대한 정신과 진단을 받았음에도 이성적 판단을 할 수 있을까? 남편의 사망 및 암 진단과 관련하여 심각한 고통을 겪으면서 근본적 가치를 인식할 수 있을까?

임상 의사가 의사결정 능력을 평가하는 데 도움을 주는 도구 중 하나는 임상 의사가 환자에게 의학적 상태에 대한 관련 정보를 제공하도록 요구하는 반-구조화된 인터뷰 MacCAT-T(MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment)이다. 제안된 치료 옵션, 그리고 각 치료 옵션의 위험, 이점 및 대안. 정보 제공 후, 임상가는 환자에게 제공된 정보에 대한 환자의 이해도를 평가하고, 다양한 치료 옵션을 선택할 수 있는지를 판단하는 의사소통 능력을 테스트하기 위한 일련의 질문을 제시하게 된다[25]. MacCAT-T는 중증 우울 장애가 있는 사람들의 의사결정 능력을 측정하는 데 사용되었으므로[26] 캐서린과 같은 상황에서 이 도구를 사용하여 그녀의 고유한 상황과 결정에 관한 유용한 정보를 얻을 수 있다. 여기서 짚고 넘어가야 할 사항은, 의사는 종종 시간의 58% 정도의 능력 손상을 제대로 인식하지 못하는 것으로 나타났다는 점이다[2]. 이는 MacCAT-T와 같은 공식 평가를 사용하는 것을 비롯해 상담가 및 다른 의료 제공자가 제공하는 공식 평가의 중요성 또한 드러낸다.

최선의 이익과 능력의 결정

이 사례에서 강조한 또 다른 중요한 윤리적 질문은 누가 의사 결정 능력과 환자의 최선의 이익을 평가할 수 있는 최고의 위치에 있는지에 관한 것이다. 정신과 의사의 의견이 의사결정 능력을 평가하기 위해 가장 일반적으로 고려되지만, 다른 의사들 또한 이러한 결정을 내릴 권한이 있다[27]. 의사들에게는 그들의 결정이 임상적일 뿐 아니라 윤리적이며[28, 29], 객관적 측정 결과에만 근거해서는 안 된다는 점을 인식해야 한다는 것이 중요하다[29]. 그리고 의사의 신념 체계와 도덕은 환자의 의사결정 능력에 대해 부당하게 영향을 주어서는 안 된다. 의사가 자신의 편견을 인식하고, 두 번째로 그와 대비되는 의견을 인지하고 그를 통해 다른 결론들에 대해 생각해볼 때 이러한 요인의 영향을 잠재적으로 줄일 수 있다고 보고된다[29].

의학적 의사결정에 영향을 미치는 환자의 가치를 결정하는 데에는 가족 및 다학제적 건강 관리팀과 토론이 중요하다. 예를 들어, 토론에 환자의 치료 및 병원 윤리 서비스에 이미 참여한 의사를 포함하는 것은 환자의 신념 시스템과 의사결정 이력을 이해하는 데 중요할 수 있다. 이 정보를 통해 이전의 의학적 결정이 이번 의사결정과 일치하는 경우 의사결정 능력에 관해 내린 결론을 뒷받침할 수 있다. 현재 의사결정 능력을 결정할 때, 가족 및 기타 의료 전문가의 정보를 사용하여 결론을 뒷받침할 수 있을 뿐만 아니라, 환자의 의사결정 능력이 부족한 것으로 판단될 때의 대리 의사 결정자에게도 이 토론이 유용할 수 있다. 대리 의사결정자는 환자의 희망 또는 선호에 대한 지식을 바탕으로 한 판단을 통해 자율성에 대한 윤리적 원칙을 유지하도록 한다[30]. 환자의 희망 사항을 알 수 없거나 고통을 예방하기 위해 필요할 경우, 대리인은 환자의 최선의 이익이 된다고 생각하는 것에 근거하여 결정을 내린다[30]. 예를 들어, 대리인은 환자의 최선의 이익을 판단하기 위해 환자의 영적인 헌신에 대한 지식과 환자의 과거의 의학적 결정을 참조할 수 있다.

환자의 결정에 영향을 끼친다는 것

이 사례에 대한 또 다른 중요한 윤리적 고려 사항은 의사가 환자의 결정에 영향을 미치는 것이 적절한지 여부다. 사전 동의의 필수 요소 중 하나는 환자가 독립적으로 결정을 내릴 수 있다고 판단될 때 강요를 해서는 안 된다는 것이다. 적절한 의사결정 능력이 있는 것처럼 보이지만 환자의 결정이 자신의 이익에 가장 적합한 것으로 보이지 않을 수 있는 경우, 의사는 환자의 자율을 무시하지 않으면서도 편견 없이 환자를 도울 방법이 있다. 첫째, 환자가 의사결정 능력 평가의 중요성을 인지하지 못할 경우, 의사는 환자가 의사결정 능력을 최대한 발휘하도록 권장해야 한다[2]. 또한, 인지 능력에 영향을 미치는 가역성 장애(예: 대사 섬망, 조증)를 치료하고 나중에 재평가 능력을 통해 환자의 능력을 기대할 수 있다.

의사결정 능력의 장애로 인해 의사결정에 도움이 필요한 사람들의 경우, 다른 의사소통 방식(예: 시각 보조도구)을 통해 환자에게 제공하는 정보를 단순화할 수 있다[31]. 이전 연구에서 저자 중 한 명(MIL)과 동료들은 교육적 중재를 시행할 경우 심한 우울증을 겪는 환자의 의사 결정 능력이 향상되었음을 발견했다[26]. 마찬가지로, Carpenter et al.[24]은 조현병 환자를 교육한 후에 MacCAT-T로 측정했을 때 이해력과 의사결정 능력이 향상했음을 보여주었다. 다른 조사에서도 교육은 정신과 환자가 동의할 수 있는 능력을 얻는 데 도움이 됨을 보여주었다[32, 33].

또한 결정의 영향을 고려해야 한다. 예를 들어, 사망을 초래할 수 있는 상황에서 치료를 거부하여 부정적 결과를 초래하는 것과 그렇지 않은 저 위험 치료를 거부하는 것의 결과는 크게 다르다. 따라서 의사는 더 큰 위험과 관련된 결정에는 의사결정 능력 대한 객관적 단일 평가 이상을 고려해야 하며, 사전결정 또는 다른 사람들의 합리적 결정 또한 고려한 후 더 많은 정보를 종합하여 판단하여야 한다[34]. 슬픔, 죄책감 또는 개인적 상실로 인해 인지가 왜곡되는 경우, 정신과 의사는 이러한 감정이 존재하지 않을 때 환자의 결정이 어떻게 다른지 평가하는 데 필요한 전문 지식을 갖추고 있다[29]. 그러나 순전히 객관적으로 능력을 평가하는 것 이상을 하려 할 때는 언제나 온정적

간섭주의(paternalism)의 가능성이 있다. 환자의 요구에 가장 잘 맞도록, 환자의 자율성과 가치를 존중하는 동시에 불필요한 의사 영향을 제한하는 능력평가 방법을 채택하여야 한다[35].

캐서린의 경우, 의사결정 능력 평가의 중요성을 알리고 우울증을 치료하여 결정 능력을 최적화하도록 권장해야 한다. 또한, 현재의 슬픔과 개인적 상실과 더불어 그녀의 근본적 가치와 과거 결정을 고려한 접근 방식을 통한 의사결정 능력 판단은 그녀의 최선의 관심과 자율성을 존중할 것이다.

결론

의사결정 능력을 평가할 때, 의사는 정신 상태 검사와 인지기능에 대한 정식 평가를 수행해야 한다. 절차는 다음과 같다. (1) 이해력, (2) 근본적 가치와 잠재적 치료 결과를 포함한 자신의 상황 평가, (3) 잠재적 위험과 이익에 대한 판단력 및 (4) 결정을 표현하는 능력이다. 이러한 구조화한 의사결정 능력 평가도구를 사용하면 환자의 상황을 결정하는 데 유용한 정보를 제공할 수 있다. 이전 또는 현재의 정신과 진단만으로 의사결정 능력을 결정하는 것은 적절하지 않다. 하지만 환자가 현재 정동장애를 앓고 있거나 잠재적으로 자살 혹은 자신의 능력을 손상할 가능성이 있는 경우, 환자의 정식 상담을 위해 정신과 의사에게 의뢰해야 한다.

인지 능력에 영향을 미치는 가역적 장애를 치료함으로써 의사결정 능력을 최대화할 수 있다. 환자에게 제공되는 정보는 단순화될 수 있으며, 필요한 경우 교육에 대한 노력을 비롯한 다른 형태의 의사소통이 수반되어야 한다. 환자가 의사결정 능력에 장애가 있으면, 친척, 친구 또는 다른 의사들을 통해 환자의 근본적 가치나 종교적 신념에 대한 정보와 이전의 의학적 선호를 고려할 수 있고, 이를 바탕으로 환자를 대신하여 그가 무엇을 중요하게 여기는지를 고려한 의학적 의사결정이 이루어질 수 있는지를 평가할 수 있다. 마지막으로, 윤리적 문제에 대한 정식 상담은 특히 불확실한 경우에 고려해 볼 수 있다. 적절한 의사결정 능력을 가진 환자들에게는 치료를 거부하는 것이 윤리적으로 허용되며, 따라서 의사는 환자의 자율성을 존중해야 한다.

참고문헌

1. Candia PC, Barba AC. Mental capacity and consent to treatment in psychiatric patients: the state of the research. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(5):442-446.
2. Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA*. 2011;306(4):420-427.
3. Meisel A, Roth LH, Lidz CW. Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *Am J Psychiatry*. 1977;134(3):285-289.
4. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*. 1988;319(25):1635-1638.
5. Appelbaum BC, Appelbaum PS, Grisso T. Competence to consent to voluntary psychiatric hospitalization: a test of a standard proposed by APA. *Psychiatr Serv*. 1998;49(9):1193-1196.
6. American Medical Association. Opinions on consent, communication & decision making. Code of Medical Ethics. <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/code-of-medical-ethics-chapter-2.pdf>. Published 2016:chap 2. Accessed March 8, 2017.
7. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM 5. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):103-117.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
9. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1339-1345.

10. Sullivan MD, Youngner SJ. Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7):971-978.
11. Katz B. Detecting Alzheimer's disease. *Science*. 1995;267(5204):1578-1579.
12. Cea CD, Fisher CB. Health care decision-making by adults with mental retardation. *Ment Retard*. 2003;41(2):78-87.
13. Wong JG, Clare CH, Holland AJ, Watson PC, Gunn M. The capacity of people with a "mental disability" to make a health care decision. *Psychol Med*. 2000;30(2):295-306.
14. Dunn LB, Palmer BW, Keehan M, Jeste DV, Appelbaum PS. Assessment of therapeutic misconception in older schizophrenia patients with a brief instrument. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):500-506.
15. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007;191(4):291-297.
16. Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2002;180(4):313-319.
17. Clark L, Sarna A, Goodwin GM. Impairment of executive function but not memory in first-degree relatives of patients with bipolar I disorder and in euthymic patients with unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1980-1982.
18. Adida M, Clark L, Pomietto P, et al. Lack of insight may predict impaired decision making in manic patients. *Bipolar Disord*. 2008;10(7):829-837.
19. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry*. 1977;134(3):279-284.
20. Grisso T, Appelbaum PS. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1033-1037.
21. Appelbaum PS, Grisso T, Frank E, O'Donnell S, Kupfer DJ. Competence of depressed patients for consent to research. *Am J Psychiatry*. 1999;156(9):1380-1384.
22. Appelbaum PS. Psychiatric research and the incompetent subject. *Psychiatr Serv*. 1997;48(7):873-874.
23. Vollmann J, Bauer A, Danke-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychol Med*. 2003;33(8):1463-1471.
24. Carpenter WT Jr, Gold JM, Lahti AC, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(6):533-538.
25. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv*. 1997;48(11):1415-1419.
26. Lapid MI, Rummans TA, Poole KL, et al. Decisional capacity of severely depressed patients requiring electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2003;19(2):67-72.
27. Huffman JC, Stern TA. Capacity decisions in the general hospital: when can you refuse to follow a person's wishes? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(4):177-181.
28. Buchanan A. Commentary: facts and values in competency assessment. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008;36(3):352-353.
29. Howe E. Ethical aspects of evaluating a patient's mental capacity. *Psychiatry (Edmont)*. 2009;6(7):15-23.
30. Perry CL, Lapid MI, Richardson JW. Ethical dilemmas with an elderly Christian Scientist. *Ann Long term Care*. 2007;15(3):29-34.
31. Tymchuk AJ, Andron L, Rahbar B. Effective decision-making/problem-solving training with mothers who have mental retardation. *Am J Ment Retard*. 1988;92(6):510-516.
32. Palmer CR. Ethics, data-dependent designs, and the strategy of clinical trials: time to start learning-as-we-go? *Stat Methods Med Res*. 2002;11(5):381-402.
33. Roth LH, Appelbaum PS, Sallee R, Reynolds CF, Huber G. The dilemma of denial in the assessment of competency to refuse treatment. *Am J Psychiatry*. 1982;139(7):910-913.
34. Charland LC. Mental competence and value: the problem of normativity in the assessment of decision-making capacity. *Psychiatry Psychol Law*. 2001;8(2):135-145.
35. Moberg PJ, Rick JH. Decision-making capacity and competency in the elderly: a clinical and neuropsychological perspective. *NeuroRehabilitation*. 2008;23(5):403-413.

05

외상치료구역 또는 기타 응급 상황에서 외상 환자의
동의 또는 거부를 어떻게 존중해야 하나?⁰⁸

How Should Trauma Patients' Informed Consent or Refusal Be Regarded in a Trauma Bay or Other Emergency Settings?

요약

외상의 급격하고 돌발적 특성 때문에 의료진은 신속하게 사고하고 행동하며 훈련되도록 요구를 받는다. 위급 환자를 최대한 지키기 위해서다. 이처럼 시시각각 변하는 외상 환자의 치료에 대한 시급성은 이따금 의학적으로 필요한 치료에 대해 추정된 동의를 요구하게 된다. 상급종합병원 외상 센터는 여러 임상외에 의한 동시 평가를 촉진하고 치료 지연을 피하고자 프로토콜 기반의 부상 치료를 이용하여 외상 환자가 최상의 치료를 받을 수 있도록 한다. 이 사례에서, 우리는 지연된 정보 동의 및 외과 교육 문제에 대해 논의할 것인데, 이는 외상치료구역에서 수련의들의 등급별 책임과 관련되어 있다.

사 례

X는 39세 남자로 자동차 충돌사고 후 노스캐롤라이나 대학병원으로 신속히 이송되었다. 그는 전신주와 충돌한 난폭하게 운전하는 세미 트럭 운전자였다. 현장의 첫 응급구조사는 도랑에 뒤집힌 차량에서 약 50피트 떨어진 곳에서 그를 발견했다. X는 외상치료구역에 처음 들어올 때 마스크를 통해 100% 산소를 공급받음에도 불구하고 혈압 90/52, 심박 수 123, 산소 포화도 87%였고 호흡곤란이 저명한 상태였다. 진찰상 이완 마비가 있었고, 이는 X가 척수 손상을 입었음을 시사하였다. 고연차 외과 전공의 S는 외상치료구역에서 생명을 위협하는 부상을 식별하고 관리하는 데 사용되는 표준화된 1차 및 2차 조사를 수행하였다. X의 호흡 곤란과 산소 포화도 수준이 악화하여 의사 S는 외상 팀이 응급 기관 삽관과 인공호흡기를 준비하도록 하였다. 기관 삽관은 일반적으로 원내 외상 외과 의사인 F가 수행하지만, 현재 심정지를 일으킨 다른 환자를 보고 있어 올 수 없었다. 의사 S는 환자 X에게 기관 삽관하는 것이 편안했고, 팀은 그녀를 도울 준비를 하고 있었다. 의사 S가 기관 삽관에 대해 X에게 빠르게 설명하자 겁에 질려있고 이에 동의하지 않는 것으로 보이는 X는 “나에게 기관 삽관하지 말아 주세요”라고 외상 팀 전체에 들리도록 말했다.

간호사는 인공호흡기를 계속 준비하면서 기관 삽관 도구를 집어 들었다. 그리고는 X의 산소 포화 수준이 85%로 줄어드는 모니터를 가리켰다. “저산소증입니다. 기관 삽관을 하지 않을 수 없습니다. 하지 않으면 환자는 죽어요”라고 말하면서 그녀는 어떻게 해야 할지 망설이는 의사 S에게 후두경을 전달했다.

해설

충분한 정보에 의한 동의는 건강한 정신의 성인이 신체적으로 자기 결정을 할 권리가 있다는 신념에 근거한 법적 개념이다. 응급 상황이 아닌 경우, 의학적 권장 사항을 제공하고, 권장된 중재의 성격을 설명하고, 그 위험과 이점

08 · Suah, A., & Angelos, P. (2018). How Should Trauma Patients' Informed Consent or Refusal Be Regarded in a Trauma Bay or Other Emergency Settings?. AMA Journal of Ethics, 20(5), 425-430.

및 치료에 대한 가능한 대안을 논의하는 것은 의사의 책임이다. 환자가 제공된 정보에 대해 충분히 고려하게 하려면 환자에게 권장된 치료법 및 관련된 위험에 대한 설명이 제공되어야 한다. 절차에 동의하거나 거부하기에 충분한 정보를 제공해야 한다. 사전 동의를 얻는 과정은 단순히 문서에 서명하는 것이 아니라 의사와 환자 간 의미 있는 대화여야 한다.]

환자의 이해는 의사 공개의 적절성, 토의 당시 환자의 정신 상태 및 의사 결정 능력, 그리고 교육과 같은 건강의 사회적 결정 요인에 달려있다. 환자에게 응급 치료를 제공한다는 사실을 고려할 때, 의사의 치료를 촉진하기 위해 정보에 입각한 동의 토의가 급박한 상황에서 급히 진행되거나 축약되거나 완전히 제거되는 것은 놀라운 일이 아니다.

의학적 치료에 대한 동의가 필요하지 않은 경우는 거의 없다. 사전 동의를 얻지 못하는 잘 알려진 이유 중 하나는 의학적 응급 상황이다. 급성 또는 외상성 부상의 상황에서, 환자는 두려움, 불안, 통증, 약물 및 생리학적 장애에 의해 잘 이해하지 못하게 되어 신뢰할 수 없는 의사 결정을 초래한다. 의식이 혼미하거나 무의식 환자는 능력이 부족하고 동의를 제공할 수 없다. 이 경우 적절한 대리자의 동의를 구하는 것은 의사의 의무다. 그러나 대리자가 옆에 없고 대리자를 찾기 위해 대기하는 것이 치료를 늦춰 환자에게 해를 끼칠 경우 사전 동의 예외가 인정될 수 있다. 따라서 이 경우에는 환자의 최선의 이익을 위해 행동하고 적절한 의학적 중재를 진행할 책임은 의사에게 있다. 의사의 개인적 신념과 소송과 관련된 우려 사항이 환자의 의사 결정에 영향을 줄 수 있음을 인식하는 것이 중요하다. 그러나 응급 상황에서 의사 결정자가 없는 경우 의사는 환자에게 최대한의 혜택과 최상의 결과를 제공하는 방식으로 행동해야 한다.

X에게 기관 삽관을 해야 할까?

X는 쇼크에 빠진 상태로 외상치료구역에 도착한다. 그의 부상과 도착 시 심각한 임상 상태는 환자가 생명을 위협하는 상처를 입었을 가능성이 있음을 외상 팀에 적절하게 경고하고 있다. 그러나 그의 나이와 직업에 근거하여, 우리는 그가 이 부상 이전에 독립적이고 완전한 기능을 갖춘 사람일 것으로 추정할 수 있다. 기능적 결과를 고려할 때 우리는 소생술, 수술 중재 및 수술 후 물리 치료 후 완전한 회복을 기대할 수 있다. 일관된 사회적 지원과 외상 후 상담으로 의미 있는 정서적 및 정신적 회복을 기대할 수 있다.

초기 평가 후, 의사 S는 X가 압박한 호흡 부전의 징후를 보임을 신속하게 인식한다. 환자에게 안정적으로 호흡시키거나 산소를 공급하는 능력이 없으면 심각한 장애와 사망이 불가피하므로 적절한 기도 확보는 외상 전문 의사가 마스터할 수 있는 가장 필수적 기술 중 하나이다. 저혈압, 잦은 맥박 및 척수 손상의 징후와 함께 고용량의 산소를 공급받음에도 불구하고 진행되는 저산소 혈증은 X에게 기관 삽관하기에 충분한 임상적 근거를 의사 S에게 제공한다.

의사 S는 X가 기관 삽관을 원하지 않는다고 선언할 때까지 기관 삽관을 진행하기로 한 결정에 확신을 가지고 있다. 이에 관한 근거는 X의 이러한 중재에 대한 거부를 고심할 시간은 없으며, 불행히도 환자를 대변하기 위해 동반 가족이나 다른 대리 결정권자도 없다는 점이다. 의사 S는 X의 자율성을 존중하길 원하지만, 생명을 구해야 할 책임이 우선한다고 느낀다.

이러한 특정 상황에서, 환자가 자신의 중요한 임상 상태에 대해 이해를 하고 있는지 의문을 제기해야 한다. 혈압과 심박 수를 기준으로, 그는 3기 쇼크 상태에 있으며, 이는 총 혈액량의 30~40%를 잃었을 가능성이 있다. 그의 호흡 상태는 심각하게 손상되었으며, 이 단계의 외상 환자는 불안하고 혼란스러워한다[4-6]. 의사 S는 X가 현재 복합 부상으로 인해 의사결정 능력이 없는 상태라고 믿는다면 그녀는 생명을 구하기 위해 기관 삽관을 진행해야 한다.

이 경우와 같이 외상 팀 구성원 간 불확실성 또는 불일치가 있는 상황에서, 치료 진행은 외상 프로토콜에 의해 가이드 되어야 한다. 외상 프로토콜을 적용하면 스트레스가 많은 환자와의 의사 결정을 간소화할 수 있다. 이

프로토콜은 증상을 입은 환자의 평가 및 치료를 표준화하기 위한 노력으로 구현된다. 목표는 효율적이지만 철저한 평가를 하게 하면서도 진단 오류를 피하는 것이다. 이 프로토콜은 환자가 외상치료구역에 도착했을 때 여러 치료 전문가가 동시에 평가할 수 있도록 모든 외상 팀 구성원(예 : 호흡기 치료사, 의사 및 간호사)이 배우고 실습해야 한다. 또한, 학제간 외상 팀의 공동 목표는 항상 환자에게 최상의 결과를 제공하는 것이어야 한다.

유능한 의사 결정자가 되기 위한 외과 의사의 도전

외상 피해자는 생명을 위협하는 상태가 자기 결정을 위태롭게 하는 신체적, 정서적, 정신적으로 취약한 인구를 나타낸다. 외상성 상처를 입은 환자, 특히 중간 및 고연차 외과 전공의가 자신감 있고 유능한 의사 결정자가 되도록 훈련된 대학병원 외상 센터의 환경에서 양질의 치료를 제공하는 것은 특별한 윤리적 도전을 준다. 외상 수술은 외과 수련의에게 스트레스가 많고 시간에 민감한 상황에서 임상 추론 기술과 기술 능력을 개발할 독특한 기회를 제공한다. 대학병원 수련 프로그램은 모든 전공의 수준에서 지도 전문의 감독 아래 참여하는 것이 필수이며, 단계별 책임을 수행하는 것의 중요성을 인정한다[7, 8].

우리 기관에서는 중환자가 외상치료구역에 도착하면 전공의들은 검사를 수행하고, 검사를 지시하고, 환자를 소생시키고, 흉관 또는 중심정맥관과 같은 필요한 즉각적 절차를 수행할 책임이 있다. 일반적으로 이전에 이 분야에 능숙함을 보여준 고연차 전공의는 소생술 및 절차 수행을 통해 외상 팀의 다른 구성원을 지시함으로써 팀 리더 역할을 한다. 독립적 결정을 내릴 기회는 외과 전공의 수련에 필수적이다. 그러나 성인 1급 외상 센터에서는 주치의 외상 전문의가 모든 주요 치료 결정 및 증상을 입은 모든 환자의 관리에 적극적으로 참여해야 한다[9]. 따라서 수련의가 외상 코드를 실행함에 따라 외상치료구역에 주치의 외상 전문의가 참석하여 모든 절차의 수행뿐만 아니라 모든 전공의 지시 사항을 감독한다. 의사를 직접 방문하여 감독을 받으면 환자의 안전을 보장하고 교육생에게 즉각적 피드백을 제공할 수 있다. 담당 의사는 환자에게 최상의 결과를 보장하기 위해 의료적 개입을 하거나 의료 관리를 위한 추가 옵션을 제공할 수 있다. 외과 전공의들이 건전한 외과적 판단의 획득을 입증함에 따라, 감독하에 참석하는 정도가 감소하게 되면 전공의의 자율성이 길러질 수 있다.

대학(종합)병원 외상 센터에서 24시간 외상 외과 의사가 상주하고 있음에도 불구하고, 중증 외상 환자를 치료할 때 외상 전문의와 함께할 수 없는 경우가 종종 있다. 예를 들어, 일리노이에서는 고연차 외과 전공의는 주치의 전문의 도착을 기다리는 동안 환자의 소생술을 시작할 수 있다. 그러나 주치의와 독립적으로 행동할 수는 없다[10]. 우리의 경험에서, 직접적 감독을 제공할 수 없는 것은 일반적으로 치명상을 입은 다른 환자를 돌보는 외과의의 약속에 의한 것이다. 대학(종합)병원 외상 센터에서 생기는 딜레마는 호출기 및 병원에서 지급한 스마트폰과 같은 전자 통신 장비의 사용으로 다소 개선되었다. 환자는 외상 치료구역에서 수술실로 전화를 걸거나 지정된 전화로 전화를 걸어 주치의에게 즉각 개입이 필요한 중요한 환자에 대해 알릴 수 있다. 이 프로토콜을 사용하면 주치의가 간접 감독을 제공하고 환자에게 원격으로 상담할 수 있다. 이 경우, 의사 S는 팀원 중 한 명이 의사 F에게 연락해 X에게 기관 삽관의 필요성을 알리도록 지시해야 한다. 의사 F에게 연락할 수 있는지와 관계없이 의사 S는 그녀가 직접적 감독 없이 기관 삽관을 자신 있게 진행할 수 있다. 그녀의 사고 과정은 그녀가 임상적, 기술적 관점에서 가능하다는 것을 보여준다. X는 심각한 부상으로 혼란에 빠져 있음을 인지하고, 기관 삽관을 진행하여 환자의 최선의 이익을 위해 행동하고 있다는 윤리적 견해를 확신해야 한다.

1. Schloendorff v Society of New York Hospital, 211 NY 125, 105 NE 92 (1914).
2. Loke PCW. Informed consent in trauma. In: Papadakos PJ, Gestring ML, eds. Encyclopedia of Trauma Care. Berlin, Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2015:841-845.
3. Hartman KM, Liang BA. Exceptions to informed consent in emergency medicine. Hosp Physician. 1999;35:53-59.
4. Zubovic E, Kodner IJ, Brown D, Kleiber GM, Tung TH, Yu J. Ethical challenges of reconsidered informed consent in trauma. Surgery. 2016;159(6):1684-1688.
5. Siegler M. Critical illness: the limits of autonomy. Hastings Cent Rep. 1977;7(5):12-15.
6. Gutierrez G, Reines HD, Wulf-Gutierrez ME. Clinical review: hemorrhagic shock. Crit Care. 2004;8(5):373-381.
7. Kennedy TJ, Regehr G, Baker GR, Lingard L. Preserving professional credibility: grounded theory study of medical trainees' requests for clinical support. BMJ. 2009;338(91):b128.
8. Kennedy TJT, Regehr G, Baker GR, Lingard LA. It's a cultural expectation: the pressure on medical trainees to work independently in clinical practice. Med Educ. 2009;43(7):645-653.
9. American College of Surgeons Committee on Trauma. Resources for the Optimal Care of the Injured Patient. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2014. <https://www.facs.org/~media/files/quality%20programs/trauma/vrc%20resources/resources%20for%20optimal%20care.ashx>. Accessed March 29, 2018.
10. Illinois Emergency Medical Services (EMS) Systems Act, 210 Ill Comp Stat 50/1.

06

환자에게 있을 수 있는 가능한 질병에 대해 알려주어야 할 의무의 무게⁰⁹

Weighing the Duty to Inform a Patient of Possible Future Illness

사 례

와트 씨는 수면 중 폭력적 행동 때문에 수면 장애 전문의인 패스 박사를 만나러 갔다. 와트 씨는 불만을 제기하지 않았지만, 아내는 남편이 수면 중 대개는 이른 아침 시간에 나타낼 수 있는 소리 지르기, 발로 차기, 주먹으로 때리기 등으로 극도로 두려워하고 있었다. 패스 박사는 철저한 병력 청취 및 신체검사를 실시한 후 환자의 진단이 특발성 렘수면 행동 장애(idiopathic REM sleep behavior disorder)임을 확신했다. 문헌에서 확인된 바에 의하면 이 진단을 받은 현재 58세인 와트 씨는 지금까지 건강했음에도 불구하고, 향후 10~15년 이내에 신경 퇴행성 질환이 발병할 소지가 상당히 높았다. 신경 퇴행성 질환이 발병하지 않을 가능성이 어느 정도 있다는 점을 고려할 때 패스 박사는 와트 씨에게 이러한 위험에 대해 말해줘야 하는지 고민이 되었다. 나중에 더 심각한 질병으로 발전하거나 혹은 그렇지 않더라도, 현재 활발히 활동하고 있는 변호사인 와트 씨는 이러한 가능성에 대해 알게 되면 우울증과 슬픔을 경험할 수 있었다. 상황을 한층 더 복잡하게 만드는 것은, 와트 씨나 패스 박사가 질병의 발병을 예방하거나 지연시키기 위해 지금 할 수 있는 일은 아무것도 없다는 것이었다.

해 설

렘수면 행동 장애는 렘수면 중에 발생하는 사건 수면/반응 소실증(parasomnia)이며 정상적 렘 관련 골격근의 근 이완 손실을 포함한다. 그것은 종종 운동신경 활성화 및 꿈의 행동화와 관련이 있다. 이 질환은 여성보다 남성에서 더 흔하며 종종 폭력적 행동을 하는 것이 특징이다. 렘수면 행동 장애가 있는 사람들은 이 질환이 없는 사람들보다 더 공격적인 꿈을 꾸지만, 이러한 경향은 깨어있는 시간까지 이어지지는 않는다.

“특발성 렘수면 행동 장애가 있는 많은 환자가 실제로 신경 퇴행성 장애로 발전하는 초기 임상 징후를 나타내는 것으로 알려져 있다. 최근 자료에 따르면 이 장애로 진단받은 50세 이상의 남성 중 약 3분의 2가 파킨슨병 또는 관련 질환인 루이소체 치매로 발전한다. 렘수면 행동 장애 발병과 전형적 파킨슨병 발병 사이의 평균 기간은 약 13년이지만, 시간 범위는 크게 다를 수 있다. 렘수면 행동 장애의 증상을 치료하기 위한 중재는 가능하지만, 발병을 늦추거나 파킨슨병의 위험을 줄이기 위한 확실한 신경 보호 치료법은 없다. 이 분야에 관한 연구가 지속적으로 진행되고 있어 10년 안에 그러한 치료를 제공할 수 있을 것으로 기대한다.

윤리적 고려사항

패스 박사는 환자에게 관련 정보를 제공할 의무가 있다. 이것은 선행의 원칙을 적용하는 것이다. 의사는 환자의 최선의 이익을 위해 행동해야 한다는 개념이다. 그러나 환자의 최선의 이익을 위해 행동해야 할 의무가 있을 때 환자의

09 · Sullivan, S. (2008). Weighing the Duty to Inform a Patient of Possible Future Illness. *AMA Journal of Ethics*, 10(9), 553-555.

자율성 원칙에 대해서도 고려해야 하는데, 이는 의사결정 능력이 있는 개인에게 자신의 건강에 관한 결정을 내릴 권리가 있음을 인정하는 것이다. 와트 씨는 렘수면 행동 장애로 인해 앞으로 신경 퇴행성 질환으로 진단될 위험이 커진다는 사실을 알아야 한다. 왜냐하면 관계, 퇴직, 재정 및 여행에 관한 계획을 세우고 결정하는 데 있어 그것이 중요할 수 있기 때문이다. 현재 이용 가능한 신경 보호 치료법은 없지만, 와트 씨가 실제 발병하게 된다면 현재로부터 질병이 발병되는 사이에 새롭게 발견되는 치료의 혜택을 볼 수 있을 것이다. 위험이 증가한다는 것을 알고 있지 않으면 새로운 치료가 가능해지더라도 그 혜택을 볼 수 없게 된다. 이러한 이유로, 그의 상태에 관한 정보는 와트 씨에게 중요할 수 있으며 그에게 전달되어야 한다. 또한, 패스 박사는 환자의 건강 상태에 대한 정보를 원천적으로 차단하는 것이 부정적하다고 생각할 수 있다. 단, 질병 위험에 대한 그의 중요한 세부 사항을 생략하는 것은 의료계 전문가들 사이에서 이해되는 바와 같이 진실의 일부를 회피하는 것과 유사하다.

반면에 패스 박사는 환자에게 “가장 우선은, 해를 끼치지 않는다”라는 해악 금지의 원칙을 따르는 의무와 균형을 이루어야 한다. 와트 씨에게 치매와 관련된 신경 퇴행성 질환의 위험이 크다는 것을 알게 하는 심리적 부담을 가하는 것은 정당하지 않다고 주장할 수 있다. 그러한 지식이 와트 씨에게 우울증을 유발하게 하거나 불안과 같은 다른 상태를 악화시켜 그의 전반적 건강에 영향을 줄 수 있다는 합리적인 임상적 의심이 있는 경우에는 특히 그렇다. 와트 씨가 퇴행성 신경 질환을 일으키지 않을 가능성은 매우 높다(약 33%). 질병 위험에 대한 지식이 공개된다면, 와트 씨는 언제든지 신경학적 악화 가능성에 대한 부담을 받게 될 것이다. 패스 박사는 잠재적 심리 및 정서적 고통을 가하기엔 불충분한 정당성과 이용 가능한 치료 옵션이 부족하다는 것을 함께 고려할 수 있다.

패스 박사는 그에게 위험을 알리거나 미래 질병에 대한 지식을 보류함으로써 어느 정도 와트 씨에게 해를 끼칠 수도 있다. 패스 박사는 중요한 정보를 다루는 데 있어 환자에게 불필요한 심리적 부담을 주지 않도록 하는 것과 진실해야 한다는 의무, 그리고 자신의 미래에 영향을 줄 수 있는 관련 의료 정보를 알 권리가 있는 와트 씨의 권리 사이에서 잘 평가하고 저울질해야 할 것이다.

참고문헌

1. Boeve BF, Silber MH, Saper CB, et al. Pathophysiology of REM sleep behaviour disorder and relevance to neurodegenerative disease. *Brain*. 2007;130(Pt 11):2770-2788.
2. Schenck C. What do parasomnias tell us about the brain? Presented at: Sleep Research Society Trainee Symposia; June 8, 2008; Baltimore MD.
3. American Medical Association. Principles of medical ethics. Code of Medical Ethics. Chicago, IL: American Medical Association; 2008. Accessed July 30, 2008.

07 조이(Joey)는 가장 잘 알고 있을까? 어려운 임상 결정에 있어 갈등의 균형 잡기와 소아의 최선의 이익 방어하기¹⁰

Joey Knows Best? Balancing Conflicts and Defending a Child's Best Interest in Difficult Clinical Decisions

사 례

열두 살 조이는 거의 3개월 동안 아침에 심해지는 두통, 구토 및 무기력증을 겪은 후에야 수모세포종(medulloblastoma)이 있는 것을 알게 되었다. 가능한 많은 종양을 제거하기 위해 수술을 받았으며, 수술 후 촬영한 MRI에서 국소적 전이 부위는 없었다. 치료 계획은 수술 후 가능한 한 빨리 방사선 치료를 받고 이후 항암 화학요법을 받는 것이었다.

조이의 종양 전문의인 버넷 박사는 조이와 같은 질환의 환자군에서 표준보다 낮은 용량의 방사선을 사용하여 치료하는 연구가 있다고 조이의 어머니에게 말했다. 이 연구의 가설은 저선량 방사선 치료 후 고용량 항암 화학요법이 신경 인지의 부작용을 줄이면서 표준적인 높은 방사선량 치료와 동일한 생존율을 보일 수 있다는 것이다.

조이와 엄마가 버넷 박사를 만났을 때, 조이의 엄마는 조이가 시험적 치료 연구에 참여하기를 원치 않는다고 말했다. 조이는 회의 중에 아무 말도 하지 않았지만, 집으로 가는 길에 엄마에게 시험적 치료 연구에 참여하고 싶다고 말했다. 엄마는 아들 조이에게 그 이유를 물었다. 항상 호기심 많고, 학교를 사랑했고, 학업에서의 탁월한 능력을 자랑스럽게 생각한 조이는 “엄마, 지금 하는 것보다 더 나을 거 같아요. 저는 ‘암은 없는 바보’가 되기는 싫어요.”

조이의 부모는 헤어졌고, 조이는 엄마와 함께 살았다. 그러나 아버지는 그들과 가까이 머물러 살면서 아들의 삶에도 관여했다. 어머니가 조이의 치료에 관해 결정하도록 요청을 받고 고심한 결과를 말하려고 하자 조이 아버지가 말했다. “조이가 결정하도록 해야 해요. 조이는 위험과 가능한 혜택이 무엇인지 이해할 만큼 나이가 들었어요.” 어머니와 아버지 두 사람만 있었고, 조이의 엄마는 눈물을 흘리며 맞섰다. “나는 이 시험에 대해 예라고 말할 수는 없어요. 나는 우리 아들이 살기를 원해요.”

세 사람은 버넷 박사에게 가서 조언을 들을 수 있었다. 한편, 그들은 인터넷에서 연구에 관해 가능한 많은 것을 배웠고, 그들이 확인할 수 있었던 것은 버넷 박사가 말한 그대로였다. 다시 진료실을 방문했을 때 조이는 버넷 박사에게 저선량 방사선 치료 연구에 참여하고 싶다고 말했다.

버넷 박사는 조이 가족에게 말했다. “이 요법이 시험적이라 조이의 승낙(assent)은 정말 중요합니다. 그러나 모든 사람이 치료에 동의하는 편이 모두에게 가장 좋습니다. 인생을 바꿀 수 있는 결정에 직면할 때 모든 사람이 참여하는 것이 왜 중요한지 알고 있으리라 믿습니다. 저희 의료진 중에 궁금하신 점을 해결하도록 도와 드릴 수 있는 의료윤리 전문가가 있습니다. 조이에게 최선의 이익이 무엇인지 결론에 이를 수 있도록 도와주시는 중요한 분이라고 생각합니다. 의료윤리 전문가이신 클라인 박사를 만나 보시겠습니까?”

10 · Fofana, M. O. (2014). Joey Knows Best? Balancing Conflicts and Defending a Child's Best Interest in Difficult Clinical Decisions. AMA Journal of Ethics, 15(8), 653-659.

조이 이야기는 생명을 위협하는 질병과 잠재적으로 해로운 치료에 직면한 아이의 어려운 상황을 보여준다. 미성년자는 스스로 결정하는 능력이 없는 것으로 간주한다. 어떻게 아이와 부모의 선호를 저울질할 것인지 의사 결정은 성인보다 훨씬 더 복잡하다. 게다가 부모의 의견이 서로 다르기 때문에 조이의 상황은 훨씬 더 복잡하다. 버넷 박사는 이 사례의 복잡성을 잘 이해하고 있었고 관련된 윤리적 문제를 분석할 필요성을 잘 알고 있었다. 클라인 박사는 가족과의 논의에서 벨몬트 보고서의 주요 생명 윤리 원칙(해악 금지/선행, 존중, 정의)과 함께 소아에서 의사 결정 특수성을 반영하는 분석 틀을 함께 고려해야 할 것이다[1, 2].

치료에 대한 선택으로서의 연구 참여

조이에게 제공되는 시험적 치료는 연구의 일부이기 때문에(일상적 임상 치료와는 대조적으로) 연구와 관련된 문제를 반드시 고려해야 한다. 주어진 사례를 보면 첫째, 조이의 가족에게 연구 및 대안적 치료 옵션의 잠재적 이점과 해악에 대해 충분한 정보가 제공되었으며 버넷 박사는 이해 상충이 없다는 결론을 내릴 수 있다. 그러나 이것이 조이의 치료에 관한 토론에서 버넷 박사가 공정한 역할을 하는 사람이라는 것을 의미하지는 않는다: 그의 의무는 조이의 최선의 이익을 옹호하는 것이다. 둘째, 조이와 그의 가족은 치료와 연구의 차이점을 이해하도록 해야 한다. 연구 중인 치료법이 치료적 이익을 위한 것으로 잘못 인식되는 치료적 오해는 임상 연구 참가자들 사이에서 흔한 일이다. 생명을 위협하는 질병에 직면한 환자는 생명 연장의 기회가 절박한 까닭에 더 취약하며, 이는 소아암 분야에서 특히 그렇다. 임상 치료와 연구 사이의 경계가 종종 흐려진다. 클라인 박사는 연구의 목적이 실험 치료법을 기존 치료법과 비교하는 것임을 이해하고, 시험적 치료법이 우수하지 확실치 않다는 사실을 이해해야 한다. 실제로 방사선량을 줄이면 사망률이 높아지고 가설대로 부작용을 예방할 수 있을지 알 수 없다. 마지막으로, 조이의 가족은 그들이 원할 때 언제든지 연구 참여를 중단할 수 있음을 분명히 해야 한다.

조이의 의견은 중요한가?

클라인 박사가 고려해야 할 첫 번째 문제는 얼마나 조이의 의견이 중요한지 아닌지, 즉 조이의 자율성 문제이다. 미성년자의 치료 선호도의 가치를 평가할 때는 성숙도와 의사결정 능력을 고려해야 한다. 분명히, 세 살짜리가 방사선 치료를 선택하기에는 적합하지 않겠지만 열일곱 살 아이는 성인만큼 결정권을 가질 수 있다고 할 수 있다. 조이처럼 ‘중간 정도’의 나이에 있는 소아는 어떻게 해야 할까? 인지 발달에 관한 연구에 근거하여 일부 저자들은 7세 또는 14세 나이를 기준으로 아동의 승낙을 얻음으로써 임상적 결정에 아동을 참여시킨다. 그러나 이러한 나이를 기준으로 삼은 것은 매우 임의적인 것으로 보인다. 의사 결정 능력의 발달과정이 명확한 경계를 갖기보다는 점진적이며 개별 아동이 다르게 성숙하게 된다고 보는 점진주의적, 개인주의적 접근법이 각 사례에 대해 좀 더 공정한 평가를 할 가능성이 크다.

조이는 똑똑하고 성숙한 열두 살 아이인 듯하다. 실제로, 심각한 질병의 경험으로 인해 아이들은 포레 아이들보다 더 빨리 자라게 된다. 조이는 자신의 치료 옵션과 잠재적 결과에 대해 이해하고 있다는 것과 이러한 사실들과 자신의 가치를 조합하여 결정에 도달할 수 있는 능력이 있다는 것을 보여주었으므로 의사 결정 능력에 대해 일반적으로 사용되는 기준을 충족했다. 더욱이 아이들은 일반적으로 부모의 결정에 따르려는 경향이 있다(성숙하면서 덜하게 된다). 그런데도 조이가 공개적으로 동의하지 않는다고 한 것은 독립적 판단 능력이 있다는 방증이다. 이는 연구 참여에 관한 조이의 강한 의지가 드러난 대목이기도 하다.

질병의 성격도 조이가 선호하는 가치에 영향을 미친다. 임종기에 다다른 아이는 생명 연장 치료와 삶의 질에 초점을 맞추어 편안하게 해주는 치료 사이에서 더 많은 이야기를 할 수 있다. 이는 상황이 변화할수록 대리 결정하기가 더 어렵다는 것을 반영한다. 의사 결정자는 환자의 경험 및 결정과 관련된 균형을 이해해야 한다. 조이는 임종기 상황은 아니지만, 생명을 위협하는 질병을 앓고 있으며 삶의 질이 크게 저하될 위험이 있다. 그의 입증된 성숙도와 질병을 고려할 때 조이의 선호는 신중하게 고려해야 한다. 그러나 이것이 조이의 입장이 명백하게 채택되어야 함을 의미하지는 않는다. 법적으로 법령에 따라 부모의 승인이 필요하고, 윤리적으로 말하자면, 앞에서 언급한 점진적 접근 방식에 따르면 조이의 의견이 중요하지만, 의사결정에 있어 성인이나 나이가 많은 청소년만큼의 온전한 자율성을 가질 수는 없다.

부모는 자녀를 대신해 의사결정을 할 수 있는가?

아이의 일차적 보호자로서 부모는 일반적으로 아이의 대리 결정에 가장 적합한 것으로 간주한다. 성인의 경우 대리 의사 결정은 대리 판단의 개념에 의존한다. 즉, 대리 의사 결정자는 환자 자신의 판단을 가장 잘 표현하는 선택을 할 것이라고 예상한다. 따라서 성인의 경우 누가 결정하는가가 매우 중요한데, 이는 대리 결정자는 환자의 선호도를 잘 알고 존중할 수 있어야 하기 때문이다. 그러나 소아의 경우, 대리 판단을 실제로 적용할 수 없다. 왜냐하면 부모의 결정이 자녀가 완전한 의사결정 능력을 갖추고 있다고 할 때 자녀의 판단을 반영하는 것으로 간주할 수 없기 때문이다. 아이들은 종종 부모와 비슷한 가치를 받아들일지라도, 조이가 완전한 자율적 성인으로서 어떻게 결정했는지 알기가 불가능하다. 부모의 선택은 그들의 가치와 종종 자신들의 이익을 반영한다. 예를 들어, 돌보는데 상당한 부담이 되기 때문에, 살릴 수는 있지만 상당한 신경학적 결함이 있는 아이를 위해 생명을 구하는 최선의 조치를 포기할 때 갈등이 발생할 수 있다. 감정적 고통을 고려할 때 조이의 어머니가 아이를 위한 최선을 원한다는 것은 분명하지만, 그녀에게는 또한 자녀를 잃는 엄청난 슬픔으로부터 자신을 보호하고자 하는 욕구가 있다. 따라서 부모의 결정은 동의와 온전히 같지 않기 때문에 부모의 허락을 참고하는 것이 더 정확할 수 있다. 이 사례의 경우에는 부모의 허락과 조이의 동의가 필요하다.

온전한 동의에 비해 부모의 허락이 윤리적으로 열등하다는 한 가지 결과는 누가 결정을 내리느냐 하는 문제가 어떤 결정이 아동의 최선의 이익을 지지하는지에 대한 문제보다 관련이 적다는 것이다. 조이의 경우 적절한 의사 결정자를 선택하려고 하면 막다른 길로 이어질 수 있다. 조이의 어머니는 양육 부모로서 조이를 더 잘 알 것으로 여겨져 아버지보다 더 적합한 것으로 간주할 수 있지만, 아버지 또한 그의 삶에 매우 관여하고 있으므로 우선순위에서 밀려날 수는 없다. 연구 참여자가 혜택을 받을 수 있는 연구에는 일반적으로 부모 중 한 사람의 허락만 필요하기 때문에 아버지의 동의만으로 조이를 등록할 수 있다. 그러나 버넷 박사는 이것이 어머니의 염려를 무시하고, 가족 내 불화의 위험을 일으킬 수 있으므로 현명하지 않고 비윤리적 결정임을 잘 알아차리고 있었다. 합의가 이루어지고 가족 관계에 있어 온전함이 유지되는 것이 조이에게 최선의 이익이다.

요약하면 클라인 박사의 과제는 조이의 치료에 대한 선택을 ‘거절’하거나 그대로 따름으로써 조이의 최선의 이익이 존중받을 수 있도록 결정하는 데 있다. 클라인 박사는 가족들이 각 선택의 잠재적 이점과 손해를 식별하고 평가하여 선행과 해악 금지의 원칙을 가장 잘 유지할 수 있는 선택을 하도록 해야 할 것이다.

조이를 위한 최선의 이익 결정하기: 손해 vs. 이익

손해와 이익에 관한 포괄적이고 체계적 분석은 신체적, 심리적, 사회적, 경제적 결과를 포함하여 직간접적 결과의 규모와 가능성을 모두 포함해야 한다. 여기서, 두 가지 치료 옵션의 임상적 결과에 대한 지식은 명확한 결정을

내리기에 충분하지 않다; 반면 일부 임상 결정에는 아동의 최선의 이익(예 : 백신 보호 대 일시적 주사 통증)에 대한 명확한 해답이 있지만, 잠재적으로 감소한 생존 가능성과 신경 인지 부작용으로부터의 잠재적 보호(그러나 보장되어 있지 않은!) 사이의 균형에 관한 쉬운 해답은 없다.

그러나 각 옵션의 심리적, 사회적 영향은 귀중한 통찰력을 제공한다. 첫째, 최종 결정과 관계없이 조이의 부모와 조이에 관한 심리 사회적 스트레스 사이에서 불일치 위험이 있다. 조이가 연구에 참여하도록 허락된다면 어머니는 자신의 의견이 존중되지 않는다는 느낌을 받을 수 있다. 다른 한편으로, 조이가 참여할 수 없다면 아버지가 이처럼 느낄 수 있다. 두 가지 결정 모두에는 부모의 불화 위험이 존재하고 합리적으로는 똑같이 고려될 수 있기 때문에 우리의 결정 과정이 이해받을 수는 없다(그런데도 치료 과정 전반에 걸쳐 상담 지원을 통한 완화가 필수적이다).

조이가 연구에 참여하도록 허락하지 않으면, 향후 치료 계획에 잘 따르지 않고 부모와의 관계에서도 균열이 생길 수 있는 잠재적 결과 초래와 더불어 조이는 부모(특히 어머니)와 치료팀을 원망하게 될 것이다. 조이에게 인지 장애가 생긴다면, 확실히 피하려고 했던 장애로 인해 고통을 겪게 될 것이며, 인지 장애 자체의 부담에 심리적 비용이 추가된다. 다른 한편으로, 조이가 연구에 참여하게 하는 것은 그의 자율성 개발의 타당성을 입증하는 잠재적 이점을 제시한다. 물론, 시험적 치료가 실패한 경우, 덜 확실한 치료를 선택했다는 점에 부모는 엄청난 죄책감을 느낄 수 있다. 그러나 조이가 받는 최선의 이익과 견주어 볼 때 그 죄책감은 주로 아들에게 영향을 미치는 한에서만 중요한 문제일 수 있다.

요컨대 심리, 사회적 잠재 결과를 고려해 임상적으로 우월한 선택이 없다면, 조이의 선호를 존중하고 연구에 참여하도록 하는 것이 최선의 결정으로 보인다. 이러한 결정의 틀이 견고한지에 관한 한가지 테스트는 반대 상황에 적용해 보는 것이다. 즉, 조이가 연구에 참여하고 싶지 않지만, 어머니는 원하는 상황이다. 여기에서도 비슷한 잠재적 임상 결과를 가정할 때 조이의 의사에 반한 결정으로 인한 심리, 사회적 영향을 미치는 결과가 가장 중요하게 여겨지고, 이는 조이의 결정을 존중하는 방향으로 우리를 이끌 것이다. 물론 부모의 허락은 매우 중요한 부분으로 남는다. 우리의 결론은 실제 치료보다는 의사 결정 과정에 관해 가족에게 권고하는 데만 도움이 된다.

결론

클라인 박사는 치명적 질병을 앓는 미성년자 아이를 어찌할지 선택에 직면한 가족에게 섬세하게 안내해야 한다. 그는 가족의 선택권을 논의할 때 상황에 따른 깊은 정서적 특성과 가족의 관점에 공감해야 한다. 조이와 그의 부모의 결정을 반영하기에 충분한 시간이 주어져야 한다(최적의 결과를 위해서는 즉각적 치료가 필요하지만). 또한, 합의를 추구하면서도 조이의 의사결정 수준과 그가 직면한 선택에 관한 이해의 중요성을 강조해야 한다. 그런 다음, 위에서 설명한 잠재 이익과 피해를 가족에게 설명해야 한다. 아울러 추가 우려 사항과 잠재적 결과의 규모, 가능성에 대한 가족의 자체 평가를 끌어내야 한다. 이처럼 윤리적 분석에는 잠재적 이익과 피해를 적절히 평가하고 저울질하는 과정이 따른다. 이 가족이 옳은 결론에 도달하게 하기 위해서는 그들이 처한 고유 상황을 고려하는 것이 매우 중요하다. 위 단계는 가족 모두를 편하게 하고 조이의 질병에 함께 직면해 결정하게 하는 체계적이고 포괄적이며 강력한 접근법이다.

1. Protection of human subjects: Belmont Report: notice of report for public comment. Fed Regist. 1979;44(76):23191-23197.
2. Weijer C, Miller PB. When are research risks reasonable in relation to anticipated benefits? . Nat Med. 2004;10(6):570-573.
3. de Vries MC, Houtlosser M, Wit JM, et al. Ethical issues at the interface of clinical care and research practice in pediatric oncology: a narrative review of parents' and physicians' experiences. BMC Med Ethics. 2011;12(18):
4. Miller PB, Weijer C. Evaluating benefits and harms in research on healthy children. In: Kodish E, ed. Ethics and Research With Children: A Case-Based Approach. New York: Oxford University Press; 2005:29-45.
5. Wendler DS. Assent in paediatric research: theoretical and practical considerations. J Med Ethics. 2006;32(4):229-234.
6. Macklin R. Trials and tribulations: the ethics of responsible research. In: Cassidy R, Fleischman AR, eds. Pediatric Ethics: From Principles to Practice. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers; 1996.
7. Cassidy R. Tell all the truth? Shepherds, liberators, or educators. In: Cassidy R, Fleischman AR, eds. Pediatric Ethics: From Principles to Practice. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers; 1996.
8. Grisso T, Appelbaum PS. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. Am J Psychiatry. 1995;152(7):1033-1037.
9. Broome ME, Kodish E, Geller G, Siminoff LA. Children in research: new perspectives and practices for informed consent. IRB. 2003;Suppl 25 (5):S20-S23.
10. Bluebond-Langner M, DeCicco A, Belasco J. Involving children with life-shortening illnesses in decision about participation in clinical research: a proposal for shuttle diplomacy and negotiation. In: Kodish E, ed. Ethics and Research With Children: A Case-Based Approach. New York: Oxford University Press; 2005:323-344.
11. Whitty-Rogers J, Alex M, MacDonald C, Pierrynowski Gallant D, Austin W. Working with children in end-of-life decision making. Nurs Ethics. 2009;16(6):743-758.
12. Field MJ, Behrman RE, Institute of Medicine. Ethical Conduct of Clinical Research Involving Children. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004.
13. Kodish E. Ethics and research with children: An introduction. In: Kodish E, ed. Ethics and Research With Children: A Case-Based Approach. New York: Oxford University Press; 2005:3-27.
14. Kodish E. Informed consent for pediatric research: Is it really possible?. J Pediatr. 2003;142(2):89-90.

08

“선생님, 저 집중 잘되는 약이 필요해요” - 신경학적 증강에 대한 요구¹¹

“Doc, I Need a Smart Pill” - Requests for Neurologic Enhancement

사 례

7,000명이 거주하는 마을의 유일한 신경과 의사인 워런 박사는 오늘 그의 새로운 환자를 보고는 입술을 깨물었다. 둘은 워런 박사의 작은 진찰실에 앉아 있었다. 환자로 온 28세 콘웨이 씨는 부드러운 목소리를 가진 28세 영업사원으로, 현재 실직 상태이다. 그는 방금 자신의 내원 목적을 밝혔다: 최근 정리해고되었고 다른 직업조차 얻기 어려운 상황에서, 그는 대학원에 진학하고자 마음을 먹었다는 것이다. 이를 위해서 그는 대학원 입학 자격시험을 치를 필요가 있었는데, 콘웨이 씨는 4시간의 시험 시간 동안 집중력을 유지하기가 매우 어렵다고 호소했다. 그는 워런 박사에게 집중력과 사고력을 증진하는 약을 처방해줄기를 부탁했다.

“선생님, 이번 한 번만 약을 처방해주세요.” 콘웨이 씨는 정중하게 말했다. “제가 시험에서 제 능력을 발휘할 기회를 주세요.”

환자의 스토리는 워런 박사에게 큰 공감을 샀다. 콘웨이 씨는 대학원에 진학하고 싶어 했고, 낮은 점수는 그의 기회를 잃게 할 것이다. 최근 연구 결과에 비추어 볼 때 모다피닐(Modafinil)의 처방은 콘웨이 씨가 긴 시험 시간 동안 집중을 하는 데 도움을 줄 수도 있었다. 워런 박사는 콘웨이 씨가 주의력 결핍 장애(Attention deficit disorder) 혹은 다른 신경학적 증상이 없기에 인지력 증강 약물을 처방하는 것을 정당화하기는 어렵다고 설명했다.

콘웨이 씨는 워런 박사에게 거절당하더라도 다른 1차 진료의 혹은 타과 전문의들에게 같은 요구를 할 수도 있으며, 이는 콘웨이 씨에게는 상대적으로 낮은 수준의 의료 서비스를 받는 결과를 낳게 될 수도 있다는 것을 알고 있다. 하지만 콘웨이 씨의 요구를 수락하기에는 여러 부작용이 부담된다. 우선, 콘웨이 씨는 비의료적 이유로 강한 향정신성의약품 처방받게 될 것이다. 비록 그가 시험 기간 내내 집중하는 데 어려움을 겪는다 할지라도 이는 워런 씨의 판단에는 결코 진정한 의미의 인지 장애라고는 볼 수 없는 경우다. 두 번째로, 콘웨이 씨가 시험을 잘 치르고 입학을 했다고 했을 때, 그는 자신이 성취한 바를 가족들과 친구들에게 자랑할지도 모르며, 이는 적절하지 않은 이유로 “집중 잘 되는 약”을 원하는 환자들이 워런 박사의 진료실에 몰려오는 결과를 초래할지도 모르는 일이다.

마지막으로, 콘웨이 씨의 장기 목표와 관련된 문제이다. 자신의 자격시험 결과에 도취한 나머지, 그는 그가 대학원 공부를 더 잘 해내기 위해서 더 많은 향정신성의약품 필요할지도 모른다. 논문 쓰기, 시험 치기 등등... 즉, 자격시험은 결코 끝이 아니다. 단지 ‘이번 한 번만’으로 끝나지 않을 것이다.

11 · Larriviere, D. (2010). “Doc, I Need a Smart Pill”: Requests for Neurologic Enhancement. AMA Journal of Ethics, 12(11), 849-853.

이 사례는 신경 증강(Neuroenhancement)의 (메틸페니데이트 혹은 모다피닐 등의 약물) 적응증에 해당하지 않는 기억력 혹은 인지기능의 증강을 목적으로 사용하는 문제에 관한 것이다. 비록 실질적 ‘유병률’은 알려지지 않으나, 몇몇 데이터는 신경 증강이 광범위한 현상임을 말해준다. 대학원생을 대상으로 한 조사에서 4%~34%의 대학원생이 신경 증강제를 불법적으로 사용했음이 드러났으며, 그중 절반이 대학에서 처음 사용했다고 하였다. 많은 조사참여자는 신경 증강제를 “자지 않고 공부하기 위해” 혹은 “일에 집중하기 위해” 사용한다고 했다.

신경 증강제의 유혹은 대학생에게만 한정되지 않는다. 세계적 학술지 <네이처(Nature)>는 2008년 독자를 대상으로 설문조사를 시행하였고, 60여 개국의 1,400명의 응답자의 5명 중 1명이 신경 증강제를 집중력 증강 혹은 기억력의 문제를 이유로 사용한다고 응답했으며, 그리고 그들 중 80%는 건강한 성인들이 필요로 한다면 신경 증강제의 처방이 허용되어야 한다고 응답했다. 잘 팔리는 두 가지 신경 증강제의 연 매출이 10억 달러에 달하며, 시장의 성장세가 계속되는 상황에서, 이 문제가 조속히 해결될 것 같지는 않다. 의사들은 자신들의 업무에서 신경 증강제를 요구하는 환자들을 더욱더 자주 마주치게 될 것이라고 예상해야 할 것이다.

신경 증강제를 요구하는 사람은 환자인가?

신경 증강제를 요구하는 신체적, 정신적으로 건강한 사람들은 치료가 필요한 증상이나 질병을 가지고 있지 않기에 환자가 아니라는 주장을 할 수도 있지만, 환자-의사의 관계 성립이 꼭 환자의 건강 상태에 문제가 있어야만 성립하는 것이 아니라는 것을 인지하는 것이 중요하다. 오히려, 환자-의사 관계의 형성은 자발적으로 일어나며, 그 형성에는 양자의 그를 형성하고자 하는 의도가 가장 중요하다. 의사는 거부 이유의 차별 혹은 법적 문제를 일으키지 않는 한 어떠한 환자를 받아들이지 혹은 거부할지를 선택할 수 있다.

앞서 제시된 사례에서 워런 박사가 콘웨이 씨를 진찰함에 따라 환자-의사 관계는 형성되었다. 환자-의사 관계의 형성은 그 관계가 종료될 때까지 그에 합당한 전문적, 윤리적 의무를 워런 박사가 수행해야 함을 의미한다. 콘웨이 씨의 신경 증강제에 관한 요구는 이 관계를 단절시키지 않는다.

워런 박사는 어떻게 대응해야 할까?

워런 박사는 환자의 신경 증강제에 관한 요구를 윤리적으로 검토해보아야 할 의무를 진다. 하지만 워런 박사는 의학적으로 환자에 대한 위해를 최소화하고 그의 이익을 최대화해야 한다. 워런 박사는 그냥 콘웨이 씨의 요구를 거절하기보다는, 그러한 요구가 인지 기능의 저하로 인한 결과일 수 있음을 인식해야 한다. 이를 통해 고려해 보았을 때, 워런 박사는 적절한 병력 청취와 신체 진찰을 수행해 환자의 현재 기능 수준과 그것이 일반적일 때보다 저하된 상황인지를 확인할 필요가 있다. 이러한 절차가 끝난 후 워런 박사는 추가 검사가 필요한지를 결정해야 한다. 콘웨이 씨에게서 의학적 문제라고 간주할 만한 특정한 이상 상황을 발견하지 못했다면, 콘웨이 씨는 ‘정상’으로 간주할 수 있으며, 신경 증강제의 처방의 목적이 치료가 아닌 증강이 될 것이다.

신경 증강제를 처방하는 것이 윤리적인가?

신경 증강제 처방의 윤리성에 관해서는 여러 문헌에 나와 있다. 그러나 합의된 사항은 아직 없다. 최근 미국신경학회의 윤리, 법 인문학 위원회가 성인 환자들의 신경증강제에 대한 요구에 대응하는 가이드라인을

제시하였다. 위원회는 신경 증강제의 처방의 적절함을 다루는 데 있어 의사의 전문성뿐 아니라 의학의 전통적 목표에 대해서도 고려한다(즉, 질병 치료하기와 예방하기, 고통 줄이기, 환자에게 질병과 손상에 대해 교육하기, 환자가 존엄한 죽음을 맞이할 수 있도록 하기, 건강을 염려하는 건강한 환자를 안심시키기). 위원회는 이러한 활동을 세 가지 영역으로 구분한다.

미국신경학회가 제시한 의사의 활동의 첫 번째 영역은 앞서 서술한 전통적 의학의 목표와 일치한다. 이는 윤리적 의무이기도 하다. 두 번째 영역은 전통적 의학에서 벗어난, 그런데도 의학 지식이 필요하거나 사회적으로 유용하거나, 아니면 의사의 사회적 의무에 지장을 주지 않는 영역이기에 사회에서 용인되었다. 여기에는 미용을 목적으로 하는 수술, 그리고 의료 과실에 대한 목격자로서의 증언 등이다. 이 영역은 윤리적으로 용인되지만, 결코 의무는 아니다. 세 번째 영역은 의사의 핵심 가치에 해가 되고 따라서 윤리적으로 금지되는 영역이다. 처형을 돕거나 억류된 죄수의 고문, 혹은 심문을 돕는 행위가 여기에 포함된다.

위원회는 신경 증강제 처방은 미용상 수술의 경우와 가장 유사하므로 윤리적으로 용인되지만, 의무는 아닌 두 번째 카테고리에 가장 적합하다고 판단했다. 따라서 이 영역에서는 의사의 재량이 허용된다. 자신의 역할이 의학의 전통적 목적에 한정해야 한다고 생각하는 의사는 그들의 목적을 전반적 환자의 웰빙이라고 판단하는 의사보다 신경 증강제 처방을 잘 하지 않을 것이다.

윤리적, 사회적 고려

앞서 언급한 대로, 의사는 환자의 이익을 극대화하고 위해를 최소화해야 할 일반적인 윤리적 의무를 지닌다. 전통적 의료 행위에서 이러한 의무는 질병으로 인한 위해와 제안된 치료의 이득과 위험을 서로 따져볼 것을 요구한다. 이번 신경 증강제의 사례에서의 위험은 반드시 환자가 기대하고 있는 약물을 통해 얻을 이득(표준화된 시험에서의 좋은 성과)과 함께 고려될 필요가 있다. 이러한 이득은 시험 결과가 집중력뿐 아니라 철저한 준비를 비롯한 여러 다른 요소에도 영향을 받기 때문에 계량화가 쉽지 않다. 워런 박사는 높은 시험 점수가 긍정적 강화 효과를 일으켜 콘웨이 씨가 대학원 재학 기간 동안 더 약을 자주 처방받는 원인이 될 수 있음을 적절히 인지하고 있다(대학원 재학 중의 복용으로 일어날 수 있는 문제에 대해서는 더욱 예측하기 어렵다).

치료의 최종 목표를 특정하기 어려움을 인지해야 할 뿐 아니라, 워런 박사는 신경 증강제의 일반적 인구 집단에 적용한 효과에 관한 데이터가 확립되어 있지 않음을 유념해야 한다. 출판된 연구들은 효과가 대상 환자의 특성, 나이 그리고 목표로 하는 행위(단순 작업, 혹은 창의력이 필요한 작업)에 따라서 오히려 인지 기능이 나빠질 수도 있음을 지적한다. 단지 신경 증강제를 먹으면 더 똑똑하게 될 것이라는 생각은 인지 기능의 복잡성을 고려하지 못한 판단이다. 그리고 신경 증강제를 장기 복용한 결과는 아직 집단 연구로 충분히 시행하지 않았다. 워런 박사는 이러한 의학적 근거를 바탕으로 신경 증강제를 거부해야 할 수도 있다.

윤리학을 공부하는 학생들은 워런 박사가 환자의 자율성을 존중해야 한다고 지적할 것이다. 이 원칙은 결코 다른 원칙보다 우선하지는 않으며, 의사가 환자가 원하는 약을 주는 것이 꼭 자율성을 존중하는 것이라고 할 수 없다. 의학적으로 환자의 안녕에 해가 된다고 판단될 시 의사는 환자의 요구를 거절해야 한다. 만약 워런 박사가 신경 증강제의 처방을 거부할 경우, 그는 콘웨이 씨에게 자신이 처방을 거부하는 근거를 이해할 수 있는 방식으로 소상히 밝혀야 한다. 그리고 워런 박사는 신경증강제 없이도 콘웨이씨가 목표를 이룰 수 있도록 하는 다양한 방안(예를 들어, 수면 위생 관리하기, 적절한 운동하기 등)을 제시해야 한다.

자율성에 대한 존중에는 환자에 대한 충분한 설명이 동반되어야 한다. 워런 박사는 신경 증강제의 처방을 하기로 선택했다면 콘웨이 씨에게 약물사용으로 인한 관련 부작용의 가능성을 설명하여 콘웨이 씨의 결정 진정으로 자율적일 수 있도록 도와야 한다. 그리고 제공되는 정보에는 신경 증강제의 효능과 의학적 이유가 없는 신경 증강제의

장기복용에 대한 의학적 데이터가 부족함 또한 포함되어야 한다.

마지막으로 워런 박사는 신경 증강제 처방이 제삼자에 의한 비용 처리(보험 등)가 되지 않음을 고려해야 한다. 따라서 환자는 약값은 전부 스스로 지불해야만 한다. 콘웨이 씨가 그러한 금전적 여유가 있는가? 이는 약물을 구매할 수 있는 사람들(아마도 인구의 작은 부분)에게도 그 사용을 제한하는 결과를 낼 수 있다. 현대 사회는 지불능력에 따른 금전적 불평등을 용인하지만(예를 들어 미용상 수술이나 VIP 서비스 등), 워런 박사는 이에 동의하지 않을 수 있다.

결론

신경 증강제 처방을 결정하는 것은 환자-의사 관계를 토대로 일어난다, 이 관계에서 환자가 비록 신경 증강제를 원하는 것이 유일한 목적이라 하더라도 의사는 전문적, 그리고 윤리적 의무를 지게 된다. 의사는 신경 증강제를 원하는 환자들에게 처방해주어야 할 의무가 없으며 윤리적 근거로 거부할 수도 있다. 반면, 미국신경과학회의 가이드라인에 따르면, 의사가 자율성 존중, 선행, 해악 금지, 분배적 정의 그리고 그에 수반되는 여러 의료 윤리적 원칙을 준수하는 한 신경 증강제의 처방은 윤리적으로 허용된다.

참고문헌

1. Larriviere D, Williams MA, Rizzo M, Bonnie RJ; AAN Ethics, Law and Humanities Committee. Responding to requests from adult patients for neuro enhancements: guidance of the Ethics, Law and Humanities Committee. *Neurology*. 2009;73(17):1406-1412.

치료 거부 및 무리한 치료 요구에 대한 대처

09

환자-의사 간 관계가 깨졌을 때¹²

When the Patient-Physician Relationship is Broken

사 례

불면증 환자 치료 분야에서 인정받는 리더인 키 박사는 특히 오랫동안 치료가 어려운 불면증 환자를 돕는 데 대한 도전을 즐겼고, 그는 효과적으로 잘 치료할 수 있었다. 거의 1년간의 치료 후 밀러 부인은 예외로 판명되었고, 키 박사는 그녀를 도와줄 수 없겠다고 생각했다. 그녀는 요구사항이 많았고 일주일에 여러 번 사무실에 전화를 걸어 음성 메일 메시지를 할당된 시간을 넘겨 길게 남겼다. 밀러 부인은 키 박사의 권고를 거부하고 왜 그것들이 그녀에게 효과가 없었는지에 대해 하나하나 변명하고 또 변명했다. 키 박사가 예약 명단에서 밀러 부인의 이름을 보았을 때, 진료 시간이 예정보다 최소 45분 이상 더 걸릴 것을 알았다. 왜냐하면 그녀가 진료가 끝나갈 무렵이 되면 울음을 터뜨리면서, 새로운 신체 및 정신적 증상을 호소하거나, 진료를 마무리하려고 하면 키 박사를 고소하겠다고 위협할 것을 알았기 때문이다. 그녀와 진료 시간이 길어지기 때문에 나머지 환자 일정도 지연되어 불만에 가득 찬 환자들은 사무실 직원에게 분풀이할 것이다. 키 박사는 진료가 도움되지 않는다고 자주 말하면서도 밀러 부인이 방문 일정을 계속 잡는 이유를 이해할 수 없었다. 그는 밀러 부인이 자신의 이전 아내를 상기시키고 그녀와 함께 보낸 시간에 대해 화가 난다는 것을 알아차렸다. 그는 비생산적인 진료에 대한 비용을 청구하는 게 윤리적 행위인지 고민했다. 그리고 밀러 부인에게 오지 말라고 말하는 것에 대해 걱정했다. 그녀가 그러한 행동을 그녀 자신을 포기한 것으로 여길 것이라는 생각 때문이다. 나아가 그녀로부터 고소를 당할까 봐 걱정스러웠다.

해 설

불면증 치료의 저명한 전문가인 키 박사는 자신이 성공적으로 치료할 수 없는 환자에 직면해 있다. 밀러 부인은 병원에 계속 나타나면서도 키 박사의 치료 권장 사항을 따르지 않고 종종 정서적이고 극적으로 변하며 키 박사가 정시에 진료를 마치려고 시도할 때는 키 박사를 고소하겠다고 위협한다. 키 박사는 밀러 부인에게 분노를 느끼는데, 부분적으로는 그녀가 그에게 이전 아내를 연상시키기 때문이다. 이 사례는 역전이, 무익한 치료, 그리고 환자-의사 관계를 끊는 것이 적절한지와 방법에 대한 문제를 제기한다.

12 · Auckley, D. (2008). When the Patient-Physician Relationship Is Broken. AMA Journal of Ethics, 10(9), 548-552.

역전이(countertransference)

개인의 현재 관계 (이 사례에서는 키 박사의)가 과거의 관계에 영향을 받는 것은 정상이다. 과거의 누군가에게 가졌던 감정이 현재에 있는 다른 사람에게 옮겨가는 것을 전이라고 한다. 환자-의사 관계는 환자의 의사에 대한 인식이 이전 경험에 의해 영향을 받기 때문에 전이가 일어나기 쉽다. 이러한 영향은 긍정적이거나 부정적일 수 있으며 현재 관계를 향상하거나 방해할 수 있다. 마찬가지로, 의사는 자신의 과거 관계에 기초하여 환자에게 감정적 반응, 즉 역전이 반응을 보일 수 있다.

역전이는 개인적으로, 그리고 더욱 일반적 맥락으로 모두 고려될 수 있다. 개인적 차원에서, 의사는 “자신의 편견과 감정적 필요를 진료를 보는 환자에게 가져올 수 있는데 이는 궁극적으로 관계의 결과를 형성하는 역동적 상호 작용을 일으킨다”. 더욱 일반적 맥락에서는, 역전이는 어려운 환자에 대한 의사의 예상되는 반응이다. 즉, 대다수 의사는 과거 개인적 경험과 상관없이 키 박사와 같은 방식으로 어려운 환자에게 반응할 것으로 예상된다.

키 박사는 과거 개인적 경험을 통해 환자인 밀러 부인과 역전이를 분명히 인지했다 - 비록 그의 감정적 반응이, 어쩌면 개인적 관계가 없는 많은 다른 사람들과 어느 정도 공유할지라도 말이다. 역전이를 다루는 첫 번째 단계는 그것의 존재 자체를 인식하는 일이다. 의사가 행동을 인식하면, 뒤로 물러나 상황을 보다 객관적으로 평가할 수 있다. 역전이가 과거 개인적 경험에서 비롯된 것이고 통제하거나 최소화할 수 있다면 관계는 계속되어야 한다. 만약 키 박사가 자신의 과거가 환자-의사 간 관계에 큰 영향을 미친다고 여기면서 자신의 감정과 행동을 바꿀 수 없다면, 이 사례에서 자신을 제거하는 것까지 고려해야 한다.

무익한 치료

의료에서 ‘무익함의 원칙’은 문헌을 통해 광범위하게 논쟁이 일고 논의되었다. 특히 중증과 말기 질병의 맥락에서 그러했다. 이런 설정에서, 입증되지 않고 잠재적으로 해로운 치료법과 결과를 바꾸지 못하는 표준 치료법은 모두 무익하다고 볼 수 있다. 무익한 치료의 한 예는 말기 환자가 어떤 방식으로든 자신의 상태에 영향을 미치지 않는 수술을 요청하는 것이다. 대부분 맥락에서, 의사는 임상적 판단에 있어 환자에게 이익이 되지 않는 치료에 대한 환자의 요청을 거부할 자유가 있다. 의사가 거부할 수 있는 무익한 외래 환자 치료의 예는 환자가 바이러스 감염을 치료하는데 항생제를 요구하는 것이다. 이러한 예들은 간단해 보이지만, 시간이 지나면서 아주 일부분이 합의가 이루어지긴 했지만, 무익함의 개념은 여전히 논란으로 남아있다.

치료계획을 잘 따르지 않는 환자를 치료하는 방법에 대한 문헌은 거의 없다. 의학적 조언을 무시하거나 처방된 치료법을 준수하지 않는 환자에게 치료를 계속 권장하는 것은 무익하다고 말할 수 있다. 그러나 이러한 결정을 내리기 전에 의사는 환자가 치료계획을 잘 따르지 않는 이유를 알아내고, 이를 극복하기 위한 모든 수단을 써야야 한다. 첫째, 의사는 환자가 본인의 상태, 권장된 치료, 그리고 치료를 받지 않거나 치료를 제대로 따르지 않을 때의 결과를 이해하는지를 고려해야 한다. 이것은 의료적 결정을 내릴 수 있는 환자의 역량을 확인하는 과정이다. 다음으로, 의사는 충분한 의사결정 능력이 있는 환자가 치료 거부나 치료를 잘 따르지 않는 이유를 알아내고, 이용 가능한 대체 요법 또는 접근법을 설명하고, 의학적 치료에 대한 환자의 궁극적 목표에 친숙해져야 한다.

이러한 지침을 우리의 사례에 적용해 보면, 키 박사는 밀러 부인이 실제로 의사결정 능력이 있는지 그리고 수면 장애, 만성 불면증의 영향과 결과 및 이용 가능한 치료 옵션에 대한 적절한 통찰력을 가졌는지 확인해야 한다. 그녀가 그러한 능력이 있다고 가정하면 밀러 부인이 말하는 수많은 변명을 자세히 검토하여 치료 권장 사항을 고려하거나 이행하지 못하게 하는 다른 요인이 있는지 확인해야 한다. 키 박사는 또한 치료 목표를 검토하여 자신과 밀러 부인이 같은 결과를 얻기 위해 노력하고 있는지 확인해야 한다. 마지막으로, 키 박사는 자신이 받는 조언이 도움되지 않는다고

생각하면서도 밀러 부인이 왜 진료 예약을 하는지 이해하는 것이 매우 중요하다. 키 박사와 정기적으로 대화를 나누는 것을 기대하는 편이 적절한 수면보다 중요할 수 있다. 그렇다면, 그 정보는 더욱 효과적 치료 옵션에 대한 기회를 제공한다.

환자-의사 간 관계의 종료

이러한 모든 가능성을 면밀히 검토하고 시행한 후, 의사가 환자의 행동이 상호 결정된 치료 목표에 위배된다고 판단하면, 의사는 환자에게 이 경우 도움을 줄 수 없음을 알리고 진료를 중단하는 것은 윤리적으로 허용된다. 통지 및 후속 절차는 주 법률 및 의료위원회(미국의 경우)가 규정한 환자-의사 관계 종료 지침을 따라야 한다.

미국 의사협회 의료 윤리 강령에 따르면, 의사는(비응급 상황에서) 치료할 대상을 자유롭게 선택할 수 있지만 일단 환자-의사 관계가 성립되고 나면 의사는 환자에게 필요에 따른 일관되고 지속적 치료를 제공할 의무가 있다. 상호 동의, 암묵적 동의(즉, 응급 치료) 또는 드물지만, 동의가 없는 경우(예를 들면, 법원 명령)에 의해 의사가 개인에게 의료 서비스를 제공하면 환자-의사 간 관계는 ‘성립된 것’으로 간주한다. 일반적으로 이 관계는 환자가 자신의 건강 관리에 대한 책임을 공유하는 상호 존중과 협력의 하나로 간주한다. 위에서 논의한 사례에서, 키 박사와 그의 환자인 밀러 부인은 환자-의사 간 관계를 분명히 성립하였고, 그러므로 그들의 상호 작용은 일반적으로 이러한 틀(framework)에 해당한다. 하지만 이들 관계가 제대로 작동하지 않게 되어 진정한 협력으로 간주할 수 없는 것으로 보인다. 키 박사가 밀러 부인과의 관계를 끝내는 것이 윤리적인가?

자율성 존중의 원칙에 따라 환자는 자신의 행동 결과를 충분히 이해하는 한 제공되는 모든 의학적 치료를 수락하거나 거부할 수 있다. 따라서 환자는 언제든지 어떤 이유로든 환자-의사 간 관계를 종료할 수 있다. 의사도 환자에게 자신의 행동에 대한 타당한 이유를 제시해야 하지만, 관계를 종료할 수는 있다. 의사 입장에서 타당한 이유가 무엇인지에 대한 문헌은 거의 없지만, 의사가 어떻게 그리고 어떤 이유로 관계를 종료할 수 있는지에 대한 글은 많다. 이 기준을 충족하는 것으로 여겨지는 환자-의사 간 관계 종료에 관한 근거는 의사가 더는 진료를 하지 않는 경우(예 : 퇴직 또는 이사), 계획된 치료가 완료되어 처음 의뢰했던 의사에게 의뢰되 하는 경우, 이해 상충이 있는 경우, 환자가 치료방향을 잘 따르지 않는 경우, 또는 관계적 측면에서 치료적이지 않아 환자에게 최선의 이익이 되지 않는다고 의사가 판단한 경우를 포함한다.

치료 관계를 종료하는 과정에 대한 지침은 미국 의사협회에 의해 수립되었으며 주 및 여러 전문 의사 협회에 의해 다양한 형태로 채택되었다. 이러한 규칙은 이의 제기 시 법률 체계에 의해 준수되고 있으며, 의사는 이 문제에 관한 현지 정책을 알고 있어야 한다. 일반적으로, 정책에 따르면 의사는 환자에게 관계를 종료할 계획을 미리 통지하고, ‘합리적 기간(보통 30일까지)’ 동안 지속적 치료를 제공하거나 새로운 의사를 찾아서 환자를 인계하고 의무기록을 전달할 때까지 환자를 돕도록 하고 있다. 의사는 관계 종료에 대해 설명하고 통지 문서를 보관하도록 일반적으로 권고하고 있다(예: 등기 우편으로 보낸 편지). 키 박사가 환자와 관계를 종료하려는 이유가 타당하고 합리적이라고 가정할 때, 권장된 절차를 따른다면 그가 그렇게 하는 것에 대해서 윤리적으로 타당하다고 받아들여진다.

1. Goldberg PE. The physician-patient relationship: three psychodynamic concepts that can be applied to primary care. Arch Fam Med. 2000;9(10):1164-1168.
2. Zinn WM. Transference phenomena in medical practice: being whom the patient needs. Ann Intern Med. 1990;113(4):293-298.
3. Bernat JL. Medical futility: definition, determination and disputes in critical care. Neurocrit Care. 2005;2(2):198-205.
4. Prendergast TJ. Futility and the common cold. How requests for antibiotics can illuminate care at the end of life. Chest. 1995;107(3):836-844.
5. Burns JP, Truog RD. Futility: a concept in evolution. Chest. 2007;132(6):1987-1993.
6. American Medical Association. Opinion 10.015 The patient-physician relationship. Code of Medical Ethics. Chicago, IL: American Medical Association; 2008. Accessed July 24, 2008.
7. American Medical Association. Opinion 8.115 Termination of the physician-patient relationship. Code of Medical Ethics. Chicago, IL: American Medical Association; 2008. Accessed July 24, 2008.
8. Ohio Administrative Code. Chapter 4731-27-01 Termination of the physician-patient relationship. <http://codes.ohio.gov/oac/4731-27>. Accessed July 24, 2008.
9. Capozzi JD, Rhodes R, Gantsoudes G. Ethics in practice. Terminating the physician-patient relationship. J Bone Joint Surg Am. 2008;90(1):208-210.
10. Hammonds v Aetna Casualty and Surety Co, 237 F Supp 96,98 (ND Ohio, 1965).
11. Kiser v Rubin, No. 15254, 1995 Ohio App. LEXIS 3928 at slip op 1 (2d App Dist September 8, 1995) (unpublished).

다양성에 대한 존중과 공정한 의료 제공 (문화적 역량/감수성)

10

응급실에서의 언어장벽¹³

Language Barriers in the Emergency Room

사 례

월리스 박사는 도시에 있는 병원의 응급의학과 치프 전공의이다. 어느 날 오후 늦은 시간 젊은 여성이 그녀의 오빠에 의해 응급실로 후송되었다. 그들은 안내데스크에서 자신들이 브라질에서 이 도시에 사는 친척을 방문하기 위해 미국으로 왔다고 말했다. 응급 부서의 도움을 통해 여성은 18살의 비앙카이며 복통을 주소로 내원했음을 확인할 수 있었고, 그들의 친척의 주소, 그리고 오빠의 휴대전화 번호를 얻을 수 있었다. 서류상 정보는 여기까지였다.

비앙카는 아래쪽 배를 움켜쥔 채로 웅크리고 있었다. 그녀보다 몇 살 더 나이가 많아 보이는 오빠 엘리아스는 자신의 영어 실력이 비앙카보다 나으므로 통역을 맡겠다고 하였다. 그는 비앙카가 평소에는 잘 앓는 경우가 없었던 터라 매우 걱정이 된다고 말했다. 오늘은 그녀가 병원에 꼭 가야겠다고 간청을 했다고 말했다.

월리스 박사는 우선 통증에 대해 질문을 하였다. 통증이 시작되었을 때 어떤 특정 지점에서 시작되었는지, 통증이 두통과 비슷한 지속성 통증인지 아니면 간헐적으로 찌르는 듯한 통증인지, 또한 그러한 증상을 이전에도 겪은 적이 있는지 말이다. 동생에게 묻지도 않고 엘리아스는 통증이 이른 오전부터 시작되었다고 말했다. 그리고 월리스 박사의 다른 질문들을 포르투갈어로 통역해서 동생에게 전달했다. 비앙카는 우하복부를 가리켰다. 비앙카는 오빠의 거듭된 통역에도 월리스 박사의 다른 질문을 이해하는 것 같지 않았고, 오빠의 통역은 월리스 박사에게(비록 그가 포르투갈어를 이해하지는 못했지만) 자신의 질문과는 의미가 다른 것처럼 들렸다.

월리스 박사는 비앙카에게 구토를 했거나 설사를 했는지 물었고, 엘리아스는 그렇지 않다고 대답했다. 진료 기록을 통해 응급실 간호사가 비앙카의 체온과 혈압이 정상이라고 측정했음을 확인할 수 있었다. 월리스 박사가 비앙카에게 마지막 생리일이 언제였는지 물었을 때, 엘리아스는 질문을 전달해 줄 수 없는 것처럼 보였다. “동생이 임신했을 가능성이 있나요?” 박사는 물었다. “아니요”, 엘리아스가 대답했다.

월리스 박사는 엘리아스에게 임신 가능성이 있으므로 마지막 생리일에 대한 자신의 질문을 통역해 달라고 부탁했지만, 엘리아스는 고개를 젓고는 “임신하지 않았어요”라고 대답했다.

결국, 월리스 박사는 병원의 전화 통역 서비스를 통해 비앙카의 통증에 관한 정보를 더 얻고 그 원인을 조사해보는 것이 어떤지를 제안했지만, 엘리아스는 서비스가 필요 없다고 말했다. 자신이 대답해 줄 수 있다는 것이었다. 월리스 박사는 “통역사는 당신의 동생에 대한 전문적 질문을 도와줄 수 있고, 저는 이러한 과정이 동생의 더욱 나은 치료에 필요하다고 생각합니다”라며 비앙카에게 원인을 밝히기 위한 추가 검사를 하기 위해서 동생의 동의가 필요할 수 있다고 설명했다. “우선 임신과 감염 가능성을 확인하기 위해서는 소변과 혈액 샘플이 필요해요, 통역사가 오는 동안 그에 대해 설명하고 동의를 구해주세요.”

13 · Smith, K. L. (2012). Language barriers in the emergency room. *AMA Journal of Ethics*, 14(4), 301-304.

이러한 사례는 특히 많은 외국인 환자들이 방문하는 도시에서는 드물지 않게 발생한다. 의사들은 윌리스의 상황에 먼저 공감이 되겠지만, 무엇보다도 공감이 필요한 대상은 비앙카와 같이 먼 외국 땅에서 병을 앓게 되어 낯선 환경에서 자신의 언어와 문화를 잘 알지 못하는 사람들에 둘러싸인 상황에 마주친 환자들이다. 이 사례에서 윌리스 박사는 잘못된 추정을 하지 않도록 주의해야 하는데, 소통은 종종 암묵적으로 형성된 공통된 전제에 달렸지만, 이 상황에서는 이러한 공통된 전제들이 부족한 상황일 수 있다.

소통장벽은 단지 언어장벽만을 의미하는 것이 아니라 (넓은 의미에서의)문화장벽을 의미하기도 한다. 비앙카는 타국에서 왔고, 그녀의 성별은 그녀 오빠와 의사 모두와 다르며, 그녀는 두 사람보다 나이가 어리며, 통증은 그녀를 건강뿐 아니라 온전한 정신 상태를 해칠 수도 있고, 그녀는 윌리스 박사가 접근할 수 없는 가족 간 상호관계(family dynamic)에 속해있으며, 그리고 응급실에서 대면은 사회경제적, 교육적 그리고 (의사는 짐작만 할 수 있는)여러 다른 상황적 조건으로 형성되어 있다. 민망한 상황에 처할 가능성, 사회적 신호에 대한 이해 부족, 그리고 그 밖의 다른 소통의 문제를 일으킬 수 있는 요소는 매우 많다. 가령, 비앙카는 남성 질문자와 남성 질문전달자에게 대답해야 하는 상황이다. 성(性)과 성차별 문제가 이 역학 관계 속에 포함되어 있을까? 엘리아가 여동생이 자신의 의견을 표명할 능력을 과소평가하고 있는가? 윌리스 박사가 여동생을 대신한 엘리아가의 대답을 받아들이는 것이 성과 관계가 있는가? 물론, 모든 의료적 대면은 비슷한 요소들에 의해 조건 지어져 있지만, 이 사례에서는 이러한 문제들이 과장되어서 등장한다. 이 과장된 상황에서, 의학적 응급상황인 통증을 진료하고 충분한 근거에 의한 동의를 얻는 것이 당장의 문제가 된다.

이러한 상황은 무엇보다도 의학적이기에, 거기에 동의를 구하기 위한 법적 조건은 물론 중요하다. 그러나 비앙카가 필요로 하는 적절한 치료에는 부차적 요소에 가깝다. 이 사례에 접근하기 위해서는 응급실이라는 상황을 이해해야 한다. 동의를 구하는 것이 바람직하지만, 환자에게 위해가 발생할 가능성이 있는 상황에서 치료를 늦추는 결과를 초래해선 안 되기 때문이다. 여기서, 의료 서비스 제공자는 의학적 판단에 따라야 한다. 만약 환자의 상태가 충분히 응급상황(진행되는 감염, 혈액 손실, 쇼크 등)이라고 판단된다면, 혹은 정신 상태가 상당 수준 손상되었다면, 치료를 진행하기 위해 동의를 얻는 과정은 미뤄져야 할 것이다.

앞서 제시된 사례에서, 의사는 통역 서비스를 받을 충분한 시간이 존재하는지(얼마나 특정 언어에 대한 서비스가 빨리 제공될 수 있는지) 그리고 그녀의 통증과 전반적 심리가 충분한 근거에 의한 동의를 가능하게 하는 상황인지를 확인해야 한다. 통증으로 인해 동의서를 주의 깊게 읽지 않고 더러는 이해를 하지 못했음에도 서명을 하게 되는 예도 있다. 비앙카의 통증과 불안 상태가 약물로 인해서 완화될 수 있다면, 이는 의학적으로 바람직한 한도 내에서 투여되어야 함은 분명하다(이것이 단지 동의를 받아내는 과정을 쉽게 해 주는 역할만을 하는 것은 아니다).

더욱이 앞서 설명한 대로, 이 사례는 비앙카의 의사 결정 능력에 많은 시사점을 던진다. 그녀는 정말 18세이며, 성인인가? 그녀의 정신 상태가 손상되지는 않았는가? 그녀가 문맹은 아닐까? 그리고 엘리아가는 정말 그녀의 오빠가 맞는가? 윌리스 박사는 이들 질문에 대한 적절한 답변을 혼자서는 결코 끌어낼 수 없다. 비앙카가 위의 이유로 충분한 근거에 의한 동의를 할 수 없다면, 동의서에 서명을 얻어내는 과정은 단지 법의 정신과 그 규정을 전혀 고려하지 않은 형식적 행위에 불과하다. 또한, 결코 법적 문제에서 벗어날 수도 없을 것이다.

의료적 문제의 위급성에도 불구하고, 의사는 동의를 얻어내기 위해서 적절한 수단을 동원하는 등 최선의 노력을 해야 한다. 동의를 얻는 과정은 법적 의무에 지나지 않는 것으로 여겨지기도 하나, 이는 환자 이익을 최우선으로 두어야 하는 의사의 핵심 의무이자 윤리적 행위다. 충분한 근거에 의한 동의를 얻어내는 과정은 환자의 이익과 그 이익에 관한 의사의 헌신을 직접 드러내는 행위다. 만약 환자가 거절한다면, 의사는 환자가 자신의 이익을 스스로 결정할 권리를 존중해야 한다.

이 사례에서, 의료적 대면은 동의를 얻는 데서 뿐 아니라, 병력에 관해 듣는 등 진찰을 포함하는 적절 진료에 의해서도 제약을 받는다. 여기서 의사가 환자와 진정으로 소통하고 있는지는 분명하지 않다. 엘리야스와는 분명 교류를 하고 있지만, 엘리야스가 환자와 가교 구실을 하기보다는 방해물이 되는 건 아닐까? 이 대목에서는 선부른 추정을 피해야 할 필요가 있다.

엘리야스와 비앙카의 관계에 대해서는 온갖 시나리오를 생각해 볼 수 있다. 표면적으로는, 엘리야스는 진실하고 애정이 많은 오빠로서 동생을 위해 최대한 빨리 피드백하고 싶어 하고, 치료가 늦어지는 것을 걱정하여 통역인을 거절하며 동생에게(그뿐만 아니라 자신에게도) 곤란한 질문을 피하려 하는 인물로 보일 수도 있다. 어쩌면, 엘리야스는 통역 서비스의 비용이 부담되어 이를 거부하고 있을지도 모른다.

한편으로는, 안내데스크에서 엘리야스가 이야기한 정보가 거짓일 가능성도 있다. 또한, 엘리야스와 비앙카가 남매 관계가 아닐 수도 있으며, 그들이 미국에 온 목적이 엘리야스가 말한 것과 다를 가능성 역시 배제할 수 없다. 엘리야스가 통역에 서툴러 보이는 것이 실제로는 그가 의도한 바일 수도 있다.

하지만 이러한 상상의 나래를 펼치기에 앞서, 선부른 추정을 하지 말아야 할 분명한 이유가 있다. 의사의 주 임무는 환자에게 돌봄을 제공하는 데 있다는 점이다. 윌리스는 이 임무의 수행을 원활히 하게 하는 질문을 던질 방법을 찾아야 한다. 즉, 병력에 관해 주의 깊게 듣고 진찰하는 등 초기 진단 절차를 진행하기 위해 충분한 수준의 소통 방법을 마련해야 한다. 이 사례에서 소통에 영향을 주는 여러 요소(언어, 문화, 사회적 신호, 개별적 성격 등)는 의료 상황에서 어느 정도는 존재한다. 의사는 환자 이익의 대변자라는 목표를 위해 이러한 요소에 주의를 기울여 적절 수준의 소통을 유지하도록 해야 한다. 이 의무의 범위는 예를 들어 의사가 환자가 학대의 상황에 부딪쳐있음을 발견했을 때 스스로 직접 나서기보다는 적절한 기관에 보고해야 한다는 사실에서 알 수 있다.

비앙카가 응급실에 왔다는 건, 그녀가 병력 청취와 신체 진찰 그리고 응급 처치 등에 관해 암묵적 동의를 했다는 사실을 의미한다. 윌리스 박사는 통역 서비스를 즉시 요청해야 할 것이며, 엘리야스에게 대기실에서 기다리도록 요청해야 하며, 샤프롱을 입회시키며(제삼자 입회 진료), 통역인이 오는 동안 긴급하다고 판단되는 신체 진찰과 검사를 수행해야 한다. 만약 비앙카가 반대한다면, 그는 통역인이 올 때까지 기다릴 수 있을 것이다(이는 기다림으로 인해 비앙카의 상태가 심하게 악화하지 않을 경우에만 해당하는 사항이다). 비앙카가 통역인 도움 없이도 절차 진행에 협조적인 것처럼 보일지라도, 통역인이 올 때까지 응급상황과 관련 없는 절차는 가능한 한 미뤄야 한다. 비앙카가 자신의 치료에서 충분한 정보가 있어야 하는 치료의 능동적 참여자이기 때문이다.

11

양심적 거부인가, 아니면 동성 부부에 관한 차별인가?¹⁴

Conscientious Refusal or Discrimination against Gay Parents

사 례

스미스 박사는 4명의 의사로 구성된 소아청소년과 의원에서 19년 동안 진료한 의사다. 그녀는 환자와 그들의 가족들을 알아가는 과정에서 보람을 느껴왔으며, 진료 과정의 다양한 일상(방학이 끝나기 전 건강검진, 예방접종 스케줄 관리, 환자들로부터 받는 크리스마스 카드로 병원 게시판을 채우는 것)에서 즐거움을 느끼고 있다. 그녀는 소아청소년과 진료의 리듬에 잘 적응해 왔다고 자부하고 있었다.

따라서 어느 수요일 오후 2시 진료에서 새로운 상황(첫 아이를 출산 예정인 부부가 아버지와 어머니가 아닌 두 여성인 상황)에 마주했을 때, 스미스 박사는 약간 당황했다. 몇 초간 그녀의 머릿속에 환자들과 그 부모들과 형성했던 많은 관계(주로 그 부모들과 공유했던 여러 삶의 요소들과 부모들과 거의 모든 문제를 논의했던 경험들)가 지나갔다. 스미스 박사는 자신이 이 커플에게 다른 부모들에게 주었던 만큼의 관심을 주고 편하게 대하는 것이 어려우리라는 것을 느꼈다.

스미스 박사는 자신의 불편함을 숨기고자 자세를 바로잡고 커플과 악수를 했다. 그녀는 진료기록을 작성하고 이 부모들의 질문에 자연스럽게 답변하려고 노력했고, 그들이 나갈 때 억지로 웃으며 보내주었다. 그들이 떠났을 때, 스미스 박사는 이 환자의 진료기록을 돌이켜 보고는 생각했다. “레즈비언 부모를 가진 환자를 치료하고 싶지 않아. 아이들은 어머니와 아버지가 길러야 해. 그리고 내가 꼭 이들을 치료할 필요도 없을 것 같은걸. 다른 의사에게 이 가족의 진료를 맡기면 안 될까?”

해 설

모든 부모에게 아기의 탄생은 삶의 가장 아름다운 순간 중 하나일 것이다. 그리고 이는 하나의 가족이 형성되는 신성한 순간이기도 하다. 아이가 세상에 태어남으로써, 부모들은 자신에게 맡겨진 이 작은 존재를 기르고, 보호하고, 사랑하며 미래를 책임질 위대한 임무를 맡게 된다. 커플이 하나의 가족으로 발전해 가는 과정은, 그 부모의 가족뿐 아니라 주변 커뮤니티, 그리고 더 넓게는 사회로부터 지지를 받는다. 이 커뮤니티의 중요한 일원 중 하나는 각종 예방적이고 의료적 돌봄을 도와주고 질병이나 응급 상황 시 그를 해결해 줄 의료 전문가들이다.

이 사례에서 의사는 출산이 예정된 신생아의 부모를, 그들이 레즈비언이라는 이유로 ‘환자 떠넘기기(turfing, 의료적이지 않은 이유로 환자를 전원하는 행위)’를 고려하고 있다. 우리는 부모가 자신들의 가족들로부터 차별적 반응 혹은 거부를 경험했는지는 알 수 없다. 하지만 의사는 개인적 신념과 편견(bias)을 이유로 전문가로서 새로운 가족의 탄생을 돕기를 거부하고 있다. 가족, 커뮤니티 그리고 사회적 지지는 모두 새로운 가족의 형성에 중요하기에, 의료 전문가의 이러한 거부에 대해서 검토해 볼 필요성이 있다.

14 · Palfrey, J. (2015). Conscientious refusal or discrimination against gay parents?. AMA journal of ethics, 17(10), 897-903.

이 사례는 여러 질문을 제기한다.

1. 의사가 환자 혹은 환자 가족의 성 정체성을 이유로 특정 판단을 내린다는 것은 무슨 의미인가? 이것을 의사의 차별적 행위로 간주할 수 있는가? 이러한 행위의 결과가 커플의 자녀에게 어떤 특정한 결과를 낳을 수 있는가?
2. 의사가 특정 개인 보호자의 능력을 성 정체성에 근거하여 판단하고, 자녀를 자신의 양심과 맞지 않음에도 진료해야 할지를 고려한다면, 의사가 자신의 양심에 어긋남에도 진료를 하게 되는 다른 환자 혹은 보호자의 특성은 어떠한 것이 있는가?
3. 무엇이 사람들은 부적합한 혹은 ‘나쁜 부모’로 만들 수 있으며, 의사가 어떤 행동을 ‘양심적으로(in good conscience)’ 할 수 있을까?

진료 거부에 대한 의사의 판단

이 사례의 의사는 자신이 진료를 맡게 된 환자의 부모가 다른 부모와 다르다고 판단하게 되었고, 따라서 의료적 도움과 조언을 주고 싶지 않아 하고 있다. 그녀는 다른 의사에게 이 부모의 진료를 맡기기를 고려하고 있지만, 그런데도 그녀의 견해는 부모가 동성애자라는 정보만으로 결정을 내리고 있다는 점에서 명백히 차별적이다. 최근까지, 이러한 의사들의 결정이 불행하다고 느꼈음에도, 부모들은 이 상황을 개선하기 위해 커뮤니티와 사회에 의지하기 어려운 상황이었다. 2010년 ‘Affordable Care Act(ACA)’의 통과[1]와 미연방대법원의 *United States v. Windsor*(2013) 판결 그리고 *Obergefell v. Hodges*(2015)[2, 3] 판결은 이러한 부모에게 의사로부터의 거부 문제에 관하여 공식 지원을 받을 가능성을 열어주었다.

‘Affordable Care Act(ACA)’의 조항들은 사실상 차별에 준하는 다양한 계층의 미국인들에 대한 진료 거부를 완화하기 위한 것이다. 예를 들어 선별적 보험 가입 거부(Preexisting condition exclusion)의 제거는 의료 보험의 보장을 모든 계층의 환자와 취약계층으로 확장했다. 이처럼 확장된 메디케이드(Medicaid: 빈곤층 의료 보장) 수급 자격은 기존에 사설 의료 보험(Private health care premiums)의 혜택을 받을 수 없는 환자들에게 의료 접근의 가능성을 열어주었다. ACA는 ‘all means all’이라는 전제를 내세운다. 즉, 어떠한 사람도 특정 집단이 받는 치료에서 배제할 수 없다는 의미다.

미국인은 다양한 성 정체성을 가지고 있다. 2014년 미질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)의 National Health Interview Survey[4]에 따르면, 18세 이상 미국 성인 중 약 200만 명의 남성(1.8 %)과 172만 9,000명의 여성(1.5%)이 자신을 동성애자로 규정했다. 또한, 48만 1,000명의 남성과 103만 3,000명의 여성이 자신의 성적 성향이 양성애임을 밝혔다. 많은 사람은 이러한 수치가 실제보다 적게 측정되었다고 간주한다[5].

2013년 연방대법원이 ‘Defense of Marriage Act’가 비헌법적임을 결정한 후[2], 절반 이상의 주에서 동성결혼의 법적 지위에 상당한 변화가 있었다. 2015년 6월 25일을 기준[*Obergefell v. Hodges* 판결의 전날]으로, 37개의 주에서 동성 결혼이 인정되었다. 13개 주 중 8개 주에서는 동성결혼은 금지되었고, 이러한 금지에 대한 판결은 뒤집혔으나 항소의 단계에 있었다[6]. 2015년 6월 26일 *Obergefell v. Hodges* 결정에 기반하여 모든 주는 동성결혼을 인정해야만 했으며, 따라서 동성 커플들은 법적 결혼이 가능하게 되었다. CMS(The Centers for Medicare and Medicaid Services)는 법적으로 결혼한 동성 커플들이 의료 시장에서 어떠한 보장을 받을 수 있는지에 대한 상세한 정보를 출판했으며, 여기에는 과거에 동성 커플에게 거부되었던 서비스들이 포함되어 있었다.

15개 이상의 전문가 단체들은 결혼의 평등과 동성애자들의 부모 됨을 강력하게 지지했다[8]. 2013년 미국소아과학회(AAP)는 상세하게 연구된 전문 보고서에서 동성 부모들에 관한 분명한 지지를 표명하는 내용을 출판했다. 아동과 가족의 정신 사회적 측면에 대한 미국소아과학회 위원회(The AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health)는 결혼한 부모 밑에서 자란 아이들이 가장 건강하다는 사실을 지적했다.

AAP 위원회의 동성 결혼을 지지하는 핵심 근거는, 역사적으로 동성 부모들에 관한 구조적 차별이 자녀가 커뮤니티 등 사회적 지지를 받지 못하게 함으로써 아동 발달과 건강 증진에 대한 접근을 막았다는 점이다.

의사가 특정 부류 혹은 계층의 환자와 그 부모들을 거부하게 된다면, 이는 건강 불평등을 의미한다. 만일 보험회사들이 동성애자의 배우자 혹은 자녀들의 의료 비용 지불을 거부한다면(출산 관련 혜택 포함), 이는 이들의 필수 의료에 관한 접근을 제한할 수 있다. 만일 가족 내의 부모가 연방법의 'Family and Medical Leave Act'로부터 혜택을 받을 수 없다면, 이는 자녀 혹은 사랑하는 사람이 아플 때 의료적 돌봄을 가능하지 않도록 하여 불필요한 고통을 줄 수 있다. 사회적 서비스 제공자가 서비스를 제한한다면, 다른 아동들이 받을 수 있는 양육과 영양 공급에 대한 적절한 접근이 일부 아동들에게 제한됨을 의미한다. 이러한 커뮤니티와 사회적 차별이 건강에 미치는 영향은 동성 커플들을 보호하는 새로운 법적 기준의 근거이기도 하다. 이 사례의 경우, 의사의 편견은 동성 부모가 의료 시스템에서 전통적으로 겪어왔던 장벽의 첫 번째 벽돌이라고 할 수 있다.

개인적 양심과 의사의 '권리'

의료 법규들과 판례 그리고 전문가 집단의 견해를 고려해 본다면 의사는 그가 받아들일 수 없는 특성을 가진 환자에 대한 의료 서비스 제공을 거부할 '권리'가 있을까? 모든 인간은 신념과 편견을 갖추고 있는 존재이며[10], 이는 의사에게도 예외가 아니다. 의문점은 전문가의 입장에서 판단할 때 개인의 편견들이 어떠한 역할을 할 수 있는가이다. 가톨릭교도 내과 의사는 인공 임신 중절을 시행하는 산부인과 의사가 환자로 방문했을 때 의료 서비스를 제공할지를 '양심적으로' 결정할 수 있을까? 어떠한 상황에서도 다른 사람의 생명을 빼앗아서는 안 된다고 믿는 의사들은 군인, 경찰 혹은 사형집행용 약물투여 담당자의 치료를 거부할 수 있는가? 채식주의자 의사는 육식하는 환자를 거부할 수 있을까? 화석 연료회사들에 대한 투자를 철회해야 한다고 믿는 의사는 차를 타고 진료를 보러 온 환자를 거부할 수 있는가? 민주당을 지지하는 의사는 공화당을 지지하는 환자를 공화당을 지지하는 동료 의사에게 보내야 하는가? 그리고 (흔히 제기되는 질문이지만) 예방주사 접종을 시행하는 의사는 백신 거부자 진료를 거부해도 되는가?

물론 위에 제기된 몇몇 예들은 지나치게 극단화되었지만, 의사가 자신의 신념을 바탕으로 가질 수 있는 권리는 어떠한 것이 있는지를 묻는 것은 매우 중요하다. 모든 가톨릭교도 의사들은 인공 임신 중절을 시행하도록 강제되어야 하는가? 모든 의사는 산소호흡기를 떼고 안락사를 시행할 필요가 있는가? 태도와 행동을 구분하는 것은 유용하다. 이 사례에서 중요한 것은 의사의 태도이다.

의사는 부모가 레즈비언 커플이라는 이유로 진료를 거부하고자 결정한다. 만약 부모 중 한 명만 찾아와서는 자신이 싱글맘임을 주장했다면, 스미스 박사는 그녀가 이성애자였을 것으로 생각했을 것이고, 따라서 자녀의 진료를 거부하지 않았을 것이다. 솔직함을 처벌하는 것이 공정한 것인가? 스미스 박사는 절대다수의 환자와 가족들의 성생활에 대개 관심을 가지지 않으며, 그러지 않아야만 한다. 더군다나, 그녀의 환자 중에 많은 사람은 여러 다양한 주제에서 그녀와 다른 신념을 가지고 있을 것이다. 아마도 그녀는 자신이 알지도 못한 채 그녀가 바람직하지 못하다고 여기는 여러 행동(불륜을 저지르거나, 탈세하거나, 노동자의 임금을 떼먹거나, 혹은 은행을 터는 행동)을 하는 부모를 진료해 왔을 것이다. 성적 지향에 대한 입장에 동의하지 않는다는 이유로 해당 커플을 꼭 집어 배제하는 것은 정당화할 수 없다.

'나쁜 부모'란 무엇인가?

스미스 박사가 동성애자들과 교류하는 것 자체는 거부하지 않으면서도 그들의 부모의 자격이 부족하여 자녀에게 좋지 않은 영향을 미치리라 생각하여 양육에(간접적으로) 개입할 경우는 어떠한가? 커뮤니티와 사회의 편견에도 불구하고, 동성 부모들이 이성애자 부모보다 부모의 역할을 잘 수행하지 못한다는 증거는 없다[9]. 미국소아과학회는

부모가 존재하는 것(이성애자든 동성애자든)이 한쪽 부모만이 있는 경우보다 가족 구성, 물질적 지원, 규율과 지도, 교육 그리고 정신 건강상 측면에서 나음을 보였다[8]. 우리가 편부모를 자녀의 양육에 부족하다고 생각하지 않는다면, 동성 부부를 깎아내리는 것은 정당화하기 어렵다.

이 사례에서 스미스 박사는 이 부모가 사랑과 지지를 통해 자녀를 보살피지 않을지도 모를 것이라 우려할 적정 근거는 없다. 사실, 이들이 자녀 양육에 대한 최신 정보를 원한다는 점에서 그녀는 이들이 부모로서 최선의 역할을 하고 있다는 증거를 가지고 있다. 그녀는 눈앞에서 그 증거를 마주하고 있다, 이 부모는 그녀를 자녀의 소아청소년과 의사로 선택했고, 산전 진료 목적으로 방문했다. 이는 (항상 그렇지는 않지만) ‘좋은 양육’의 좋은 척도가 된다. 이러한 증거를 눈앞에 둔 상황에서 진료의 거부는 정당화될 수 없다.

아동 의료를 담당하는 의사들은 불행하게도 ‘나쁜 부모’들을 마주친다. 의사는 부모의 일시적, 혹은 영구적 지지능력(중대한 정신 건강의 문제, 물질 남용 장애, 가정 폭력 등 극단적 경우) 부재로 생기는 아동의 방치 또는 학대로부터 보호하기 위해 개입해야 한다. 이 경우에는 대개 부모의 건강 문제가 심각하거나 제어할 수 없는 상황이 많다. 이러한 상황에서 소아청소년과 의사는 주(state)의 사회 서비스 부서로 이 가족을 보고하고, 주 서비스 부서는 방치와 학대의 정도를 확인하고 아동을 보호하거나 혹은 부모로부터 분리해야 한다. 이러한 상황에서조차, 의료 제공자들은 자신들이 할 수 있는 최선의 돌봄을 아동과 가족에게 제공해야 할 윤리적 의무를 지닌다.

결론

이 사례의 상황이 양심적 거부인지 혹은 차별인지를 분석해가는 동안, 우리는 의사가 돌보지 않아도 되는 누군가가 존재할 수 있는지에 대해 질문해 볼 수 있었다. 다르게 표현하자면, 의사는 모든 환자에 관해 개인적 책임을 지니고 있는가? 분명히, 집단으로서의 의사들은 언제나 어떤 환자가 어떤 의사(일반의, 전문의, 소아청소년과 의사, 노인 의사, 정신 건강 전문가, 외과 의사)에 의해 가장 좋은 진료를 받을 수 있을지에 대한 결정을 내린다. 이 사례가 다른 점은, 진료하지 않으려는 이유가 특정 의료 행위에 관한 도덕적 거부에 있는 것이 아니라 의사의 특정 인구학적 집단 전체에 관한 거부에 있기 때문이다. 여기서 결정적 요소는 의사가 어떠한 행위를 하는가가 아니라 환자가 누구인가이다.

21세기를 사는 우리는 거대한 사회-정치적 전환기에 놓여있다. 그리고 여기에는 과거 배제되었던 여러 집단의 권리 향상과 사회적 수용, 그리고 성적 지향에 대한 적극적 표명이 포함된다. 우리는 서로 다른 사회경제적, 문화적, 언어적, 그리고 성적 지향과 관련된 건강 불평등에 대해 점차 인식해가고 있다. 시민 사회의 중요한 부분 중의 하나는 이러한 차별을 모든 영역에서 제거하는 것이다. 의학 또한 마찬가지로 차별을 제거해가고 있다. ACGME(The Accreditation Council for Graduate Medical Education)는 다양한 환자 집단에 대한 감수성과 수용을 의사 전문가로서 핵심 역량으로 본다[11]. US Office of Disease Prevention and Health Promotion이 제시한 새로운 목표 Healthy People 2020에서는, 의료 제공자 집단을 비롯한 여러 사람에게 ‘LGBT(Lesbian, Gay, Bi-sexual and Transgender)’ 개인의 건강, 안전 그리고 웰빙의 개선에 힘쓸 것을 요구했다.

의사의 신념에 관한 권리는 보호되어야 하지만, 의료 전문가로서 기준은 그들에게 ‘차별적 견해가 환자 요구에 응답하는 의무를 손상하는걸’ 허용하지 않는다. 더군다나 위 사례의 가족을 치료하지 않기로 하는 것은 의사에게도 유감스러운 일이다. 그녀는 단지 자신의 환자를 떠넘겨 버리고 있는 것(turfing)일 수도 있지만, 더 중요하게는 그녀가 미국 커뮤니티의 소중하고도 생기 넘치는 다양성을 대면할 기회를 놓치고 있다는 점이다.

1. Patient Protection and Affordable Care Act, Pub L No. 111-148, 124 Stat 119-1024. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/html/PLAW-111publ148.htm>.
2. United States v Windsor, 699 F3d 169(2d Cir 2013). http://www.supremecourt.gov/opinions/12pdf/12-307_6j37.pdf.
3. Obergefell v Hodges, No. 14-556(6th Cir 2015). http://www.supremecourt.gov/opinions/14pdf/14-556_3204.pdf.
4. Ward BW, Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS. Sexual orientation and health among US adults: National Health Interview Survey, 2013. Natl Health Stat Report. 2014;77:1-10.
5. Somashekhar S. Gay-rights groups dispute federal survey's estimate of population. Washington Post. August 1, 2014. http://www.washingtonpost.com/national/gay-rights-groups-dispute-federal-surveys-estimate-of-population/2014/07/31/6e614f62-1731-11e4-9349-84d4a85be981_story.html.
6. ProCon.org. 50 states with legal gay marriage. Updated July 1, 2015. <http://gaymarriage.procon.org/view.resource.php?resourceID=004857>.
7. Centers for Medicare and Medicaid Services. Same-sex married couples. <https://www.healthcare.gov/married-same-sex-couples-and-the-marketplace/>.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian. Pediatrics. 2013;131(4):827-830.
9. Perrin EC, Siegel BS; American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian. Pediatrics. 2013;131(4):e1374-e1383.
10. Banaji MR, Greenwald AG. Blind spot: Hidden Biases of Good People. New York, NY: Delacorte Press; 2013.
11. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME program requirements for graduate medical education in pediatrics. Approved September 30, 2012. Effective July 1, 2013. http://acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/2013-PR-FAQ-PIF/320_pediatrics_07012013.pdf:15.
12. US Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health. <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>.

12 양심의 문제에 신중한 반대(Judicious Dissent) 개념 적용하기¹⁵

Applying the Concept of Judicious Dissent in Matters of Conscience

사 례

멜라니는 난임클리닉의 환자이다. 그녀는 임신을 위해 1년 이상을 노력해 왔고, 체외수정(in vitro Fertilization, IVF)과 배아 착상(embryo implantation)을 두 사이클 시행하였다. 두 번의 시도 모두 성공적이지 못했지만, 멜라니는 아직 희망을 놓지 않고 있다. 멜라니는 보일 박사의 전문성을 신뢰하고 있었다. 그는 그녀의 정자 기부와 관련한 절차와 착상 과정을 돕고 있었다. 멜라니는 최근 보일 박사의 클리닉을 방문할 때 보일 박사에게 그녀의 파트너를 소개해 주기로 했는데, 이는 그녀가 치료를 처음 시작할 때에는 혼자서 아이를 키울 생각이었다고 말했기 때문이다. 멜라니는 브리짓과 사랑에 빠졌고 둘은 이제 같이 살고 있다. 아기가 태어남으로써 가족은 완성될 것이며, 멜라니는 보일 박사에게 두 사람이 책임을 공유할 수 있을 것이라 말했다.

마지막 방문 며칠 후, 멜라니는 보일 박사의 병원으로부터 다른 클리닉의 다른 의사를 추천해주고 싶다는 편지를 받았다. 보일 박사는 자신의 양심에 따라 동성 부부가 아이를 갖는 데 도움을 줄 수는 없으며, 멜라니에게 이는 깊이 자리 잡은 종교적 신념에 따른 결정이니 이해를 부탁하기를 바란다고 했다. 보일 박사는 멜라니에게 그녀를 더 잘 이해해 줄 수 있음과 동시에 열정을 갖추고 있는 새로운 의사를 소개해 주는 것이 멜라니에게도 도움이 되리라 생각했다.

멜라니는 편지를 읽고는 자신의 의사로부터 버림받았다는 생각에 화가 나 보일 박사의 사무실로 전화했다. “보일 박사님과 통화하고 싶어요.” 그녀는 직원에게 말했다. “조금 전에 저에게 다른 의사를 소개해 줄 것이라는 연락을 받았어요. 어떻게 보일 박사는 1년 이상 진료를 본 환자를 이렇게 버릴 수 있죠? 제가 왜 다른 병원을 찾아가야 하죠? 당신들이 제 진료기록을 다 가지고 있고, 이걸 정리하는 데만 몇 주 걸릴 거예요. 보일 박사께 제가 주 면허 위원회(state license board)에 고발할 거라고 전해줘요. 이건 불법이고, 차별이에요.”

해 설

위의 주제에 대해 말할 수 있는 대부분 내용은 현대의학에서 도덕적 반대자(moral dissenter)들을 용납해야 하는지에 대한 더 넓은 질문에 적용할 수 있다. 오늘날 의사들이 진료하는 현대 사회는 과거에는 찾아볼 수 없었던 다원론적 가치에 대한 믿음을 기반으로 하고 있다. 따라서 의사와 그의 환자들에 대한 완전한 의견의 일치는 특히 생식의학의 영역에서는 일어나기 힘든 일이다. 그런데도, 많은 관찰자는 종교적 신념 혹은 도덕적 믿음으로 인해 진료 행위에 변화를 주는 것을 어리석거나 차별적 행위로 본다.

다양성의 존재에도 불구하고, 윤리와 관련해서는 많은 사람이 모두를 만족시킬 수 있는 해답을 찾고 있다. 분명히, 이러한 합의에 대한 욕구는 정의에 대한 인간의 기본 욕구에서 비롯된다. 누구도 진정으로 다른 사람의 깊은 신념을 짓밟거나 다른 사람의 자기 정체성을 폄하하고 싶어 하지 않는다고 우리는 생각한다. 그런데도, 윤리적 제안은 모든 당사자를 만족시키지는 않을 것이며, 따라서 우리 사회가 앞서 언급한 다원주의(그 혜택과 때때로 발생하는 부담들과

15 · Beeman, P. C. (2010). Applying the Concept of Judicious Dissent in Matters of Conscience. *AMA Journal of Ethics*, 12(8), 628-633.

함께)를 누리고 싶어 하는 한 상당한 수준의 긴장이 윤리적 지침에 따라 발생할 수밖에 없다.

양심적 거부는 개인 신념을 바탕으로 어떤 특정 행위를 하는 것이 잘못되었다고 확신하고 실행을 거부하는 걸 의미한다. 의료 서비스의 맥락에서, 이는 의료 전문가가 서비스 제공을 거부하거나 혹은 지체시킴을 의미한다. 예를 들어, 사회는 선택적 인공 임신 중절 등 특정 행위를 거부하는 것을 허용한다. 이번 사례는 의사가 거부하는 것이 특정 절차가 아니라 특정 유형의 환자를 진료하는 것이라는 점에서, 일반 양심적 거부와 차이가 있다. 따라서 이러한 의문이 제기되어야 한다: 의사가 특정 시술이 잘못된 것이라는 신념이 아니라 환자의 생활방식이 잘못되었다는 신념 때문에 환자 치료를 거부하는 것이 차별적인가? 이 질문과 양심적 거부의 정당성이라는 좀 더 넓은 질문은 직업으로서의 의학의 본질이 어떠한 것인가라는 질문으로 이어진다.

시카고 대학교의 내과 의사이자 윤리학자인 파 컬린(Farr Curlin)은 2008년 대통령 소속 의료윤리 위원회(President's Council on Bioethics)에서 한 연설에서 “의사의 거부에 대한 모든 논란의 중심에는 의학이 무엇이라는 질문이 있다”고 밝혔다[1]. 간단히 말해서, 의사는 환자의 요구를 무조건 따르는 도구적 역할을 해야 하는가, 혹은 정말로 의사가 가장 잘 아는가? 어떠한 환자-의사 모델이 옳은가? 정적 간섭주의, 환자 주권 혹은 그사이의 무언가인가?

양심적 거부에 대한 여러 견해는 자유주의적인 것(즉, 의료 전문가들은 양심에 따라 모든 것을 거부할 수 있다는 의견)에서부터 제한적인 것까지 다양한 스펙트럼을 가지고 있다. 제한적 견해를 지지하는 대표 인물 중 하나인 옥스포드 우에히로 센터(Uehiro Centre)의 소장 줄리언 새벌레스쿠(Julian Savulescu)는, “어떤 사람들이 가치의 충돌을 이유로 합법적이고 효율적이며 유익한 치료를 환자에게 제공할 준비가 되어 있지 않다면, 그들은 의사가 되어서는 안 된다”라고 주장한다. 우리는 대다수 사람의 의견은 이러한 두 극단 사이의 어느 지점에 있으리라 생각한다. 즉, 사회는 비록 전부는 아닐지라도 일부 영역에서 특정 치료에 대한 양심적 거부를 용인해야 한다고 생각한다.

레즈비언 커플에 대한 IVF를 거부하는 이번 사례에서 앞서 말한 두 가지 양심적 거부에 대한 접근법을 고려해 보자. 하나는 제한적, 하나는 자유주의적이다[3]. 2007년 11월 미국 산부인과학회(American College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG) 윤리 위원회는 ‘생식 의학에서 양심적 거부의 한계’라는 제목으로 상기 논란에 관한 윤리적 입장을 발표했다. ACOG는 생식 의학에서 이루어지는 일부 시술(예를 들어, 피임약 처방 혹은 레즈비언 커플들을 위한 인공 수정)을 양심적으로 거부하는 의사에 관한 가이드라인을 제공했으며, 이는 상대적으로 관점의 양심적 거부에 대한 제한적 입장을 지지하고 있다.

ACOG에 따르면, 의사는 환자에게 자신의 도덕적 신념에 대해 사전에 통지해야 하며, 양심적 거부가 합법적인지를 판단하기 위해 4가지 기준을 사용해야 한다. (1) 의사의 신념이 환자에게 강요될 가능성 (2) 환자의 건강에 끼칠 영향 (3) 과학적 진실성 (4) 차별의 가능성이다. 이를 요약하자면, 이들 중 첫 번째는 자율성 존중에 관한 것이며, 두 번째는 환자 건강이 위협받을 때 양심적 거부는 허용되지 않음을 말한다. 세 번째는 과학적으로 잘못된 정보를 바탕으로 한 양심적 거부를 제한하며 네 번째는 모든 환자를 모두 공정하게 대할 것이다.

이번 사례와 관련해 생각해보면, ACOG는 동성 커플들을 위한 인공 수정 서비스의 맥락에서 양심적 거부에 대해 고려한다. 정의의 기준(즉, 앞 문단의 4번째 기준)에서, 위원회는 “또 다른 정의 개념은 분배의 문제뿐 아니라 억압의 문제와도 관련되어 있다. 따라서 양심적 거부가 특정 집단에 속한 사람에 대한 억압에 미치는 영향은 양심에 대한 주장의 제한의 바탕이 되어야 한다”라고 언급한다[4]. 위원회는 현재 상황의 비응급적 환경과 양심적 거부로 인한 신체적 피해가 발생하지 않을 것이라는 점을 고려하더라도, “의사들이 성적 취향에 근거하여 차별하도록 허용하는 것은 중대한 모욕에 해당한다”라고 결론 내리고 있다. 궁극적으로, 이 모델에서, 레즈비언 커플에게 어떠한 이유에서든(그게 종교적이든 도덕적이든) 불임과 관련된 서비스를 제공하는 것을 거부하는 것은 모든 사람을 공정하게 대우할 것을 요구하는 윤리적 정의의 원칙을 위반하기에, 불법적이라고 간주할 수 있다. 따라서 이 경우 진료의 거부는 실제로 부당하게 차별적이다.

이와 대조적으로, CMDA(Christian Medical and Dental Association)과 같은 단체는 양심적 거부를 옹호한다.

CMDA 등 인공 생식 기술을 도덕적으로 허용하지만, 이는 전통적 결혼의 맥락에서만 가능하다고 주장한다. 이 단체는 2004년 성명서에서 “CMDA는 생식 기술을 전통적 성서의 가족 모델을 벗어나 아이를 생산하는 것이 도덕적으로 부적절하다고 믿는다. 해당하는 대안적 가족 형태(동성 커플, 동거 파트너, 일부다처, 일처다부, 근친, 개방 결혼 등)는 성서적 모델에 따르지 않는다”라고 말했다[5].

CMDA의 사명 중 하나는 “생명윤리와 건강에 대한 성서에 근거한 원칙을 교회와 사회에 전개하는 것”이다. 여기에서, 레즈비언 커플에게 불임 관련 서비스를 제공하는 것에 대한 양심적 거부는 악의가 아니라 종교적 신념에 충실해지려는 소망에서 비롯된다. 이것은 명백히 차별로 해석될 여지가 있지만, 이는 단지 서술적 측면에서 그렇게 보일 뿐이다.

양심적 거부에 대한 또 다른 이론(아마도 앞의 두 견해의 중간에 위치하는)은 생명윤리의 선도자이자, 대통령 소속 생명윤리 위원회의 전 의장인 에드문드 펠레그리노(Edmund Pellegrino)의 연구에서 찾아볼 수 있다. 그의 유명한 에세이 <The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief[7]>는 의사의 양심적 거부에 대한 실질적 접근법을 제시한다. 일반적으로 양심은 수행되거나 혹은 이미 수행되는 도덕적 행위의 타당성에 관한 합리적 판단이다. 다원주의와 양심의 자유의 권리에 대한 균형에 대한 수수께끼로부터, 펠레그리노는 이러한 딜레마에 대한 세 가지 대안을 제공한다. 이에 반대하는 의사들은 개인적 삶과 전문가로서 삶을 분리시키는 가치 중립적 입장을 취할 수 있다. 그들은 직업으로서의 의학을 포기할 수도 있지만(새벌레스쿠의 옵션), 한편으로는 그들은 도덕적 완결성을 유지하면서 ‘신중한 반대’의 입장을 채택할 수 있다.

펠레그리노는 의사와 환자 모두의 도덕적 선택을 존중하지 않는다는 점에서 앞선 두 가지 옵션이 부적절하다고 비판한다. 동시에 가치 중립성을 가정하는 것은 세속주의를 사회적 표준(social orthodoxy)의 단계에 올리는 것이라고 펠레그리노는 말한다. 이는 결국(Richard John Neuhaus의 표현에 따르자면) 세속주의적 가치를 위해 다양성을 희생한 ‘벌거벗은 공공의 장(naked public square)’을 형성함에 따라 진정한 다원주의적 가치를 버리는 결과를 낳는다. 많은 의사에게, 종교는 전문 활동을 가능케 하는 추진력이 되고 환자의 돌봄에 열의를 갖게 한다. 펠레그리노는 이들을 비롯한 여러 양심적 거부자들에게 “종교적 가르침에 반하여 의료 행위를 하는 것은 세속 사회와 그 가치에 자신의 양심을 굴복시키는 것이자 위선적 행동을 하는 것이며 도덕적 완결성을 건드릴 수 없을 정도로 위반하는 것에 불과하다[8]”라고 말한다.

대신, 펠레그리노는 양심적 거부를 이행하는 데 있어 ‘신중한 반대’를 유지한다. 이에 관한 이론적 근거는 사람의 자율권을 부여받은 의사와 환자의 공통된 인간성에 있다. 그는 환자-의사 간 관계에 내재한 불균형을 인식하고 불평등의 윤리적 의미와 그것이 부과하는 의사의 책임에 대해 구체화하는 데 많은 노력을 기울였다. 그런데도 “의사의 양심에 따른 주장을 존중하는 것은 의사가 환자의 도덕적으로 유효한 자기 결정권에 대한 주장을 무시할 권한이 있다는 것을 의미하지 않는다. 어느 쪽도 다른 쪽을 무시할 권한이 없다”라고 말한다[9]. 양심적 거부의 문제는 환자에 대해 의사의 개인적 신념을 강요하거나 충분한 근거에 의한 환자의 권리를 침해하는 것이 아니라, 오히려 의사가 ‘환자가 요구하더라도 자신이 도덕적으로 옳지 않다고 생각하는 것에 참여하지 않을 권리’를 의미한다[9].

펠레그리노식 해결책의 윤리적 토대는 환자의 “자기 결정권에 대한 도덕 및 법적 권리는 한계가 있다[9]”라는 가정에 근거한다. 물론 여기에는 진실이 담겨 있다; 의학은 모든 환자의 요청이 존중될 필요는 없다는 점을 인정했다: 바이러스 감염에 항생제를 사용하는 것, 운동 능력 향상을 위한 성장 호르몬을 투여하는 것, 환자에게 지나친 위험을 주는 수술을 하는 것. 더 많은 예를 제시할 수도 있다.

의사는 양심에 근거하여 거부할 때에도 항상 환자를 존중하고, 도덕적 혼계를 하는 것을 피해야 하며, 도덕적 거부의 근거를 제시해야 한다. 또한 모든 양심의 문제가 똑같은 중요성을 가지지 않음을 알아야 한다. 양심의 표현이 유효하고 존중받기 위해서는 언제 도덕적 반대의 관점을 선택해야 할지를 아는 것이 중요하다[10].

몇몇 의사들은 이러한 의미에서 잘못하고 있다. 예를 들어, 인공 임신 중절과 관련한 이슈에서, 의사들은 도덕적으로 잘못된 행위에 연루되거나 기여하고 있다는 두려움으로 인해 인공 임신 중절 합병증 환자를 진료하는 것을 거부하는 경우가 있다.

위의 사례에서, 멜라니와 보일 박사는 가족의 본질에 대해 상충하는 근본적 신념들을 가지고 있다. 멜라니는 보일 박사의 치료 거부가 그녀의 민권(civil right)에 대한 거부해 해당한다고 생각한다. 보일 박사의 거부는 그의 종교에 충실히 하고자 하는 바람에서 비롯된다. 어떻게 해야 하는가?

신중한 반대 모델에서 보일 박사의 거부는 가족의 본질에 대한 다원주의적(즉, 사회적으로 불일치되는) 믿음의 관점에 근거할 때 정당화된다. 그의 거부는 일부 사람들에게는 불쾌감을 줄 것이지만 (특히 멀지 않은 과거까지 행해졌던 동성애자들에 대한 끔찍한 소외와 범죄화를 고려한다면), 적어도 이는 ‘가장 덜 나쁜’ 옵션으로 보인다. 이는 보일 박사의 도덕적, 종교적 완결성을 보존하면서도 멜라니는 여전히 자신에게 불임 치료를 제공해 줄 수 있는 의사를 찾을 수 있다. 멜라니는 비록 불편을 감수해야 하지만, 그녀의 자율성은 보존된다.

보일 박사의 반대는 IVF 그 자체가 아니라 특정 부류의 사람들이 그를 활용하는 것에 대한 반대이기 때문에, 그에 대한 정당화의 근거는 약하다. 레즈비언 커플에 대한 IVF의 활용이 사회적, 직업적 관습에 더 널리 퍼져 만장일치에 가까워진다면, 보일 박사가 자신의 견해를 유지하기는 더욱 어려워질 것이다. 중요하게는, 사회는 의료를 행하는 사람을 규제할 수 있고, 보일 박사는 직업적 영역에서 자신이 소수에 속함을 발견할 수도 있으며, 그리고 결국은 몇몇 진료의 측면에서는 배제당할지도 모른다(특히 그가 생식 의학을 전문 분야로 선택했을 때 말이다).

다원주의적 세계에서 대다수 근본적 도덕 문제는 합의가 이루어지지 않는다. 그러므로 의료계는 심도 있게 철학적 토대(존재 이유, 목적, 목표)로 성찰해 의료 제공자의 도덕적 동질성(homogeneity)이 사회와 전문성, 그리고 환자에게 궁극적으로 미치는 실익을 따져 봐야 한다. 전반적으로, 양심적 거부를 유지하는 것은 분명 불편함을 주고 일부 환자를 불쾌하게 할 것이다. 그러나 불편이 그 주된 결과라면 의사를 개인의 완결성(integrity)과 직업 전문성 중 하나를 선택해야 하는 상황에 부닥치게 하는 것보다는 덜 가혹하다. 의견 불일치는 언제나 있을 수 있다. 문제는 다양성이라는 강점에서 비롯한 좋은 점을 활용하면서도 상생의 방법을 구분해 나가는 것이다. ‘신중한 반대’는 결코 이러한 긴장을 해결하지는 못하지만, 그런데도 최대한으로 환자와 의사의 자율성을 동시에 유지하게 할 수 있다.

참고문헌

1. Curlin F. Conscience in the practice of the health professions. Presented to: President's Council on Bioethics. September 11, 2008; Washington, D.C. <http://www.bioethics.gov/transcripts/sept08/session3.html>. Accessed July 28, 2009.
2. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. BMJ. 2006;322(7536):294-297. http://www.bmj.com/cgi/pdf_extract/332/7536/294. Accessed July 28, 2009.
3. Note that, in this discussion, a restrictive interpretation of the conscience clause limits the situations in which professionals should be permitted to invoke the clause, so it is in line with what we normally consider “liberal” political views. The “liberal” interpretation of the clause, on the other hand, gives professionals permission to invoke the clause broadly, which is in line with what we normally consider “conservative” political views.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. Opinion 385, November 2007: the limits of conscientious refusal in reproductive medicine. http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co385.pdf. Accessed July 28, 2009.
5. Christian Medical and Dental Association. The nontraditional family and adoption or use of reproductive technologies. <http://www.cmda.org/AM/Template.cfm?Section=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=3849>. Accessed July 22, 2010.
6. Christian Medical and Dental Association. Mission and beliefs. http://www.cmda.org/AM/Template.cfm?Section=Missions_and_Beliefs&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=9609. Accessed July 29, 2009.
7. Pellegrino E. The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: a Catholic perspective. In: Engelhardt HT, Jotterand F, eds. The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader. Notre Dame Studies in Medical Ethics series. South Bend, IN: University of Notre Dame Press; 2008.

환자로부터의 선물

13

의사는 환자의 선물을 수락해야 하는가?¹⁶

Should Physicians Accept Gifts from Patients?

사 례

나는 오랫동안 부유한 환자를 돌보아 왔다. 그녀는 항상 나에게 작은 선물- 주로 음식 선물 바구니를 주었는데, 나는 그것을 직원들에게 주었다. 그러나 선물은 몇 년 전 병원에 입원한 이후로 점점 커졌다. 그녀는 입원 후 곧 “당신이 아니었다면 진단되지 않았을 것”이라고 말하면서 카드를 주었다. 나중에 카드를 열었을 때 고급 식당 상품권을 발견했다. 그 이후로, 그녀는 나에게 여러 번 항공 여행 쿠폰을 주었는데, 이는 그녀가 하는 사업을 통해 할인받는 것이라고 하였다. 나는 식당 상품권을 받은 일을 일회성으로 여기며 받았다고 생각하나, 지금은 그녀의 관대함이 나를 불편하게 하고 있다. 그녀의 선물을 계속 받아들여야 할까?

해 설

유아기부터 뿌리내린 사회 규범은 대개 선물을 받을 때 예의 바르게 “감사합니다” 라고 말하는 것이다. 그러나 전문적 경계라고 불리는 의사와 환자의 관계를 통제하는 사회적 규범은 다르고 더 합리적 응대를 필요로 할 수 있다. 시나리오에서, 선물의 성격은 의료진과 공유할 수 있는 소모품에서 의사의 개인적 고가의 선물로 발전되었다. 이러한 진전으로 인해 ‘미끄러운 경사’가 생겨 의사가 한번 선물을 수락한 이후부터는 선물을 거절하기가 어려울 수 있다. 의사가 궁극적으로 앞으로는 선물을 받지 않기로 하더라도 그렇게 하기 위한 편안하고 효과적인 방법을 찾는 것은 어려울 수 있다.

미국내과학회(American College of Physicians) 윤리에 관한 성명서는 “감사의 표시로서 의사에게 주는 작은 선물은 윤리적으로 문제가 되지 않는다”라고 말한다. 그러나 선물의 성격, 환자-의사 관계에 미칠 수 있는 잠재적 영향, 그리고 환자의 동기 및 기대에 대한 것을 고려해야 한다고 지적하고 있다. 환자가 의사에게 선물을 줄 때, 의사가 곰곰이 생각해 볼 수 있는 몇 가지 질문이 있다.

환자가 선물을 주는 동기는 무엇인가? 선물이 환자에게 주는 의미는 무엇인가? 따뜻함과 감사의 작은 표시인가, 또는 치료를 조종하거나 영향을 미치기 위한 시도로 간주하는 것인가? 환자와 의사 사이의 고유한 힘의 차이를 최소화하거나 전문적 관계를 보다 개인적이거나 친밀한 관계로 변환하려는 시도인가? 이 환자가 좋은 치료를 보장받으려면 선물을 주는 것이 유일한 수단인 문화적 배경을 가진 환자인가? 의사는 환자의 동기가 의식적이거나 무의식적일 수 있음을 기억해야 한다.

선물의 성격은 무엇인가? 작은 선물을 거절하는 것은 사소한 것처럼 보일 수 있지만, 어느 시점에서 작은 선물이 더 의미 있는 무엇인가가 되는가? 선물이 너무 친밀한 것이라면 어떻게 하면 될까? 돈이라면 어떻게 하면 될까?

16 · Gaufberg, E. (2007). Should physicians accept gifts from patients?. American Family Physician, 76(3), 437.

일반적으로 의사는 초콜릿 같은 소모품보다 돈을 더 꺼린다. 선물로 인해 의사가 불편하다고 느끼면 선물이나 상황이 그 느낌에 어떤 영향을 주는지 결정하는 것이 중요하다.

선물의 수락 또는 거부는 의사가 환자를 공정하고 객관적으로 치료하는 능력에 어떤 영향을 미칠 수 있을까? 선물을 받는다면 의사는 평소보다 이 환자에게 더 많은 시간과 노력을 기울여야 한다고 느낄까? 선물이 잠재적 이해 상충을 야기하는가? 선물을 받는 것이 의사의 다른 환자와의 관계에 어떤 영향을 미칠 수 있는가? 환자로부터 선물을 받는 것에 관한 규칙은 다양하지만, 고려해야 할 가장 중요한 요소는 선물의 수락 또는 거부가 궁극적으로 의사-환자 간 관계에 어떤 영향을 미치는 지다.

많은 전문가 경계 문제와 마찬가지로 멘토 또는 윗사람과 논의한다면 의사는 관점을 갖게 되고 문제도 만족스럽게 해결할 수 있다. 역할극은 의사가 편안하고 효과적 언어를 찾는 데 도움이 될 수 있다. 의사는 이미 받은 모든 선물을 기록하고 동료와 공개적으로 논의할 수 있다.

선물을 주는 사람은 선물을 받지 않겠다는 거절을 개인적 거절로 쉽게 해석할 수 있다. 이러한 우려는 의사가 더 나은 판단에 반하여 선물을 받도록 동기를 부여할 수 있다. 선물을 거절할 때는 일반적으로 선물을 주려 하는 환자에게 감사의 표현을 해야 한다. 의사는 선물의 거절이 환자-의사 간 관계에 가장 유익하다는 것을 전달하기 위해 적절한 단어와 어조를 선택해야 한다.

환자로부터 선물을 거부하거나 향후 선물에 대한 한계를 설정하기 위한 몇 가지 전략:

1. 윤리적 또는 전문가적 기준에 호소하라 : 시나리오에서 환자에게 할 수 있는 반응은 다음과 같다. “수년간 보여주신 관대함에 정말 감사드립니다. 하지만 그와 같은 값비싼 선물을 계속 받을 수는 없다고 생각합니다. 그건 윤리적 문제입니다. 저는 이 훌륭한 선물이 제게 영향을 미치는 것을 원치 않으며, 다른 환자들이 저에게 선물을 줄 의무가 있다고 느끼기를 원치 않습니다.”
2. 일반적 원칙에 대해 호소하라: 일부 의사는 환자의 선물에 대해 엄격한 선을 긋는다. 이 경우 가능한 답변은 다음과 같다. “환자분의 사려 깊음에 감사하지만, 저에게는 환자의 선물을 받지 않는다는 일반적 원칙이 있습니다. 저에게 가장 좋은 선물은 환자분이 제가 해 드린 치료에 만족한다는 것입니다.”
3. 의료진을 대신하여 선물을 수락하라: “이 과일 바구니는 참 예쁘네요. 직원 휴게실에 두면 저희 직원들이 보고 감사하게 생각할 것입니다.”
4. 자선 단체에 기부를 제안하라: “제게 주신 크리스마스 카드에 50달러가 들어 있는 것을 보았습니다만, 그 카드에 담겨있는 마음이 제게는 필요한 전부였습니다. 돈을 개인적으로 받을 수는 없지만 자선 단체에 기부해도 괜찮을까요?”
5. 필요한 경우 환자를 안심시켜라: 환자분의 문화에서는 환자가 의사에게 선물을 가져오는 것이 일반적이라는 것을 알고 있습니다. 제 모든 환자분이 선물을 가져왔는지와 상관없이 동일한 치료를 받을 것을 알기를 원합니다.”

많은 전문직 경계 딜레마에 유용한 지침 원칙은 ‘이타주의’다. 이타주의는 다른 형태의 인간관계와 전문직 관계를 구별하게 해주며 의사의 개인적 필요보다 환자의 요구와 관심을 우선에 두는 가장 좋은 방법을 결정하도록 만든다. 이타적 반응에는 환자가 꼭 감사를 표현해야 할 필요가 있다고 느낄 때 주는 환자가 순수 만든 선물을 받는 것이 포함될 수 있다. 다른 경우에는 의사-환자 간 관계를 위협할 수 있는 선물을 거부하는 것이 포함될 수 있다. 궁극적으로 이 관계의 최대 유익이 되는 방향으로 환자의 선물에 대한 결정을 해야 한다.

1. American College of Physicians. Ethics manual. 5th ed. Ann Intern Med. 2005;142:560-82.
2. Spence SA. Patients bearing gifts: are there strings attached?. BMJ. 2005;331:1527-9.
3. Gaufberg EH. Alarm and altruism: professional boundaries and the medical student. Clinical Teacher. 2006;3:206-9.

환자와의 애정 관계

14 환자 가족과 학생의 연애¹⁷

Student Dating of Patients' Relatives

사 례

본과 3학년 학생 존은 지금 소아청소년과 실습을 돌고 있다. 그가 맡은 환자 중 하나인 니콜라스는 만성 중이염을 앓고 있는 3세 환아로, 존은 현재 여러 차례 니콜라스를 만나고 있다. 니콜라스의 어머니 폴라(25세)는 담당 주치의와 존의 치료에 큰 감사를 표하고 있다. 폴라는 싱글맘으로, 현재 지역 커뮤니티 칼리지의 학생이다. 존은 폴라와 서로 잘 통한다고 여겨 그녀에게 데이트를 신청하고 싶어 한다. 존은 의료진이 환자와 성적 관계를 맺는 게 비윤리적이라는 것을 알고 있지만, 그는 폴라와 연애는 문제없다고 생각한다. 둘의 관계가 성적 단계로 발전한다고 하더라도, 그의 지위는 의대 학생이고 환자는 니콜라스이지 폴라가 아니기 때문이다.

논의를 위한 질문들 |

1. 존의 추론에 대해 어떻게 생각하는가?
2. 이 사례의 상황에서 잠재적 문제를 발견할 수 있는가?

해 설

대한의사협회에서 2017년 개정한 의사윤리강령 및 지침 제12조(환자의 인격과 사생활 존중) 4항은 “의사는 진료 관계가 종료되기 이전에는 환자의 자유의사에 의한 경우라 할지라도 환자와 성적 접촉을 비롯하여 애정 관계를 해서는 안 된다”는 지침을 제시했다. 또한 미국의사협회 윤리 지침의 8.145항 의사와 주요 제삼자 간 성적 혹은 애정 관계(Sexual or romantic relations between physicians and key third parties)에서는 다음과 같은 의견을 제시한다.¹⁸

환자는 종종 환자-의사 간 관계에서 중요한 역할을 하는 제삼자를 동반한다. 의사는 이들과 자주 교류하고 소통하며 정보, 조언 그리고 정서적 지지를 제공할 수 있는 위치에 놓인다. 제삼자들이 임상적 접촉과 의학적 의사 결정에 더 깊이 관여할수록 의사와 애정 관계나 성적 접촉이 더 문제가 된다. 이는 제삼자의 결정이 환자의 건강과 복지에 직접적 영향을 미치는 경우 특히 그렇다. 주요 제삼자에는 배우자, 파트너, 부모, 보호자 및 대리인이 포함되지만 이에 국한하진 않는다.

의사는 전문적 관계에서 파생한 신뢰, 지식, 영향, 감정을 사용하거나 착취하는 것에 기반한 주요 제삼자와 애정 관계 및 성적 접촉을 자제해야 한다. 관계가 적절한지를 고려할 때 환자의 의학적 문제의 성격, 전문적 관계의 기간, 의사에 관한 제삼자의 정서적 의존도, 제삼자와 환자에게 임상 접촉이 가지는 중요성 등을 고려해야 한다.

17 · Lagay, F. (2000). Student Dating of Patients' Relatives. AMA Journal of Ethics, 2(2).

18 · AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. “AMA Code of Medical Ethics' Opinions on Observing Professional Boundaries and Meeting Professional Responsibilities”. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama-code-medical-ethics-opinions-observing-professional-boundaries-and-meeting-professional/2015-05>

의료 실수의 공개 및 대처

15

사과 이후-과실 후 대처 및 회복¹⁹

After the Apology - Coping and Recovery After Errors

사 례

내과 1년 차가 거의 끝나갈 무렵 류머티스내과 전문의가 되고자 하는 제이슨은 의사로서 자신의 능력에 점점 자신을 느끼고 있었다. 야간 당직을 마치고 막 퇴근하기 직전에 그는 병동 간호사로부터 폐렴에서 회복 중인 70세의 환자, 마우디 부인에 대해 호출을 받았다. 그녀에게 두통이 있다는 것이다. 제이슨은 그녀를 보러 가서 몇 가지 질문을 했다. 그녀는 “선생님, 저는 괜찮습니다”라고 말했다. “나이 들어서 그냥 좀 몸이 아픈 거예요. 지금은 이 두통도 그렇고요. 남편, 손자, 그리고 제 TV가 있는 집으로 하루빨리 가고 싶습니다. 언제 퇴원할 수 있을까요?” 제이슨이 그녀를 진찰하고, 그녀의 두통이 전형적 긴장성 두통이라고 확신한 후, 그녀를 안심시키며 말하기를 곧 집에 돌아갈 것이고, 두통에 대해서는 이부프로펜을 처방할 것인데 그러면 두통이 곧 사라질 것이라고 했다.

하루가 지난 후 돌아와 회진을 돌 때, 그는 마우디 부인이 두 눈의 시력을 잃었다는 것을 알게 되었다. 야간 당직 전공의였던 미겔은 측두 동맥염에 대한 글루코 코르티코이드 치료를 시작했지만, 이 치료가 시력을 구하기에는 너무 늦을까 우려하고 있다. 미겔은 제이슨에게 “이봐, 다음번에 노인에게서 두통과 전신통증이 있을 때는 항상 측두 동맥염을 생각하고 확진을 위한 검사(측두 동맥 생체검사)를 시행하고 스테로이드로 치료를 시작해야 해”라고 말한다. 제이슨은 마우디 부인과 그녀의 가족을 보러 갔다. 그들은 그녀가 다시 볼 수 없을 수도 있다는 소식에 엄청난 충격을 받고 있었다.

제이슨은 진단을 놓친 것에 대해 엄청난 죄책감을 느끼고 후회하며 자신감을 잃었다. 지도 전문의인 조인트 박사는 제이슨이 평소만큼 예리하지 않다는 것을 알게 되었다. 그는 며칠 동안 연속으로 정신이 산만한 것처럼 보이기에 조인트 박사는 그가 괜찮은지 물었다. 제이슨은 자신에게 멘토가 된 류머티스내과 전문의인 조인트 박사에게 속마음을 털어놓기를 원하지만, 임상강사 지원을 위한 추천서를 써 줄 사람 앞에서 어리석게 보일까 걱정하고 있다.

해 설

제이슨의 딜레마는 자신이 유해한 과실(Error)을 일으킨 사실을 알고 있거나 그러리라 의심하는 사람과 공감대를 형성한다. 제이슨의 경험은 드문 일이 아니다. 의료에서 과실은 흔하며 많은 환자가 상해를 입거나 사망한다. 특히 수련의들은 의료 과실에 대한 경험이 종종 수련 초기에 시작된다고 보고한다. 한 조사에서 본과 4학년 학생의 79%와 전체 전공의의 98%가 의학적 과실에 직접 관련된 것으로 나타났다.

19 · White, A. A., & Gallagher, T. H. (2011). After the Apology: Coping and Recovery After Errors. *AMA Journal of Ethics*, 13(9), 593-600.

의료과실에 대한 감정적 영향

수련의들에게 과실은 중대한 윤리적, 정서적, 전문적 도전을 초래할 수 있다. 이 시나리오는 실수를 저지른 후 많은 의사가 느끼는 강한 감정뿐만 아니라 지도 교수와 관계에 과실이 미치는 영향과 같은 수련의에게 특정한 문제를 보여준다.

과실에 연루된 후, 모든 수준의 수련 과정에 있는 의료직 종사자들은 일반적으로 죄책감, 자기 의심, 당혹감(창피함), 실망감, 자기 비난, 무능함, 두려움 등 복잡한 감정을 경험한다. 설문 조사에 따르면 해로운 과실에 관여되면 수면 장애, 직업 만족도 감소 및 향후 과실에 대한 불안감으로 이어질 수 있다. 이러한 감정은 몇 달 또는 몇 년 동안 지속할 수 있으며 소진 및 우울증을 유발함으로써 수련 중 이미 받는 상당한 스트레스를 더 악화시킨다.

전공의를 대상으로 한 연구에 따르면 과실이 소진 및 우울증으로 이어지는 악순환의 증거가 있고, 이것이 다시 의료 과실을 증가시킨다는 점이 확인되었다. 이 현상은 환자의 안전과 전공의들의 정신 건강을 모두 손상시킬 수 있다. 이 순환 주기를 단절시키기 위한 노력으로 몇몇 의료기관은 의료 과실 발생 후 의료직 종사자를 지원하는 프로그램을 만들기 시작했다.

그러나 이러한 프로그램은 일반적이라기보다는 예외적이며 효과가 있는지는 알 수 없다. 최근 미국과 캐나다 전역의 지도 전문의를 대상으로 한 설문 조사에 따르면 의료 과실 후 병원으로부터 받은 지원은 거의 없다시피 했다고 응답했다. 많은 기관에서 지원이 부족한 이유는 복합적인데, 의사들이 상담하는 것을 주저하고, 부분적으로는 상담사를 만나기 위해 시간 내는 것이 어려우며, 제공되는 지원이 별다른 도움이 되지 않는다는 신념, 상담 내용의 비밀이 지켜지지 않을 것이라는 두려움 등이 있다. 결과적으로 많은 의료 종사자는 혼자 고통받고 대처한다.

대처 방식은 다양하지만 유해한 과실과 관련된 사람들의 공통된 감정 회복의 궤적이 있다. 초기의 당혹스러움과 내적 혼란에 뒤이어 임상 의사는 마음속에서 사건을 재생하고 재평가하면서 종종 거슬리는 생각을 경험한다. 그 후, 많은 의사는 자신의 내적 일치감과 역량을 재확인받고자 신뢰할 만한 친구와 그 일에 관해 이야기를 나눈다. 실수를 언급하는 것은 회복에 있어 핵심적이라 많은 전공의가 동료 전공의와 과실에 관해 논의한다. 그러나 일부 수련의는 어디에서 도움을 받아야 할지 모른다.

의료 문화는 전통적으로 완벽주의라는 잘못된 이상을 키워 왔으며, 일부 수련 환경을 과실에 관한 공개 토론에 반감을 갖도록 만들었다. 비난 지향적 환경에서 수련의는 과실의 인정 거부, 거리 두기 및 과실이 미치는 영향 과소평가하기와 같은 비생산적 대처 메커니즘을 선택해 왔다. 이러한 접근 방식은 괴로움을 덜 수는 있지만, 사건을 통해 배울 수 있는 개인의 능력에는 도움이 되지 않는다. 이 사례에서 제이슨의 동료는 판단하지 않는 방식으로 응답하지만, 제이슨의 감정적 상태를 인정하고 이야기할 중요한 기회를 놓친다.

대화가 보호된 질 향상(QI) 프로그램의 일환으로 이루어지지 않는 한, 과실의 세부 사항을 동료와 논의하면 그가 그 사례에 잠재적 증인이 될 수 있다는 점을 임상 의사들은 알고 있어야 한다. 이 먼 훗날의 위협으로 인해 과실에 관한 논의를 권장하지 않는 변호사의 과할 만큼 보수적 조언이 이어졌다. 해결책은 임상 의사가 이 주제를 피하게 하는 것이 아니라 기관은 정서적 지원을 보호된 질 향상 활동에 연결하도록 하는 것이다. 임상 의사는 자신의 감정에 대한 동료와 대화가 소송 발생 시 증거로 인정되지 않는다는 것을 신뢰할 수 있어야 한다.

일부 의료 종사자들은 과실로 인해 지속해서 정신적 외상을 입은 채로 남아있지만 대부분 회복되는 기간이 지나면 나아가 심신이 회복되어 건강한 상태가 된다. 지지해주는 동료와 과실에 관해 이야기하는 것 외에도 책임을 받아들이는 것이 치유를 촉진하는 것으로 보인다. 실수에 대한 책임을 인정하는 전공의들은 종종 고통의 시기가 있지만, 실수로부터 배우고 수련을 건설적으로 변화시킬 수 있는 향상된 능력을 보여준다. 책임을 받아들이는 것은 동료나 지도 전문의와 성찰 또는 대화를 통해 가능하게 할 수 있으며, 이상적으로는 체계의 문제와 과실을 초래하게 만든 개별 인식 또는 절차상 실수에 대한 심층적 이해를 낳는다.

전문가로 성장할 수 있는 이런 기회를 무시하는 의사는 대신 향후 환자들에게 불필요하게 신중한 접근 방식을

택한다. 그럼으로써 부작용의 두려움 때문에 적절한 치료를 충분히 하지 않거나, 낭비적이고 방어적 검사와 치료를 남용할 수 있다. 과실과 관련된 수련의는 기본적으로 자기 관리에 주의를 기울일 것을 권고한다. 여기에는 운동 요법 유지, 알코올 및 약물 피하기, 심하게 마음이 불편한 경우 심지어 임상 진료에서 멀어져 쉬는 것도 고려된다.

환자에 대해 좋지 못한 결과

많은 의사에게 있어 과실을 공개하고 환자에게 사과하는 것은 죄책감과 고통을 완화하는 데 도움이 되지만, 의사에 관한 인식된 이점과 관계없이 해로운 과실을 공개하는 것이 좋다. - 사과와 목적은 환자의 정서적 요구를 충족하기 위해서지 의사의 부담을 덜기 위한 것이 아니다. 이 사례가 비록 제이슨과 마우디 부인의 대화에 대한 세부사항을 묘사하지는 않지만, 우리는 그녀와 그녀의 가족이 정신적 충격을 받은 상태라는 것을 알 수 있고 제이슨이 그들과 대화하기 전에 직면했던 상당한 불편함과 불확실성을 상상할 수 있다. 그는 궁금해할지도 모른다. “그녀가 나를 비난하거나 고소를 할까? 대화를 어떻게 준비해야 하지? 과실에 있어 내 역할을 어떻게 설명해야 하지?”

불행히도, 과실을 공개하는 방법을 배우는 수련의들은 거의 없으며, 그들 대부분이 이 사례와 같은 영구적 피해를 초래한 과실을 공개한 경험이 없다. 게다가, 수련의들은 과실의 원인을 명확하게 설명하거나 사과하거나 향후 유사한 과실이 어떻게 방지될 것인지를 설명하는 등 환자가 원하는 행동을 취하는 데 어려움을 겪을 수 있다. 이러한 어려움으로 인해 전공의가 환자에게 가기 전에 담당 지도 전문의와 즉시 과실에 대해 논의하는 게 중요하다. 이 사례에서 조인트 박사는 마우디 부인과 어려울 수 있는 대화 과정에서 제이슨을 가이드할 수 있었다. 그는 또한 제이슨에 관한 마우디 부인의 신뢰를 회복시키는 과정을 촉진할 수 있었다. 이것은 특히 수련의에게 중요하다. 왜냐하면 일부 환자들은 제한된 경험으로 인해 수련의들을 경계할 수도 있기 때문이다.

지도 전문의와 수련의 관계에 미치는 영향

제이슨과 마찬가지로 많은 전공의가 과실을 저지른 후에 담당 지도 전문의에게 어떻게 접근해야 할지 모른다. 근거 자료에 따르면 전공의들은 종종 담당 지도 전문의에게 실수를 공개하지 않기로 선택한다고 한다. 그들은 자신의 잘못에 대해 비난을 받거나 실수로 인해 과소평가 될 것을 두려워하고, 징계 조치를 피하고 싶어 하며, 지도 전문의가 자신을 형편없다고 평가할 거라고 걱정할 수 있다. 이 사례에서 제이슨은 조인트 박사에게 경력에 도움을 받고자 의존한다. 1차 진료 지도의 표본 중 거의 절반은 수련의의 실수가 수련의에 대한 서면 평가에 부정적 영향을 미칠 것이라고 인정했다. 그러나 지도의는 제이슨이 조인트 박사를 찾아가길 제안하면서, 방어적이지 않게 반응하고, 환자에게 사과한 수련의에게 긍정적으로 반응하려는 경향이 있었다.

우리는 제이슨이 담당 지도 전문의와 이 과실에 대해 상의할 것을 권장하는데, 거기에는 다른 주요한 이유가 있다. 첫째, 담당 지도 전문의는 수련의에게 정서적 지원의 주요 원천이 될 수 있다. 조인트 박사는 과실과 연관된 경험을 공유함으로써 제이슨의 불완전함과 정서적 반응을 정상화할 수 있다. 조인트 박사는 제이슨을 포함한 그의 동료들 간의 소진과 우울증의 징후에 대해서도 주의를 기울여야 한다. 둘째, 많은 교육 기관에서는 정책적으로 수련의들이 치료에 관한 최종 권한을 지닌 지정의와 과실을 상의하도록 하고 있다. 지정의는 치료 요구를 해결하고 시스템 변경을 위해 기관의 질 개선팀 리더에게 과실을 보고하는데 가장 적합하다.

마지막으로, 수련의는 경험 부족으로 인해 예방할 수 있는 부작용과 예방할 수 없는 부작용을 구분할 수 없을 가능성이 높다. 이것은 사건에 대한 잘못된 정보의 공개로 이어질 수 있으며, 이것은 이미 속상하게 만드는 부작용이 초래된 이후 막을 수 있었던 혼란과 불신을 유발한다. 담당 지도 전문의는 광범위한 임상 경험을 적용해 수련의에게 실수 여부를 알려주고 과실의 본질에 관한 통찰을 제공할 수 있다.

원인 살피기: 농친 진단

이 오진의 원인과 관련하여 제이슨은 여러 이유로 마우디 부인의 두통의 심각한 특성을 잘못 판단했을 것이다. 첫째, 경험 부족은 측두 동맥염을 시사하는 증상들의 집합을 인식하지 못하는 데 중요한 역할을 했다. 그러나 경험 많은 의사들도 틀에 박힌 편견으로 인해 잘못된 방향으로 유도하는 단서가 과도하게 진단에 영향을 미치게 함으로써 이 질환을 놓쳤을 수 있다. 제이슨은 마우디 부인이 자신은 “괜찮다”고 안심시켰기 때문에 그 상황을 심각하지 않은 문제를 찾기 위한 상황으로 인식했을 수 있다. 측두 동맥염이 입원환자에서 드문 진단이지만 긴장성 두통이 상대적으로 흔하다는 지식은 제이슨이 검사 전 고려할 사항에 영향을 주었을 가능성이 크다. 또한 측두 동맥염은 마우디 부인의 입원 시 진단인 폐렴과는 관련이 없는 것이며, 측두 동맥염을 생각한다는 것은 통일된 진단에 따르는 것이 아니라 예상치 못한 두 번째 질환을 주장해야만 하는 걸 의미한다.

측두 동맥염에 관한 확진 검사는 침습적이며 일반적으로 몇 시간 후에 가능한 것이 아니라서 쉽게 그 원인을 배제할 수 없다. 마지막으로, 제이슨은 업무 시간에 대한 우려나 개인 시간에 관한 욕구 때문에 하루가 끝날 무렵 자기 일을 빨리 마무리하려는 압박감을 느꼈는지 궁금하다. 제이슨은 철저한 평가를 해야 하는 마우디 부인의 필요 앞에서 근무 시간 규정을 준수하는 것과 자신이 담당하고 있는 환자의 안전이라는 유익함 사이에서 균형을 유지하는 윤리적 딜레마에 직면했을지도 모른다. 이러한 편견과 어려움이 복합적으로 미숙한 진단을 내리는 결과로 이어졌다. 마우디 부인의 두통에 관한 더 심각한 병인을 충분히 고려하지 않도록 만들었다.

진단을 놓친 것이 환자에게 해를 끼치는 중요한 원인으로 나타났지만, 환자 해악의 다른 원인보다 주의를 덜 받는다. 이것은 부분적으로는 축소 보고되고, 과학적 이해가 불충분하며, 오진으로 이끄는 인지 오류를 분석하고 다루기 위한 효과적 도구가 만들어지지 않았기 때문이다. 그럼에도 불구하고 기관과 개별 의사가 진단 오류를 방지하기 위해 취할 수 있는 몇 가지 단계가 있다. 보건 의료 조직은 과도한 업무량, 부적절한 오리엔테이션 및 지도 감독을 방지하고, 정보의 온전함과 흐름을 방해하는 잠재적 시스템 결함을 다루어야 한다. 또한 기관은 선의의 임상가가 잘못된 시스템이나 정당한 위협으로 인한 오류로 불이익을 받지 않는 문화를 조성해야 한다(제이슨의 시나리오에서 검사와 의사 결정을 직접 지도 감독하는 것은 일반적이지 않다. 게다가 도움을 요청하지 않은 것에 있어 의도적으로 부당한 위협을 감수했다는 증거는 없다). 그의 추론과 의도적 편견 회피에 관한 피드백은 장래에 인지 함정과 지나친 자신감을 피하는 데 도움이 될 수 있다. 수련 프로그램은 틀에 박힌 편견과 같은 인지 함정과 의사들 자신들이 문제를 어떻게 분석하고 있는지 되새겨보도록 하는 메타 인지와 같은 기술에 대한 이해를 증진해야 한다.

요약하면, 우리는 제이슨이 책임을 인정하고 경험을 통해 배우려는 바람을 전달하는 방식으로 조인트 박사와 과실에 관해 이야기 나눌 것을 권장한다. 조인트 박사는 정서적으로 지원해 주고, 과실을 범했던 자신의 경험을 공유하며, 환자에게 과실을 공개하는 과정을 가이드해주고, 제이슨의 임상 추론 능력을 키우는 데 도움을 줄 것으로 기대한다. 이상적으로 제이슨은 전문인으로서 성숙하고 감정적으로 회복하며 향후 진단 딜레마에 직면했을 때 추론하는 능력을 심화시킬 것이다.

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 1999: xxi, 287.
2. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *J Gen Intern Med.* 2007;22(7):988-986.
3. Wu A, Folkman S, McPhee S, Lo B. How house officers cope with their mistakes. *West J Med.* 1993;159(5):565-569.
4. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med.* 2006;21(5):419-423.
5. White AA, Gallagher TH, Krauss MJ, et al. The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients. *Acad Med.* 2008;83(3):250-256.
6. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med.* 2006;81(1):86-93.
7. Hobgood C, Hevia A, Tamayo-Sarver JH, Weiner B, Riviello R. The influence of the causes and contexts of medical errors on emergency medicine residents' responses to their errors: an exploration. *Acad Med.* 2005;80(8):758-764.
8. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med.* 1996;5(2):71-75.
9. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med.* 1992;7(4):424-431.
10. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(8):467-476.
11. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA.* 2006;296(9):1071-1078.
12. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009;302(12):1294-1300.
13. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008;336(7642):488-491.
14. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(5):233-240.
15. Medically Induced Trauma Support Services (MITSS), Carr S. Disclosure and Apology: What's Missing? [2009]. http://www.mitss.org/MITSS_WhatsMissing.pdf. Accessed August 5, 2011.
16. Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med.* 2000;172(6):358-359.
17. 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. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(5):325-330.
18. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care.* 2003;12(3):221-226.
19. Kaldjian LC, Forman-Hoffman VL, Jones EW, Wu BJ, Levi BH, Rosenthal GE. Do faculty and resident physicians discuss their medical errors? *J Med Ethics.* 2008;34(10):717-722.
20. Bell SK, Moorman DW, Delbanco T. Improving the patient, family, and clinician experience after harmful events: the "when things go wrong" curriculum. *Acad Med.* 2010;85(6):1010-1017.
21. Bosk C. Forgive and Remember: Managing Medical Failure. Chicago: University of Chicago Press; 1979.
22. Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med.* 1984;19(2):135-146.
23. Charles S, Warnecke R, Wilbert JR, Lichtenberg R, DeJesus C. Sued and non-sued physicians. Satisfaction, dissatisfactions, and sources of stress. *Psychosomatics.* 1987;28(9):462-468.
24. Berlinger N, Wu AW. Subtracting insult from injury: addressing cultural expectations in the disclosure of medical error. *J Med Ethics.* 2005;31(2):106-108.

25. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *New Engl J Med*. 2007;356(26):2713-2719.
26. White AA, Bell SK, Krauss MJ, et al. How trainees would disclose medical errors: educational implications for training programmes. *Med Educ*. 2011;45(4):372-380.
27. Mazor KM, Fischer MA, Haley HL, Hatem D, Rogers HJ, Quirk ME. Factors influencing preceptors' responses to medical errors: a factorial survey. *Acad Med*. 2005;80(10 Suppl):S88-S92.
28. Graber M. Diagnostic errors in medicine: a case of neglect. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31(2):106-113.
29. Wachter RM. Why diagnostic errors don't get any respect-and what can be done about them. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1605-1610.
30. Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic errors--the next frontier for patient safety. *JAMA*. 2009;301(10):1060-1062.
31. Graber M, Gordon R, Franklin N. Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal? *Acad Med*. 2002;77(10):981-992.
32. Redelmeier DA. Improving patient care. The cognitive psychology of missed diagnoses. *Ann Intern Med*. 2005;142(2):115-120.
33. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. 2003;78(8):775-780.

16

의료 문화와 과실 공개²⁰

Medical Culture and Error Disclosure

사 례

잭슨 박사와 그의 전공의인 김은 전이성 생식 세포 종양이 재발한 환자인 프랭크 씨를 수술하고 있었다. 이 수술의 표준 치료는 후복막 림프샘 절제술을 포함한다. 잭슨 박사는 수술 전에 프랭크 씨에게 절차와 그 위험, 이점 및 대안에 관해 이야기했다. 프랭크 씨는 수술로 인해 상당한 출혈 위험이 있다는 것과 수혈이 필요할 수도 있음을 알게 되었다. 수술에 관한 그의 사전 동의(informed consent)는 문서로 만들어져 의무 기록에 보관되었다.

림프샘 제거 과정에서 여러 작은 혈관이 부주의하게 절단되었고 프랭크 씨는 출혈로 인해 한 유닛의 적혈구 수혈이 필요했다. 프랭크 씨의 혈압은 수술 중 몇 분 동안 경계선까지 낮아졌지만 다른 합병증 없이 시술이 끝났고 나머지 종양과 림프샘이 제거되었다. 프랭크 씨는 마취 상태에서 이상 없이 깨어났다.

수술실을 나가기 전 김은 잭슨 박사에게 환자의 가족에게 수술은 잘 끝났다고 말하고, 혈관 몇 개가 절단되어 수혈을 받았다는 사실을 알려줬다고 말했다.

잭슨 박사는 다음과 같이 대답했다. “베인 혈관에 대해 알릴 필요가 없어요. 환자들은 수술에는 출혈과 수혈의 위험이 따른다는 사실을 알고 있고 프랭크 씨도 예외는 아니에요. 그는 이런 위험에 대해 알고 있다는 동의서에 서명했어요. 의료에서 계획되지 않은 일이 일어날 때마다 환자들에게 말하면, 우리는 소송을 방어하기 위해 모든 시간을 할애하게 될 거예요. 환자는 의료에 있어 특수한 상황(Idiosyncrasy in medicine)을 간단히 이해할 수 없어요. 이러한 유형의 상황에 대해 제가 가입한 의료과실 보험 회사, 그리고 의료과실 전문 변호사와 상담했어요. 그들 모두 흑백 오류가 아닌 이런 일이 발생할 때 지속적 영향이 있지 않은 한, 또는 환자 치료에 최선의 이익이 되지 않는 한 전부를 얘기할 필요가 없다고 조언했어요. 우리가 해야 할 일은 프랭크 씨와 그의 가족에게 출혈이 많아서 수혈이 필요했다고 말하는 거예요.”

김은 수술 직후 가족과 대화를 나누었고, 약간의 출혈로 수혈이 필요했던 사소한 합병증 외에는 수술이 잘 진행되었다고 알려주었다. 몇 시간 후, 잭슨 박사도 프랭크 씨에게 같은 설명을 하였다.

김은 최근 병원 위험 관리 부서의 교육 세션에 참석한 후 병원에서는 분명한 의학적 과실이 있을 때 완전히 공개하는 정책이 있음을 알았다. 그녀는 의사가 실수를 공개하고 사과하면 소송이 덜 발생할 수 있다고 들었다. 그러나 이 상황이 명백한 과실에 해당하는지, 위험 관리 부서에 연락해야 하는지, 보고하지 않았을 때 잭슨 박사와 자신에게 어떤 영향을 미칠 것인지, 혹은 환자가 베인 혈관에 대해 알게 되었을 때 자신을 고소할 것인지 확신하지 못했다.

다음날 김은 프랭크 씨를 보고 잭슨 박사가 수술에 대해 했던 말을 되풀이했다. 프랭크 씨는 그녀에게 출혈로부터 회복할 수 있는지 물었다. 김은 며칠 동안 평소보다 약간 피곤하다고 느낄 수 있고 출혈로 인해 회복이 하루나 이틀 정도 지연될 수 있지만, 출혈로 인해 완전한 회복 능력에 영향을 받지 않는다고 말했다.

20 · Lehman, A. G. (2008). Medical culture and error disclosure. *AMA Journal of Ethics*, 10(5), 282-287.

이 찝막한 장면에서 외과 전공의 김은 많은 의대생과 전공의가 겪어왔던 어려운 도덕적이고 전문가적 상황에 놓여있다. 한편으로, 의사와 수련 중인 의사는 진실을 말할 것으로 기대되며, 다른 한편으로 의료 기관은 비공개를 중심으로 완전히 분리된, ‘무언의 문화’를 만들어 냈다. 종종 학생과 전공의는 자신의 성적과 전문직업적 성공이 달렸다고 믿는 이 문화에 적응하기 위해 윤리적 관심을 무시하는 쪽을 선택한다.

의료 과실 소송 전문 변호사와 위험 관리자가 사용하는 많은 전략은 비밀을 강화하여 의사에게는 갇힌 사고방식을 만들고 환자와 그의 가족 및 의사 간에는 적대적 관계를 만든다. 의사와 병원의 소송에 대한 두려움은 널리 퍼졌으며, ‘방어적 진료’에 관한 기록은 많다. 즉, 의사가 과도한 진단 검사를 시행하고 침습적 시술을 수행하여 소송을 피하려는 시도를 말한다. 이러한 접근 방식은 환자에게 불필요한 위험을 초래하고 비용을 증가시킬 수 있다. 지정의는 전공의보다 의료 과실 및 기관의 위험 관리시스템의 직접적 압력을 경험할 가능성이 높으며, 지정의(attending physician)의 임상 경험에 따라 위험에 관한 인식이 바뀐다. 그러므로 수련 스펙트럼에 따라 다른 지점에서 의사의 걱정과 목표 사이에 기관 차원의 연결이 끊어진다. 세대 차이는 갈등 해결을 처리하는 방법에 관한 의견, 이를테면 투명한 위험 관리시스템에 걸림돌이 될 수 있다. 의료 과실이 발생하면 이러한 모든 전체적 영향을 주는 요소들이 더 복잡해진다.

공개하기로 하기

프랭크 씨 사례는 김에게 특별한 갈등을 일으킨다. 의료 문화는 프랭크 씨에게 수혈이 필요했던 숨겨진 이유에 대해 논의하지 않기로 한 잭슨 박사의 결정에 순종하는 것이 그녀의 의무라고 말한다. 이 같은 문화는 의사에게 동료의 행동에 의문을 제기해서는 안 된다는 점을 가르쳐준다. 자신의 도덕적 감각과 병원의 위험 관리 부서의 계몽된 정책은 잭슨 박사가 혈관을 베어 수혈이 필요하게 되었다고 프랭크 씨에게 말할 것을 권고하고 있다. 위험 관리에 의해 입증된 김의 초기 대응은 의사와 병원이 과실 공개를 처리하는 방식을 서서히 바꿔놓는 변화를 반영한다. 이 사례는 또한 최근에 받은 교육이 더 많은 선배 의사 사이에 존재하는 오랜 정책 및 태도와 충돌할 때, 전공의가 자신을 찾는 어려운 처지를 묘사한다.

또 다른 변화가 일어나고 있다. 환자들은 대체로 의료 서비스에 순종적이고 수동적으로 참여해왔다. 의사가 치료 계획을 처방하면 그 계획을 따르는 것이다. 환자들은 자신이 받는 서비스에 관해 의사들에게 거의 불만을 제기하지 않았다. 의학적 결정에도 의문을 표하지 않았다. 오늘날 환자들은 의사에게 불만을 표현하고 임상적 권고에 이의를 제기하며 다른 사람들과 경험을 공유할 가능성이 훨씬 크다. 이 새로운 환자 행동 양식은 의사의 비공개 전략을 위험하게 만든다. 환자 또는 가족이 의심스럽거나 예기치 않은 치료를 받는 경우 정보를 요구할 가능성이 높다. 의사의 비밀스럽거나 불완전한 대답은 의심과 불신에 불을 붙인다.

더욱 최근의 의학 교육의 결과로 김은 이러한 새로운 환자-의사 역학에 대한 인식을 높이고 있다. 그녀는 여러 혈관 손상을 포함하여 수술 결과를 완전히 논의함으로써 그녀와 잭슨 박사가 맺고 있는 프랭크 씨와의 신뢰 관계를 유지하려고 한다. 그녀는 또한 술기의 과실이 발생했기 때문에 사과하고 싶어 한다. 최근의 많은 연구가 이 전략의 효과를 지지해 왔으며 몇몇 기관들은 과실의 공개를 요구하는 프로그램을 채택했다.

과실 공개가 반드시 더 높은 비율의 의료 소송을 일으키지는 않는다고 현재의 증거들은 시사한다. 아직 완전히 결론이 난 것은 아니지만, 이 결론은 여러 관점에서 계속 분석되고 있다. 그런데도 명백한 점은 과실 공개가 법적 결과와 관계없이 의사와 환자 간에 더 나은 관계를 형성한다는 것이다. 또한, 환자 안전 옹호자들은 환자에게 의료 과실을 알리는 편이 근본 원인 분석의 핵심 부분이며 과실 발생 시 시스템 수준의 문제와 개인의 책임을 식별하는 데

도움이 된다고 생각한다.

때에 따라 실제로 과실이 발생했는지 확인하기가 어렵다. 내과 의사와 외과 의사가 중증 또는 복합 질환을 치료할 때 합병증이 더 자주 발생한다. 해당 분야의 전문가는 다양한 수술 및 시술에 대해 수용 가능한 합병증 비율 및 유형을 결정해야 한다. 이 사례에서는 작은 혈관 절단이 후복막 림프샘 절제술 과정에서 흔한 것으로 알려져 있고 일어나기 쉬운 합병증인 경우, 잭슨 박사의 실수는 혈관 절단이 아니라 동의 과정에서 프랭크 씨에게 작은 혈관 절단이 생길 수 있다는 것이 잘 알려져 있고 일어나기 쉬운 합병증이라는 사실을 설명하지 않은 데 있다. 출혈과 감염은 모든 수술에 따르는 위험이다. 외과 의사는 알려진 특정 위험을 공개할 전문적이고 윤리적 책임이 있다. 복잡한 질병의 경우 의료진과 환자 간의 명확한 의사소통과 신뢰가 더욱 중요하다.

이러한 새로운 정책과 태도는 어떻게 의료계 전문가에게 널리 전달될 것이며, 의사가 실제 환자에게 과실을 완전히 공개하고 있는지 어떻게 알 수 있을까? 미국의 경우 궁극적으로 JCAHO(The Joint Commission on the Accreditation on Healthcare Organizations)와 같은 규제 기관 또는 메디 케어 프로그램을 통한 정부의 감독은 이를 실행하는 데 있어 변화가 일어나도록 만든다. 메디케어 및 메디케이드 서비스 담당 부서는 이미 피할 수 있는 병원 합병증에 대해서는 비용을 지불하지 않는 정책을 시작했지만, 이는 의료 문화를 변화시키기에 충분하지 않을 수 있다. 의료계 전문가들이 과실 공개와 열린 의사소통을 포용하도록 변화시키는 가장 좋은 방법은 변화가 내부에서 오는 것이다. 많은 의과대학 교육 과정에서 의료윤리, 환자 안전 및 의료 과실 공개에 더 많은 시간을 투자함으로써 이 주제를 다루기 시작했다. 의대생과 전공의가 규범적 오류를 식별하도록 교육받고 고급 지식이 필요한 특정 오류에 관해 질문할 수 있는 권한이 있다면, 이 사례에서 김이 직면한 상황과 같은 경우의 빈도가 줄어들 것이다.

결론

의사와 환자 사이의 신뢰는 환자-의사 간 관계의 핵심이다. 환자와 대화할 때, 특히 의학적 오류가 있는 상황에서 사실과 세부 사항을 숨기거나, 모호하게 말하거나, 생략하면 신뢰가 무너지게 된다. 과실에 관한 책임 증가와 관계없이 완전 공개는 적절한 윤리적 행로이다. 의료 과실로 피해를 입은 환자와 가족은, 병원이 사과와 진실을 말하는 것이 의료 과실 주장에 미치는 영향에 관한 핵심 데이터를 기다리는 동안, 그들이 처한 곤경이 어떻게 끝나는지 설명 없이 계속 고통을 받는다. 그러나 환자와 의사 사이의 신뢰는 명백하거나 지속적 피해가 발생하지 않은 경우에도 공개가 필요하다. 환자는 의사가 자신의 적이라고 생각해서는 안 된다. 만일 그렇게 생각한다면, 우리가 아는 의료 행위는 심각한 위험에 처할 것이며, 유일한 승자는 의료 과실에 대해 소송하는 이들이 될 것이다.

1. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69(11):861-871.
2. Ginsburg S, Regehr G, Lingard L. The disavowed curriculum: understanding students' reasoning in professionally challenging situations. *J Gen Intern Med*. 2003;18(12):1015-1022.
3. Waring JJ. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med*. 2005;60(9):1927-1935.
4. Rodriguez RM, Anglin D, Hankin A, et al. A longitudinal study of emergency medicine residents' malpractice fear and defensive medicine. *Acad Emerg Med*. 2007;14(6):569-573.
5. Baicker K, Buckles KA, Chandra A. Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(5):w355-367. <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/25/5/w355>. Accessed April 8, 2008.
6. Dunnick NR, Applegate KE, Arenson RL. The inappropriate use of imaging studies: a report of the 2004 Intersociety Conference. *J Am Coll Radiol*. 2005;2(5):401-406.
7. Katz DA, Williams GC, Brown RL, et al. Emergency physicians' fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia. *Ann Emerg Med*. 2005;46(6):525-533.
8. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *J Gen Intern Med*. 2007;22(7):988-996.
9. Liang BA, Ren L. Medical liability insurance and damage caps: getting beyond band aids to substantive systems treatment to improve quality and safety in healthcare. *Am J Law Med*. 2004;30(4):501-541.
10. Wasson JH, MacKenzie TA, Hall M. Patients use an internet technology to report when things go wrong. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(3):213-215.
11. Pear R. Study finds many patients dissatisfied with hospitals. *New York Times*. March 29, 2008.
12. Wei M. Doctors, apologies, and the law: an analysis and critique of apology laws. *J Health Law*. 2007;40(1):107-159.
13. Boothman RC. Apologies and a strong defense at the University of Michigan Health System. *Physician Exec*. 2006;32(2):7-10.
14. Wojcieszak D, Banja J, Houk C. The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(6):344-350.
15. Liebman CB, Hyman CS. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(4):22-32.
16. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med*. 2006;354(21):2205-2208.
17. Stewart RM, Corneille MG, Johnston J, et al. Transparent and open discussion of errors does not increase malpractice risk in trauma patients. *Ann Surg*. 2006;243(5):645-649, discussion 649-651.
18. Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? The jury is still out. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29(10):503-511.
19. Rice B. Malpractice: are you making your case worse? *Med Econ*. 2007;84(11):74-78.
20. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(1):215-226.
21. Wendin SR. The role of risk management in reducing costs and increasing patient safety. *World Hosp Health Serv*. 2006;42(2):17-20.
22. Mazor KM, Reed GW, Yood RA, Fischer MA, Baril J, Gurwitz JH. Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? *J Gen Intern Med*. 2006;21(7):704-710.
23. Levinson W, Gallagher TH. Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007. *CMAJ*. 2007;177(3):265-267.
24. Campbell EG, Regan S, Gruen RL, et al. Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. *Ann Intern Med*. 2007;147(11):795-802.
25. Wald HL, Kramer AM. Nonpayment for harms resulting from medical care: catheter-associated urinary tract infections. *JAMA*. 2007;298(23):2782-2784.

17 수술실에서 수련자의 역할에 대해 어떤 정보가 환자들에게 공개되어야 하는가?²¹

What about Learners' Roles in the Operating Room Should Be Disclosed to Patients?

요약

이 사례와 해설은 주로 교육과 실습을 담당하는 의료 시설에서 정보에 근거한 동의를 얻을 때(특히 충분한 근거에 의한 동의를 얻는 절차의 제도적 표준화와 관련하여) 의료 수습생의 참여를 적절히 밝히는 방안에 주목하고 있다. 이 글은 충분한 근거에 의한 동의를 얻는다는 것이 무엇을 의미하는지, 그리고 그를 성립하는 요소들이 무엇인지, 그리고 진정으로 충분한 근거에 의한 동의를 보장하기 위해서는 윤리 원칙들이 임상 현장에 어떻게 잘 적용될 수 있을지 다루고자 한다. 이 사례에서는 동의 능력(capacity)의 개념, 정보의 공개, 환자의 이해(understanding), 자발적 결정 그리고 동의(consent) 등이 논의될 것이다.

사 례

2주 전 로널드 씨는 발에 있는 색이 이상하고 큰 점에 대해 시행한 생검의 결과가 흑색종이라는 사실을 알게 되었다. 병변의 크기를 고려한 결과 수술이 결정되었고, 이는 성형외과 의사인 로쉬 박사에 의해 시행될 예정이다. 로쉬 박사는 병변을 크게 절개한 후 피부 이식을 시행할 계획을 세웠고, 로널드 씨도 이에 동의하였다.

수술 당일, 로널드 씨는 수술 구역에서 기다리고 있다. 그날 오전 로쉬 박사의 보조를 맡은 전공의가 로널드 씨에게 인사한다. “안녕하세요, 저는 프리드먼입니다. 저는 이 병원 성형외과 전공의이고 오늘 로쉬 박사님 수술을 도울 예정이에요.”

로널드 씨는 놀라움을 표현한다. “저는 로쉬 박사님이 수술을 맡으시는 거로 알았는데요? 실례지만, 저는 학생이 제 수술을 하는 걸 원치 않아요. 로쉬 박사님과 한번 이야기해 보고 싶군요.”

프리드먼은 자신이 학생이 아니고 다년차 레지던트이며 로쉬 박사의 수술 팀에 소속해 있음을 설명하려고 한다. “저는 많은 경우에 로쉬 박사님 수술에 같이 참여하고 있어요. 오랜 기간 충분한 경험을 쌓았죠.” 로널드 씨는 여전히 걱정되는 듯 말한다. “선생님께서 로쉬 박사님을 보조할 충분한 자격을 갖추신 분이라는 건 이해하겠어요. 하지만 전 그저 로쉬 박사님이 수술해 주시면 좋겠어요. 제 형제 중 한 명은 예전에 수술 합병증으로 고생했어요. 저는 그런 일을 겪고 싶지 않아요.”

프리드먼은 “알겠습니다”라고 말한다. 이때 로쉬 박사가 방에 들어온다. 로널드는 로쉬 박사에게 프리드먼과 나눈 이야기에 대해 말한다.

로쉬 박사는 대답한다. “로널드 씨, 당신 말씀이 이해가 안 되는 건 아니지만 우리는 팀으로 일할 때 최고의 결과를 냅니다. 그래서 팀으로 일하는 건 우리에게 정말 중요한 일이에요. 저 혼자서 어떠한 수술도 해낼 수 없어요. 프리드먼은 우리 팀의 훌륭한 재원이고 오늘 수술에도 그녀의 도움이 필요해요.”

로널드 씨는 잠시 생각하고는 한숨을 쉰다. “그리 내키지는 않습니지만, 저에겐 선택권이 없는 것 같군요. 안 그런가요?” 로널드 씨는 불안하고 당황한 듯 살짝 떨고 있었다. 의료진은 로널드 씨의 말에 일단 안심이 됐고, 더는

21 · Kirsch, M. J., & Kasten, S. J. (2018). What about Learners' Roles in the Operating Room Should Be Disclosed to Patients?. AMA journal of ethics, 20(4), 336-341.

아무 말도 하지 않는다. 로널드 씨는 수술실로 향한다.

수술실에 들어갈 준비를 하면서 로쉬 박사와 프리드먼은 서로를 마주 보게 되고, 수술 바로 전 보였던 로널드 씨의 패배감에 가득 찬 얼굴에 두 사람 모두 불편함을 느끼고 있음을 깨닫게 된다. 두 사람은 특히 로널드 씨의 합병증에 대한 공포에 대해 어떻게 다르게 대응할 수 있었을지 고민한다.

해설

이 사례는 의학 교육과 임상적 상황에서 수술을 결합하려 할 때 생기는 여러 윤리적 고려 사항을 보여준다. 이 상황에서 다루는 주요 개념은 충분한 근거에 기반한 동의, 특히 치료에서 수련자 역할을 환자에게 알려야 하는지에 관한 문제이다. 충분한 근거에 기반한 동의는 환자에게 제공되는 의료 행위의 이익과 위험을 공개하는 과정이라 할 수 있는데, 여기에는 다소 불분명한 과정 또한 포함되어 있다. 충분한 근거에 기반한 동의는 원래 의료와 관련하여 환자와 의사 사이의 상호 협력 하의 의사결정을 보장하는 방안으로 구성되었다[1]. 그러나 현시점의 의료 행위에서는, 충분한 근거에 기반한 동의를 얻는 과정은 환자로부터 치료 절차 및 이와 관련된 주요 위험요인을 나열한 종이에 서명을 받는 것으로 많이 축소되었다. 위 사례의 환자 로널드는 이러한 관행에 따르면 충분한 정보에 근거한 동의를 한 것으로 보인다. 하지만 이러한 절차만으로는 충분한 근거에 의한 동의가 처음 도입되었을 때 구상되었던 목표를 충족하지 못한다고도 주장할 수 있다.

충분한 근거에 의한 동의의 절차는 (1) 의사 결정 능력, (2) 정보 공개, (3) 정보에 관한 환자의 이해, (4) 해당 정보에 기반한 환자의 자발적 결정, 그리고 (5) 마지막으로 제안된 치료에 대한 환자의 승인 혹은 실제적 동의의 표현이라는 다섯 주요 조건을 만족할 필요가 있다[1]. 로널드 씨는 의사 결정 능력을 제한하는 요인을 지니지 않은 것으로 보이므로, 첫 번째 기준은 충족된다. 그러나 그의 동의는 다른 네 가지 영역을 충족시키지 못한다고 주장할 수도 있다. 이러한 문제를 본격적으로 다루기에 앞서 우선 충분한 근거에 의한 동의를 얻는 오늘날 관행에 대해 논의할 필요가 있다.

교육 환경에서 충분한 근거에 기반한 동의

수련자의 참여를 공개하는 과정은 표준화되어있지 않다. 안과 분야에서 시행한 이전 연구에서는 이를 공개하도록 하는 정책을 가진 병원(특히 누가 무엇을 수행하는지 공개하는 정책을 시행하는 병원)이 거의 없음을 보여주었다. 이러한 정책을 시행하는 기관은 대부분 치료 행위에 참여하는 의사가 그것을 공개하도록 하는 방식을 취하고 있었다[2, 3]. 그러나 동의 절차를 감독하는 제도적 영역의 미비는 의사가 적절한 가이드라인을 갖추지 못해 혼란을 느끼는 사태를 초래할 수 있다. 기관 단위에서 표준화가 부족하지만, 치료에 참여하는 사람의 이름과 역할에 관한 공개는 의무화되어있다. 하지만 그런데도 이러한 공개를 전달하는 방법은 없는 상황이다[4]. 전공의 참여의 공개에 관한 연구에 따르면, 수술 과정에 전공의가 참여함을 환자에게 알리는 '표준적 절차(Scripted statement)'가 사전에 준비되어 있다면 공개가 매우 성공적일 수 있음을 보여주었다(95%의 동의)[4]. 이러한 동의 절차는 환자의 적절한 이해를 확실히 보장하기 위해서 수술 전 환자 방문 시 수행되어야 한다. 이는 환자에게 주어진 정보를 내재화하는 충분한 시간을 주고 그들이 제기할 수 있는 질문을 받으며, 그들이 원한다면 동의를 철회할 수 있도록 하기 위해서다. 또한 환자들은 수련자의 역할과 직책에 관한 부분에서는 낮은 수준의 문해력을 보이는 것으로 드러났다. 따라서 동의 절차에서 수술에 참여할 수련자의 자격 및 자격 증명에 대한 설명을 강조할 필요가 있다. 이는 수련자의 자격을 이해하지 못함에 따라 (이해했더라면 받을 수 있었을)충분한 정보에 근거한 동의를 받아내지 못하는 예도 있기 때문이다.

수련 환경이 충분한 근거에 의한 동의의 내용에 어떻게 영향을 미치는가?

공개 내용에 대해 말하자면, 권장되는 수술의 위험에 대한 데이터가 외과 의사가 전공의와 함께 수행한 이전 수술 경험, 전공의가 수술에 참여하는 교육병원에서 얻어진 것이라는 점을 인식할 필요가 있다. 따라서 이러한 데이터는 전공의가 참여하는 다른 수술에도 보편적으로 적용될 수 있으리라 생각할 수 있다. 이러한 정보는 환자가 전공의의 참여에 관한 막연한 거부감에서 결정을 내리지 않고, 제시된 데이터를 기반으로 결정하는 데 도움을 줄 수 있다. 과거 연구는 전공의의 참여에 관한 공개는 선택적인 게 아닌 일반적 절차가 되어야 함을 권고했다[4]. 전공의의 참여를 가정하는 것이 불분명하다고 주장할 수도 있지만, 교육병원에서 전공의가 참가하지 않는 것은 일반 병원 내 수술의 표준을 벗어나는 경우이다. 사례에서 본 것과 같이 로널드 씨에게 전공의가 참여하는 것을 ‘허락’해 줄 것을 요청하기보다는, 전공의의 참여가 교육병원의 일반적 절차라는 사실을 강조하는 것이 더욱 명확하면서도 덜 불편할 것이다.

하지만 전공의의 참여를 공개의 표준 내용으로 포함해 버리는 것은 외과적 위험의 공개 불확실성에 내재한 복잡성을 고려하지 않기에, 이는 결국 환자와의 복잡한 논의를 회피하려는 시도에 지나지 않을 수 있다. 로널드 씨의 추측은 직관적이라고 할 수 있다, 즉, 경험이 적은 의료 전문가가 자신의 시술에 중요한 역할을 하게 하면 합병증의 위험이 더 크다고 생각하는 추측이다. 이 추론은 논리적으로 보일 수 있지만, 진실은 그리 간단하지 않다. 축적된 연구들은 오히려 그 반대를 말한다. 교육을 담당하는 의료 시설에서 외과 전공의는 병원에서 수술이 원활히 진행될 수 있도록 하는데 많은 이바지를 하고 있다. 이러한 참여는 매우 광범위하기에 치료에 외과 전공의의 참여를 배제하는 것이야말로 의료기관의 표준적 실무에서 벗어나는 행위가 된다. 여러 연구는 치료의 표준화 정도가 낮을 때 이환율과 사망률이 증가한다고 말한다[6, 7]. 이는 곧, 표준적 진료 행위에서 벗어나는 행위(전공의의 참여 제한을 포함)는 위험도를 높일 수 있다는 의미다. 따라서 로널드 씨가 자신에게 발생할 합병증의 가능성을 낮추기 위해 수술 팀에서 전공의를 수술에서 배제하고자 한다면, 이는 정반대의 결과를 낳게 될지도 모른다. 이러한 관점에서 본다면 전공의의 참여를 충분한 정보에 근거한 동의를 얻는 과정에서 표준적 공개 내용에 포함하는 것은 결코 어려운 논의를 피하기 위한 시도가 아니게 된다. 대신, 이러한 내용을 포함하는 건 데이터에 기반해 위험과 이득에 대해 환자에게 완전히 정보를 공개하는 노력의 일환이 될 수 있다.

환자에게 충분한 정보에 근거한 결정을 내리는 데 필요한 정보가 충분히 공개되었다면, 환자는 공개된 자료를 이해해야만 한다. 로널드 씨가 자신의 치료에 전공의가 참여한다는 사실을 알게 되었을 때 보여준 놀람과 저항을 감안한다면, 그는 자신의 수술 절차에 대한 전공의의 참여에 대해 충분히 이해하지 못했다고 할 수 있다. 이러한 공개가 불필요하게 수술 전 환자의 불안 수준을 증가시킨다고 주장할 수도 있겠지만, 연구 결과는 그렇지 않음을 보인다[9]. 반면 연구는 환자가 공개되었던 내용을 수술 후 잘 기억하지 못하는 경우[9], 그리고 수련자가 참여할 것이라는 사실을 충분한 근거에 기반한 동의를 얻을 때 전달받았다는 것을 기억하지 못하는 경우에는 그렇지 않은 경우보다 합병증에 대해 더욱 우려하고 있음을 보여준다[9].

충분한 근거에 기반한 동의에는 적절한 타이밍이 필요하다.

동의 절차를 받은 후부터 수술을 시행할 때까지 환자는 전공의의 참여하에서 시술을 받을지 혹은 다른 방안을 구할지를 고려해 볼 수 있다. 아마도 이러한 질문은 선택적 미용 수술을 받고자 하는 경우 중요하게 작용할 수 있을 것이다. 그러나 이 글의 저자는 미용상 수술을 고려하는 환자에게나 백내장 수술을 고려하는 환자에게나 위험에 대한 우려에는 차이가 없다고 믿는다. 이는 두 절차 모두 환자의 삶의 질에 큰 영향을 미치기 때문이다. 환자가 미용상

수술을 위해 특정한 외과 의사를 선택하는 과정에도 다른 경우와 마찬가지로, 공개의 과정에서 제시된 위험 요인들과 수술 결과에 대한 정보들 또한 전공의의 참여하에서 수행한 외과 의사의 경험과 출판된 데이터에 기반하고 있기 때문이다. 여전히 궁금증 혹은 우려를 하는 환자는 성형외과 전공의의 참여하에서 수술 결과를 참조할 수도 있는데, 그 결과는 외과 의사가 단독으로 시행하는 수술의 결과와 만족도와 합병증 비율에서 유사한 수준으로 나타났다[9].

전공의가 수술에 참여한다는 사실이 로널드 씨에게 늦은 시점에 제공되었기에, 로쉬 박사와 프리드먼은 결과적으로 로널드 씨에게 일종의 강압을 행하게 된다. 수술실의 가용시간과 수술에서 수련자의 참여가 보편적임을 고려한다면 두 의사의 행동은 불가피한 것으로 여겨진다. 하지만 윤리 영역에서, 이러한 방식은 당사자들 모두가 느낀 감정을 고려했을 때 분명히 불편한 결과를 낳았다. 이러한 불편함의 핵심에는 충분한 근거에 의한 동의의 네 번째 조건의 위반이 있다. 즉, 환자의 의사결정에서 자발성의 문제이다. 이 정보가 로널드에게 제시되는 타이밍과 두 의사가 그에게 가하는 압력의 결합은, 이 조건을 만족하지 못하게 한다. 로널드 씨의 “저에겐 선택권이 없는 것 같군요. 안 그런가요?”라는 발언은 이를 잘 함축한다. 이러한 불편한 상황은 더 앞선 시점에서 적절하게 정보가 공개되었더라면 피할 수 있었을 것이다. 로널드 씨가 프리드먼이 수술에 참여한다는 점에 똑같이 부정적 입장을 표명했다고 가정하더라도, 적어도 그는 제공된 정보들을 생각해 보고 의사들이 가할 수 있는 부적절한 영향에 자유로운 상황에서 자발적 동의를 할 충분한 시간을 가질 수 있었을 것이기 때문이다.

충분한 근거에 의한 동의를 위해 충족해야 하는 마지막 조항은 환자가 전공의와 관련하여 제시된 조건으로 제안된 치료를 받는다는 것에 실제로 동의한다는 것이다. 로널드 씨는 결국 수술에 프리드먼이 참여하는 것에 동의함으로써 이를 묵인(acquiesce)하지만, 이러한 절차는 결코 충분한 정보에 근거한 동의를 충족하는 것으로 보기 어렵다. 적절한 공개와, 그에 대한 이해 그리고 동의의 자발적 특성을 충족하지 못하기 때문이다. 이런 방식을 통해 로널드 씨의 동의를 얻는 것이 비록 로쉬 박사와 프리드먼의 선한 의도에서 비롯되었다고 하더라도 결과적으로 이는 로널드 씨의 인간으로서의 자율성을 존중하지 못했을뿐더러, 궁극적으로 그로부터 수술을 수행하는데 충분한 근거에 기반한 동의를 얻는 데 실패했다고 할 수 있다.

참고문헌

1. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. Fair Lawn, NJ: Oxford University Press; 1987.
2. Chen AJ, Scott IU, Greenberg PB. Disclosure of resident involvement in ophthalmic surgery. Arch Ophthalmol. 2012;130(7):932-934.
3. Steeples L, Mercieca K, Smyth K. Consent for cataract surgery training: a national trainers' survey. Eye (Lond). 2012;26(5):666-670.
4. Gan KD, Rudnisky CJ, Weis E. Discussing resident participation in cataract surgery. Can J Ophthalmol. 2009;44(6):651-654.
5. Hemphill RR, Santen SA, Rountree CB, Szmit AR. Patients' understanding of the roles of interns, residents, and attending physicians in the emergency department. Acad Emerg Med. 1999;6(4):339-344.
6. Rowan CM, Nitu ME, Rigby MR. Inconsistencies in care of the pediatric hematopoietic stem cell transplant recipient with respiratory failure: opportunity for standardization and improved outcome. Pediatr Transplant. 2014;18(2):230-235.
7. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. Jt Comm J Qual Saf. 2004;30(1):5-14.
8. Vallance JH, Ahmed M, Dhillon B. Cataract surgery and consent: recall, anxiety, and attitude toward trainee surgeons preoperatively and postoperatively. J Cataract Refract Surg. 2004;30(7):1479-1485.
9. Koulaxouzidis G, Momeni A, Simunovic F, Lampert F, Bannasch H, Stark GB. Aesthetic surgery performed by plastic surgery residents. Ann Plast Surg. 2014;73(6):696-700.

Clinical Ethics Cases for Medical Students and General Physicians

제2장

생애 말기 치료

| 치료 중지 및 유지

| 죽음의 정의와 안락사 논의

치료 중지 및 유지

18

“내 아들의 울음소리를 한 번만이라도 듣게 해주세요”²²

“Please Let Me Hear My Son Cry Once”

사 례

노마는 인생에서 두 가지 목표가 있었다. 부모가 되는 것과 산부인과 전문의가 되는 것. 그녀는 후자를 이뤘고, 동창인 조지와 결혼했다. 하지만 그녀의 첫 번째 꿈은 병원에서의 오랜 근무시간, 탈진, 경력 개발에 대한 부담으로 인해 방해받는 듯 보였다. 노마가 35세에 예기치 않게 임신했을 때, 그녀와 조지는 기쁨에 넘치는 한편 비교적 고령의 임신 위험에 대한 걱정도 있었다. 결국 슬프게도 아직 태어나지 않은 아기에게서 13번 삼염색체증, 즉 파타우 증후군(Patau syndrome)이 확인되면서 걱정은 현실이 되었다. 조지와 노마는 인공임신중절을 포함한 여러 선택에 대해 논의했지만, 임신을 지속하면서 앞으로 나아가기로 결정했다. 노아는 매일 밤 기도했다. “오 하느님, 제 아들의 울음소리를 한 번만이라도 들을 수 있게 해 주십시오. 그것이 제가 원하는 모든 것입니다. 이 세상에서 단 하나뿐인 제 아이의 소리를...”

노마의 기도는 응답을 받았고, 아들이 태어났다. 밥에게는 심한 구개구순열이 있었지만, 노마와 조지는 그들의 아들이 세상에서 가장 아름다운 아이라고 생각했다. 그들의 의학적 실력으로 인해 마침내 자녀를 집으로 데려갈 수 있었다. 노마는 아들과 많은 시간을 보낸 덕분에 아기의 독특한 모든 소리에 빠르게 익숙해졌다. 짧은 무호흡증 에피소드가 시작되는 것도 금세 알아차릴 수 있었다. 밥이 이런 무호흡 발작 중에 통증을 겪는지는 알 수 없었지만, 통증을 겪고 있다고 믿을 때는 모이 박사가 처방해준 모르핀을 투여했다. 무호흡 발작의 빈도와 기간이 증가하면서 모이 박사는 통증 완화가 호흡 부전을 초래할 수 있다고 우려해 모르핀을 사용하지 말라고 조언하기 시작했다.

밥이 생후 3개월이 되었을 때 노마가 밥이 정상적 아이들과 같은 예방접종을 받을 수 있게 해달라고 요청하면서 다시 모이 박사와 노마 사이에서 갈등이 일어났다. 모이 박사는 그것이 불필요하다고 생각하며 질병 이환율을 높일 수 있다고 설명했다. 그는 이런 상황에 대해 미리 훈련받지 못한 것에 대해 후회했다. 현재 임상적, 윤리적으로 많은 문제가 있음을 알고 있었다.

노마는 열이 난다고 알리기 위해 모이 박사에게 전화했을 때, 모이 박사는 밥을 즉시 근처 병원 응급실로 데려가라고 말했다. 응급실 의사는 병력 청취와 함께 13번 삼염색체증 진단에 대해서도 알게 된 후 노마에게 “아드님은 죽어가고 있습니다. 저희가 밥을 위해 할 수 있는 일은 거의 없습니다”라고 말했다. 충격을 받은 노마는 응급실 의사에게 진찰을 계속하도록 밀어붙였는데, 의사는 밥이 급성 중이염에 감염된 것을 알고는 놀랐다. 그는 “아이의 감염을 치료하기를 원하십니까?”라고 묻고는 이어서 “이전에 아드님의 DNR 동의서는 작성하셨습니까?”라고 물었다.

22 · Morrison, W. (2010). Please Let Me Hear My Son Cry Once. AMA Journal of Ethics, 12(7), 530-534.

13번 삼염색체 증후군 환자는 13염색체를 2개가 아닌 3개를 갖고 있는 드문 유전질환이다. 일반적 임상 특징으로는 구순열 또는 구개열, 심장 이상, 두피 결손, 소두증, 발달 지연, 발작, 빈번한 무호흡, 골격 기형 및 기타 해부학적 결함이 있다[1]. 평균 수명은 수개월이지만 10대까지 말 그대로 ‘장기 생존’한 경우들도 있다고 보고된 바 있다[2-4]. 최근 치료의 발전과 만성 질환을 앓고 있는 아동을 지원할 수 있는 능력이 향상됨에 따라 많은 분야의 임상가가 13번 삼염색체증과 같은 질환을 가지고 살고 있는 아동과 마주칠 것이며 가족이 어떤 중재를 추구해야 할지 결정하도록 도와야 할 것이다.

과거에는 13번 삼염색체 증후군 환아들의 대부분의 부모는 이 증후군이 치명적이며 치료는 아이를 편안하게 해주는 데만 집중해야 한다는 말을 들었다. 심장 수술 또는 기관 절개술 등의 침습적 시술과 같은 적극적 지원은 일반적으로 제공되지 않았다. 쿨리(Koogler et al.)는 이러한 접근법이 만연됨으로써 ‘치명적’이라는 말이 자기실현적 예언(self-fulfilling prophecy)처럼 되어버렸다고 주장했다[5]. 의사의 태도는 시간이 지남에 따라 다소 바뀌었으며, 특히 21번 삼염색체증(다운 증후군)과 같이 덜 심각한 염색체 결함이 있는 환아에게 개흉 수술과 같은 치료를 제공하는 것이 훨씬 일반적인 것이 되었다. 많은 의사가 삼염색체가 있는 환아들에게는 편안하게 해주는 것이 그 아동을 위한 최선의 이익이라고 생각할 수도 있지만, 현재의 표준은 일방적 결정을 내리기보다는 부모와 선택사항을 논의하는 것이다.

이 사례에서 의사들은 이러한 문제들을 부모와 논의하는 방법에 있어 어려움을 겪고 있다. 주치의인 모이 박사는 영아를 편안하게 해줄 목적으로 모르핀을 투여하는 완화의료적인 접근을 취했다. 그러나 이것은 생존할 것으로 예상되는 무호흡증 환아에게 금기시되는 치료이다. 가족은 이러한 계획에 익숙하고 모르핀이 도움이 된다고 생각하지만, 치료 목표에 관한 논의가 얼마나 구체적이었는지 불분명하다. 이 시점에서 편안하게 해 주는 것이 생명을 연장하는 것보다 부모에게 더 중요한가? 밥이 호흡을 멈춘다면 부모는 기관 삽관이나 심폐소생술 시도를 원하는가? 밥이 죽어 간다면 부모는 밥을 집에 데려가기를 더 원하는가 아니면 병원에 있게 하는 것을 더 원하는가? 상호 합의된 목표를 설정하기 위해 좀 더 일찍 명확한 대화를 한다면 당사자들이 같은 목표를 향해 노력할 수 있게 되고, 주치의가 모르핀 투여와 같은 치료를 제공하는 데 있어서도 훨씬 더 마음을 편하게 해줄 수 있다.

하지만 그러한 대화가 이루어진다 하더라도 의료 영역에서의 의사소통은 만만치 않을 수 있다. 응급실 담당 의사는 가족이 주치의와 논의한 내용을 알지 못하거나 이들이 추구하고 있는 계획을 이해하지 못할 수 있다. 이러한 정보의 부족은 원치 않는 치료로 이어질 수 있다. 반대로 이 사례에서 발생한 것처럼 치료를 위한 조치를 취하지 않을 것이라는 부정확한 추측을 초래할 수 있다. 주치의로부터 걸려온 전화는 가족이 병원에 오는 동안 주치의가 응급실 담당의사에게 전화를 해준다면 상황을 파악하는 데 매우 큰 도움이 될 것이다.

가족의 치료 목표와 선호 이해하기

환아의 임상 상태가 변함에 따라 가족의 선호도가 변하지 않을 것으로 가정하는 것은 잘못된 일이다. 그러나 그렇게 하는 편이 여전히 가족의 마음을 더 편하게 만들 수 있다. 아마 응급실 담당 의사도 다음과 같이 묻는다면 마음이 한결 가벼워질 것이다. “모이 박사는 제게 부모님들께서 밥을 다시 입원시키기보다는 밥을 편하게 두기로 결정했다고 말씀하시더군요. 여전히 여러분들께서는 그렇게 하기를 더 원하십니까?” 이러한 순간에 가족이 바라는 것을 확인해야 할 필요는 있지만, 외부와 단절된 상태에서 대화가 시작될 필요는 없다.

이 가족의 목표는 밥과 함께 시간을 보내고 아이와 유대 관계를 맺으면서 변경될 수도 있다. 아이의 일상생활, 특히 주변 환경에 대한 인식 여부와 고통을 겪고 있는지에 대해서는 의료진의 그 누구보다 친숙할 것이다. 의사는 부모가 단순히 자녀의 죽음을 기다리고 있기는 하지만, 자녀와 함께 있는 시간이 얼마나 귀중한지 잘 알고 있다고 가정할 수

있다. 가능한 한 오래 그의 수명을 연장하려고 시도하는 것이, 그렇게 하는 데 필요한 치료가 너무 많은 고통과 통증을 유발하지 않는다면 어쩌면 지극히 합리적 목표일 수 있다.

많은 심각한 장애를 가진 아이들의 가족에게는 자신들의 자녀가 건강한 아이들과 마찬가지로 동일한 존중을 받는 것이 중요하다. 밥은 마땅히 응급실에서 경미한 질병을 진단하기 위한 진찰을 받을 자격이 있다. 밥의 부모는 그가 현재 고통을 느끼기보다는 더 많은 만족감을 경험하고 있다고 생각한다면 중이염과 같이 쉽게 치료할 수 있는 상태에 대해서는 항생제 치료를 선택할 수 있다. 일부 가족은 경구식이에 어려움이 있는 삼염색체 증후군 환아에게 영양관 삽입에 동의할 수도 있다. 임상경과가 진행됨에 따라 그런 결정은 지속적으로 재검토되어야 한다. 많은 가족이 선천성 심장 결함을 치료하지 않거나 기관 절제술과 같은 기도에 관련된 시술을 하지 않기로 결정하면서 침습적 시술을 거부한다. 그러나 심지어 이러한 침습적 시술의 경우에도 부담과 이득의 균형잡기와 비중주기에 대해 논의해야 한다. 일부 외과 의사는 합병증의 위험이 높아 심각한 선천성 기형이 있는 환아를 수술하는 것을 주저하지만, 현재 많은 센터에서 특히 해당 시술이 환아의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 경우 수술을 제공한다.

이런 환자의 경우가 모이 박사에게는 어렵지만, 가족이 자녀의 주치의를 발견한 것은 훌륭한 일이다. 밥은 겨우 몇 달 정도 살지도 모른다. 그리고 그에게는 지속적 치료를 해주는 의사가 꼭 필요하다. 그러나 가족과 의사가 함께 밥이 곧 죽는다고 평가하지 않는 한 예방 접종과 같은 아이를 위한 일반적인 돌봄은 제공되어야 한다. 13번 삼염색체 증후군이 있는 일부 환아의 경우 무호흡과 같이 생명을 위협하는 가장 위험한 상태는 아이가 성장하면서 해결된다. 예방 접종을 할 것인가에 대한 문제는 목표와 기대치를 의논할 수 있는 기회로 활용될 수 있다. 의료체계가 그러한 논의에 쏟은 시간에 대해 모이 박사에게 적절한 보상을 해준다면 가족과 의사 모두에게 유익이 될 것이다.

모이 박사는 연명의료와 관련한 의사 결정에 관해 가족과 이야기한 경험이 많지 않을 수 있으므로 사회적 자원이 있는지 평가해야 한다. 집에서 가족을 위한 추가적 차원의 지원을 제공할 수 있는 호스피스 기관이 있을 수 있다. 호스피스 기관의 직원은 가족과 함께 간병의 목표를 명확히 하여 동일한 대화를 또 반복할 필요가 없게 하고 불필요한 응급실 방문을 피하기 위해 전화를 받고 언제라도 집으로 올 수 있다. 동시에, 호스피스의 참여는 치료 가능한 질병에 대해 필요한 경우 병원에 가는 것을 막지 않는다.

소아환자의 호스피스 케어

그 지역에 소아과 경험이 있는 호스피스가 있을 수 있다. 그렇지 않은 경우, 모이 박사는 지역 기관과 협력하여 소아과적 전문 지식을 제공할 수 있다. 반면 호스피스는 연명의료에 대한 전문 지식을 제공할 수 있다. 일부 병원에는 지역 호스피스 기관과 함께 이러한 전문 지식을 제공하는 소아 완화 치료팀도 있다. 밥의 통증 정도를 평가하기 위해 호스피스 직원을 환자 곁에 두면 필요한 경우 모르핀을 증량하게 함으로써 모이 박사는 더 안심할 수 있게 된다. 모르핀이 환자를 편하게 하는 데 사용되는 경우, 마약성 진통제의 투여량에 대한 상한이 없어야 하며 효과를 내기 위해 적정될 수 있다.

태아의 심각한 선천성 증후군이 진단되었음에도 가족이 임신을 지속하기로 했다는 사실은 그들의 가치에 대한 통찰력을 줄 수 있다. 어쩌면 이 결정은 인공임신중절의 도덕성에 대한 개인적 견해 때문에 이루어졌거나 단축된 기간에도 불구하고 그들의 자녀를 보고 싶었거나 아기에게 가능한 한 좋은 삶을 주고 싶었을 수도 있다. 많은 부모가 사실을 알고도 이와 같은 결정을 함으로써 자신들을 스스로 고통받게 하기에 이미 결정은 내려졌으므로 밥이 만삭이 될 때까지 임신을 유지하기로 선택하는 것은 가족의 가치의 맥락에서 매우 사랑스러운 결정이라고 지지받아 마땅하다. 점점 더 심각한 선천성 기형이 임신 중에 많이 진단됨에 따라 일부 센터는 ‘태아 완화 치료’ 프로그램을 개발하기 시작했다. 태아 완화 치료팀과 협진을 통해 임신 중절을 결정하거나 임신을 지속하기로 결정하는 경우 이를 지원받을 수 있다. 분만실에서의 치료적 중재 또는 소생술에 관한 치료 목표가 명확하게 팀에 잘 전달될 수 있도록 도움을 받을

수 있다[6].

이 사례의 경우 부모는 모두 의사이지만, 감정에 치우치지 않는 의사라기보다는 부모로서 접근하는 것이 중요하다. 그들은 일반적 가족보다 훨씬 더 많은 지식을 가지고 있지만 연명의료에 대한 경험은 거의 없을 수도 있다. 설사 그렇지 않더라도 자신들의 자녀와 관련한 문제가 되었을 때는 심폐 소생술을 하지 말라는 결정 (DNR)이나 죽음의 과정에 대한 논의는 무겁고 감정적 경험이다. 의료진은 다른 가족들에게 하듯이 동일하게 세심한 방식으로 이러한 대화에 접근해야 하며 부모가 의사라고 해서 모든 것을 고려했다고 가정해서는 안 된다. “아드님의 DNR에 서명하셨습니까?”라고 묻기보다는(이런 질문은 그렇지 않으면 문제가 될 수 있음을 암시하는 것처럼 보인다) 응급실 담당 의사는 부모가 자녀의 주치의와 어떤 논의를 했었는지, 또는 얼마나 적극적 치료를 할 것인지에 대해 서로 얘기를 했었는지 물었다면 좋았을 것이다. 그리고는 부모가 원하는 바를 확실히 존중하겠다는 의사를 표현할 수 있었다면 좋았을 것이다.

이 사례에서 가족은 그들이 좋은 결정을 내리고 있다는 확신뿐만 아니라 가능한 선택의 범위에 대해 많은 도움이 필요할 수 있다. 침착하고 온화한 안내를 통해 가족은 이 어려운 과정에서 살아남을 수 있고 의료체계와 긴장된 만남에 관한 충격적 기억보다는 아들의 인생에 관한 소중한 기억을 가져갈 수 있다.

참고문헌

1. Trisomy 13. Medline Plus. US National Library of Medicine and National Institutes of Health. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001660.htm>. Accessed May 24, 2010.
2. Zoll B, Wolf J, Lensing-Hebben D, Pruggmayer M, Thorpe B. Trisomy 13 (Patau syndrome) with an 11-year survival. Clin Genet. 1993;43(1):46-50.
3. Redheendran R, Neu RL, Bannerman RM. Long survival in trisomy-13 syndrome: 21 cases including prolonged survival in two patients 11 and 19 years old. Am J Med Genet. 1981;8(2):167-172.
4. Wyllie JP, Wright MJ, Burn J, Hunter S. Natural history of trisomy 13. Arch Dis Child. 1994;71(4):343-345.
5. Koogler TK, Wilfond BS, Ross LF. Lethal language, lethal decisions. Hastings Cent Rep. 2003;33(2):37-41.
6. Kuebelbeck A. Waiting with Gabriel: A Story of Cherishing a Baby's Brief Life. Chicago, IL: Loyola Press; 2003.

19

삶이 끝남을 받아들일 수 있도록²³

Make It Okay that this Life is Ending

사 례

셴 박사가 심장 집중 치료실에서 진료를 보는 동안 호흡곤란으로 인해 삽관을 한 상태인 중년 여성 한 명이 항공편을 통해 240km 떨어진 지역 병원에서 이송되었다. 평소 건강에 이상이 없던 댄포스 씨에게 당일 오전 중증하벽심근경색(major inferior myocardial infarction)이 발생했다.

비행 시 동행한 간호사는 “환자가 너무 삽관에 저항해서 우리는 이송 기간 동안 환자를 진정시켜야 했습니다. 환자의 가족들은 우리가 출발하기 15분 전에 오차드 병원을 출발했어요. 그들은 댄포스 씨와 항상 함께 있고 싶어 했어요.” 응급실 사회복지사는 환자를 이송하는 동안 환자의 오빠가 전화로 “그쪽 병원으로 이동 중이지만 산을 넘어가야 하는지라 1시간 정도 늦게 도착할 것 같다”고 전달했음을 말했다.

도착한 환자는 몸이 축축해져 있었으며 사지는 차갑고 반점이 보였다. 모니터링 결과 저산소증과 저혈압 소견을 보였다. 와중 그녀의 심장은 멈추었고 셴 박사는 즉시 심폐소생술을 시행했고 승압제를 사용하기 위해 대퇴정맥 중심정맥관을 위치시켰다. 약 30분 동안 환자에게 몇 번의 위기가 찾아올 때마다 심폐소생술을 5분간 시행해야 했다.

그녀의 심장이 다시 뛰기 시작했을 때 댄포스 씨의 오빠가 다시 한 번 전화를 했다. “내 동생은 싱글맘이고 케이시의 유일한 가족이에요. 어떻게 해서든 살려주세요, 선생님. 꼭 살려놓으셔야 해요. 30분만 더 있으면 도착해요.”

환자는 또다시 무맥성 전기 활동 중단(PEA arrest) 상태로 돌아갔다. 20분 동안 지속된 심폐소생술 이후 셴 박사는 심폐소생술 중단에 반대하는 사람이 있는지 물었다. 바로 이때 사회복지사가 심폐소생 구역으로 뛰어와서는 가족들이 10분 후에 도착할 것이라고 말한다.

해 설

댄포스 씨의 사례는 응급의학적 환경에서 생애말기 결정(end-of-life-decision)을 내릴 때 발생할 수 있는 어려움을 보여주고 있다. 종종 3차 병원으로 전원된 환자는 질병이 매우 악화된 상태로 도착하며 이 상황에서 의사는 환자-의사 관계를 형성할 기회가 거의 없다. 이 사례에서 셴 박사는 댄포스 씨의 불안정한 상태에 대한 생리학적 지식만으로 진료를 수행해야 하는데 이는 환자가 결정능력이 손상된 상태이기 때문이다. 이러한 상황은 병원 내 사망에서 종종 일어난다. 스메디라 외(Smedira et al.)는 치료가 보류되거나 중지된(withheld or withdrawn)중환자실 환자들의 2천여 건에 대해 조사하였고, 이들 사례 중 단 5%의 경우에만 환자들은 의사결정능력이 있거나 치료 방침을 결정하는데 참여할 수 있었다[1]. 가능한 경우 가족 구성원들은 대리 의사결정자 역할을 하며, 이러한 역할은 사회적 관습에 의해(그리고 몇몇 주에서는 법에 의해) 지지받는다. 셴 박사는 그가 아는 모든 정보들(그녀는 싱글맘이며, 가족들이 그녀를 어떤 방법을 동원해서라도 살리기를 원한다는 점)을 바탕으로 중요한 결정을 내려야만 한다. 그는 댄포스씨의 소생이 무의미하다고 판단되는 시점까지 이를 지속해야만 한다.

셴 박사는 심폐소생술을 계속하는 것의 이점을 그를 중단하는 것과 비교해 이익을 평가하여야 한다. 우리는

23 · Pace, C. (2010). Make It OK That This Life Is Ending. AMA Journal of Ethics, 12(6), 440-443.

덴포스씨가 평소 건강하던 여성으로 중증하벽심근경색이 발생했고 적극적 개입에도 불구하고 그녀의 예후가 매우 좋지 않다는 정보를 알고 있다. 우리는 모든 무맥성 전기 활동 중단(아스)의 원인이 조사되었고, 적절한 처치(예를 들어 심장압전을 배제하기 위한 침상에서의 심장 예코, 기흉을 배제하기 위한 방사선 촬영, 저혈당을 확인하기 위한 손가락 혈액 검사, 적절한 산소공급을 확인하기 위한 맥박산소측정)가 시행되었을 것이라 추정할 수 있다. 쉐 박사는 무맥성 전기활동 중단(아스)의 모든 가역적 원인을 찾아 처치했다. 그럼에도 환자는 비가역적 질병의 진행상황에 놓여있다. 그는 할 수 있는 모든 것을 했다.

쉐 박사는 가족이 도착할 때까지 환자에 대해 심폐소생술을 계속해야 하는가? 이 경우 무엇보다도 이 사례에서 먼저 고려해야 하는 점은 응급실에서 종종 마주치게 되는 상황을 복잡하게 하는 요소들이다. 의사는 응급실의 다른 환자들을 계속 관리하면서도 적은 데이터로 환자의 최선의 이익을 위해 행동해야 한다. 심폐소생술을 위한 노력에는 가용 자원의 많은 부분을 필요로 한다. 쉐 박사는 심폐소생술을 계속하는 것과 그에 필요한 자원을 응급실의 다른 환자들에게 재할당하는 것 중 어느 쪽이 더 중요한지를 따져봐야만 한다.

30분간의 간헐적 심폐소생과 그 후 지속된 20분간의 심폐소생에도 덴포스씨가 또 다른 시도를 했을 때 살아날 것이라고 생각하는 사람은 거의 없을 것이다(혹 살아난다 하더라도 의미 있는 신경학적 기능을 할 수 없을 것이다). 초기 충격성 리듬(VF 혹은 pulseless VF)이 없을 때 병원 내 무맥성 전기활동 중단을 경험한 환자의 퇴원 생존율은 12%인 것으로 잘 알려져 있다[2]. 중환자실 환자에서 심폐소생술을 반복 시행의 효능을 평가하는 분석에서 생존하여 퇴원할 확률은 0%인 것으로 밝혀졌다[3].

응급실은 명확하고 맥락에 근거한 결정의 필요성이 가장 중요한 장소임과 동시에 그것이 가장 어려운 장소이기도 하다. 이 사례는 세 가지 주요한 문제를 제기한다. ‘무의미함(Futility)’이 무엇인지, 무의미함의 평가는 언제 실시하는지, 그리고 특정 상황에서 무의미함의 개념을 어떻게 적용하는 지이다.

‘무의미함’의 개념은 오래전부터 있었다. 히포크라테스는 의사가 “병의 위세가 지나칠 정도로 강할 때는 의료행위가 무력함을 깨닫고 치료를 중단해야 한다”고 말한 것으로 알려졌다[4]. 1995년 논문 ‘Is Futility a Futile Concept’에서 바루크 브로디(Baruch Brody)와 아미르 할러비(Amir Halevy)는 치료가 무의미하다고 분류되는 4가지 상황들을 설명한다. (1) 생리학적 무의미함, 의도된 생리학적 효과를 내지 않을 때 치료는 무의미하다. (2) 임박한 임종, 치료는 환자가 짧은 시간 내에 사망할 것이라는 사실을 바꾸지 않으며, 기저 질병의 진행에 어떠한 효과도 없음 (3) 치명적 상황, 임박한 임종 상황과 비슷하지만, 치료가 기저 질병에 효과가 없는 것은 아님. (4) 질적 무의미함, 치료의 여부가 삶의 질 개선에 영향을 미치지 않음[5]. 이러한 틀은 대부분의 무의미함의 사례를 다루고 있으며, 생애말기 치료(end-of-life care)에만 국한되어 있지 않다.

언급할 만한 두 번째 무의미함에 대한 정의는 에릭 창(Eric Chwang)의 ‘Futility Clarified’에서 등장한다[6]. 창은 앞선 학자들과 다르게 무의미함에 일반적 혹은 다목적의 정의를 내릴 수 없다고 주장한다. 각 상황에서 이는 개별적으로 결정해야 한다. 따라서 의학적 무의미함은 주어진 환자에 대해 특정 목표를 달성하는데 유용한 목적을 제공하지 않는 임상적 조치로 정의된다. 이 사례의 경우, 덴포스씨는 심폐소생술을 받고 있다. 현재의 치료는 심폐소생술이며, 그 의도된 효과는 자발적 순환으로 복귀(ROSC)다. 여러 번의 치료 시도에도 불구하고 생리학적 결과는 변하지 않는다. 무맥성 전기활동 중단과 계속된 심폐소생술 사이클과 관련한 데이터 결과들을 고려해 볼 때 덴포스씨는 생존하지 못할 것이다. 이 사례에서 창(창)의 분석틀을 적용하면 심폐소생술을 지속하는 것은 무의미한 것으로 간주할 수 있다.

하지만 무의미함 평가는 개별 임상 결과에 기반한 지속적이고도 역동적 과정이다. 가족이 병원에 도착하려는 상황에서 응급실 의료진들은 환자를 계속 소생시키는 것을 목표로 재구성할 수 있다. 상황은 ‘생명을 구한다’에서 ‘생명이 끝나다 괜찮도록 한다’로 바뀐다. 이 새로운 이해를 통해 환자를 돌보는 모든 사람의 접근 방식은 비록 신체적 행동(가슴압박은 가슴압박으로 유지됨)은 변하지 않더라도 심리적 입장이 변화한다. 무의미함 평가가 치료의

목표를 변화시킴에 따라 예상된 치료의 최종 목표를 변화시킨다. 이러한 포커스의 전환이 비록 개념적인 것에 불과한 것일지라도 환자의 죽음을 가족들이 그대로 받아들일 수 있게 할 수 있다는 점에서 심폐소생의 역할은 무시될 수 없다. 연구들은 가족들의 의사 결정은 무의미함을 인식하고 상황을 받아들이며 그 다음 환자를 보내주는 순차적으로 전개되는 과정임을 지적한다[7, 8].

의학적 무의미함의 다양한 정의에도 불구하고 그 개념들을 현장에 적용하는 데에는 적절한 환자 치료에 대한 윤리적 고찰이 필요하다. 우리는 사례의 환자를 돌보는데 거대한 양의 자원이 소모됨을 인식함과 동시에 비록 치료의 목적이 무의미한 목적(즉, 자발적 순환으로의 복귀)에서 의학적이지는 않더라도 도달 가능한 목표로 바뀌었다고 하더라도 이 환자를 얼마나 더 관리하고 있어야 하는지에 대한 윤리적 질문은 여전히 남아있음을 인식해야 한다. 이 환자를 관리함으로 인해 의사는 다른 환자들에게 사용될 자원을 빼앗고 있는 것은 아닌가?

가족 구성원들이 곧 도착할 것이라는 사례의 정보는 이러한 질문에 대답하는 것을 상대적으로 쉽게 한다. 심폐소생술을 위해 10분을 더 소모하는 것이 응급실의 자원 배분 혹은 환자의 흐름에 큰 악영향을 미치지 않을 것이라 생각된다. 그리고 종결의 가능성을 제공하는 것은 환자의 죽음을 가족 구성원들이 상대적으로 쉽게 받아들일 수 있도록 한다. 무의미함 평가는 이 환자의 치료와 응급실 내 다른 환자의 치료를 모두 고려하는 역동적 과정이다. 의사는 의료적 의사 결정의 윤리와 함께 수탁자 책임(fiduciary responsibility)과 전문 지식의 틀을 활용하여 이러한 어려운 결정을 내리기 위해 최선의 판단을 사용하여야 한다.

참고문헌

1. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med*. 1990;322(5):309-315.
2. Meaney PA, Nadkarni CM, Kern KB, et al: American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Rhythms and outcomes of adult in-hospital cardiac arrest. *Crit Care Med*. 2010;38(1):101-108.
3. Myrianthefs P, Kalafati M, Lemonidou C, et al. Efficacy of CPR in a general, adult ICU. *Resuscitation*. 2003;57(1):43-48.
4. Scannell K. Medical futility. *Permanente J*. 2002;6(1). <http://xnet.kp.org/permanentejournal/winter02/futility.html>. Accessed May 10, 2010.
5. Brody B, Halevy A. Is futility a futile concept? *J Med Philos*. 1995;20(2):123-144.
6. Chwang E. Futility clarified. *J Law Med Ethics*. 2009;37(3):487-495.
7. Swigart V. Recognizing and respecting family judgment. *J Clin Ethics*. 1995;6(1):85-87.
8. Swigart V, Lidz C, Butterworth V, Arnold R. Letting go: Family willingness to forgo life support. *Heart Lung*. 1996;25(6):483-494.

죽음의 정의와 안락사 논의

20

의사는 죽어가는 근위축성 측삭 경화증 환자를 어떻게 돌보아야 하는가?²⁴

How Should Physicians Care for Dying Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis?

사 례

S 박사는 워싱턴주의 완화 치료 의사이다. 그에게는 다양한 질병 과정 내내 추적 관찰하며 돌보는 환자들이 있다. 현재 클리닉에서 S 박사는 1년 동안 돌보고 있고 한 달에 한 번 보던 환자 도널드 씨를 만난다. 도널드 씨는 지난해 49세에 근위축성 측삭 경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, 이하 ALS) 진단을 받았다. 진단 받기 전 도널드 씨의 생계는 최적의 신체적 건강과 손재주에 전적으로 의존했다. 마라톤 선수이자 프로 바이올린 연주자에게 ALS는 엄청난 충격이었다. 지난 1년간 그의 질병은 급속히 진행되어 왔다. 처음에는 오른발 위약감으로 시작되었는데, 지금 그는 휠체어를 탄다. 건강 보조원이 목욕, 화장실 사용, 옷차림 및 식사를 도와준다. 그는 약간의 양측 상지 수축이 발생하였고, 손으로도 간단한 작업을 수행할 수 없게 되었다. 지금까지 그의 호흡 기능은 감소해 기능을 유지하고 있지만 삼킴 기능이 악화되기 시작했다. 그는 최근에 걸쭉하게 만든 음식과 액체로 된 연하장에 식이를 시작했다.

도널드 씨는 진료를 받는 동안 S 박사에게 “많은 생각 끝에 자신의 삶을 끝내고 싶다고 결정했다”고 말했다. 그는 그가 앓고 있는 병이 자기 자신을 정의하고 그의 인생에서 의미를 창조하는 모든 것을 빼앗아 갔다고 설명했다. 그는 더이상 바이올린을 연주할 수 없으며 모든 기본적 필요를 위해 다른 사람들에게 의존하는 것이 편안하지 않다고 했다. 그는 이 병이 필연적으로 인공호흡기에 의존하는 시점으로 진행될 거라는 걸 알고 있고 이런 방식으로 사는 것을 결코 받아들일 수 없을 것이라고 확신하고 있다. “지금은 먹을 수 있습니다. 말할 수 있습니다. 숨을 쉴 수 있습니다. 저는 저에게 중요한 것들을 잃기 전에 죽고 싶습니다.” 그는 더이상 물리적으로 그렇게 할 수 없다는 것을 인정하면서 S 박사에게 그의 삶을 끝내게 도와 달라고 요청했다.

최근 존엄사법이 통과된 주(state)에서 말기 질환으로 고통받는 수많은 환자들을 돌보며 진료를 하고있는 S 박사에게 이 요청은 새로운 것이 아니다. S 박사는 특정 상황에서 의사 조력 사망이 적절하다는 데 동의한다. 그러나 도널드 씨의 경우 신체적 불능으로 인해 사망을 앞당기기 위해 처방된 약을 실제로 복용할 수 없기 때문에 S 박사는 도널드 씨의 죽어가는 과정에 있어 그의 역할이 ‘돕는 것’ 이상이어야 한다는 것과 이게 문제가 될 수 있다는 것도 알고 있다. 법적으로 도널드 씨는 주정부가 승인한 엄격한 심리 테스트를 통과한 경우 필요한 약물의 처방을 받을 자격이 있지만 스스로 약물 주입을 할 수 없는 신체적으로 무능력한 상태에서는 이 법이 부여하는 권리를 실제로 행사할 수 없다는 것을 의미한다. S 박사는 도널드 씨가 이 법의 혜택을 누릴 수 없다는 것을 유감스럽게 생각한다. 이 법은 치명적 처방약을 스스로 투여할 능력이 없는 경우를 제외하고는 거의 모든 방식으로 말기 환자를 돕기 위해 특별히 통과되었다. S 박사는 도널드 씨에게 의학적 도움을 주지 않으면 도널드 씨는 버림 받았다고 느끼거나 절망하며 무력감을 느껴 고립되고, 예상보다 길어지며, 폭력적인 죽음의 길을 추구하는 상황에 처해질 수 있다고 걱정한다. S 박사는 도널드 씨의 도움 요청에 어떻게 대응해야 할지 고민이다.

24 · Craig, A., & Dzeng, E. (2018). How Should Physicians Care for Dying Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis?. *AMA journal of ethics*, 20(8), E690.

도널드 씨의 사례는 의사가 생을 마칠 때 치료자로서 행동할 수 있는 방법에 대해 되돌아보게 하는 도전적 윤리적 딜레마를 제시하고 있다. 또한, 윤리적 문제와 별도로 고려해야 하는 의사조력사망(Physician-Assisted Death, 이하 PAD)와 관련된 법적 문제도 관련이 있다. 이 글에서 우리는 도널드 씨와 같은 어려운 임종기 상황을 마주한 의사들을 위한 윤리적 틀에 특히 중점을 둔다. 우리는 S 박사가 도널드 씨의 바람을 존중하면서도 여전히 견고한 윤리적 기반을 유지하는 몇 가지 방법들을 제시하고자 한다. 또한 윤리적으로 행동하는 맥락에서 도널드 씨 요청의 법적 영향에 대해 논의할 것이다. 여기서 우리는 PAD가 S 박사에게 도덕적으로 용납될 수 있다고 가정하지만, 도널드 씨의 죽음에 있어 더 적극적 역할이 요구되는 이 PAD의 확장으로 인해 어려움을 겪는다고 생각한다.

의사조력죽음 vs 안락사

도널드 씨의 요청은 PAD와 안락사 사이의 정의 기준을 강조한다. PAD와 안락사는 대행사를 환자와 의사에게 매우 다르게 배정하게 하고, 안락사는 미국의 모든 PAD 법률에 따라 범주적으로 금지되므로 이 경우 둘을 구별하는 것이 중요하다.

법적으로 PAD와 안락사는 의사의 참여 정도에 따라 다르다. PAD에서 의사는 환자가 스스로 투여하는 치명적 약을 처방하는 반면 자발적인 적극적 안락사에서는 의사가 환자의 요청에 따라 치명적 약물을 주입한다. 미국에서는 PAD 및 안락사에 관한 논쟁이 *People v. Kevorkian*(2001)에서 강조되었는데, 의사 잭 케보르키안(Jack Kevorkian)이 ALS 환자의 사망에 있어 2급 살인 판결에 대해 항소한 사건이다. 이 사건에 대해 미시간 상고 법원은 의사 조력 자살은 살인과 마찬가지로 판결했다. 법원은 ‘참을 수 없고 치유할 수 없는 고통으로부터 자유로울 권리’를 승인하는 것은 주 의회에 맡기는 것이 낫다고 지적했기 때문에 이 결정 이후로 여러 미국 주들이 PAD를 합법화하는 법안을 제정하기로 선택했다는 사실은 주목할 만하다. 워싱턴과 다른 주들에서 존엄사(Death with Dignity, DWD) 법안은 마약을 스스로 복용해야 하기 때문에 도널드 씨와 같은 환자를 명시적으로 배제하는 것으로 보인다. 안락사는 환자가 명시적으로 동의하면 벨기에와 네덜란드에서는 합법적인 반면, 모든 미국 주에서는 불법이다.

환자가 치명적 약물을 스스로 먹지 못하기 때문에 ALS는 PAD를 둘러싼 윤리적 논쟁의 중심에 있는 질병이다. 워싱턴 주에서 ‘합리적인 의학적 판단’에 근거한 자격 기준에는 의사 결정 능력, 6개월 이하의 예후, 치명적인 약물을 스스로 섭취하는 능력이 포함된다. 대조적으로, 오레곤 법은 환자가 스스로 투여해야 한다는 요구 사항이 명확하지 않다. 사람들은 ALS의 질병 경로가 존엄사 활용을 막는다고 생각할 수 있지만, 일부 워싱턴 주의 의사들은 환자들이 스스로 약물을 투여하기 위해 ‘주사기를 밀어 넣어 약물을 투여하는 일’은 가끔 필요했다는 것에 주목한다. 합법적인 이유는 ‘자격을 갖춘 환자가 약물을 섭취하여 생명을 끝내는 행위’를 나타내기 때문이다.

PAD를 존중하는 단계

환자가 의사에게 자신의 생을 마감하는 데 도움을 요청하고 주법에 PAD가 선택할 수 있는 방법으로 포함된 경우 이러한 요청을 이행하기 위해 다음 단계를 고려하는 것이 도움이 된다. 고려해야 할 법적 문제가 분명히 있지만, 여기에서 우리는 고유한 윤리적 문제에 중점을 둔다.

동기를 파악하라.

먼저 의사는 답변을 하기 전에 환자가 요청하는 이유를 알아봐야 한다. 또한 관련될 수 있는 정신 질환에 대해

알아내고 치료 또는 진료 의뢰를 해야 한다. 이 사례에서 도널드 씨의 동기는 비교적 분명하다. 삶을 의미 있게 만드는 활동에 참여할 수 있는 능력의 상실은 말기 환자가 PAD를 추구하는 일반적 이유이며, 이는 마치 사망에 이르는 방법에 대한 통제를 원하는 것과 같다. 약물을 제공하는 것만으로도 환자의 자기 결정 느낌을 강화하는 데 도움이 될 수 있다. PAD는 많은 의사로부터 강한 반응을 불러일으킬 수 있는 문제이기 때문에 의사가 도널드 씨와 같은 요청에 대한 자신의 개인적 반응을 염두에 두는 것도 중요하다. 의사가 환자에 의해 올바른 행동을 하기 위해서는 동기 탐색이 필요하기 때문에 현 시점에서 원리주의의 틀은 중요해진다. 원리주의를 적용함으로써 의사는 선행, 해악 금지, 자율성 존중 및 그 사례와 관련된 정의를 극대화하려고 노력하면서 피해와 유익을 파악하고 그 비중을 평가하게 된다.

의사는 최선의 이익이 무엇인지를 고려하고 유익을 극대화하기 위해 환자의 생의 마감을 향한 목표에 대한 동기를 탐색하는 대화에 시간과 에너지를 투자해야 한다. 문제는 흔히 ‘유익한’ 요소가 무엇인지 명확하지 않다는 것이다. 선의를 추구하기 위해 S 박사는 도널드 씨가 정의한 대로 ‘좋은 죽음’에 대한 긍정적 권리를 고려해야 한다. 이 권리는 S 박사로 하여금 도널드 씨가 ‘좋은 삶’으로 간주하는 것과 그의 삶의 질이 ALS에 의해 어떻게 영향을 받는지 탐색하도록 요구한다. S 박사는 자신의 삶의 의미, 즉 주관적으로 인식된 실존적 가치가 정적인 것이 아니라 오히려 죽음에 가까워질수록 생의 과정에서 바뀌며 때로는 매우 빠르게 변화한다는 사실을 명심해야 한다. 또한 그는 도널드 씨의 실존적 고통, 즉 그를 온전한 사람으로 만드는 것의 상실, 그의 삶의 의미를 유지시키는 일들을 할 수 있는 능력의 상실, 그리고 그의 독립성의 상실로부터 자유로워지는 부정적 권리를 고려해야 할 필요가 있다.

의사는 환자들의 좋은 삶과 좋은 죽음이 무엇을 의미하는지 탐구해야 할 의무가 있지만, 의사가 선의를 극대화하는 데 실패하거나 자율성에 대한 존중을 위태롭게 하지 않도록 환자가 이러한 용어를 스스로 정의하는 것이 중요하다.

충분한 정보에 의한 동의를 받으라.

도널드 씨의 동기가 철저히 탐구되고 진정으로 자신의 것으로 결정되면 S 박사는 다음에 도널드 씨의 충분한 정보에 의한 동의를 확보해야 한다. 이것은 존엄사법에 접근하기 위한 공식적인 법적 요구 사항일 뿐만 아니라 도널드 씨의 자율성을 존중하기 위한 윤리적 요구 사항이다. 도널드 씨는 이미 자신의 상황에 대한 이해를 분명히 표현하고 올바른 논증을 통해 조리 있고 일관된 선택을 표명했지만, 대안에 대한 환자의 이해를 이끌어내지 않으면 동의에 대한 논의가 완료되는 것은 아니다. S 박사는 도널드 씨와 병을 가지고 사는 삶이 완화 치료가 있는 삶(기능 상실 및 증상 조절 상실)과 완화 치료가 없는 삶(기능 상실 및 점진적으로 악화되는 증상)이 어떠할지 논의해야 한다. 도널드 씨는 광범위한 완화 치료 옵션(아래에서 자세히 설명)을 알고 있어야 하며 자신의 목표와 가치에 맞지 않는 추가 생명 유지 치료를 받을 필요가 없다.

또한, 이 사례에서는 도널드 씨의 능력이 분명해 보이지만 일반적으로 의사는 그러한 상황에서 환자의 의사 결정 능력을 고려해야 한다. 법정 대리인은 환자가 의사 결정 능력을 상실할 때 환자를 계속 옹호할 수 있도록 이러한 논의를 알고 참여해야 한다.

마지막으로 ‘부정적 자율성’도 관련이 있다. 즉, 도널드 씨뿐만 아니라 미래의 환자들도 환자의 동의 없이 적극적인 태도의 의사가 개입함으로써 잠재적 남용이 없어야 한다. 그리고 S 박사도 마찬가지로 자신의 윤리적 신념에 반해 처방하도록 강요받지 않아야 한다.

목표를 정의하라.

무엇이 환자의 삶에 의미가 있는지 알고 나면 의사는 환자에게 선보다 해를 더 끼칠 수 있는 치료를 피하기 위해 환자와 함께 치료의 예후와 목표를 논의해야 한다. S 박사는 도덕에 대한 잠재적인 피해와 실제적인 피해 모두를 설명하는 것을 포함하여 해악 금지 또는 ‘해를 끼치지 않음’의 의미를 명시해야 한다. 그러나 무엇이 해악을 끼치지

않는 것인지 명시하는 것이 항상 쉬운 것은 아니다. 의사는 종종 무엇이 적절한 것인지에 대해 강한 의견을 가지고 있다. PAD가 실제로 환자에게 해를 끼치는 것을 수반한다는 사실을 인식하는 것이 의사들에게는 중요하다. 이러한 관점에서 PAD에 참여하는 것은 의사의 선서를 위반하게 되는 것이다. 그러므로 PAD를 통해 해악 금지 원칙을 존중하는 것은 확실히 불가능할 것이다. 만일 도널드 씨의 요청을 존중하지 않고 그가 앓고 있는 질병의 자연 경과가 지속되도록 한다면 S 박사는 환자-의사 관계에 심각한 실제적 피해를 가져오거나 잠재적으로 고통스럽고 고립된 혹은 자살을 포함한 문제가 있는 사망에 이르게 할 수 있다고 생각할 수 있다.

임상 의사가 환자의 자유 행동권, 선택 또는 자율성을 거부할 경우 환자에게 심각한 피해를 줄 수 있다. 그러므로 S 박사는 도널드 씨가 의료로부터 무엇을 얻고자 하는지 알아내야 한다. 죽음 자체가 도널드 씨의 유일한 목표라고 가정하는 것은 잘못이다. 사실 기술된 이 사례에서 암시적 의미는 도널드 씨가 의미를 추구하는 삶에 적극적으로 참여하는 능력이 감퇴되는 고통으로부터 자유로워지기를 원한다는 것이다. 다른 가능한 목표들은 자기 결정 유지, 평화로운 죽음, 존엄(품위) 유지 또는 사랑하는 사람과 의미 있는 방식으로 대화할 수 없는 고립된 상태를 피하는 것들이다. 악행 금지를 고려할 때 모든 의사는 치명적 약물 처방을 거부할 경우 발생할 수 있는 잠재적 피해에 대해 PAD에 기인한 내재적 피해의 정도를 가늠해야 한다. 이같이 특정한 균형은 의사, 환자 및 상황에 따라 다를 것이다.

대안을 찾아보라.

마지막으로 의사는 다른 대안적 방법들에 대해 논의해야 한다. PAD 이외에도 도널드 씨는 생애 말기 중재들의 스펙트럼을 인식하지 못할 수 있으며 그것 중 어느 것이라도 PAD만큼이나 그의 목표와 희망에 부합할 수 있다. 적극적인 완화 의료 지원 외에도 이러한 중재에는 자발적으로 먹고 마시는 것을 중단하기, 호흡 보조 및 연명 치료 철회, 사망에 빨리 이르게 하는 것으로 알려진 진통제, 그리고 완화 진정이 포함된다. 이 사례에서 도널드 씨가 온전히 자신의 주도하에 적극적으로 PAD를 추구했음에도 불구하고 일반적으로 의사는 PAD를 유일한 옵션으로 제시하지 않도록 주의해야 한다. 또한 S 박사는 부적절한 증상 관리로 인해 도널드 씨가 PAD를 추구하도록 동기를 부여할 수 있기 때문에 도널드의 완화 치료에 대한 필요가 적절히 언급되고 그가 호스피스를 하나의 옵션으로 알고 있는지 확인해야 한다.

S 박사는 개인적 경험과 관련된 도널드 씨의 동기를 탐색하는 것 외에도 도널드 씨가 PAD를 추구하는 다른 잠재적 동기를 탐색해야 한다. 특히 S 박사는 다른 완화 의료 옵션을 추구할 재정 자원이 부족하여 도널드 씨가 치명적 약물을 찾는 것은 아닌지 확인해야 한다. PAD 약물의 고비용(약 3,000 달러)에도 불구하고, 여전히 다른 많은 생명 유지 치료보다 훨씬 저렴하다. 특히 이것은 복잡한 질병이 말기에 이를수록 더하다. 불충분한 완화 의료 서비스 환경에서 PAD를 제공하는 것은 부당하며 이는 사회 경제적 지위가 낮은 환자들에게 불이익을 줄 수 있는 우려를 낳게 한다. 오레곤 주 바바라 와그너(Barbara Wagner)의 사례는 이같은 부당함의 가장 좋은 예일 것이다. 그녀의 보험 회사는 비싼 화학 요법 치료제인 에를로티닙에 대한 지불을 거부하는 대신 PAD 약물에 대한 비용 지불을 제안했다. 그녀의 사례는 불행히도 하나뿐인 사례가 아니다. PAD는 빈곤층에게 우선 고려되는 매력적 선택이 되어서는 안된다. 대신 의사는 환자를 다른 자원과 연결하기 위해 모든 노력을 기울여야 한다.

의사는 인종이 PAD의 선택 또는 토론에 어떤 영향을 줄 수 있는지에 대해 주의를 기울여야 한다. 아프리카계 미국인 환자는 백인 환자보다 완화 치료에 참여할 가능성이 적다. 이는 어쩌면 이 인구집단을 하층은 존재로 여겨온 의학의 역사와 기존의 구조적 불평등으로 인한 것일 수 있다. PAD가 취약한 인구에 부정적 영향을 줄 수 있다는 우려가 있어왔다. PAD에 관한 토론은 소수 민족에게 특히 어려운 문제가 될 수 있는데, 그들의 사망 및 죽어감에 대한 태도는 어느 정도 개인 및 역사적 경험으로 인해 보건 의료 전문가들에게 대한 불신을 반영될 수 있다.

이 구체적 틀은 S 박사가 도널드 씨의 요청을 이해하는 데 도움이 되고 도널드 씨가 그의 동기와 목표에 더 잘 맞는 다른 옵션을 고려할 수 있게 해준다. 도널드 씨가 여전히 S 박사가 자신의 삶을 끝내도록 돕기를 원한다면, S 박사는 워싱턴 주에서 사용된 한 가지 방법, 즉 가족이 약물을 준비하고 환자의 입이나 급식관에 놓는 것을 돕는 방법을 고려할 수 있다. 이 방법이 도널드 씨에게 사용된다면, 그는 다음에 머리를 움직이거나 치명적 약물이 담긴 주사기를 입이나 급식관에 밀어 넣음으로써 자가 투여를 할 수 있을 것이다. S 박사가 이 옵션이 그와 그의 환자에게 적합하다고 생각한다면 이 방법이 도널드 씨에게는 그의 자율성을 실현할 수 있도록 하는 반면 환자-의사 관계를 유지함으로써 S 박사로 하여금 해악을 하도록 하는 것을 최소화할 것이다. 그것은 윤리적으로 허용될 수 있으며, 워싱턴 주에서는 위에서 논의한 바와 같이 자가 투여를 위해 주사기를 밀어 넣는 것이 합법적으로 허용되는 것으로 밝혀졌다. 그러나 안락사로 여겨질 수 있다는 점을 감안할 때 일부 미국의 주에서는 이 옵션을 둘러싼 법적 논쟁이 있다. 현재 이 옵션은 법적, 윤리적 회색 영역에 있다.

PAD는 특히 환자가 약물을 스스로 투여할 수 없을 때 중요한 윤리적 도전을 준다. 의사는 동기부여 탐색, 의사결정 능력 판단, 목표 정의 및 대안의 구체화 등에 대한 심층적 대화를 계획해야 한다. 이 과정에서 의사는 환자의 요청에 관한 자신의 개인적 반응을 인식하고 이 문제에 대한 강력한 견해를 염두에 두어야 한다. 의사는 증상 관리 및 치료 목표 대화 등 환자의 완화 치료에 있어 동료들의 도움을 구해야 한다.

참고문헌

1. Fins JJ, Bacchetta MD. Framing the physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia debate: the role of deontology, consequentialism, and clinical pragmatism. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43(5):563-568.
2. Emanuel EJ. Euthanasia: historical, ethical, and empiric perspectives. *Arch Intern Med.* 1994;154(17):1890-1901.
3. *People v Kevorkian*, 639 NW2d 291 (Mich Ct App 2001).
4. Wash Rev Code ch 70.245 (2008).
5. Or Rev Stat ch 127 (1997).
6. Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, Clarridge BR. The practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States: adherence to proposed safeguards and effects on physicians. *JAMA.* 1998;280(6):507-513.
7. Cassel CK, Cassel CK. Morals and moralism in the debate over euthanasia and assisted suicide. *New Engl J Med.* 1990;323(11):750-752.
8. Wang LH, Elliott MA, Jung Henson L, et al. Death with dignity in Washington patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology.* 2016;87(20):2117-2122.
9. Oregon Department of Health. Oregon Death with Dignity Act: 2015 data summary. <https://www.oregon.gov/oha/ph/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf>. Published February 4, 2016. Accessed February 21, 2018.
10. Back AL, Starks H, Hsu C, Gordon JR, Bharucha A, Pearlman RA. Clinician-patient interactions about requests for physician-assisted suicide: a patient and family view. *Arch Intern Med.* 2002;162(11):1257-1265.
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 1989.
12. Faden RR, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent*. New York, NY: Oxford University Press; 1986.
13. Genuis SJ. Dismembering the ethical physician. *Postgrad Med J.* 2006;82(966):233-238.
14. Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. *N Engl J Med.* 1994;331(2):89-94.

15. Ganzini L, Nelson HD, Lee MA, Kraemer DF, Schmidt TA, Delorit MA. Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon Death with Dignity Act. JAMA. 2001;285(18):2363-2369.
16. Dobscha SK, Heintz RT, Press N, Ganzini L. Oregon physicians' responses to requests for assisted suicide: a qualitative study. J Pall Med. 2004;7(3):451-461.
17. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. N Engl J Med. 1998;338(17):1193-1201.
18. Petrillo LA, Dzung E, Smith AK. California's End of Life Option Act: opportunities and challenges ahead. J Gen Intern Med. 2016;31(8):828-829.
19. Dembosky A. Drug company jacks up cost of aid-in-dying medication. NPR. March 23, 2016. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2016/03/23/471595323/drug-company-jacks-up-cost-of-aid-in-dying-medication>. Accessed June 11, 2018.
20. James SD. Death drugs cause uproar in Oregon. ABC News. August 6, 2008. <http://abcnews.go.com/Health/story?id=5517492&page=1>. Accessed March 7, 2018.
21. Johnson KS. Racial and ethnic disparities in palliative care. J Palliat Med. 2013;16(11):1329-1334.
22. Stump E. Assisted suicide legal in Washington. Neurol Now. 2009;5(1):9-10.

Clinical Ethics Cases for Medical Students and General Physicians

제3장

동료 의료인 관계

| 동료 의사와의 관계

| 병원 내 다른 의료직역들과 관련한 윤리 문제

동료 의사와의 관계

21 기능손상이 있는 전공의²⁵ An Impaired Resident

| 의사 및 수련의는 동료 의료인의 기능손상(impaired)이 환자를 위험에 빠뜨린다고 생각될 때는 말해야 할 책임이 있다.

사 례

스티브와 존은 도시 상급병원의 내과 2년 차 전공의들이다. 그들은 의대생 때부터 친구였으며 1년차 때 함께 긴 교대근무를 하면서 더 가까워졌다.

지난 몇 주 동안 존은 자기 자신이 아니었다. 스티브는 존이 일반 전공의보다 수면이 부족한 것으로 보여 때로는 눈물을 보인다고 생각했다. 스티브는 존이 다른 전공의들과 점심을 먹지 않고, 많이 먹지 않는다는 것을 알게 되었다. 걱정이 된 스티브는 존이 몇 달 동안 다소 은둔생활을 했다는 것을 깨달았다. 이전에는 존과 스티브, 그리고 스티브의 아내 마리아가 저녁 식사를 하러 가거나 저녁에 함께 모였지만 존은 지난 몇 번의 초대를 거절했다. 스티브는 존의 새로운 행동을 전공의 수련의 정상적 기복과 결합된 ‘겨울 우울증’으로 여기고 넘겼다. 전공의 2년차는 1년차 때처럼 많은 시간을 일해왔기 때문에 스티브는 존이 함께 어울릴 시간이 없다는 사실을 큰 문제로 여기지 않았다.

스티브는 지난주 평소 친근하고 차분한 존이 의대생에게 으르렁거리듯 말하고 간호사에게 소리치는 것을 보았다. 그 후 그는 간호사들로부터 존이 정신이 딴 데 가 있는 듯 보이고 필요할 때 찾기가 힘들어졌고, 처음부터 처방하는 것을 잊고서 빠뜨린 검사 결과에 대해 간호사들에게 소리쳤다고 호소하는 것을 들었다. 존은 또한 그들에게 일반적으로 처방되는 약물의 정확한 용량을 물었다. 실제로 존의 행동은 예측할 수 없고 어려워져서 최근 병동 간호사 한 명이 전근을 요청했다.

스티브가 존에게 괜찮은지 물었을 때, 존은 “응 좋아”라고 답했다. 스티브가 존의 기분을 약간 압박했을 때 존은 방어적이 되었다. “나도 즐거워야 해? 단순히 다른 사람들보다 여기에 15분 늦게 왔다고 해서. 그리고 내가 치료를 맡아 시작하기 전에 몇 가지 질문을 좀 했더니 갑자기 스텝 선생님이 그러는 거야 ‘좀 잘하는게 좋을 걸, 닥터 마스터슨!’ “뭐라고 하든말든.”

스티브는 존이 우울증에 빠졌거나, 적어도 존이 상황에 대한 불만을 누군가에게 이야기해야 한다고 생각하기 시작했다. 스티브는 존이 친구들을 무시하고 있었기에 그가 어떻게 기꺼이 도움을 받아들이는 것인지 의문이었다. 스티브는 심지어 존의 환자들에 대해 걱정되기 시작했다.

반면 스티브는 단지 기분이 좋지 않은 것을 큰 문제로 만들고 있을지도 모른다고 생각했다. 그리고 그는 전공의 수련 담당 책임자에게 상황을 언급함으로써 존의 경력에 미칠 수 있는 잠재적 피해에 관해 걱정했다. 스티브는 주 의료 위원회가 정신과 의사가 환자로 본 의사들의 기록을 넘겨줄 것을 요구한다고 들었다. 그는 또한 병원의 전공의

25 · 해설 1 : Egan, E. (2003). An Impaired Resident, Commentary 1. AMA Journal of Ethics, 5(3), 60-62.

해설 2 : Baldwin, D. C. (2003). An Impaired Resident, Commentary 2. AMA Journal of Ethics, 5(3), 62-64.

가운데서 정신 질환(또는 일반적으로 어느 약점이든)을 가진 많은 사람에 대한 부정적 이미지에 관해 생각했다. 그는 존이 단지 불운한 일주일을 보냈다고 해서 그를 기능손상이 있는 것으로 묘사하고 싶지 않았다.

결국 스티브는 크리스와 이 문제를 상의했다. 크리스는 또 다른 전공의로, 존과 스티브의 친구였다. 크리스는 “오, 이런, 난 관여하고 싶지 않아”라고 말했다.

“그 친구가 술을 마시거나 마약을 하고 있다면 뭔가 할 거야?” 스티브가 물었다.

“응, 하지만 이진 달라.”

“뭐가 다른데?” 스티브가 물었다. “존은 이상한 행동을 하고 있다고. 실수를 저지르고 있어. 누군가가 다칠 때까지 기다릴거야? 존이 다쳤다면?”

“그래, 하지만 네가 그 친구를 정신과 환자로 딱지를 붙이면, 존은 결코 일자리를 얻지 못할 거야. 그 친구는 면허를 딸 수 없을지도 몰라.”

“존이 일을 망쳐서 누군가에게 해를 끼치면?” 크리스는 대답하지 않았다. 스티브는 이전보다 더 혼란스러워졌다.

해설 1

전공의 과정은 신체적, 정서적, 재정적, 지적 스트레스의 기간이다. 각각의 전공의는 다르게 반응하지만 모두 스트레스에 대한 반응이 행동에 영향을 미치는 시간을 경험한다. 전공의 시절 발생하는 정서적, 인지적 행동 장애는 잘 보고되어 있다. 전공의들은 기분 변화, 식욕 장애, 우울증 및 냉소 증가를 겪는다고 보고되었다. 그들은 종종 소진된 느낌을 보고하고 이 감정 상태가 그들이 제공하는 환자 치료에 영향을 준다는 것을 인정한다. 수면 부족은 기능손상 및 과실의 원인으로 점점 인식되고 있다. 이 모든 것은 전공의(및 거의 모든 다른 사람들)가 적어도 일정 시간 동안 어느 정도의 기능손상을 가지고 임상 업무를 수행해야 한다는 것을 나타낸다. 개별 전공의가 전공의 수련의 정상 반응과 위험할 정도로 기능손상이 있는 단계 사이에 있어 언제 선을 넘었다고 말하기는 어렵다.

의사들에게는 기능손상이 있거나 역량이 부족한 의사를 보고할 의무가 있다. 이 의무는 전문가 윤리 지침에 반영되어 있고 의료 윤리 교육에 있어 강조된다. 그러나 약물 남용으로 인한 기능손상을 넘어, 기능손상이나 무능함을 구성하는 것에 대한 지침은 거의 없다. 다른 전공의가 언제 위험스러울 정도로 기능손상이 있다고 결정하는 것은 어려운 일이며, 각 의사의 판단과 양심에 크게 좌우된다. 전공의들은 이미 자신의 임상적 의사 결정 기술과 책임에 대해 불안감을 갖고 있으며, 동료에 대한 이러한 유형의 판단받는 것에 압도당할 수 있다. 반면 동료의 행동이 걱정스러울 때 전공의들이 적절한 윤리적 행동을 취하고자 하는 것은 필수적이다. 전공의들은 함께 일하고 서로 의지하기 때문에 다른 전공의의 임상적 수행에 문제가 있는 것을 처음으로 알아차리게 될 것이다. 따라서 전공의의 기능손상으로 인해 환자의 안전이 위협받을 때 전공의들이 첫 번째 경고 메커니즘이 된다.

환자 안전은 중요한 문제이다. 직업전문성의 문제는 매우 중요하며 전공의가 다른 의료진이나 보조 직원에게 부적절하게 행동하는 경우 어떤 조치를 취해야 한다. 그러나 환자의 안전이 문제가 될 때 사안은 특히 긴급한 사안이 된다.

이번 사례에서 해야 할 일을 결정하는 첫 번째 단계는 스티브가 존의 행동이 환자 치료에 위협이 된다고 판단하는지 여부이다. 만일 그렇다면 스티브는 즉시 프로그램 책임자에게 갈 수밖에 없다. 스티브가 특정 오류 및 누락 사례를 알고 있다는 사실은 아마도 그가 모르는 사례가 많이 있음을 의미한다. 고통스러운 일이지는 하지만 존의 경력에 미치는 영향과 관계없이 환자가 위험에 처할 경우 지연될 이유가 없다.

환자의 안전이 즉시 위협받지 않는다면 스티브는 몇 가지 다른 옵션을 살펴볼 시간이 있다. 다른 사람으로부터 피드백을 받는 것이 도움이 된다. 그렇게 하는 것이 스티브가 자신이 옳은 일을 하고 있다는 것을 더 편안하게 느끼도록 도울 수 있으며, 스티브가 이전에 고려하지 않았던 옵션에 대해 길이 열릴 수 있다. 병원에는 전공의 지원

서비스나 존이 상담할 수 있는 상담자가 있을 수 있다. 수석 전공의들도 이러한 유형의 갈등에 대해 지원해 줄 수 있는 자원이다.

스티브의 한 가지 우려는 존의 경력이 영향을 받을 수 있다는 것이다. 이것에 도움이 될 만한 두 가지 관점이 있다. 우선 존에게 도움이 필요하고 그 도움을 지금 받는다면 존의 경력이 향상될 수 있다. 분명한 것은 존은 함께 일하기가 어렵고 전문가답지 않은 것으로 보이지만 않는다면 더 나은 경력 옵션들을 갖게 될 것이다. 또한 프로그램 책임자에게 문제에 대해 경고하면 존의 경력에 영향을 받을 가능성은 거의 없다. 대부분의 프로그램은 전공의가 엄청난 양의 스트레스를 받고 있으며 전공의의 삶의 다른 측면으로 인해 스트레스를 일시적으로 견딜 수 없게 된다는 것을 이해한다. 프로그램 책임자에게는 전공의의 경력에 장기적으로 영향을 미치지 않는 이러한 종류의 문제를 처리할 수 있는 방법이 있다. 스티브가 만일 다른 사람들이 존의 행동을 보고할 때까지 기다린다면 조기 개입이 더 이상 유용하지 않게 된다. 스티브는 존을 도울 수 있는 위치에 있는 사람들에게 경고함으로써 존의 경력을 가장 잘 보호할 수 있다.

전공의 수련은 어려운 시간이다. 모든 전공의는 스트레스나 수면 부족으로 인해 어느 정도의 기능손상을 경험하게 된다. 다른 전공의들은 스트레스에 압도될 때 중요한 지원 시스템이다. 때로는 문제가 심각하여 추가 조치를 취해야 하는 경우도 있다. 그러한 상황이 발생하면 전공의들은 환자의 복지를 보호하기 위해 행동해야 한다. 궁극적으로 개입하기로 한 결정은 양심과 개인의 진실함(통합성)에 관한 문제이다. 이러한 문제는 모든 수준의 의료 현장에서 나타나며 다루기가 쉽지 않다. 기능손상이 있는 동료들 보고해야 하는 윤리적 의무는 전문가가 되기 위해 치러야 하는 대가의 일부이며, 동료나 친구가 아닌 환자에 대한 의무이다.

참고문헌

1. Cefalo RC. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? Obstetrical and Gynecological Survey. 2002;57:496-497.
2. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002;136:358-367.
3. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. JAMA. 2002;287:955-957.
4. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Reporting impaired, incompetent, or unethical colleagues, E-9.031. Code of Medical Ethics. Accessed August 29, 2002.
5. Synder L, Morin K, eds. Ethics Manual. 4th Ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2000.

- 네 가지 기본 질문들 | 1. 존에게 무슨 일이 있는 것인가?
 2. 원인은 무엇인가?
 3. 얼마나 정상에서 벗어난 것인가?
 4. 스티브(또는 다른 사람들)가 그것에 대해 무엇을 할 수 있을까 또는 해야만 하는가?

존은 기능손상이 있는 방식으로 행동하고 있는가? 물론 그렇다! 그의 친구이자 동료 전공의인 스티브와 크리스, 간호사 및 의대생 모두가 그것에 대해 알아 차리고 심지어 언급했다. 그리고 아직은 모른다고 해도, 그의 담당 교수가 알기까지는 그리 오랜 시간이 걸리지 않을 것이다. 이것이 이례적인가? 우리가 들은 바에 따르면, 그에게는 이례적인 것 같다. 그는 일할 때나 그렇지 않을 때 단순히 평상시처럼 행동하지 않는다.

수면 부족과 과로한 전공의들 사이에서 그러한 기능손상이 있는 행동은 이례적인가? 전혀 그렇지 않다! 미국의 경우 최근 전국 조사에서 1년차 및 2년차 전공의의 절반 이상이 지난 1년 동안 ‘기능손상 상태’에 있는 기간 동안 적어도 한 번은 일한 것으로 나타났으며, 많은 부분이 수면 부족과 과로로 인한 것이었다.

우리는 그의 행동에 대해 걱정해야 하는가? 물론이다! 그가 지금 하는 일을 계속 한다면 환자를 돌보는 일이 고통스러워지고 의료 과실이 발생할 가능성이 높아진다. 친구이자 동료에 대한 스티브의 걱정은 충분히 그럴 만하다. 그리고 심지어 크리스도 존이 문제를 겪고 있다는 것을 알고 있지만 ‘약점이나 실패’를 인정하지 않는 의료의 전통적 ‘해병대’ 정신을 두려워한다.

그러나 이것이 문제의 전부인가? 아니다! 그는 또한 임상적으로 보면 우울한 상태에 있다. 많은 전공의들이 수면 부족과 스트레스 상태에서 보여줄 수 있는 기능손상이 있는 행동의 일부 유형을 보여줄 뿐만 아니라 사회적 은둔, 식욕부진, 기분장애, 정신혼란, 수면상실, 인지장애 및 그답지 않은 정서적 폭발과 같은 우울증의 전형적 증상을 나타낸다.

이것이 이례적인가? 다시 말하지만, 전혀 아니다! 많은 연구에 따르면 전공의 기간 동안 수면 부족, 피로 및 스트레스가 장기간 지속될 경우 신체적, 심리적, 정서적 결과가 심각하게 나타난다. 한 보고서에서 전공의 중 30% 이상이 의과대학 졸업 후 교육기간 첫 해에 임상적으로 우울한 것으로 밝혀졌다. 과거에 그러한 많은 전공의는 단순히 ‘군세게’ 견디거나 자가로 약을 지어 먹었다.

스티브(또는 다른 사람들)는 무엇을 할 수 있는가, 또는 해야 하는가? 상황이 악화되어 가고 있고 임상적 우울증은 충분히 치료될 수 있기 때문에 존이 확실히 그를 방해하고 있는 증상들로부터 어느 정도 헤어 나오도록 돕는 것이 친구로서 동료애가 있는 행동일 것이다. 실제로 환자에게 잠재적으로 해를 끼칠 수 있는 동료의 행동을 보고하지 않는 것은 비윤리적이다. 환자에 대한 의사의 근본적 수탁 책임을 위반하기 때문이다. 존이 임상적으로 계속 과실을 저지르도록 허용하는 것은 그의 동료와 환자에게도 불공평하다.

크리스는 존에게 도움을 줄 때 발생할 수 있는 부정적인 직업적 결과에 대해 걱정할 수도 있지만 오늘날 대부분의 전공의 프로그램 책임자들은 전공의 수련 동안 수면 부족과 피로가 오래 지속되는 것에 대한 영향을 인식하고 있다. 의뢰와 치료를 위한 비밀이 보장된 시스템은 거의 항상 편견없이 이용할 수 있다. 존이 자신이 기능손상이 있거나 잠재적으로 해로운 행동을 한다는 사실을 받아들이지 않거나 자신을 스스로 도울 수 없다면 동정심을 갖고 신뢰할 수 있는 교수진, 프로그램 책임자 또는 병원의 의학 교육 책임자와 이야기하는 것이 과정을 시작하는 가장 좋은 방법일 것이다.

정신 의학적 진단으로 존을 바라본다면 임상적으로 실제적이긴 하지만 상당히 최근 상황에 따라 결정된 것으로 보인다. 따라서 정신과 전문의와 마찬가지로 경험 있는 내과 의사나 일반의에 의해 치료될 수도 있을 것이다. 우울증

치료약이 완전히 효과를 나타내려면 몇 주가 걸릴 수 있으므로 짧은 병가를 고려할 수도 있다. 그러나 훌륭한 의학적 치료 및 동료들의 도움과 더불어 문제의 인정과 수용함으로써 그러한 증단을 불필요하게 만들어야 한다. 이것이 존의 향후 면허 취득에 어떻게 영향을 미칠 수 있는지에 대한 크리스의 우려에 관해서는 우울증이 정신과 전문의보다는 내과 의사들에 의해 자주 치료되고 전공의들 사이에서 흔한 문제이기 때문에 주 의사 협회에 우려가 될 수 있는 존의 정신과 기록에 대한 걱정은 거의 없다고 믿는다.

참고문헌

1. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002;136:358-367.
2. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship year. Dis Nervous Sys. 1975;36:26-29.

22

점심식사 중의 음주²⁶

Drinks During Lunch

사 례

의대 3학년 그렉은 병원에서 외과 실습을 돌고 있다. 수술 일정이 비교적 널널하여 항상 오후 1시 이전에 끝나고 있다. 그러던 어느 금요일, 아침에 진행된 길고 까다로웠던 수술이 끝나고 치프 전공의 라이언은 모두에게 “오늘 일정은 이걸로 끝이에요, 모두 아래층에 모였다가 같이 점심 식사하러 갑시다”라고 말했다. 병원 주변에 있는 레스토랑에서 수술 팀의 라이언과 아래 연차 전공의 데이브, 그리고 인턴 중 한 명이 칵테일을 주문했다. 그렉은 그들이 엄밀히는 업무시간임에도 불구하고 그들이 알코올 음료를 주문하는 것을 보고는 놀랐다. 라이언과 데이브는 한 잔을 더 주문했다. 몇 시간 동안 대화와 농담이 오갔다. 라이언은 자리를 마무리하면서 “자, 이제 병원으로 돌아가서 오후 회진 진행합시다. 다른 일정이 더 없거든 마치고 집으로 가도록 하고요”라고 말한다. 계산대에서 기다리는 동안 데이브는 그렉에게 말한다. “이런 걸 보면 외과 의사가 되고 싶다는 생각이 들지 않아요? 오늘 아침엔 한 사람의 위암을 치료했고 오후 1시엔 병원 밖에 나와서 같이 한잔할 수 있잖아요.”

그렉은 그날 오후 집으로 돌아가서 그의 룸메이트에게 상황을 설명했다. 룸메이트는 전공의들이 행동을 보고하라고 권했다. 하지만 그렉은 이를 말했다가 전공의에게 나쁜 실습점수를 받을까 걱정이 되어서 아무 말도 하지 않기로 했다.

해 설

병동에서의 실습과정에서 일반 의대생은 종종 학업적이지 않은 부분에서 난관에 부딪힌다. 많은 학생이 이전과는 다른 새로운 책임감을 요구하는 환경에 적응하는 과정에서 불안감에 마주하게 된다. 평가는 더이상 전통적 시험에만 기반을 두지 않는다. 어쩌면 처음으로 학생들은 전공의를 비롯한 병동 직원들로부터 주관적 평가를 받게 된다. 학생들이 자신들의 평가자로부터 좋은 평가와 칭찬을 받고자 하는 의욕이 생기는 것은 당연하다. 하지만 학생들이 이러한 야심을 위해 그들의 가치를 타협의 대상으로 놓을 수 있을까?

제시된 사례에서 우리는 그렉이 도덕적 딜레마에 직면한 세 가지 시점을 발견할 수 있다. 각 상황에서 그는 자신이 옳다고 생각하는 것을 행할지 혹은 자신의 이익을 위해 언짢음을 숨길지를 결정해야 한다. 첫 번째로 그는 업무시간 동안 알코올 음료를 마시는 전공의들을 목격했다. 그렉은 이 시점에서 자신의 상급자와 직접 대면하고 그들의 행동에 의문을 제기할 기회를 가졌다. 두 번째로 병원에 돌아가는 동안 그렉은 전공의들에게 알코올 음료를 마셨음에도 병동 회진에 참여하는 것이 적절한지에 대해 언급할지의 여부를 결정할 수 있었다. 혹은 그는 병동의 다른 직원들에게 이들의 행동을 보고할 수도 있었을 것이다. 마지막으로 사건이 일어난 날은 그냥 지나친다 하더라도 그렉은 룸메이트와 논의를 끝냈을 때 교육 담당자 혹은 병원 행정부에 어떠한 일이 일어났는지 알릴지의 여부를 결정해야 한다.

그렉이 처한 도덕적 딜레마를 이해하기 위해서는 인턴 그리고 전공의들과의 관계에 대해 이해할 필요가 있다. 앞서 설명했듯이 병동에서 자신의 능력을 인정받고자 하는 의대생들의 열망은 상당히 강하다. 많은 학생은 자신의 평판과

26 · Fahimi, J. (2005). Drinks During Lunch. AMA Journal of Ethics, 7(4), 275-278.

성적을 향상할 수 있는 기회를 최대한 활용하고자 한다. 특히 인턴과 전공의들은 교수진들에 비해 젊고 학생들의 일상을 더 잘 이해하기에 학생과 전공의들이 친밀한 관계를 가질 잠재적 가능성은 더 높다. 그렉의 경우 수술팀의 점심에 합류함으로써 전공의들과 업무 외적으로 친밀한 관계를 가질 기회를 마주했다. 여기서 그렉은 분명히 자신이 좋은 인상을 남기고 평가 시 높은 점수를 얻기를 바랄 것이다.

그렉이 도덕적 딜레마와 마주했던 세 가지 지점에서 우리는 여러 내적 가치들(개인적 이익들, 보편적 책임감)의 충돌들을 발견할 수 있다. 행동을 하거나 혹은 보류할 때 발생하는 결과에 대한 불확실성은 이 모든 상황을 더욱 복잡하게 만든다. 전공의와 인턴이 점심시간에 마르가리타를 주문한 순간 그렉은 업무 중에 술을 마시는 것이 책임감 있는 행동인지를 물어볼 수 있었다. 비록 당일 추가적 수술 스케줄이 없었음에도 오전 수술이 잘못되어 재수술이 필요하거나 혹은 응급환자가 갑자기 발생하여 긴급 수술이 필요한 상황이 일어날 가능성은 결코 적지 않다. 수술 팀이 판단력을 흐리게 하고 반응 속도를 늦추는 물질을 섭취하는 것이 잠재적 환자에게 상당한 수준의 불이익을 일으킬 수 있다는 것은 명백하다. 그렉은 이러한 문제점을 분명 이해했지만, 전공의에 직접 반기를 들기 위해서는 몇 가지 행동을 망설이게 하는 요소들을 극복해야 했을 것이다. 첫 번째 그는 전공의들이 자신의 조언에 귀 기울이지 않을 것이라 생각했을 수도 있다. 두 번째 그는 전공의들이 굳이 자신의 조언이 없더라도 충분히 합리적 판단을 했을 것이라 생각했을 수도 있다. 마지막으로(아마도 가장 결정적으로) 자신의 상급자들을 화나게 하거나 공격함으로써 자신의 평판에 큰 피해가 갈 수 있다는 불안에서 망설였을 수도 있다.

그렉이 행동할지의 여부를 결정해야 하는 두 번째 지점은 병원으로 돌아온 시점이었다. 오후 회진을 도는 것은 물론 수술을 하는 것만큼의 고도의 집중력을 요구하지는 않지만, 의료 행위의 한 부분이다. 회진 동안 여러 치료에 대한 중요한 방침들이 결정되고 각종 간단한 술기들이 시행되며 환자들에게는 의료진들과 직접 대면할 기회 중 하나이다. 분명 환자들은 이 젊은 의사들이 바로 전 점심시간에 상당한 수준의 알코올을 섭취했다는 점을 알게 된다면 분노할 것이다. 아마도 이 시점에서 그렉은 전공의들을 잠재적으로 발생할 수 있는 난처함에서 구할 수 있는 기회를 활용할 수 있었을 것이다. 만일 환자가 전공의들에게서 알코올 냄새를 맡으면 어떤 일이 발생할까? 혹은 알코올로 인해 전공의들이 작지만 결정적 디테일을 놓치게 되어 재앙을 초래한다면 어떨까? 그렉이 그의 윤리적 신념에 맞게 행동하려면 망설임을 극복해야 했을 것이다. 그렉에게는 조치를 취할 또 다른 방법의 가능성이 주어져 있다. 그는 전공의를 담당하는 의료진을 호출하거나 다른 전공의들을 찾아가거나 다른 의대생의 조언을 요청할 수도 있다. 그렉이 자신의 신념을 밀고 나가기 위해 필요했던 것은 제3자로부터 자신이 느꼈던 불편함이 합당하다는 점을 확인 받고 행동하기를 권유 받는 것이었을 수도 있다. 그가 행동하지 않았던 이유는 불확실성과 낮은 지위로 인한 확신의 부족의 결과였을 수 있다.

마지막으로 오후 내내 자신의 의구심을 억누르던 그렉은 집으로 돌아가서 룸메이트에게 그날 있었던 이야기를 털어놓는다. 처음으로 그렉은 자신의 의구심이 정당함을 확인 받았다. 그는 더 앞서서 자신이 개입했어야 한다고 느꼈을지도 모른다. 그럼에도 그는 여전히 자신의 병원실습 점수에 대해 걱정하고 있다. 이는 자연스러운 인간적 반응이다. 비록 3자의 입장에서 그렉이 문제를 묵인하는 것의 문제점을 지적하는 것이 어렵지는 않지만, 자신의 이해관계를 따지는 그의 행동이 부당하다고 볼 수만은 없다. 이 시점이 바로 의료계가 자기 규제적 행동(self-regulating behavior)을 촉진시키고 보상해야만 하는 지점이다. 그렉이 자신이 필요하다고 느끼는 순간 행동할 수 있게 하는 지원책을 이전부터 받았어야만 했다. 가령 이러한 지원책은 실습 담당자 혹은 외과 교수로부터 주어졌을 수도 있다. 학생들은 문제가 있다고 생각되는 상황을 관찰했을 때 그에 대해 발언함으로써 평판이나 성적에 불이익을 받지 않음을 보장받을 수 있다.

행동을 하는 것과 하지 않는 것은 결코 그 행동의 결과로부터 평가 받아서는 안된다. 그날 오후 끔찍한 일이 일어나지 않았다고 해서 그렉이 부적절하고 비전문적이며 무모하다고 생각되는 일련의 행동들의 소리 없는 방관자가 된 것에 대한 책임에서 벗어날 수 있음을 의미하지는 않는다. 전문적 이니셔티브의 부족은 의학분야의 자기 규제의

핵심과 직접적인 관련이 있다. 부적절하고 비전문적 행동은 종종 해로운 결과를 낳지 않기에 문제시되지 않고 넘겨지게 되며 이는 부정적 가치 시스템을 강화하는 역할을 한다. 이로 인한 위험은 다양하다. 전공의가 알코올 음료 한 두 잔을 마시는 것이 일반적이라는 관념을 강화시킬 뿐 아니라 자기 보존을 위해 동료들과 상사들의 행동을 못 본 체하도록 그렉을 학습하는 결과를 낳는다.

자기 규제는 의료계가 공유하는 전문적인 가치의 대외적인 표현을 지지하는 인프라와 문화로부터 비롯되어야 한다. 그러나 이 공동체의 개인들이 개인적으로 혹은 전문적으로 이러한 가치들을 실천하고 유지해 가는 것 또한 필수적이다.

23

불필요한 항생제²⁷

Unnecessary Antibiotics

사 례

워터만 박사는 빠르게 성장하는 교외 지역 사회에서 12년간 소아과 전문의로 일해왔다. 환자와 가족들이 그를 좋아했지만, 관리형 의료 시스템 하에서 혼자 개업의로 변창하기가 점점 어려워지고 있었다. 신중하게 고려한 그는 같은 지역에서 얼마 되지 않은 새로운 소아과 그룹과 자신의 클리닉을 통합하기로 결정했다.

워터만 박사는 3명의 새로운 파트너와의 합병 협상에서 환자 수에 따른 보상 공식에 동의했다. 야심 찬 코놀리 박사가 이끄는 그의 새로운 파트너들은 개업가의 ‘시장 점유율’을 높이고자 하는 열망과 더 많은 경쟁이 시작되기 전에 지역 사회에서 강력한 발판을 확보하는 것이 중요하다는 생각을 비밀로 하지 않았다.

합병 후 몇 개월이 지난 겨울, 진료실에는 재채기하고 훌쩍거리며 기침하는 아이들과 이를 걱정하는 부모들이 넘쳐났다. 의대생 시절 친구가 자신이 경험한 지역 사회 획득 MRSA(메치실린 내성 황색 포도상 구균) 사례에 대해 이야기한 이후 워터만 박사는 항생제 내성 위협에 특히 민감해 했다. 그런 이유로 그는 항생제 사용을 최소화하기 위해 지난 몇 년 동안 처방 패턴을 조절해 왔다. 더 많은 진료 시간이 필요했지만 워터만 박사는 각 부모와 자녀에게 항생제 처방이 필요하지 않은 이유와 가정에서 기침 및 감기 증상을 치료하기 위해 할 수 있는 조치를 설명할 수 있도록 주의를 기울였다.

1월 어느 토요일에 클리닉은 특이하게도 초과 예약되었고, 워터만 박사는 쉬는 날인데도 환자를 봐달라는 요청을 받았다. 그는 클리닉 간호사인 조안의 도움을 받아 콜비라는 4세 소년(코놀리 박사가 정기적으로 보던 환자 중 한 명)을 진찰했다. 워터만 박사는 콜비의 엄마에게 아이의 증상이 호흡기 바이러스에 의한 것으로 의심되어 항생제를 처방하지 않을 것이라고 말했다. 그녀는 그의 말을 주의 깊게 듣고는 코놀리 박사가 항상 콜비에게 ‘안전하도록’ 항생제를 주었다고 주장하면서 다소 불안해했다. 실은 그녀가 말한 것처럼 그날 아침 콜비 엄마는 코놀리 박사와 통화했고 그는 항생제 처방을 위해 콜비를 데려오라고 분명하게 말했었다. “지금, 박사님이 하신 말을 듣고 나니 저는 혼란스러워요.” 콜비 엄마가 말했다. 클리닉 간호사가 방에서 나가자 워터만 박사는 다시 그녀의 불안을 완화시키고 그 이유를 설명하려고 노력했다.

갑자기 코놀리 박사가 문을 열고 조안과 함께 진료실로 들어와 콜비와 그의 엄마에게 큰 미소를 지었다. “모든 것이 잘되어가고 있나요?” 그가 물었다. “여기 처방전이 있습니다. 늦어져서 죄송합니다.” 이후 코놀리 박사는 워터만 박사에게 동정 어린 투로 이전에 만난 적이 없는 부모를 ‘기쁘게’ 만드는 것이 항상 쉬운 일이 아니며 콜비의 경우 ‘도움을 줄 수 있어서’ 기쁘다고 했다.

그날 저녁 모든 사람이 진료소를 떠난 후 워터만 박사는 지난주 차트를 모두 살펴보았다. 그는 코놀리 박사와 다른 두 소아과 의사들이 부적절하게 정기적으로 항생제를 처방했음을 알았다. 그는 또한 그들이 자신보다 약 20% 더 많은 환자를 보도록 조정했다는 것도 볼 수 있었다.

27 · Finkelstein, J. A. (2006). Unnecessary Antibiotics. AMA Journal of Ethics, 8(6), 362-366.

워터만 박사와 그의 어린 환자 콜비의 사례는 모든 임상 의사가 직면하는 두 가지 일반적이고 아주 흔한 딜레마의 예이다. 첫째, 의사가 도움이 될 것 같지 않은 치료에 대한 환자의 요청에 어떻게 대응해야 하는지, 둘째, 임상적 접근 방법이나 가치가 다른 그룹에서 진료할 때 임상 의사가 자신의 전문적 온전함을 어떻게 유지해야 하는 가이다. 전자는 영향이 작은 윤리적 결정으로 간주 될 수 있는 예이다. 콜비가 단일 코스의 항생제를 투여 받았는지 여부는 그에게 또는 다른 그 누구에게도 살고 죽는 문제가 아닐 가능성이 높다. 잠재적 이점도 무시할만한 수준이지만 콜비에 대한 잠재적 피해 또한 적다. 그러나 영향이 작은 결정이라도 우리가 반복해서 내리는 결정은 환자, 우리가 돌보는 일반대중, 그리고 전문가인 우리에게 영향을 미치기 때문에 우리는 이 사례를 둘러싼 윤리적 문제에 관심을 가져야 한다. 항생제의 사용에 관한 딜레마는 복잡한 영향을 미친다. 왜냐하면, 크게는 일반 인구 전체에 발생할 수 있는 잠재적인 이익과 피해를 측정해야 하기 때문이다. 이 나라에서, 특히 의료 전문가들의 초점은 공중 보건에 대한 결과를 일반적으로 고려하지 않고 개인에 대한 이익과 피해에 거의 집중적으로 초점을 맞추고 있다.

비효과적인 치료에 대한 환자의 요청을 여러 범주로 나누는 것이 도움이 될 수 있다. 어떤 경우에는 치료가 도움이 되지는 않지만 개인이나 지역 사회에 해를 끼치지 않는 것이 있고, 개인에게 해를 끼칠 수 있는 위험이 있지만 지역 사회에는 해를 끼칠 위험이 없고, 또 다른 경우에는 치료는 개인에게는 안전하지만 공동체에 위험을 초래하기도 한다. 불필요한 항생제 사용은 마지막 범주에 속한다. 이는 의사에게 윤리적이고 사람들과의 사이에서 가장 어려운 것일 수 있다. 불필요한 항생제 사용으로 인한 피해의 가능성과 그 규모는 어떻게? 개인의 경우 항생제 내성인 균주를 운반할 위험은 항생제 치료 후 증가한다(제한된 기간 동안). 콜비의 엄마는 항생제 복용과 관련하여 콜비 자신에게 해를 끼칠 위험은 적다는 것을 알아야 한다. 이 위험은 바이러스성 질병이 아닌 세균성 감염 치료에 항생제를 적절하게 사용할 때는 무시될 수 있다. 지역 사회에 대한 피해를 추정하는 것은 매우 어렵다. 높은 항생제 사용률은 인간 병원체들 사이에서 항생제 내성률 증가에 기여해 온 것으로 널리 알려져 있다.

내성 감염은 치료하기가 더 어렵다. 한 연구에서 축적되고 장기적인 피해 추정의 어려움을 분명히 밝혔는데, 그 이유는 이런 효과의 확산적인 특성, 현재 이익과 피해를 미래의 그것들과 비교, 미래의 저항 과정에 대한 불확실성 및 새로운 항생제 개발의 가능성 등과 같은 여러 이유 때문이다. 따라서, 항생제의 개별적 사용 (적절성 여부에 상관없이)의 피해는 알려지지 않았지만 미미하다.

이 사례에서 제기된 전문직업적 통합성 문제는 개업한 의사들에 대한 재정적 압력을 강조하고 있다. 워터만 박사와 새로운 동료 간의 임상적 치료에 있어 차이를 만드는 주요 원인은 재정적으로 경쟁이 치열한 환경에서 생존하기 위한 그들의 접근 방식이다. 실제로 의사들에게 상당한 재정적 압박이 있다는 것은 의심의 여지가 없으며, 이는 최근 수십 년 동안 증가했을 수 있다. 그럼에도 불구하고, 행위수가제가 시행되는 평온한 시절에도 의사들에게는 환자를 행복하게 해준다는 인센티브가 있었다는 것도 사실이다. 실제로, 미국에서 항생제 사용의 증가는 수십 년에 걸쳐 발생했다.

이 상황을 검토해 보면:

1. 콜비는 심한 상기도 감염을 앓고 있다.
2. 우리는 불필요한 항생제를 사용하는 지역 사회에 잠재적인 해를 끼친다. 이는 하나의 추가 항생제 처방만 생각하면 상당히 작지만, 불필요한 항생제 처방이 모인다고 생각하면 피해는 잠재적으로 클 수 있다.
3. 사면초가에 몰린 워터만 박사는 근거를 기반으로 하는 의료를 중시하는 의사로서 전문직업적 통합성을 유지하며 재정적으로 생존해왔다.

임상적 딜레마에서 종종 그렇듯이, 최선의 과정은 환자와 동료 모두와 의사소통과 절충을 최적화하는 것이다. 워터만 박사는 항생제가 아들을 도울 수 없다는 것을 콜비 엄마가 이해하도록 돕는 것에 실패했다. 이 특별한 경우에는 불가능한 작업 일 수 있다. 환자는 시간이 지나면서 그들의 임상 의사로부터 배우게 된다. 그러므로 대신 진료하는 의사가 오랜 치료 패턴을 변경하기가 어려울 수 있다. 그러나 일부 자료에 따르면 실제로 의사가 불필요한 항생제에 대한 요구로 인식하는 것은 진단과 효과적인 치료에 대한 자세한 정보를 부모가 요청할 때 만이라고 한다. 신중하게 항생제를 처방하는 것이 실제로 더 많은 시간이 걸리는지 여부는 논란의 여지가 있다. 그러나 환자의 기대치에 대해 큰 책임이 있기 때문에, 바이러스성 질병의 자연적 경과와 항생제 내성 위험을 더 잘 이해하도록 차세대를 훈련시킬 수 있다. 항생제 남용에 대한 대중의 인식 증가는 최근 미국에서 항생제 처방이 급격히 감소한 이유 중 하나일 것이다.

결국, 이 단일 코스 항생제에 대한 콜비 엄마와의 합의는 워터만 박사와 그의 개업 파트너 간의 차이점에 대한 합의보다 덜 중요하다. 만약 그가 이러한 진료 행태를 보다 신중한 항생제 사용으로 전환하도록 촉진할 수 있다면, 그는 자신의 공동체가 수많은 항생제에 노출되는 것을 줄일 것이다. 워터만 박사는 이 문제를 어떻게 제기할 수 있을까? 한 가지 접근 방식은 개업 그룹이 이곳과 다른 주요 지역에서 진료 패턴의 일관성에 초점을 맞추는 것이다. 즉, 한 파트너 의사가 항상 누런 콧물에 7일 동안 항생제를 처방하고 다른 의사는 항생제를 처방하지 않으면 적절한 치료에 대해 혼란스러워하는 환자를 비난할 수 없다. 워터만 박사는 이렇게 대화를 시작하면서 동료들이 대화에 참여하도록 할 수 있다. “우리 각자가 흔하게 보는 아주 일반적인 문제에 대해서 우리가 치료 전략에 동의한다면 도움이 되지 않을까요?” 개별 사례에 대한 치료에 대해 논쟁하는 것보다 이 논의의 주제에 유용한 근거를 제시하는 것이 더 쉬울 수 있다.

확실히, 그런 대화는 다른 그룹보다는 어떤 그룹에서 보다 더 자주 발생한다. 워터만 박사가 이 진료 그룹에 계속 남아 있을지 여부는 동료들을 그러한 대화에 참여하도록 할 수 있는지에 달려 있다. 임상적 기술, 진료에 대한 동기, 심지어 직업윤리에 있어 다양함은 항상 존재할 것이다. 또한 임상의는 자신과 함께 일하는 모든 파트너를 완전히 통제하지 못할 수도 있다. 워터만 박사는 시간이 지남에 따라 이 그룹의 동료들과 함께 제공할 수 있는 치료의 질에 편안한지 결정할 필요가 있을 것이다. 콜비에게 있어 이 문제는 실제로 단일 항생제 처방이 아니라 계속된 항생제 처방과 그가 속한 지역사회 내성 수준이다. 마찬가지로 워터만 박사에게 있어 이슈는 실제로 콧물이 나는 네 살 짜리 환자가 아니라 근거에 기반한 치료, 진료의 일관성 및 의사 결정에 있어 개인과 집단 윤리의 통합에 대한 접근 방식이다.

1. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the 20th century. *Am J Public Health*. 2000;90(5):707-715.
2. Finkelstein JA, Huang SS, Daniel J, et al. Antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* in the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine era: predictors in a multicomunity sample. *Pediatrics*. 2003;112(4):862-869.
3. Williams RJ, Heymann DL. Containment of antibiotic resistance. *Science*. 1998;279(5354):1153-1154.
4. US Government Interagency Task Force. A Public Health Action Plan to Combat Antimicrobial Resistance. Centers for Disease Control and Prevention, 2001. Bethesda, Md. Available at: <http://www.cdc.gov/drugresistance/actionplan/index.htm>. Accessed April 17, 2006.
5. Klepser ME, Klepser DG, Ernst E, et al. Health care resource utilization associated with treatment of penicillin-susceptible and -nonsusceptible isolates of *Streptococcus pneumoniae*. *Pharmacotherapy*. 2003;23(3):349-359.
6. Coast J, Smith R, Karcher A, Wilton P, Millar M. Superbugs II: How should economic evaluation be conducted for interventions which aim to contain antimicrobial resistance? *Health Econ*. 2002;11(7):637-647.
7. McCaig LF, Hughes JM. Trends in antimicrobial drug prescribing among office-based physicians in the United States. *JAMA*. 1995;273(3):214-219.
8. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott M. Parental expectations for antibiotics, physician-parent communication, and satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155(7):800-806.
9. McCaig LF, Besser RE, Hughes JM. Trends in antimicrobial prescribing rates for children and adolescents. *JAMA*. 2002;287(23):3096-3102.
10. Finkelstein JA, Stille C, Nordin J, et al. Reduction in antibiotic use among US children, 1996-2000. *Pediatrics*. 2003;112(3 Pt 1):620-627.

24

고령의 외과 의사의 수술 역량이 감소하는 상황에
동료 의사들은 어떻게 대처해야 할까?²⁸

How Should Colleagues Respond to Diminishing Capacities of an Ageing Surgeon?

요약

존경받는 시니어 동료가 안전하게 술기를 수행하기 위해서 동료들의 도움을 필요로 한다면 동료 의료 전문가들은 환자의 위험을 완화하기 위해 대응해야 할 책임이 있다. 해당 외과 의사의 수술 역량 감소를 스스로가 관심을 갖도록 하는 것은 타인이 그에 관심을 갖는 것만큼이나 강한 윤리적 근거가 있다. 진행중인 수행 역량 평가(Ongoing capacity assessments)는 외과 의사들 사이에서 치료 수행 역량의 감소를 추적하는 방법 중 하나일 수 있다. 이를 통해 환자를 위험한 상황에 처하게 하기 전에 수술에 참여하는 것을 중단할 수 있다.

사례

로버츠 박사는 대학 협력병원의 70세 일반 외과 전문의다. 이 병원에서는 거의 40년 동안 수술을 진행해 오고 있다. 그는 4년 전 전공의 수련을 마친 39세 주니어 외과 의사인 파텔 박사를 비롯하여 수많은 세대의 외과 의사들을 교육해 왔다. 로버츠 박사가 전공의 과정 내내 교육시키고 조언을 제공했기에 파텔 박사는 그의 오랜 스승을 존경하고 있다.

지난 몇 개월 동안 파텔 박사는 로버츠 박사의 환자 중 이전보다 많은 비율의 환자가 수술 후 합병증을 경험하고 있으며, 복강경 수술로 인한 환자의 출혈이 늘어나 수혈이 필요한 상황이 증가했음을 깨달았다. 또한 로버츠 박사는 긴 수술시간 동안 지구력과 손재주를 유지하는 것에 어려움을 느껴 수술을 끝내기 위해 점점 더 파텔 박사를 비롯한 주니어 동료들의 도움에 의존하기 시작했다. 로버츠 박사는 최근 긴 수술시간이 끝나갈 때가 되면 잠시 조는 모습을 보이기 시작했다. 이럴 때마다 파텔 박사와 전공의들은 환자의 안전을 위해 신속히 개입하여야 했다. 로버츠 박사의 여러 동료들은 그의 수술 실력이 예전 같지 않음을 알아차렸지만 오랜 스승에 대한 배려 때문이라도 이 문제를 논의하기를 꺼린다.

파텔 박사는 자신이 자신을 비롯한 동료들의 이러한 걱정을 해결해야 할 책임이 있다고 생각하지만, 누구를 통해 접근할지, 무엇을 해야 할지에 대해 확신이 서지 않는 상황이다.

해설

진료과의 기둥이었던 고령의 외과 의사가 나이가 들어가면서 수술 역량이 감소하고 있다. 그의 동료들은 환자의 안전을 위해 개입을 해야만 했다. 필자의 경험에 따르면 사례에 제시된 시나리오의 미국 외과에서는 너무나 익숙한 광경이다. 여러 증거가 나이가 들수록 수술 역량이 저하됨을 나타낸다. 예를 들어 나이가 많은 외과 의사의 환자는 경동맥 내막 절제술(carotid endarterectomy)[1, 2], 췌장 절제술 및 관상 동맥 우회술[2]에서 젊은 외과 의사의 환자에 비해 높은 사망률을 보였다(이 결과의 차이는 크지 않고, 고령의 외과 의사의 수술 횟수가 상대적으로 적었음은 고려해야 한다[2]). 더욱이 고령의 외과 의사는 상당히 흔하다. 미국의 전체 외과 의사 중 3분의 1이 55세 이상이다[3].

28 · Angelos, P. (2016). How should colleagues respond to diminishing capacities of an aging surgeon?. AMA journal of ethics, 18(10), 986-992.

로버츠 박사와 같은 시니어 외과 의사들의 기술과 지구력이 떨어지는 것을 지켜보는 것은 슬픈 일이다. 이는 모든 나이가 들어가는 전문가에게는 피할 수 없는 결과이다. 실제로 한 연구에 따르면 외과 의사는 정신운동기능검사에서 일반인보다 더 나은 성과를 보였지만 예상할 수 있듯이 연령에 따라 감소하는 결과를 나타냈다[4]. 로버츠 박사와 같이 70세 이상의 사람들에게 정신운동기능 저하가 가장 크다는 증거들이 있다. 또 다른 연구에 따르면 70세 이상 의사 중 38%만이 젊은 외과 의사의 정신운동 수행능력의 범위 내에 있음을 보였다. 이는 60세 이상 64세 이하의 74%와 대조적이다[5]. 로버츠 박사가 수술을 안전하게 진행할 수 없다면 수술을 집도해서는 안 되지만 그럼에도 교육과 멘토링을 수행할 수 있다. 예를 들어 미국외과학회(American College of Surgeons)의 ‘Statement on the Aging Surgeon’에 따르면 임상적 역할을 그만둔 외과의사들은 교육, 수술에서의 지원, 연구 그리고 행정에 크게 기여할 수 있다는 사실을 인정하였다. 그들이 이러한 역할을 원하고 능력이 허용하는 한 이러한 분야에 기여할 수 있는 기회를 가질 수 있어야 한다[3].

거의 모든 외과 의사들은 자신이 교육과 수술역량을 발전시키는 데 중요한 가르침을 주었던 스승들을 잘 기억하고 있다. 의학 교육의 모든 측면에서 멘토와 역할모델의 존재는 중요하다. 이는 어떤 영역보다도 외과적 영역에서 진로에 대한 결정에 영향을 미치는 데 중요할 수 있다[7, 8]. 또한 외과 교육은 수련의들이 많은 수술을 수행하는 제한된 수의 교수진을 관찰하는 교육 모델에 크게 의존한다[8]. 필자의 경험상 거의 모든 외과의사에게 왜 특정한 방식으로 수술을 수행하는지 물어보면 대부분의 대답에서 ‘그렇게 수련을 받았다’ 혹은 ‘xxx 교수님이 이렇게 했었다’라는 이야기가 포함되는 것을 발견할 수 있다. 종종 외과의가 수술실에서 일을 하는 방식은 특정한 증거에 기반한 이익에 근거하지 않는다. 이는 수술 기술을 뒷받침할 증거가 없다는 것을 의미하는 것이 아니라, 수술 과정의 여러 디테일의 작은 차이들이 항상 증거에 기반한 것은 아니라는 것을 의미한다. 대신 외과의사는 특정 테크닉에 대한 자신의 경험 그리고 시간이 지남에 따라 테크닉을 반복적으로 사용함으로써 얻은 결과에 의존한다. 증거기반의료를 외과 교육에 통합시키기 위한 노력이 이루어지고 있지만, 실제 외과 의사들은 임상 실습 가이드라인보다는 최신연구에 대한 자신의 판단과 저널의 요약들에 더 의존하는 경향이 있다는 증거가 있다[10].

전공의 수련 모델의 본질과 그 광범위한 영향으로 인해, 사례에서도 발견되는 것처럼 환자가 때때로 위험에 처할 때에도 외과의사는 스승과 멘토 및 역할 모델을 비판하기 어려울 수 있다. 그럼에도 불구하고 전문가로서의 외과 의사는 의학의 다른 전문 분야의 모든 의사에게 적용되는 것과 마찬가지로의 수준으로의 자기 조절을 수행해야 한다. 환자를 돌보기로 동의함으로써 모든 건강 관리 전문가는 환자의 이익을 극대화하고 위험을 최소화시켜야 한다. 이러한 윤리적 관점에서, 외과 의사는 또 다른 외과 의사가 신체 능력의 저하로 인해 환자를 불필요하게 위험에 처하게 하는 것을 보았다면 이에 대한 분명한 윤리적 책임이 있다. 이 경우 외과의(전공의, 펠로우, 교수의 여부와 관계없이)는 환자의 안전을 보호하기 위해 즉시 조치를 취해야 한다[11], 그러나 책임의 범위는 여기서 끝나지 않는다. 개입을 하게 되는 의사(이 케이스에서는 파텔 박사)는 역량에 문제가 생긴 외과 의사에게 어떠한 상황이 발생했는지 그리고 자신이 개입해야 하는 이유에 대해 밝혀야 한다. 존경받는 동료에 대한 충성심이 환자의 안전을 방해해서는 안된다. 마지막으로 의사들은 ‘적절한 소관부서에 해당 의사의 진료 역량에 문제가 있음을 보고해야 할 의무’가 있다. 파텔 박사도 로버츠 박사에게 생긴 문제를 외과 주임교수 혹은 스태프 총괄 책임자에게 보고해야 할 의무가 있다.

동료들은 언제 어떻게 개입해야 할까?

그리고 동료들이 이에 대해 숙고할 때 어떠한 윤리적 가치들이 도움이 될 수 있을까?

시니어 동료에게 환자를 위험에 빠트리고 있다고 말하는 것은 분명히 어려운 일이다. 그러나 우리는 모든 윤리적 외과 의사는 자신이 기술적 능력과 지구력의 감소로 환자를 위험에 빠트리고 있지는 않은지에 대해 알고 싶어 한다고 가정해야 한다. 의사들의 엄격한 자기평가 능력은 제한적인 것으로 나타났기에[13], 나이가 들어가는 외과 의사는

‘긴 수술의 마지막 즈음 줄기까지 했던’ 로버츠 박사의 경우와 같이 환자가 위험에 처한 시점까지도 자신의 역량이 감소했음을 인식하지 못할 수 있다. 하지만 ‘외과 의사가 인지적 감소를 스스로 인식했을 경우’와 ‘은퇴 상태’와의 상관성을 보여주는 증거가 존재하는데[4], 이는 자신이 안전성과 고품질의 환자 치료를 보장할 수 없는 단계에 처했음을 인지한 의사는 환자를 위험에 처하지 않도록 스스로 조치를 취한다는 점을 보여준다. 더 높은 합병증율 혹은 상대적으로 좋지 않은 치료결과와 같이 감소하는 역량에 관한 객관적 증거를 제공할 수 있다면, 외과 의사는 상대적으로 지적에 긍정적으로 반응할 수 있을 것이다. 가령 로버츠 박사는 자신의 업무를 테크닉적으로 힘이 덜 드는 수술들로 자신의 역할을 제한하고 더 복잡한 수술이 필요한 환자를 부서의 다른 동료에게 소개할 수 있을 것이다.

환자가 위험에 처했다는 증거가 제시된 이후에도 의사가 수술실에서 물러나지 않으려 하면 어떻게 해야 할까? 이러한 상황에서 동료(특히 위험이 임박하지 않았다면 외과 과장 혹은 부서 책임자)가 개입해야 할 전문 책임이 있다. 이 책임은 암묵적 사회계약의 일부이다. 직업의 자율성과 자기 규제에 대가는 이러한 책임을 필요로 한다[14]. 미국외과위원회(American Board of Surgery) 혹은 다른 외과 전문위원회가 외과 의사가 수술하는 데 필요한 기술과 판단력을 보유하고 있음을 인증(certify)하는 것처럼, 각 외과 부서의 책임자는 자신의 그룹에서 진료하는 외과의가 환자에게 안전한 진료를 할 수 있음을 보장할, 그리고 역량이 부족함이 인지될 경우 대응할 유사한 의무가 있다.

외과 부서의 책임자는 수술 역량이 저하된 고령의 외과 의사에 대해 어떻게 개입을 해야 할까? 아마도 이 상호작용에서 가장 중요한 측면은 테크닉, 손재주 및 지구력이 감소되어 환자를 위험에 빠뜨릴 가능성이 높아졌다는 것이 외과 의사가 더이상 다른 역량을 가지고 외과 부서와 그룹에 기여할 수 없다는 증거가 되는 것이 아니라는 점을 강조하는 것이다. 로버츠 박사는 현재 자신이 해 오고 있던 모든 수술을 계속 할 수는 없을 테지만 여전히 수술 부서에 많은 것들을 제공해 줄 수 있을 것이다. 시니어 외과 의사의 축적된 경험은 외과의가 수술에 더 이상 참여하지 않는다고 하더라도 젊은 외과 의사와 학생을 교육하고 멘토 역할을 하는 데 도움이 된다[3]. 일부 외과 의사는 수술 역량으로 자신의 자기 가치를 규정할 수도 있다. 하지만 수술 술기의 인지적 측면(계획, 의사결정, 오류 탐지 등)은 가르치기 어려운 쉽지 않은 부분이다. 이러한 훈련은 의사가 효율적 학습과 정확한 기술적 실행을 촉진한다[16]. 이 분야는 경험이 풍부한 고령의 의사가 수술을 중단한 후에도 상당한 기여를 할 수 있는 영역이다.

학계의 외과 의사로서(그리고 분명 나이가 들어가는 의사로서), 필자는 앞서 언급한 진술들의 몇몇에 대한 반박들을 예상할 수 있다. 예를 들어 누군가는 “일반적 동료에 비해 훨씬 숙련된 기술과 경험을 가지고 경력을 시작한 시니어 외과 의사들은 어떡하죠? 능력이 일부 저하되더라도 이분들은 여전히 매우 높은 수준의 수술을 수행할 수 있어요”라고 반문할지도 모른다. 분명 이는 일부 외과 의사들에게는 해당될 것이다. 어떤 경우에는 역량이 쇠퇴하는 경험 많은 외과 의사의 수술이 미숙한 젊은 외과 의사보다 훨씬 안전할 수도 있다. 그러나 외과의 치료 수준은 안전을 위한 최소 기준 이하로는 절대 떨어져서는 안된다. 불행하게도 노화된 외과 의사가 이 최소 기준에 도달하는 시기를 알기 어려울 수 있다. 질문은 남아 있다. ‘쇠퇴(decline)’는 언제 ‘기능손상(impairment)’이 되는 것인가? ‘기능손상’은 언제 안전에 해를 끼치게 되는가?

최소 기준점을 어떻게 누가 정의하고 설정해야 할까? 환자들은 이를 외과 의사들과 다르게 정의할까? 아마도 중요한 윤리적 지표는 투명성의 가치일 것이다. 즉, 당신이 환자라면 이 외과 의사가 동료의 눈에 역량과 능력이 감소하는 증인지를 알고 싶지 않을까? 대답이 “그렇다”일 때 안전하지 않거나 잠재적으로 안전하지 않을 수 있는 상황에 대해 안다는 것에 대한 동료 외과 의사 반응의 윤리적 중요성을 바꿀 수 있다. 외과 의사는 각자 기술과 손재주에서 다른 수준에서 정점에 도달하기에 나이만으로는 그 능력의 쇠퇴를 올바르게 평가하기 힘들다. 우리는 나이가 들어감에 따라 육체적, 정신적 능력이 감소하는 비율은 사람마다 각기 다르다는 것을 알고 있다[17]. 이상적으로는 외과 의사가 환자를 위험에 빠뜨리지 않도록 최소 안전 기준점 아래로 떨어지기 전에 개입해야 한다.

외과 의사에 대한 장기적 모니터링

임상 활동에서 역량을 갖춘 외과 의사를 배제시키지 않으면서도 환자가 피해를 입지 않도록 외과 의사의 역량 감소를 모니터링할 수 있을까? 이 목표를 담당하는 한 가지 방법은 ‘Aging Surgeon Program’과 같은 프로그램에서 제공하는 것과 같은 신체적, 인지적 스킬에 대한 공식 평가다[18]. 하지만 외과 의사가 객관 평가에 대응하여 그들의 진료 행위를 바꾸지 않는다는 증거가 있다[4]. 이 중요한 질문에 대답하는 또 다른 방법은 객관적 도구를 사용하여 젊은 외과 의사들의 손재주, 신체적 지구력 및 임상 판단에 관한 데이터를 수집하는 것이다. 시간이 지남에 따른 개별 의사들의 수술 역량과 지구력의 궤적을 구한다. 그 증거를 수집하는 대상이 되었던 외과 의사가 이를 활용하도록 한다. 비록 언제 개입이 필요한가에 대한 질문은 여전히 해결되지 않았지만 모든 외과 의사에 대한 데이터가 수집된 경우 해당 외과 의사에 대한 객관적 증거는 시간이 지남에 따라 수술과 관련한 기술의 감소가 진행되고 있다는 점을 외과 의사가 성찰하고 스스로 인식할 수 있도록 하기에 충분할 수 있다. 만일 이 증거가 역량의 감소가 명백해졌음에도 해당 외과 의사가 사전 조치를 취하도록 자극을 주지 못한다면 이 데이터는 진료과 또는 섹션의 외과 지도자들이 개입할 수 있게 하는 중요한 근거자료가 될 것이다. 물론 이 목적을 위해 우선 신뢰할 수 있는 평가도구를 만들고 검증해야 할 것이다.

외과 의사가 자신의 역량이 크게 떨어졌음을 깨닫게 된다면, 자발적으로 진료 행위를 제한하리라 여기는 건 순진한 생각이다. 하지만 환자 치료가 최선의 데이터들을 통해 이루어지도록 외과 의사가 끊임없이 연구할 거라는 ‘외과 의사의 전문성에 대한 믿음’에 우리가 의존하는 만큼, 외과 의사가 자신의 치료를 해야 하는 모든 환자의 안전을 위해 윤리적 의무를 진지하게 고려한다는 믿음은 가질 필요가 있다.

파텔 박사가 그의 멘토인 로버츠 박사에게 자신의 우려 사항에 대해 전달하는 것이 어려운 일일 수 있다. 모든 의사는 환자를 보호해야 하는 책임이 있기에 그는 그렇게 해야 한다. 또한 파텔 박사와 로버츠 박사가 과거 맺었던 관계들은 파텔 박사가 우수한 외과 의사로서 로버츠 박사의 명성을 보존하기 위해 개입할 수 있음을 말한다. 로버츠 박사가 환자를 위험에 처하지 않게 하기위해 자신의 진료를 자발적으로 변경하지 않으려 할 경우 로버츠 박사의 외과 진료를 제한하기 위해 외과의 지도부에 통보하는 것은 미래 환자에 대한 파텔 박사의 의무이다. 의심할 여지 없이, 이러한 상황은 로버츠 박사의 수술 경력에 비극이 될 것이지만 환자의 안전과 외과 의사의 전문성 유지를 위해 필요한 사항이다.

1. O'Neill L, Lanska DJ, Hartz A. Surgeon characteristics associated with mortality and morbidity following carotid endarterectomy. *Neurology*. 2000;55(6):773-781.
2. Waljee JF, Greenfield LJ, Dimick JB, Birkmeyer JD. Surgeon age and operative mortality in the United States. *Ann Surg*. 2006;244(3):353-362.
3. American College of Surgeons. Statement on the aging surgeon. <https://www.facs.org/about-ac/s/statements/80-aging-surgeon>. Published January 1, 2016. Accessed August 22, 2016.
4. Bieliauskas LA, Langenecker S, Graver C, et al. Cognitive changes and retirement among senior surgeons (CCRASS): results from the CCRASS Study. *J Am Coll Surg*. 2008;207(1):69-78; discussion 78-79.
5. Drag LL, Bieliauskas LA, Langenecker SA, Greenfield LJ. Cognitive functioning, retirement status, and age: results from the Cognitive Changes and Retirement among Senior Surgeons study. *J Am Coll Surg*. 2010;211(3):303-307.
6. Healy NA, Cantillon P, Malone C, Kerin MJ. Role models and mentors in surgery. *Am J Surg*. 2012;204(2):256-261.
7. Ravindra P, Fitzgerald JE. Defining surgical role models and their influence on career choice. *World J Surg*. 2011;35(4):704-709.
8. Walter AJ. Surgical education for the twenty-first century: beyond the apprentice model. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006;33(2):233-236, vii.
9. Kitto S, Villanueva EV, Chesters J, Petrovic A, Waxman BP, Smith JA. Surgeons' attitudes toward and usage of evidence-based medicine in surgical practice: a pilot study. *ANZ J Surg*. 2007;77(4):231-236.
10. Kwaan MR, Melton GB. Evidence-based medicine in surgical education. *Clin Colon Rectal Surg*. 2012;25(3):151-155.
11. Snyder L; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians Ethics Manual, sixth edition. *Ann Intern Med*. 2012;156(1)(pt 2):73-104.
12. Snyder L; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee, 92.
13. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*. 2006;296(9):1094-1102.
14. Cruess SR. Professionalism and medicine's social contract with society. *Clin Orthop Relat Res*. 2006;449:170-176.
15. Ilse R. Leadership ethics and the challenge of the aging surgeon. *Healthcare Manag For*. 2013;26(3):166-168.
16. Kohls-Gatzoulis JA, Regehr G, Hutchinson C. Teaching cognitive skills improves learning in surgical skills courses: a blinded, prospective, randomized study. *Can J Surg*. 2004;47(4):277-283.
17. Katlic MR, Coleman J. The aging surgeon. *Ann Surg*. 2014;260(2):199-201.
18. LifeBridge Health. The aging surgeon program. <http://www.agingsurgeonprogram.com/AgingSurgeon/AgingSurgeon.aspx>. Accessed August 23, 2016.

병원 내 다른 의료직역들과 관련한 윤리 문제

25

직역 간 수련 : 좋은 의학 교육의 필수요소²⁹

Interprofessional Training: Not Optional in Good Medical Training

요약

직역 간 교육(interprofessional education)은 의학 교육의 중요한 부분이므로 학생은 이러한 교육을 필수적으로 받아야 한다. 의사는 팀의 일원으로서 활동하며 의사의 부족이 계속되고 의료 서비스가 더욱 복잡해짐에 따라 팀워크의 중요성은 더욱 높아질 것이다. 변화하는 의료 환경에서 훌륭한 의사가 되는 법을 배우고자 한다면 학생들은 다른 직업군의 기술, 강점 및 전문용어의 가치를 인정해야 한다. 미래의 의사들 교육을 또 다른 의사만이 할 수 있다는 생각은 근시안적이다.

사례

산부인과 학생 실습을 총괄하는 의사로서 찬 박사의 목표 중 하나는 병원 내 의료 직역 간의 협업을 강조하여 학생들이 졸업 후 맞이하게 될 다학제적 진료 환경에 대응할 수 있도록 하는 데 있다. 무엇보다도 그녀는 학생들이 간호 조산사(nurse midwives)로부터 배우기를 원하고 있다. 찬 박사는 정상 분만에서의 전문가이자 환자 중심 진료의 롤모델과 리더 그리고 저위험군 여성들의 안전한 분만 옵션을 제공하는 동료 전문가로서 조산사들을 존경하고 있다. 이러한 목표를 달성하기 위해 찬 박사는 실습기간 동안 학생들의 스케줄을 절반으로 나누어서 산부인과 의사가 담당하는 파트와 간호 조산사가 담당하는 파트로 나누었다. 그녀는 학생들을 두 파트로 나눈 뒤 한 학생으로부터 이메일을 받게 된다. 여기엔 “저는 많은 여성이 분만 시 조산사의 도움을 원한다는 것을 알고 있지만, 의사가 하는 일을 배우기 위해 의대에 들어왔습니다. 머지않아 어느 과에서 전공의 생활을 할지 결정해야 하고 최대한 많은 시간 동안 의사들과 함께 일하고 싶습니다. 제 스케줄을 변경하여서 의대에서 공부하는 시간을 간호사나 조산사가 아닌 의사들에게 배우는 데 쓰고 싶습니다”라고 쓰여 있다.

찬 박사는 과거에도 비슷한 이메일을 받은 적이 몇 번 있다. 그녀는 이 학생의 요청을 받아들이면 간호 조산사에게 배우는 것은 선택적 과정이고 중요하지 않다는 메시지를 다른 학생들에게 주게 될 것이라는 점을 우려하고 있다. 찬 박사는 이러한 종류의 문제를 제기한 학생들에게 어떻게 대응하여야 할까?

해설

찬 박사는 학생의 이러한 요청을 거부하고 이 상황을 학생에게 직역 간 수련의 가치에 대해 교육하고자 했던 그녀의

29 · Burcher, P. (2016). Interprofessional training: Not optional in good medical education. AMA journal of ethics, 18(9), 898-902.

의무를 실행할 기회로 활용해야 한다. 지역 간 교육에 관한 전문가 패널은 “학생 기간 동안 임상 팀의 구성원으로 효과적으로 일할 기회는 배움에 있어 매우 중요한 부분이다”라고 언급했다[1]. 전문가 패널의 결론은 오늘날 의료 행위의 본질과 의사 이외의 직업군이 임상에서 수행하는 중요한 역할에 대한 존중과 이해의 중요성으로 인해 정당화될 수 있다. 찬 박사의 학생 요청의 거부는 여러 수준에서 정당화될 수 있지만 여기서 두 가지 이유를 심층적으로 논의하고 싶다. 첫 번째는 의료 행위가 본질적으로 팀 단위의 활동이라는 점에 따라 의사들을 팀 플레이어로 훈련시킬 필요성이다. 다른 여느 의학 전문 분과와 마찬가지로 산과는 의사들이 수적으로 부족한 상황에서 산과 의사와 조산사와의 지역 간 협력이 필요하다. 의과대학은 학생들에게 이러한 현재의 의료 모델과 미래의 진료 환경을 접하게 해주어야 한다. 두 번째로 의학적 수련의 모든 단계는 정상적인 것의 이해에서 병리적인 것의 이해로 나아가기에 산과 실습 기간을 조산사(일반적 저위험 임신과 출산의 전문가)와 함께 일함으로써 학생은 산부인과 영역의 기초를 이해하는 데 이상적 교육을 받을 수 있다.

사례에 등장하는 학생의 의학 학습에 대한 열정 자체는 포용 되어야 하지만 의학을 배타적으로 최고라고 여기는 사고의 위험에 대해서는 주의 깊게 대응할 필요가 있다. 이 학생은 의학에 대해 대체로 잘못된 개념을 가지고 있는 것처럼 보인다. 구체적으로는 찬 박사가 이 학생에게 다루어 주어야 할 의무감을 느끼고 있는 ‘의사의 역할’ 부분에서는 더욱 그러하다. 의사는 다른 의료 전문가들의 도움 없이 행할 수 있는 일이 많지 않다. 의사는 팀으로 활동한다. 다른 팀원들의 기여에 대해 가치를 인정해 주는 모습을 보이는 것보다 더 좋은 리더십의 표현 방법은 없다. 이를 위해서는 우리는 다른 의료전문가들이 어떤 일을 하는지에 대해 배우는 시간이 필요하고 그들이 우리에게 의사들이 가지고 있지 않은 전문 영역에 대해 가르침을 줄 수 있도록 해야 한다. 공인 간호 조산사(Certified nurse midwives, 이하 CNM)는 간호학에 대한 전문 학위들을 보유하고 있으며, 많은 주(state)에서는 독립적인 진료 면허가 부여된다. CNM은 산전 진찰을 시행하고 아기의 출산을 도우며 여성 건강에 대한 일상적인 부인과적 진료를 제공한다. CNM은 결코 단순히 수련을 덜 받은 산과 의사가 아니다. 그들은 고도의 기술을 갖춘 전문가로서 산부인과 의사의 기술들과 공통된 부분과 동시에 여러 차별화한 기술을 갖추고 있다. 연구들은 CNM의 참여 하에 수행된 저위험 임신 여성의 분만이 더 높은 수준의 환자 만족과 훨씬 낮은 수준의 제왕절개율을 보임을 보여주었다[2, 3].

나(저자)의 지난 임상 활동 기간 동안 6명의 산과 의사로 구성된 그룹은 5명의 CNM과 함께 일하며 수천 명의 여성을 치료하였다. 환자들은 조산사와 의사 중 한쪽을 선택할 수 있었다. 조산사들은 합병증이 발생했을 경우에는 의사의 지원을 받을 수 있었다. 의사들은 전문 수련 기간 동안 배운 내용과 관심 분야에 더 가까운 영역인 여러 합병증을 가진 환자들을 돌보고 수술을 하는 데 집중할 수 있었다. 이는 단순히 의학적으로 까다로운 환자들을 의사들에게 분류함을 의미하는 것이 아니다. 조산사들의 관리를 받은 환자들은 저위험 치료의 영역에서 의사가 제공할 수 있는 것보다 더 나은 치료를 받게 되는 경우가 많다. 가령 이러한 환자들은 의사의 문제 중심의 짧은 진찰시간 대신에 임신의 일반적 측면에 대한 상대적으로 긴 진찰시간을 제공받게 된다. 의사들은 자연스럽게 의학적으로 까다로운 환자들에게 더 많은 시간을 할애하지만, 이는 건강한 여성들에게 산전 진찰의 시간적 부분에서 상대적으로 홀대받는다는 인상을 줄 수 있다. 팀 단위의 접근을 통해 모두 이익을 얻었으며 우리는 6명의 의사만으로는 감당할 수 없었을 많은 환자들에게 봉사할 수 있었다. 이러한 모델은 결코 산과에만 적용되지 않는다. 간호 실무자들, 의사 보조자, 임상 약사, 물리 치료사 그리고 여러 의료 전문가들과 의사와의 협력은 이제 현 의료 환경에서 익숙한 광경이다.

뉴 멕시코 대학교 산부인과 과장 윌리엄 레이번(William F. Rayburn)과 에린 트레이시(Erin E. Tracy)가 ‘Obstetrical & Gynecological Survey’에 게재한 최근 논문에서는 심화되는 의사 수의 부족이 직업간 협력 진료에 미치는 영향이 강조되어 있다. “아마도 여성 건강 관리 요구에 대한 가장 중요한 대응 수단은 협력적 진료 모델을 개발하는 데 있다. 비-의사 임상 전문가들을 병원의 환경에 통합시키도록 치료의 제공 방식을 재설계하는 것은 더 포괄적이고 팀-기반적 진료 환경을 가져다줄 것이다[4].” 의사들 사이에서만 수련 받은 의대생이 추후 임상 환경에서 협력적 치료에 유능한 팀 구성원이 될 수 있다고 기대하는 것은 현실적이지 않다. 의학 교육이 ‘현실적’이고 미래

지향적이라면 의대생은 팀 기반 의료에 참여하고 각 팀원으로부터 배워야 한다. 여러 전문직업군이 환자에 대한 책임을 공유하는 의료 제공 환경과 의과대학의 임상 수련과정을 분리하는 것은 결코 정당화될 수 없다.

물론 사례에 등장한 의대생이 자신의 교육에 가장 좋은 커리큘럼을 스스로 결정할 수 있다고 믿는 것이 어느 정도 지나치다고 할 수 있을 것이다. 나는 이 학생에게 의과대학에서 전해져 오는 격언을 상기시키고 싶다. 개별 과목을 가르칠 수 있는 가장 훌륭한 사람은 그 과목의 전문가이다. 기초 과학의 영역에서 많은 교수는 의사 출신이 아니다. 그들은 기초 과학자이며 자신이 가르치는 분야에서 전문가이다. 나의 해부학 교수들은 의사가 아니었지만, 그들은 외과 의사보다도 해부학에 대해 더 잘 알았다. 의학의 전반적 영역을 다루는 가정의학과 전문의나 소아과 의사들 역시 다른 분과에서는 따라올 수 없는 자신들의 특수한 전문 영역이 있다. 내가 앞서 말한 대로 조산사들은 정상 임신과 분만의 전문가이며 몇몇 영역에서는 산부인과 의사보다도 더 나은 훌륭한 결과들을 보여준다[3].

조산사에게 3학년 학생들을 맡기는 것은 결코 현실적 타협이 아니다. 이는 정상적인 것으로부터 비정상적인 것을 배우는 전형적 의학교육의 틀 내에서 전문영역에 대한 배움을 위한 이상적 세팅이다. 나의 경험상 기초 과학 교육과 임상 교육의 통합은 전국의 의과 대학에서 자주 논의되는 중이다. 정상적 부분에 대한 강조로 산부인과 실습을 시작하는 것은 의사들을 의학적으로 까다로운 환자들을 치료하는 역할을 계속하도록 하면서도 이러한 통합적 교육 목표를 달성할 수 있게 하는 이상적 방법이다. 학생은 전문가를 통해 생리학적으로 정상 케이스로부터 배움을 시작하는 동시에 언젠가는 동료가 될 수도 있는 다른 전문가의 기술을 배울 수 있다.

그러나 조산사가 줄 수 있는 지식과 기술은 학생들이 이러한 경험을 통해 얻을 수 있는 것의 한 측면일 뿐이다. 사례의 학생이 자신이 원하던 바대로 의과대학에서의 수련 기간 동안 오직 의사들과 교류했다고 잠시 가정해 보자. 이 학생은 다른 중요한 의료 전문가들의 기술과 전문 용어들을 배우지 않은 채로 졸업하게 될 것이다. 전공의로서 이 학생은 자신의 지시와 처방 그리고 권장 사항들이 다른 사람들에 의해 실제로 수행될 것이라는 걸 이해하지 못할 것이다. 이 학생은 의사의 모든 것을 결정하고 그것을 우주가 알아서 결정을 실현할 것이라는 비현실적 의학관을 가지게 될 것이다. 졸업 전에 필요한 모든 실습을 완료하는 것만큼이나 학생들에게는 오늘날의 의료가 실제로 시행되는 방식(각 팀 구성원이 다른 구성원들의 역할을 이해하는 팀으로서 직역 간 교류)에 대해서 경험하는 것이 중요하다.

직업 간 의사소통은 또한 학습된 기술이다. 조산사와 산부인과 의사는 출산에 대해 다른 관점을 가지고 있으며 동일한 현상을 설명하기 위해 다른 설명어와 어휘를 사용한다. 내 경험상 이는 다른 직업 간 교류에도 마찬가지이며 치료 팀의 다른 전문가들의 어휘와 관점에 더욱 친숙한 학생들은 직업 간 대화에서 더욱 능숙해질 것이다. 나는 어느 날 밤 ‘Trust in Birth’라고 적힌 버튼을 착용한 한 CNM고녀 같이 일했던 기억이 난다. 그날 밤 우리는 매우 아픈 산과 환자들을 같이 돌보았다. 어느 시점에서 간호 조산사는 건강했던 내 환자 중 한 명의 출산에 참여했고 그동안 나는 그녀가 담당하던 까다로운 상태의 한 환자를 계속해서 맡을 수 있었다. 그날 밤이 끝날 무렵 나는 그녀의 버튼을 가리키며 무엇을 의미하는지 물었다. ‘출산을 믿으라(Trust in Birth).’ 그녀는 웃으면서 말했다, “믿으면 안 될 때는 제외하고 말이죠(except when you should not.).” 우리는 그때 같은 마음을 가지고 있었다. 이와 같은 순간은 우리가 각자의 직업에서 자신을 고립시키지 않고 다른 직업의 관점에서 의료 서비스를 바라보았기에 가능했다. 사례에서의 학생은 자신의 관점을 넓힐 기회를 갖게 되었다. 우리는 이 학생이 21세기의 건강 관리는 과거처럼 독창적 한 의사에 의해서가 아니라 여러 기술을 가진 팀 플레이어들에 의해 이루어진다는 사실을 이해하도록 도와야 한다.

이 학생은 조산사와 함께 일할 수 있으며 그래야만 한다.

1. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2011:i. <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipcreport.pdf>. Accessed July 6, 2016.
2. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*. 2002;18(4):260-267.
3. Blanchette H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172(6):1864-1871.
4. Rayburn WF, Tracy EE. Changes in the practice of obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv*. 2016;71(1):49.

Clinical Ethics Cases for Medical Students and General Physicians

제4장

전문직 윤리

- | 이해상충
- | 자기관리
- | 학생 교육 및 수련에 관한 윤리
- | 비전문적 진료행위
- | 사회적 책무

26

진료실에서의 화장품 판매³⁰

Dispensing Cosmeceuticals from the Office

사 례

슈베페 부인은 피부과 전문의 플레처 박사와 이제 막 진료를 마치고 습진 치료에 대한 다음 진료 일정을 예약하고 있었다. 그때 그녀의 눈에 짧은 플랫폼에 금색 글씨가 적힌 평범해 보이는 병 세 개가 눈에 띄었다. 슈베페 부인은 플레처 박사의 비서 앤지에게 “이 병들은 뭐죠?”라고 물었다.

“이것들은 저희만의 특별한 자외선 차단제와 보습제입니다.” 앤지는 대답했다.

“얼굴에 특별한 자외선 차단제를 사용하고 계세요?” 앤지가 물었다.

“아뇨.” 슈베페 부인이 대답했다. “정원에 있을 때는 항상 SPF 15(또는 30)를 사용하긴 하지만 일반적으로 약국에서 판매 중인 제품을 아무거나 구입해요.”

“플레처 박사님이 다음 환자와 만나기 전에 제품에 관해서 말씀을 나누셔야 할 것 같네요. 실제로 대부분의 의사 선생님들이 이 선 스크린을 모든 환자에게 추천하지만 플레처 박사님이 언급하지 않았다면 습진 약물과 심하게 상호 작용할 수 있기 때문일 거예요.” 앤지가 플레처 박사를 찾으러 갔을 때 슈베페 부인은 로션 사용 전후 사진과 함께 장점에 대한 후기가 실려있는 짧은 팜플렛을 읽었다.

“아, 마리.” 플레처 박사는 따뜻하게 인사했다. “앤지가 당신이 우리 제품에 관심이 있다고 하더군요.”

“글쎄요.” 슈베페 부인은 말을 이었다. “그것들이 방금 제 시선을 사로잡았는데 제가 사용했어야 하는 새로운 것인지 궁금했습니다.”

“여기 선 스크린은 SPF 30으로부터 보호해주고 보습력이 뛰어나며 대량 판매되는 제품처럼 건조하거나 기름진 느낌을 남기지 않습니다. 이걸 훨씬 피부에 부드러워요.” 플레처 박사는 ‘테스터’ 병을 집어 들고 슈베페 부인이 로션을 느껴보고 냄새를 맡게 했다.

“이게 저한테 필요하다고 생각하세요? 얼마죠?” 그녀는 물었다. 지금까지 본 것에 대해 분명히 깊은 인상을 받았다.

“좀 비싸서 전에 언급하지 않았어요. 저는 그것이 훌륭하고 피부에 도움이 될 수 있다고 생각하지만 지금 사용하시는 건 아마도 최소한의 보호만 제공해 줄 거예요.”

슈베페 부인은 “여기서 비싸면 할인점이나 약국에서 더 싼 가격을 찾을 수 있겠죠”라고 말했다.

“불행히도 여기 주에서는 다른 곳에서는 살 수가 없어요. 제조업체와 저희가 독점 계약을 체결했거든요. 현재 판매를 확장하려고 하지만 몇 개월이 걸릴 수 있어요. 좋은 소식은 처방전이 필요하지 않다는 거예요. 한 병에 약 35달러이고 매일 사용하시면 한 달 정도 쓰실 수 있어요. 하지만 이 로션을 사용하시면 정원에 계실 때 얼굴이 잘 보호될 수 있다는 걸 장담할 수 있어요. 그리고 오늘 수개월 치를 구매할 경우에는 더 좋은 조건으로 드릴 수 있어요.”

“사야 할 것 같긴 한데...” 슈베페 부인은 주저함이 비치는 말투로 말했다. “햇빛에 있을 때 제 얼굴을 완전히 덮을 수 없고 뉴스에서 들으니 피부암이 늘고 있다고 하더군요. 조심해서 나쁠 게 없죠.”

“좋은 말씀이네요. 몇 달 치를 드리면 될까요?”

30 · Gold, M. H. (2006). Dispensing cosmeceuticals from the office. AMA Journal of Ethics, 8(8), 503-508.

진료실에서 화장품 판매는 미국 전역의 피부과 및 성형외과 진료실의 표준 관행이 되었다. 지난 15년간 내 사무실 환경에서 화장품 제품을 판매해 왔으며 그것을 항상 ‘윤리적’ 판매로 묘사하며 많이 강의했던 피부과 전문의로서 여기에 제시된 사례에 대해 언급을 한다. 필자는 피부과 클리닉에서 처방전 없이 구할 수 있는 제품을 항상 사용할 수 있게 했지만, 환자가 그 제품을 구매할 의무를 느끼게 한 적은 결코 없었다.

지난 15년 동안 비처방 스킨 케어 사업은 사람들이 약국이나 백화점의 화장품 카운터에 걸어 들어가 볼 수 있게 되면서 빠르게 확장되었다. 스킨 케어 제품의 판매는 매년 수십 억 달러에 이르렀다. 피부과 의사와 성형외과 의사는 피부 관리에 대한 걱정과 문제를 다루는 데 대부분의 시간을 보내기 때문에 가장 적합한 피부 관리 제품이나 요법을 추천하기에 가장 좋은 위치에 있는 것으로 보인다. 나는 이것을 피부과 전문의와 성형외과 의사를 위한 ‘원 스톱 쇼핑’ 플랫폼이라고 부른다. 우리는 다른 어떤 그룹보다 피부를 더 잘 이해하고 비처방 스킨 케어 제품의 판매가 윤리적으로 이루어진다면 그 관행이 계속 성장하고 번창해서는 안 될 이유는 없다고 본다.

진료실에서 제품을 판매하는 개념에 대한 강력한 옹호자 및 반대의 목소리도 있다. 전문가 집단의 지침을 살펴보면 진행 중인 논란에 대한 이해를 얻을 수 있다.

미국의사협회의 관련 의료윤리 강령에서 관련된 내용의 요약은 다음과 같다.

1. 의사는 환자가 구매하도록 압력을 받지 않게 적절한 예방 조치를 취한 경우 건강 관련 제품을 실비로 판매할 수 있다. 판매되는 제품은 과학적 유효성을 평가해야 한다.
2. 의사는 진료실에서 무료 건강 관련 비처방 제품의 사용을 윤리적으로 조언하고 제공할 수 있다.
3. 의사는 독점 판매에 참여해서는 안 된다.

그러나 미국성형외과의사협회의 윤리 강령은 ‘의료 현장에서 의사는 의사가 승인한 의료 관련 제품의 판매에 대해서만 전문 수입을 받아야 한다’라고 말하고 있는데 AMA의 입장과 상충되는 것 같다.

마지막으로 미국피부과학회(American Academy of Dermatology)는 1998년에 ‘진료실에서 판매하는 피부과 전문의는 피부과 진료의 다른 모든 측면에서와 마찬가지로 환자의 최선의 이익을 최우선으로 해야 한다’고 말하고 있다. 분명히 우리는 세 개의 직업적 의료 기관들의 세 가지 의견이 있다. 이러한 불일치로 인해 의료 판매 및 마케팅 분야에서 상당한 논쟁이 벌어졌다. 화장품 제제의 판매에 관한 논문 및 논평은 피부과 문헌에 나와있다. 어떤 사람들은 우리가 청렴성을 위태롭게 하고 있다고 생각했지만, 다른 사람들은 환자에게 스킨 케어 제품을 제공하는 것이 일상적 피부과 비즈니스의 연장이라고 생각했다. 적어도 나에게 이것은 ‘비즈니스’라는 단어가 의료 용어로 들어간 곳이다.

의료를 실행하는 것은 어떤 전문 분야와 관계없는 사업이다. 나는 우리 모두가 최선을 다해 환자를 돌보는 우선적 사명을 가지고 의료 분야에 들어왔다고 강력하게 믿고 있다. 이것은 현실에서 우리 대다수가 의료 행위의 사업 운영에 관여한다는 사실을 바꾸지 않는다. 이것은 의사마다 그룹마다 그리고 전문분야에 이르기까지 다양하지만, 담당 의사로서는 거의 항상 그렇다.

피부과 진료는 환자의 문제를 우리 눈앞에서 다루고 우리의 목표는 환자들이 건강한 피부를 유지하도록 돕는 것이다. 우리의 진료에 화장품 및 시술 도입의 부분적 이유가 된다. 많은 경우에 피부과 전문의는 이러한 기술을 개발하거나 개선하는 데 중요한 역할을 수행했다. 그래서 오늘날 건강한 피부 관리에 필수적인 광범위한 스킨 케어 제품을 사용할 수 있게 되었고 사람들이 찾게 되었다.

내 진료실은 환자들이 스킨 케어 제품을 보고, 시험해 보고, 구매할 기회를 갖도록 마련되어 있다. 판매는 Medi-Spa에서 담당하고 있고, 판매 위치는 진료 공간과 인접한 곳에 있지만 따로 떨어져 있다. 많은 제품에 대한 설명과 잠재적 이점을 설명하는 홍보물은 리셉션 구역에 비치되어 있다. 환자를 진료한 후에는 일상적으로 환자들에게 피부 관리 방법에 대해 묻는다. 환자가 자신의 피부에 적절한 제품을 사용하는 경우 어디서 구매한 것이든 관계없이 환자와 함께 해당 제품을 검토하여 올바르게 사용하고 있는지 확인한다. 스킨 케어 제품을 사용하지 않고 있고 처방전이

필요 없는 피부 관리 방법으로 혜택을 볼 수 있다고 생각되는 환자의 경우, 본인의 피부에 가장 효과가 있을 것으로 생각되는 제품 및 성분의 종류를 설명해 준다. 그런 다음 추가 평가를 위해 Medi-Spa에 보낸다. 환자는 내가 추천하는 내용을 가지고 Medi-Spa 직원에게 가져가면 그들은 우리가 추천하는 제품에 대한 추가 설명을 제공한다.

강제 판매 수단은 없다

이 시점에서, 잠깐 화제를 벗어나 얘기를 하자면 비록 환자가 Medi-Spa에 가서 우리가 가지고 있는 스킨 케어 제품에 대해 알아보도록 권유했지만, 환자에게 그곳에 가라고 강요하지도 않고, 그들의 결정은 향후 치료에 영향을 미치지 않을 것이다. Medi-Spa 의 모든 직원은 우리가 판매하는 스킨 케어 제품에 대한 철저한 교육을 받은 면허가 있는 의료미용사 또는 마사지 치료사이다. 우리는 다양한 가격대의 다양한 제품을 제공한다. 또한 판매하는 모든 제품을 테스트 해보는 사람들도 있다. 게다가, 우리는 환자가 경제적 사정으로 인해 구매할 수 없거나, 실제로 원하는지 확실하지 않은 경우에 샘플을 제공한다. 나는 이러한 절차와 방법들이 진료 환경에서 제품을 윤리적으로 판매하는 데 중요한 요소라고 여기고 있다.

본 사례에 대한 의견

우리 앞에 있는 사례는 몇 가지 의문을 제기한다: 스킨 케어 제품에 대한 설명을 담당해야 하는 사람은 누구인가? 피부과 전문의가 제품 판매로 이익을 얻어야 하는가? 피부과 전문의가 독점적으로 소매판매를 해야 하는가? 순서대로 대답하겠다. 환자에게 스킨 케어 제품을 설명하는 것은 의사, 간호사와 같은 의료 전문가 또는 스킨 케어 전문가가 해야 한다. 접수 및 기타 교육을 받지 않은 직원은 진료 환경에서 스킨 케어 제품을 설명하거나 판매해서는 안 된다.

피부과 전문의가 제품 판매로 이익을 얻는 것이 윤리적인지에 대한 대답은 확실히 ‘그렇다’이다. 그러나 많은 사람이 전형적인 진료실에서의 이런 사업에서 아주 작은 이익을 얻는다는 사실에 놀랄 것이다. 재고 관리, 인력의 필요 및 이익을 감소시키는 기타 요소들이 이러한 진료실 판매에 존재하고, 이를 커버하기 위한 제품가격 인상이 예상된다.

스킨 케어 제품의 이윤 폭은 매우 크다. 대부분의 의사는 일반적으로 지불된 비용의 50%에서 100%까지 제품에 붙인다. 우리 사무실의 원칙은 가격이 주변의 소매 환경과 경쟁력을 유지하고 공급 업체의 권장 판매 가격에 민감하도록 하는 것이다. 윤리적 염려를 염두에 둬으로써, 사무실을 운영하는 것에 편안함을 느낀다.

마지막 질문은 제품의 독점성과 독점 소매 판매가 강압으로 인식될 수 있는지 여부에 대한 것이다. 수년 동안 스킨 케어 제품을 판매해 왔지만, 의사가 스킨 케어 제품 또는 제품 라인에 대한 독점적 권리를 부여받은 사례는 거의 없었으며, 이는 일반적으로 스킨 케어 회사에게 있어 사업적으로 좋은 것은 아니다. 따라서 소비자는 대부분의 지역에서 공급자를 선택할 수 있다. 다른 한편으로, 스킨 케어 제품의 소위 “개인 라벨링”은 급성장하는 사업이다. 다른 여러 곳에 다른 의사의 “독점적” 상표가 붙은 동일한 제품이 존재하더라도 의사가 “독점적” 제품을 가진 것처럼 보일 수 있다. 이것은 다소 까다로워지고 있으며 의사는 환자에게 소위 개인 상표 공급 업체를 이용하고 있음을 알려야 한다. 내가 언급했듯이, 진정으로 배타적인 약정은 거의 없으며, 소수의 의사들만이 재정적으로 독창적인 스킨 케어 라인을 만들 수 있는 위치에 있다.

처방전이 필요 없는 스킨 케어 제품의 윤리적 판매는 이런 서비스가 필요한 환자에게 건강한 피부 유지를 촉진하는 유용한 수단이다. 우리는 현재 피부 관리 제품을 소비자에게 추천하는 대다수 사람들보다 피부에 대해 더 잘 알고 있는 특별히 훈련된 의사와 피부 관리 전문가이다. 판매는 환자의 최대 이익을 최우선 목표로 유지하면서 위협하지 않는 방식으로 수행해야 한다.

1. American Medical Association. Opinion 8.063. Sale of health-related products from physicians' offices. Code of Medical Ethics. Available at: http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online?f_n=browse&doc=policyfiles/HnE/E-8.063.HTM&&s_t=&st_p=&nth=1&prev_pol=policyfiles/HnE/E-7.05.HTM&nxt_pol=policyfiles/HnE/E-8.01.HTM. Accessed June 20, 2006.
2. American Society of Plastic Surgeons. Code of Ethics of the American Society of Plastic Surgeons. Available at: http://www.plasticsurgery.org/psf/psfhome/about/2005_asps_code_of_ethics.pdf. Accessed July 18, 2006.
3. American Academy of Dermatology. Policy Guide. Practice Management. P- 61.200 Dispensing. Available at: <http://www.aad.org/professionals/policies/Policies.htm>. Accessed: June 18, 2006.
4. Norton L, Farber H. Point-counterpoint: should dermatologists dispense cosmetics? *Skin & Aging*. 1998;6:74-77.
5. Epstein E. Are we consultants or peddlers? *Arch Dermatol*. 1998;134:508-509.
6. Miller RC. Dermatologists should guard their patients' purse, not pick their pockets! *Arch Dermatol*. 1999;135:255-256.
7. Gormley DE. There is nothing wrong with dermatologists selling products to patients! *Arch Dermatol*. 1999;135:765-766.
8. Milstein E. The sale of products benefits patients and doctors alike. *Arch Dermatol*. 1999;135:851.

사 례

내과 클리닉 방문 24시간 후 루크 애스턴은 결핵에 대한 PPD 검사를 시행 받은 팔뚝 안쪽에 부종이 생겼다는 사실에 놀라지 않았다. 프랑스에서 어린 시절 그는 BCG 결핵 예방접종을 받았다. 응급의학과 전공의 첫해 중반에 그는 폐결핵으로 진단되었으며 이는 환자에게 노출되어 얻어진 것 같았다. 진단 후 루크는 흉부 엑스레이에서 약물 요법에 대한 치료 반응이 확인될 때까지 병가를 내고 휴직했다. 이제 전공의 1년 차를 마무리하기 위해 돌아온 그는 병원 정책에 따라 과거 병력과 위양성 가능성에도 불구하고 매년 투베르쿨린 피부 검사(TST)를 받아야 했다.

루크는 그날 오후 점심식사를 마치고 전공의 동료인 두 친구와 식당에서 뒤쪽 구석에 있는 테이블 자리를 요청한 후 “이전에도 양성이 나왔었기 때문에 난 걱정하지 않아”라고 말했다. “이 감기 좀 떨어졌으면 좋겠어. 요즘 달리기를 많이 못했어.” 그는 계속해서 말했다. “하지만 어쨌든 6개월 전 찍은 마지막 엑스레이는 괜찮았고, 나는 피부 검사가 양성이라고 말해서 클리닉의 누군가를 놀라게 하고 싶지 않아. 너희도 예상했던 거 아냐?”

“잠깐만 루크.” 응급의학과 3년 차 스리란자니 파텔은 “확실히 확인하려면 엑스레이 다시 찍어야 해. 그걸 따르지 않겠다고 말하는 거야?”

“응, 난 하고 싶지 않아.” 루크는 잠시 기침을 하기 위해 잠시 멈추고 대답했다. “미안해.” 그는 계속했다. “병가를 다녀와서 이미 난 너무 뒤쳐졌어. 게다가 다시 약 복용을 시작하고 싶지 않고 부작용을 또다시 겪고 싶지 않아. 특히 내가 약물치료가 필요 없다고 생각할 때는.” 그는 다시 깊은 기침을 하기 위해 멈추며 말했다. “결핵에 걸렸었지만 지금은 괜찮아. 클리닉의 일부 의사들이 불안해한다고 해서 앞으로 4년 동안 6개월 간격으로 이소니아지드를 복용하고 싶지는 않아.”

“루크.” 스리란자니는 조심스럽게 말을 시작했다. “기침한 지는 얼마나 오래됐어?” “스리, 제발 좀!” 루크가 외쳤다. “그런 말로 시작하지 마. 난 단지 감기에 좀 걸린 거라고. 난 괜찮아!”

“늑막성 흉통은 있어? 야간 발한은?” 모인 사람 중 한 명인 2년 차 전공의 마크 테오피루스(Mark Theophilus)는 물었다. 루크는 화가 나서 뭉친 냅킨을 반쯤 빈 접시에 던지면서 물었다. “너희 둘 나를 진단하는 걸 그만하겠니? 기침을 해서 숨을 쉴 때 조금 힘든 거야. 나는 감기에 걸린 거라고! 알다시피, 바이러스라고 불리는 것들이야!” 팔을 가리키며 그는 말했다. “내가 이것과 관련해서 일을 크게 만든다면 나한테 다시 약을 먹으라고 할 거고 난 그걸 원치 않아. 난 괜찮아, 믿어줘. 둘 다 조용히 있어주면 정말 고맙겠어. 6개월 전에 엑스레이 찍었고, 난 지금 당장 다시 찍을 시간이 없어. PPD 결과에 대해서는 말하지 않을 거야. 이 감기만 나으면...” 그는 다시 기침을 하면서 말을 멈추고 “난 괜찮을 거야!”

31 · Parmar, P. (2006). Autonomy and Public Health: When the Patient Is a Physician. *AMA Journal of Ethics*, 8(4), 197-200.

기침을 하는 1년 차 전공의 루크는 단순한 상기도 감염이 있을 수 있다. 또한 최근 폐결핵에 대한 다제 치료 과정을 마친 그는 활동성 결핵 환자로 재발했을 수도 있다. 수백 명의 어린이와 노인 및 면역력이 약화된 환자에게 노출되는 응급의학과 전공의로서 루크는 자신의 증상을 보고하고 흉부 엑스레이 재촬영에 동의할 책임이 있다. 하지만 불쾌하고 종종 유독한 약물을 복용하면서 수개월을 일하지 못하게 되기에 그가 왜 그렇게 하기를 주저하는지 이해할 수 있다. 이 사례는 두 세계가 충돌할 때의 어려움을 보여주는 흥미로운 딜레마를 제시한다. 환자이자 의사로서 루크는 이 상황에서 건강 관리를 거부할 권리가 있는가?

루크의 동료들도 독특한 위치에 있다. 그들은 친구의 판단과 소망을 존중해야 할 책임이 있지만 동시에 환자, 다른 동료 및 의사의 전문적 의무를 이행할 책임도 있다. 전염시킬 수 있는 질병을 지닌 채 루크가 의료 전문가로서 일에 빠르게 복귀하도록 하는 데 있어서 그들이 돌보는 환자들의 건강과 심지어 생명을 위협에 빠뜨리게 하는 데 연루되는 것인가? 전문가 윤리의 질문을 넘어 루크가 실제로 결핵에 걸렸다면 여기 1년 차들과 그리고 병원의 노출된 모든 직원이 몇 달간의 다제 치료가 필요할 수 있다. 친구의 바람에 대한 충성과 존중이 아무런 행동을 하지 않은 것에 대해 정당화될 수 있는가?

치료를 거부할 권리

자율성의 기본 원칙에 따라 모든 사람이 좋든 싫든 자신의 건강을 무시할 권리가 있다. 미국의사협회 의료 윤리 강령에는 이에 대해 다음과 같은 입장을 반영하고 있다. ‘환자는 의사가 권유하는 건강 관리와 관련하여 결정을 내릴 권리가 있다. 환자는 어떤 것이든 권유받은 치료를 수락하거나 거부할 수 있다.’ 환자들은 심지어 그렇게 하는 것에 대한 위험에 대해 충분한 설명을 듣고 난 이후에도 정기적으로 입증된 치료법을 거절하고 대안 요법이나 자연 요법을 선호한다. 환자를 보고 있는 의사로서 나는 그러한 결정의 결과로 목숨을 잃게 된 환자들을 경험했다.

그러나 검역과 같은 특별한 상황을 제외하고 의사는 의료에 관한 결정을 내리는 데 있어 어려움이 있더라도 공중 보건에 영향을 미칠 수 있는 경우에도 환자의 자율성 및 자기 결정권을 존중해야 한다.

예를 들어 어떤 상황에서는 우리는 부모가 자녀에게 예방 접종을 하지 않기로 할 권리를 존중한다. 우리는 집단 면역이 이들 자녀와 우리 자녀를 보호하기를 기도한다. 마찬가지로 의사는 독감에서 위장염에 이르기까지 전염을 시킬 수 있는 병이 있을 때도 종종 일을 한다. 이러한 전염성이 강한 바이러스성 질병은 일상적 치료 과정에서 손을 열심히 씻더라도 사람 간에 쉽게 전파될 수 있다. 이 선례들을 고려해 봤을 때 심지어 단순한 바이러스성 질병처럼 그의 상태가 환자를 위험에 빠뜨릴 수 있다고 해도 루크에게 증상에 대한 향후 치료를 거부할 권리가 없는 걸까?

환자 안전, 만연된 우려

이러한 주장에도 불구하고 결핵은 단순한 바이러스성 질병을 훨씬 뛰어넘는다. 만성적으로 생명을 위협하고 쇠약하게 만드는 질병으로 치료하기가 매우 어렵고 공중 보건에 엄청난 위협이 된다. 대부분의 환자는 감기에서 회복되는 데 아무런 문제가 없지만, 결핵에서 회복하는 것은 작은 문제가 아니다. 또한 결핵 발병은 HIV 또는 다른 면역 결핍 환자에게 즉각적 사형 선고가 될 수 있다. AIDS 환자, 자가 면역 질환으로 인한 오랜 기간 스테로이드를 사용하고 있는 환자, 이식 환자, 노인 및 만성 질환을 앓고 있는 등 면역이 결핍된 환자들은 평균적 응급실 환자 인구의 상당 부분을 차지한다.

결과적으로 결핵이 환자들의 생명에 미치는 위협을 감안할 때 루크는 이로 인해 발생하는 개인적 어려움에 상관없이

증상을 보고할 책임이 있다. 루크의 환자는 치료를 거부할 권리가 있지만, 의사로서 루크는 환자의 건강을 보호할 특권이 있다. 그가 돌보는 환자들의 권리는 병원에서 일하는 한 자신의 권리보다 우선한다. 언제 증상이 보고되어야 하는가에 대한 시기는 의사가 가진 전염될 수 있는 병으로 인해 환자의 건강에 미치는 위험 수준에 따라 결정된다.

동료들의 역할

의사로서 루크의 동료들은 비록 이것이 친구의 희망을 무시하는 것을 의미하더라도 그들이 돌보는 환자들의 건강에 집중해야 한다. 활동성 결핵은 너무 심각한 질병이기 때문에 루크의 사례가 보고되지 않아서는 안된다. 물론 그의 친구들은 루크에게 자신의 증상을 스스로 보고할 수 있는 기회를 주는 것으로 시작해야 한다. 그가 그렇게 하지 않는다면 병원의 직업환경의학 부서에 증상을 알리겠다고 분명히 말해야 한다. 그들은 그를 배신하고 싶지 않다는 점을 강조해야 한다. 하지만 응급실에 온 환자가 생명을 위협하는 질병에 노출되지 않을 것이라고 확신하고 싶어 한다. 자신들은 의사로서 루크의 친구들도 건강을 보호해야 할 책임이 있다. 기침하는 결핵 환자와 함께 점심을 먹으면서는 도저히 그렇게 하기 어렵다.

이런 상황은 의심할 여지없이 루크의 동료들에게는 어려운 일이지만 누가 친구에게 정면으로 맞서야 할 가능성에 직면하고 싶겠는가? 전례가 없는 것은 아니다. 루크의 동료들이 그의 환자를 돌볼 수 있는 능력이 약물이나 알코올 중독에 의한 2차적 손상이라는 것을 알게 된다면 환자 안전에 대한 의혹을 보고할 법적 의무가 없다 하더라도 윤리적으로 판단할 수 있다. 활동성 결핵을 앓고 있는 의사는 약물의 영향을 받는 의사만큼 환자 복지에 심각한 위협이 된다고 쉽게 주장할 수 있다. 심지어 루크가 결핵에 걸리지 않고 호흡기 바이러스와 같은 해를 끼치지 않는 것으로 고통받고 있다 하더라도 자신의 건강을 위한 필요를 고려하도록 독려해서 의사의 건강함을 증진시키도록 하는 것이 여전히 친구의 역할일 것이다. 루크가 결핵 또는 호흡기 바이러스를 앓고 있는지에 관계없이 의사는 자신이 치료하는 환자와 마찬가지로 인간이며 때로는 환자 자신이 될 수도 있다는 사실을 보여준다.

의사가 되는 것은 권리가 아니라 영예로운 일이다. 이 영예로 우리의 권리, 신념 및 욕구가 환자에게 가장 좋은 것과 직접적으로 충돌하더라도 지켜야 할 몇 가지 분명한 책임이 따른다. 이 직업의 책임을 받아들이는 데 있어 우리는 환자의 필요가 항상 우선되어야 한다는 데 동의했다. 환자를 우선시할 수 없다고 느낀다면 환자를 위해 환자 진료(치료)에서 손을 떼는 것이 우리의 책임이다.

참고문헌

1. American Medical Association. Opinion 10.01 Fundamental elements of the patient-physician relationship. Code of Medical Ethics. Available at: http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online?f_n=browse&p_p=T&s_t=&st_p=&nth=1&prev_pol=policyfiles/HnE/E-10.01.HTM&nxt_pol=policyfiles/HnE/E-10.017.HTM Accessed March 7, 2006.
2. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA. 1998;279(19):1548-1553.
3. Calandrillo SP. Vanishing vaccinations: why are so many Americans opting out of vaccinating their children? Univ Mich J Law Reform. 2004;37(2):353-440.
4. American Medical Association. Opinion 9.031 Reporting impaired, incompetent, or unethical colleagues. Code of Medical Ethics. Available at: http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online?f_n=browse&doc=policyfiles/HnE/E-9.031.HTM&s_t=&st_p=&nth=1&prev_pol=policyfiles/HnE/E-8.21.HTM&nxt_pol=policyfiles/HnE/E-9.01.HTM Accessed March 7, 2006.

28

웰즈 박사의 이야기: 유능한, 그리고 성질 고약한³²

The Tale of Dr Wells: Competent and Irascible

사 례

18년 간의 결혼생활 끝에, 웰즈 박사는 이혼을 하고 미국으로 이민을 왔다. 그녀는 수년에 걸친 성공적인 활동과 훌륭한 명성에도 불구하고 미국에서 또다시 전공의 과정을 거쳐야 한다는 점에 크게 실망했다.

웰즈 박사가 미국에서 외과 전공의 과정을 마치고 한 병원의 스태프가 되었을 때 그녀의 나이는 50세가 다 되어 있었다. 현재 그녀는 58세이며 미국 의학교육시스템이 자신의 커리어를 늦추었다는 점에 분노하고 있었다. 또한 그녀는 자신의 임상적 판단의 타당성에 설명을 요구하는 미국 의료보험시스템에도 분노하고 있다. 창창한 인생이 남아있음에도 불만에 가득 차 있는 젊은 의대생들과 인턴에 혐오감을 드러내고 있었다.

조급한 성격의 웰즈 박사는 수술방 간호사들에게 화를 잘 내며 잘못된 수술기구를 손에 쥐여 주는 수련의에게 기구를 던져버리는 것으로 유명하다. 회진 중에 그녀는 환자들에게 어떻게 지내는지 물어보고, 대답이 끝나기도 전에 말을 자르고는 한다. 그녀는 “절개 부위 좀 볼게요”라고 말을 채 시작하기도 전에 드레싱을 제거하고 절개 부위를 노출시키기도 한다. 그녀는 단 한 번도 “환자분께서 괜찮으시다면 우리 팀의 선생님들도 부위를 같이 살펴봐도 될까요?”라는 말을 입 밖에 낸 적이 없다. 웰즈 박사는 환자들이 하루 이틀분의 추가 입원 의료보험금을 받는 데 도움이 되도록 진료 차트에 허위정보를 기입하기도 했다. 그녀는 “말단 사무직한테 의학적 내용을 설명할 바에야 병원을 관두겠다”라고 말한다. 동료들이 의문을 제기하거나 다른 방안을 제시할 때면 웰즈 박사는 보통 “당신이 그러고 싶으면 그렇게 하시죠. 전 제가 하려던 대로 할 겁니다”라고 대답한다.

거친 태도와 무례한 매너에도 불구하고 웰즈 박사는 매우 유능한 외과 의사이다. 그녀의 환자들의 합병증률과 재수술률은 매우 낮다. 그녀는 개별 환자의 해부적 특성에 대한 직관을 갖추고 있으며 훌륭한 손기술은 수술 과정 중의 오류를 최소화한다. 전공의들의 웰즈 박사에 대한 평가는 정확히 상반된다. 일부는 스태프들에 대한 모욕과 환자에 대한 무례한 태도는 전문성의 부족과 무능함에 해당한다고 보는 반면, 다른 전공의들은 “환자들에 대한 태도는 차치하고 웰즈 박사의 업무 능력을 보세요. 외과에 대해 많이 배울 수 있습니다”라고 충고한다.

해설 1

수년에 걸쳐 직장에서 수용 가능한 의사의 행동 범위는 좁아져 가고 있다. 평범한 사람의 경우보다는 덜 할지는 모르지만 추후에는 의사도 일반적 문명사회의 기준에 따라 행동해야 할 것으로 예상된다. 표면적으로(사실 표면적인 것은 매우 중요하지만) 웰즈 박사는 오만하게 행동하고 있고 동료들의 의견을 경멸하며 간호사들에게 무례하다. 또한 실습 학생에게 모욕적이고 위협한 행동을 하고, 환자에 대한 공감과 존중의 결여를 보이며, 대인관계에 있어 존중과 돌봄과 관련된 의료적 행위의 원칙들에 대한 관심의 영역에서도 부족함을 보인다. 의무기록의 허위 작성에서 우리가

32 · 해설 1 : Gendel, M. (2003). The Tale of Dr. Wells: Competent and Irascible, Commentary 1. AMA Journal of Ethics, 5(9), 271-275.

해설 2 : MacDonald, N., & Hayes, V. (2003). The Tale of Dr. Wells: Competent and Irascible, Commentary 2. AMA Journal of Ethics, 5(9), 271-275.

준수하는 규칙들에 대한 무시를 보이지만, 진실을 존중하는 것과 관련된 의학적 실천의 원칙, 즉 우리가 의지하고 있는 과학 또한 손상시키고 있다. 그녀는 자신과 동료들 그리고 관계자를 깎아내림으로써 의학을 위험에 빠트리고 있다. 기구들을 던지고 굴욕을 견뎌내도록 요구함으로써 학생을 위험에 빠트리고 있다. 검사 동의 등과 같은 중요한 개인적 경계를 뛰어넘어 환자를 위험에 빠트리고 있다. 그녀는 병원을 환자에 의한(잘못된 진료로 인해) 그리고 직원에 의한(적대적 근무 환경으로 인해) 소송의 위험에 노출시키고, 정보를 위조하여 환자의 이익에 맞게 조작함에 따라 정부기관과 보험회사에 의한 제재에 병원을 노출시킴으로써 병원을 위험에 빠트리고 있다. 웰즈 박사의 행동은 분명 심각한 문제를 야기한다.

웰즈 박사는(비록 훌륭하지는 않을지라도) 유능한 외과 의사이다. 여러 문제점에도 불구하고 외과 의사 직업군에 큰 자산이 될 수 있으며 수천 명의 환자의 건강과 안녕에 분명히 기여할 수 있다. 학생들 또한 그녀와의 교류를 통해 이익을 얻을 수 있을 것이다. 비록 이것이 그녀의 스타일과 행동들을 견뎌낼 수 있는 사회적 경험이 있는 경우에만 한정될 것이며 민감한 학생들에게는 오히려 그녀와의 근무가 큰 도움이 되지 않거나 혹은 고통스러운 경험이 될 수도 있을 테지만 말이다. 많은 도움이 될 수 있음에도, 문제적 행동(이 사례의 경우는 파괴적 행동과 태도로 인해)을 하는 의사라는 의료 커뮤니티에서 흔히 마주치게 되는 상황에 마주하고 있다. 우리는 커뮤니티로서 이러한 문제를 어떻게 개념화하고 접근할 수 있을까?

‘감별진단’에 대해 생각해보도록 하자. 웰즈 박사의 행동은 그녀의 성격으로 인한 결과인가? 강박관념들과 자기애적 성격 특성의 징후들을 우리는 발견할 수 있다. 그렇다면 이러한 종류의 행동은 시간에 큰 관계없이 상대적으로 일정해야 한다. 그녀의 행동은 그녀가 예전부터 높이 평가받은 전문 분야에서 재교육을 받아야 하고 수련의가 되어 이전 명성을 잃어버린 것 같은 느낌으로 되돌아가서 발생한 격분의 산물일까? 이는 상당한 트라우마로 작용할 수 있다. 그렇다면 아마 미국으로 이민 온 후에야 대응하기 어려운 행동을 시작했을 것이다. 그녀의 행동이 의사의 인내와 관용을 감소시키고 짜증나게 하는 우울증과 같은 기분 장애와 관련되어 있을까? 그녀가 알코올 혹은 다른 약물을 과도하게 사용하고 있지는 않을까? 중독성 장애는 종종 의료행위의 기술적 측면을 손상하지 않으면서도 행동적 영역의 문제를 일으킬 수 있다. 동료에게 공개하지 않은 다른 심각한 질병을 앓고 있지는 않을까? 그녀가 정말로 아프다면 우울증이나 중독 혹은 다른 질병이 이민 후 혹은 이전에 시작되었을까? 왜 그녀는 이혼 후 18년간 살던 나라를 떠났을까? 이집트의 직장에서도 행동에 문제가 있었을까? 분명히 우리에게는 대답할 수 있는 것보다 더 많은 질문들이 있다. 표면적으로 보이는 웰즈 박사의 문제들 수면 아래에 있는 어떤 이상을 확인하기 위해서는 전문가의 평가가 필요하다. ‘치료’는 ‘진단’에 의존하기 때문에 문제의 깊은 원인에 대한 접근방법을 규정할 수 없는 상황이다.

그러나 우리는 웰즈 박사의 더 깊은 문제들을 해결할 수 있는 위치에 있지 않다. 웰즈 박사와 관련된 어려움들은 일단 표면적 수준에서 충족되어야 한다. 즉, 그녀의 부적절한 행동에 대응하고 개선을 요구한다는 의미이다. 의사는 종종 권력을 갖춤과 동시에 위협적인 사람이기 때문에 이는 쉽게 할 수 있는 일이 아니다. 종종 이러한 의사는 오랜 기간 동안 홀로 남겨져 주변 사람에게 많은 적대감과 두려움을 불러 일으킨다. 그 결과 고립되고 의심에 가득 찬 의사는 문제를 계속 회피하게 되는 악순환을 만들어 낸다. 문제가 나타난 직후에 문제를 해결하는 것이 훨씬 쉽다. 그리고 문제의 행동들은 적절히 다루어져야 한다.

이러한 의사와 대면하는 기술은 논의의 적절한 주제는 될 수 있지만, 여기서 논의하기엔 그렇지 않다. 이에 대한 논의의 핵심은 문제가 되는 행동을 식별하고 예상되는 개선 사항을 설명하며 준수되지 않은 결과들을 기록하는 것이다. 도움을 주고 싶어하는 마음을 표현하는 것도 필수적이다. 문제를 임상적 평가 의뢰하는 것은 종종 적절한데 이를 통해 치료적 권장 사항들이 제시될 수 있기 때문이다.

몇 가지 표현들에 관해서 더 논의할 필요가 있다. ‘기능손상이 있는 의사(Physician impairment)’는 질병이나 부상의 결과로 합리적 기술과 안전성을 갖춘 의료를 실천할 수 없음을 의미한다. 대부분의 의사는 질병의 상태에 놓여있더라 하더라도 그들의 상태에 적응하고 자신의 일을 지켜낼 수 있다(이는 만성질환의 경우 더욱 그렇다). 웰즈

박사의 경우에는 업무 수행능력에 손상이 동반된 상황이다. 즉, 그녀의 사회적 스킬과 판단력이 영향을 받고 있다. 하지만 우리는 그녀가 아픈지의 여부를 적어도 지금은 알 수 없는 상황이며, 엄밀히는 그녀가 ‘기능손상이 있는 상황에 처했다고(impaired)’ 판단하지는 않을 것이다. 행동에 문제가 있는 의사들은 종종 ‘파괴적 의사(disruptive physicians)’라고 불린다. 나(해설자)는 이 용어를 좋아하지 않는데 이는 모든 행동 문제가 파괴로 이어지는 것이 아닐뿐더러 판단하는 듯한 느낌을 주기 때문이다. 이 용어는 웰즈 박사의 동료, 학생, 환자 그리고 행정직원들이 느끼고 있을 수 있는 화 또는 분노를 반영하고 있다. 웰즈 박사를 돕고자 하는 의향을 보이는 사람들은 이러한 분노에 대해 인식할 필요가 있다. 그녀와 일하고 대화하는 데 있어 보다 공정한 자세를 취할 필요가 있다.

해설 2

웰즈 박사의 이야기에서 우리는 불행히도 의료 전문가에게서 흔히 발견되는 모순을 발견할 수 있다. 이 의사는 기술적 스킬과 임상적 판단에서는 높게 평가되는 동시에 동료들은 그녀의 대인관계기술과 업무 수행 방식에 점점 더 우려를 표하고 있다. 의료분야 내에서 웰즈 박사의 예와 같은 파괴적 행동(예 : 욕설, 모욕, 언어적 편향)이 더는 용납될 수는 없으며 이러한 행동을 드러내는 의사는 도움이 필요하다는 인식이 높아지고 있다. 도움과 변화가 제공되지 않는다면 의사에게는 징계, 병원에서의 특권의 상실, 자해, 환자의 소송 등 심각한 문제가 발생할 가능성이 높다. 그리고 동료들에게는 스트레스 증가 및 소진의 증가가 발생할 수 있다. 의료 기관의 관점에서는 환자의 소송과 직장 내 괴롭힘에 대한 불만이 제기될 수 있다. 이 사례에서 학생과 전공의가 자신의 직업 선택, 의료 행위 패턴 및 대인 의사소통 스타일 등의 영역에서 부정적 롤 모델에 노출되고 있다는 우려가 추가로 발생한다. 가학적이고 파괴적 행동은 또다시 파괴적 행동을 초래할 수 있으며 모든 당사자는 이로 인해 고통을 받을 수 있다.

파괴적인 행동을 보이는 의사는 동료와 의료기관 모두에게 다루기 어려운 존재이다. 이러한 의사는 종종 높은 수준의 작업을 대량으로 해내는 우수한 성취자이다. 그들은 또한 자신들이 원한다면 매력적으로 보일 수 있다. 그들은 일반적으로 그들이 하는 일에 대해 존경을 받으며 목표를 달성하기 위해 열중한다. 파괴적 행동의 새로운 시작은 특히 약물에 대한 의존 또는 심각한 개인적 고통 등과 같은 다른 문제들이 반영된 결과일 수 있기에 중요하다. 그러나 교정이 필요한 건강 관리 시스템의 문제로 인해 일부 파괴적 행동이 유발되거나 촉진될 수 있다는 가능성을 놓쳐서는 안 된다.

웰즈 박사의 이야기에서는 자세히 살펴볼 만한 몇 가지 요점들을 찾을 수 있다. 그녀가 미국에서 일하기 위해 훈련을 ‘반복’해야 했던 점에 대한 좌절과 분노는 비슷한 상황에서 많은 해외에서 훈련받은 졸업생들에게서 또한 발견된다. 해외에서의 수련과 경험의 질을 비교 평가하는 가장 좋은 척도는 무엇일까? ‘시스템’은 어떻게 미국에서의 수련을 거치지 않고서도 미국의 의료 관리의 표준, 요구 그리고 기대들에 적응할 수 있도록 보장할 수 있을까? 훈련의 ‘반복’은 항상 필요할까? 그리고 근거는 무엇인가? 역량을 확보하기 위해 개별 평가방법을 개발할 수는 없을까?

웰즈 박사의 이러한 행동은 새로운 것인가 아니면 오래 지속되고 있는가? 그녀의 분노의 원인은 무엇인가? 업무 관련 요인은 무엇인가? 그녀는 건강 보험 시스템이 임상적 판단에 의문을 제기하는 것에 대해 매우 불만스러워하지만 그 외 스트레스를 유발하는 다른 업무 관련 요인은 무엇인가? 그녀의 나이는 전체 수술 작업량과 호출의 엄격한 처리 능력에 영향을 미치고 있는가? 해결되지 않은 결혼과 관련한 갈등 혹은 다른 개인적 문제가 있는가? 이혼은 얼마나 우호적으로 이루어졌으며 자녀는 있는가? 결혼을 계기로 여성이 매우 다른 방식으로 평가되는 문화를 가진 지역에서 일했던 경험은 그녀가 자신을 보는 방식에 어떠한 영향을 미쳤는가? ‘마초적’ 행동을 오랫동안 높이 평가해 온 남성 중심의 의료 분야에서 여성으로서 그녀는 어떻게 대처해오고 있는가? 그녀는 이혼과 미국에서의 늦은 출발로 인해 심각한 재정적 문제가 있었는가? 그녀의 기대는 무엇이며 무엇을 성공이라고 생각하는가? 그녀의 건강은 어떠한가? 마지막 휴가는 언제였나? 그녀는 스트레스를 줄이고 ‘영혼을 회복하기 위해’ 무엇을 하는가? 관계와 관련한 문제가

있는가? 그녀를 지원하는 가족이나 친구가 있는가?

이 상황을 직면했을 때 우리와 그녀의 동료 그리고 의료 기관은 무엇을 할 것인가? 경험에 따르면 파괴적 행동은 스스로 교정되지 않는다. 또한, 장기적으로 해결되지 않은 분노는 다른 사람 및 또는 자기 자신의 손상을 초래할 수 있다. 환자 안전은 실제로 여기서 문제가 된다.

제도적 관점에서 살펴보면 조례는 적절한 행동과 행위에 대한 정책을 다루어야 하며 정책이 위반될 경우 따라야 할 전략과 가이드라인을 갖추는 것이 중요하다. 부정적, 비윤리적, 비전문적 행동뿐만 아니라 따라야 할 긍정적 행동을 정의하는 정책은 파괴적 행동의 목록보다도 더 도움이 될 수 있다. 이러한 정책은 모든 의료진에게 알려져야 하며 이를 적용하기 위한 투명하고 공정한 절차가 있어야 한다. 이러한 정책에는 건강한 직장을 지원하고 스트레스가 고통을 유발하는 단계에 이르기 전에 개별 의료진에 개입하기 위해 노력하며 정신적 고통이 발생할 경우 의료진을 지원하는 건강프로그램이 병행되는 것이 권장된다.

1990년대 중반 오타와대학교에서 저자 중 하나인 소아과 전문의 노니 맥도날드(Noni MacDonald)는 아동정신과 의사 사이먼 데이비드슨(Simon Davidson)과 함께 의료진들의 스트레스를 담당하는 태스크포스의 공동의장으로 활동하였다. 그 결과 웰빙 프로그램을 개발할 수 있었다. 포커스 그룹, 상호교류 워크숍 및 세미나를 통해 많은 의료진이 실제로 많은 스트레스를 받았다는 것을 알게 되었다. 웰즈 박사와 비슷한 연령대에서 성별을 막론하고 많은 교수진은 적절한 퇴직 소득, 퇴직 후 결혼생활 문제, 퇴직 후 자존감 상실에 대한 우려 등과 같은 퇴직관련 문제들을 제기했다. 모든 연령의 의료진들은 개인 정보 보호 및 기밀 유지로 인한 우려로 인해 의료진 내부에서 도움을 구하는 것이 불안하다고 지적했다. 그러나 이것은 도움을 받기 위해 '최고의 케어'에 접근하고자 하는 강한 욕구와 결합되어 있다. 많은 의료진은 심각한 결혼 불화, 알코올 문제, 우울증 증상 또는 혼란스러운 행동과 같은 어려움으로 인해 정신적 고통을 겪고 있는 동료 의료진에 대해 슬픔과 걱정을 표현했지만, 대부분은 자신이 도움을 줄 역량이 없다고 느끼고 있었다.

이러한 발견들에 대응하기 위해 'Neighborhood Watch and Connector Program'이 개발되었다. 'Neighborhood Watch'의 구성요소는 워크숍, 세미나 및 지속적 의학 교육 프로그램을 통해 정신적 고통의 지표뿐만 아니라 자신의 정신적 고통의 징후를 찾을 것을 권장한다. '커넥터'의 구성 요소는 도움이 필요한 개인의 비밀유지와 최상의 케어의 문제를 해결하기 위해 설정되었다. 정신적 고통에 처해 있는 의료진은 '커넥터'를 호출하도록 권장된다. 5명의 커넥터는 경험이 풍부한 임상 정신과 전문의로서 간단한 일련의 질문을 통해 정신과, 심리학, 법률 재무전문가 등 평가를 위한 최적의 전문가에게 평가 의뢰를 할지를 결정한다. 그런 다음 커넥터들은 보다 철저한 검토 평가를 위해 적절한 전문가들과의 약속시간을 지정한다. 이 모든 것들은 비밀유지를 엄격히 준수하여 수행된다. 원하는 경우 고통의 상황에 놓인 교직원은 자신의 이름을 커넥터에 공개할 필요도 없다. 전문가들만이 진짜 이름을 알게 된다. 웰즈 박사의 경우와 같이 복잡한 사례의 경우, 재정 고문, 심리학자 및 의사소통 기술 전문가와 같이 여러 명의 전문가를 추천할 수도 있다. 동료에 대한 걱정으로 인해 커넥터를 호출하는 경우 커넥터의 역할은 정신적 고통에 처해있는 동료를 돕고자 하는 사람에게 동료들을 도울 수 있는 여러 옵션과 기회를 개발하는데 여러 조언을 제공해 주는 것에 있다.

웰즈 박사의 이야기의 경우 문제가 해결되지 않으면 부정적 결과가 발생할 위험이 높기 때문에 권위 있는 사람이 접근하는 것이 중요하다. 이 사람은 그녀 행동의 구체적 예를 통해 동료로서 우려를 제기해야 하지만, 동시에 직장이 어떻게 기능하는지에 대한 웰즈 박사의 인식, 자신의 업무수행에 대한 그녀의 평가, 그리고 그녀가 생각하는 직장 내 이슈와 문제점을 확인해야 한다. 웰즈 박사와 접촉을 하게 되는 권위를 갖춘 사람은 그녀의 현재 행동과 관련되어 있을 수 있는 개인적인 문제에 대해서도 조심스럽게 조사해야 한다. 웰즈 박사는 자신의 일에 테크닉적 측면은 정말 높이 평가되고 있다는 점을 들을 필요가 있다. 웰즈 박사가 같이 참여함으로써 그녀는 자신이 문제의 어떤 요소에 대해서 어느 정도의 통제가 가능한지 식하고(예를 들어 직장에서의 상황에 대한 그녀의 언어적 반응) 어떠한 지원 유형이

그녀가 행동을 변화하려고 노력할 때 도움이 될지를 설정할 수 있다.

웰즈 박사와 같은 사례에서 사람들은 언제나 도움이 건설적으로 그리고 비밀이 유지되는 방식으로 제공된 도움이 받아들여지기를 희망한다. 그러나 종종 파괴적 행동을 하는 사람들은 자신들이 얼마나 심각한 문제를 겪고 있는지 인식하지 못한 채 동정적 방식으로 제공된 도움들을 기꺼이 받아들여려 하지 않는다. 이러한 상황에서 명확한 조례, 그리고 부서장, 의료진의 최고 책임자 및 의무부원장의 공동작업은 종종 문제적 직원이 도움을 받고 문제적 행동을 바꾸도록 격려하는데 성공할 수 있다.

동료들은 또한 웰즈 박사의 재활을 어떻게 도움을 줄 수 있을지 대한 교육이 필요할 수 있다. 아마도 호출이나 수술 일정 변경 혹은 약간의 유급 안식기간 혹은 기타 실질적 변화가 웰즈 박사에게 그녀가 실제로 가치 있는 스태프 멤버라는 점을 보이는데 도움을 줄 수 있으며, 대인관계기술을 익힐 시간을 줄 수 있다. 이 분야의 개선은 그녀의 직장 생활 뿐 아니라 주변인으로 인해 받는 정신적 고통을 줄임으로써 동료들의 직장 생활에도 도움이 될 것이다. 또한, 웰즈 박사의 파괴적 행동에 대한 의료기관과 동료들의 건설적이고 동정적이고도 존중하는 태도를 갖춘 대응은 학생들과 전공의들에게 추후에 일어날 수도 있는 비슷한 문제들을 해결하는데 좋은 롤 모델 역할을 할 수 있을 것이다.

1999년부터 노니 맥도날드(Noni MacDonald)와 본다 헤이즈(Vonda Hayes)는 달루지 대학(Dalhousie University) 의과대학에서 오타와 대학 프로그램을 채택하고 확장시켰다. 이들은 지역 자원과 분산된 의료진을 고려하여 3개 주에 걸쳐 100개의 현장에서 교육이 이루어지도록 하고 있다. ‘Wellness Program’은 스트레스 및 정신건강 문제 뿐 아니라 문화와 성별 문제를 포함한 신체 건강 및 직장 건강까지 포함하도록 확장되었다. 이 프로그램(VH에 의해 운영)은 교직원, 스태프, 학생 및 전공의를 모두 포함한다. 하룻밤 새 성공하는 것은 불가능하지만, 의료진의 문화 변화에 대한 꾸준한 진전이 진행되고 있으며 ‘돌봄 제공자를 위한 돌봄(care for caregivers)’이 수용되고 가치를 인정받는 개념이 되어 가고 있다. 프로그램에 대한 학생들과 전공의들의 열정은 직업의 성공적 미래에 좋은 징조이다.

참고문헌

1. Gendel MH. Disruptive behaviors, personality problems, and boundary violations. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ, eds. The Handbook of Physician Health. Chicago: AMA Press; 2000:138-160.

학생 교육 및 수련에 관한 윤리

29

중간에 끼인 의대생³³

Medical Student in the Middle

사 례

“이 여자 분은 웨스트 씨인데...” 영 박사는 한숨을 쉬며 말했다. 목소리가 차츰 잦아들었다.

“...아, 안타까운 상황이에요.” 영 박사는 의대 3학년 학생 빌과 병실 바깥에서 잠시 멈춰서 있었다.

“제가 2년 전에 이 환자의 제 III기 자궁경부암을 치료했죠, 그리고 추적관찰을 하는 중이에요. 치료는 잘 마무리됐고 우리는 암이 완전히 제거되었다고 생각했습니다만 최근 골 스캔에서 흉부 척추에 전이가 강하게 의심되는 부분이 몇 군데 발견됐어요. 유쾌한 상황은 아니죠. 그래서 마지막에 촬영한 스캔 결과에 대해 논의하자고 환자분께 말씀드렸어요.”

“문제는 말이죠.” 영 박사는 계속해서 이야기한다. “이 환자분께서는 혼자 사시고 주변에 친구가 많거나 사회적 지지가 탄탄해 보이지 않아요. 환자 차트를 보시면 환자분이 몇 년 전 암 진단을 받으신 이래로 주요 우울장애를 앓아 왔다는 걸 알 수 있을 거예요. 그러니까 우울증이 악화되지 않도록 환자분에게 암 진행 상태에 대해 말하는데 조심스러워야 한단 말이죠. 우울증이 치료결과와 생존율에까지 영향을 미칠 수도 있을까 걱정도 돼요.”

영 박사는 병실로 들어갔고, 빌은 곧장 따라갔다. 웨스트 씨는 구석에 있는 의자에 털썩 주저앉아 있었다. 42세라기에는 한참 나이가 들어 보였다.

“여기까지 직접 오라고 하신 것 보면 분명 정말 나쁜 소식인가 봐요.” 병실 바닥에서 눈을 떼지 않은 채 그녀는 말했다. “저는 죽게 되는 건가요?”

“무슨 소리예요, 그런 말 하지 마세요.” 영 박사는 최대한 격려하는 목소리로 대답했다. “환자분의 마지막 골 스캔에서 약간 걱정되는 소견이 보여서 오시라고 연락 드렸어요. 검사를 몇 가지 더 받아야 할 거고요. 그리고 높은 확률로 재치료를 받아야 할 겁니다. 그래도 저희 측에서 몇 가지 효과적 치료 옵션이 있고 2년 전과 마찬가지로 여기서 저희가 잘 치료해 드릴 거예요. 괜찮으시다면 여기 학생 빌이 환자분 진찰을 해봐도 될까요? 저는 몇 분 있다 다시 말씀드리러 올게요.” 영 박사는 따뜻한 웃음을 지으며 병실을 나갔고 빌과 웨스트 씨만이 남았다.

이제야 바닥에서 눈을 떼어 빌을 올려다보며 웨스트 씨가 말했다. “오..., 저는 정말 나쁜 소식일거라 생각했는데, 제가 그래도 괜찮은 상황인 것 같네요. 그런 거 맞죠?”

해 설

이 사례에서 영 박사는 웨스트 씨에게 나쁜 소식을 전달할 필요가 있다. 영 박사는 이 소식이 기존의 우울증을

33 · Angelos, P. (2007). Medical student in the middle: how much can students tell patient?. AMA Journal of Ethics, 9(1), 12-15.

악화시키고 이 우울증이 환자의 생존 가능성에 부정적 영향을 미칠 것이라 우려하고 있다. 영 박사와 웨스트 씨의 상호관계는 치료의 연속성을 보장하고 치료할 수 있는 옵션을 명확히 제시하며 그와 동시에 앞선 검사의 결과를 명료하고 솔직하게 밝혀야 하는 현 상황이 어떻게 다루어지는지에 따라 큰 영향을 받을 것이다. 그리고 영 박사와 웨스트 씨의 사이에 있는 의대 3학년 학생 빌은 어려운 상황에 놓여있다. 빌은 영 박사가 웨스트 씨에게 “마지막 골 스캔에서 약간 걱정되는 소견이 보여서...”라는 말을 한 바로 다음 웨스트 씨와 단둘이 남겨진 상태다. 웨스트 씨는 아직 걱정되는 소견이 어떤 종류인지 그것이 무엇을 의미하는지는 전달받지 못했다. 웨스트 씨가 자신이 꽤 많은 상황인지를 물어보았을 때 빌은 어려운 질문에 직면하게 된다(이는 경험 많은 의사들에게도 마찬가지일 것이다.). 의대 학생으로서 빌은 현재 영 박사보다 더 당황스러워야 할 이유가 있다. 영 박사가 웨스트 씨와의 대면에서 서로 간의 관계에 미칠 영향만을 고려하여 주의를 기울였다면 빌은 웨스트 씨에게 정직한 태도를 보임과 동시에 영 박사의 의중을 파악하여 웨스트 씨에게 적절한 설명을 해주어야 하기 때문이다.

환자와 의사의 소통

환자와 의사 간의 의사소통을 원활하게 하는 여러 원칙에 대해 논의해보고, 환자와 학생 간의 상호작용에 대한 원칙들 또한 고려해 보자. 의사와 환자 사이의 교류는 정직하고 완전할 필요가 있다. 나쁜 정보의 공개는 추후 계속될 대화의 일부가 되어야 하며 결코 일회성으로 그쳐서는 안 된다. 환자에게 나쁜 소식을 전할 때 의사는 환자가 겪고 있는 두려움과 불확실성뿐 아니라 모든 의학적 예후에 내재되어 있는 불확실성을 인정하려 노력해야 한다. 의사는 환자가 즉시 그리고 추후에 활용할 수 있는 여러 옵션을 강조할 필요가 있다. 환자가 병을 앓는 기간과 치료기간 전반에 걸쳐 환자에게 충실할 것임을 확실히 보여주어야 한다. 이러한 확신은(학생이 아닌) 의사만이 제공할 수 있다. 위의 사례에서 영 박사는 “저희 측에서 몇 가지 효과적 치료 옵션들이 있고 저희가 잘 치료해 드릴 거예요”라는 표현으로 나쁜 소식을 전하는 첫 번째 중요한 단계를 시작했다. 이 메시지를 전달할 때 의사는 결코 환자의 ‘희망’을 지켜주고자 거짓말을 하려 해서는 안 된다. 분명 어떠한 의사도, 자신이 무엇이 환자에게 희망감을 줄지에 대해 완전히 이해한다고 스스로 믿을 정도로 온정주의적(paternalistic)이어서는 안 된다.

환자와 학생의 소통

이제 환자와 학생 간의 대화에서 어떤 원칙이 적용되어야 하는지를 고려해 본다면 위와 동일한 원칙이 적용될 것이라는 점을 쉽게 알 수 있다. 그러나 주치의와 비교해 보았을 때 학생은 나쁜 소식이 가지는 의미에 대한 지식이 적은 편이므로 불확실성의 문제는 학생에게 더 큰 부담이 된다. 전통적으로 학생과 교수진 사이에서 준수되어온 한 가지 가이드라인 중 하나는 학생이 나쁜 소식을 전달하는 첫 번째 사람이 되어서는 안 된다는 점이다. 왜 이러한 가이드라인이 널리 받아들여질까? 의사와 환자 모두는 정보가 전달되는 방식이 중요하다는 사실을 이해하고 있으며 환자가 나쁜 소식을 처음 전달받는 방식이 그 소식에 대한 반응에 영향을 미칠 수 있다는 것 역시 이해하기 때문이다.

당면한 문제

영 박사와 웨스트 씨의 의사소통의 첫 시작은 좋았으나 영 박사는 별안간 방을 떠났다. 빌은 자신이 직접 웨스트 씨에게 검사 결과에 대해 공개하고 예후에 대해 설명해야 할지도 모르는 상황에 처했다. 빌은 당연히 이 역할을 피하려고 노력해야 할 것이다.

영 박사는 빌이 이러한 어색한 상황에 처하지 않도록 하기 위해 무엇을 할 수 있었을까? 첫째, 영 박사는 빌에게

이학적 검사를 맡기기 전에 웨스트 씨에게 검사 결과에 대해 더 자세히 논의할 수 있었다. 이는 웨스트 씨에게 충분한 정보를 제공했을 것이며 이를 바탕으로 그녀는 영 박사에게 이후 빌에게 질문을 했을 것이다. 이러한 접근 방식은 웨스트 씨가 의사로부터 구체적 지식과 관련된 사항을 전달받게 했을 것이고 학생이 대답하기 어려운 질문을 받는 상황을 낳지 않았을 것이다.

빌이 거짓말을 하거나 모호한 대답만을 할 수밖에 없는 상황에 처하지 않게 할 수 있었던 또 다른 가능성은 처음부터 영 박사가 빌에게 웨스트 씨의 검사 결과를 비롯한 정보를 먼저 제공하지 않았을 상황이다. 이 상황에서 빌은 환자에게 어떤 대답을 할지 고민할 필요가 없다. 자신이 모르는 사항에 대해서 그는 대답할 수 없기에 웨스트 씨에게 정보를 공개하지 않는 것은 결코 기만에 준하지 않는다.

하지만 사례에서 제시된 상황이 이미 일어났다면 빌은 어떻게 해야 하는가? 우선 빌은 정직해야 한다. 그는 영 박사로부터 검사 결과의 의미에 대해서 아주 약간의 내용만을 전달받았을 뿐이다. 일반적으로 학생에게 가장 좋은 방법은 의사가 환자에게 이미 전달했던 내용을 단순히 반복하는 것이다. 위의 사례에서 영 박사는 웨스트 씨에게 추가 치료가 높은 확률로 필요할 것이며 효과적 치료 옵션들이 있다고 말했다. 빌의 웨스트 씨와의 교류에서 중요한 역할은 이러한 영 박사의 진술을 강화하는 데 있다.

아마도 현재의 제한된 교류의 상황에서 빌이 할 수 있는 가장 유익한 일은 자신 역시 웨스트 씨와 같은 편에 있음을 확실히 드러내는 것이다. 환자와의 동맹관계는 학생들도 쉽게 발전시켜 나갈 수 있다. 빌은 웨스트 씨에게 열린 태도를 보여줌과 동시에 골 스캔 검사의 결과에 대한 지식이 자신 또한 부족하다는 점을 드러냄으로써 이 동맹관계를 발전시켜 나갈 수 있다. 가령 웨스트 씨가 빌에게 “제가 그래도 괜찮은 상황인 것 같네요. 그런 거 맞죠?” 등의 대답할 수 없는 질문을 한다면 빌은 이 질문의 중요성을 인정한다는 점과 그럼에도 그에 대해 대답할 만한 지식이 부족하다는 점을 표명할 필요가 있다. 두 사람 모두가 영 박사에게 자세한 설명을 요구하는 입장에 위치하게 됨에 따라 빌과 웨스트 씨는 더 자세한 사실을 알아내는 과정에서의 동료가 된다. 학생은 주치의에게 어떤 추가 질문을 던지는 게 좋을지에 대해 환자에게 조언함으로써 환자에게 도움을 줄 수 있다(이는 학생 자신이 대답할 수 없는 질문에도 해당된다.). 또한 학생은 주치의와의 추후의 논의에서 환자가 제기하고자 하는 여러 우려사항을 명료화 하는데 도움을 줄 수 있다. 이 역할을 통해 빌은 자신이 제공할 준비가 되지 않은 의료 정보를 제공하지 않으면서도 웨스트 씨와의 긴밀한 관계를 발전시켜 나갈 수 있다.

이 사례는 의대 학생과 환자의 관계가 환자와 의사의 관계와 유사하면서도 다른 점이 있음을 보여준다. 환자-의사 관계에서 발생할 수 있는 문제들에 대해 의사와 학생들이 인식하는 것은 매우 중요한데 이는 학생들이 환자와의 관계를 편하게 이끌어 갈 수 있는 스킬을 획득할 수 있게 함과 동시에 환자에게 유익할 수 있기 때문이다.

30

의료 전문가 교육에 있어 지배와 복종의 구식 교육학적 모델에 저항하며³⁴

Resisting Outdated Models of Pedagogical Domination and Subordination in Health Professions Education

요약

이 사례는 임상 환경 내에서 전문가 간 협력 실무 문화보다는 전통적인 보건의료 전문가 계층 구조에 직면하고 있는 전문가 간 수련의 딜레마를 강조한다. 사례에서 수련의는 지도전문의와 대면하는 최선의 방법을 결정해야 하며 동료 보건의료 실습 학생 및 팀원과 상황을 중재하는 최선의 방법을 결정해야 한다. 해설에서는 팀 구성원의 역할과 책임 결정, 명확한 의사소통 제공, 의료진 간 소모임을 갖고 갈등이 있을 때 질문을 수용하는 것을 포함하고 있다. 교수진에 의한 전문가 간 협업 실무의 역할 모델링은 환자 치료 성과와 치료 질을 지속적으로 개선할 수 있는 차세대 의료 전문가를 양성하는 데 중요하다.

사 례

라베카는 일차진료 클리닉에서 일하는 4학년 학생이다. 그녀가 다니는 의과 대학은 최근 의대생들에게 간호 학생들과 협력하여 배우고 일할 수 있는 기회를 제공하기 위해 교과 과정을 변경했다. 라베카는 교수 중에서 연배가 높은 내과 의사 월슨 박사의 클리닉에서 간호 학생인 브룩과 짝을 이루게 되었다. 이전에 월슨 박사의 클리닉에서 간호 학생이 실습을 한 적이 없었다. 라베카와 브룩이 클리닉 첫날 도착했을 때 월슨 박사는 따뜻하게 인사를 한 후 이렇게 말했다. “둘 다 알다시피 간호사는 팀의 중요한 부분이지만 의사가 궁극적으로 주도권을 갖고 있어요. 라베카, 이걸 너의 리더십 기술을 개발할 수 있는 기회야. 브룩, 나는 라베카가 당신에게 과제를 주도록 위임하도록 하겠어요. 그녀의 지시를 따르세요.”

월슨 박사와 함께 일하는 간호사 켄나는 환자로 인해 바빴고 이 오리엔테이션에 참석하지 않았다. 브룩은 특히 켄나가 없는 상황에서 월슨 박사의 메시지를 듣고 실망했다. 라베카는 브룩의 실망을 알아챘다. 그녀는 어색하다고 느끼고 어떻게 반응해야 할지 잘 몰랐다. 그녀는 월슨 박사를 존경하고 그와 좋은 관계를 맺기를 원하고 있었다. 하지만 팀원의 역할에 대한 그의 생각에 의문을 제기하면 로테이션 초기에 불필요한 갈등이 발생할 수 있다고 생각했다. 그녀는 곧 있을 클리닉 세션에서 월슨 박사 및 브룩과 함께 어떻게 일을 해야 할지 모르고 있었다.

해설

의료 전문직 교육은 피교육자와 교수진에게 자신의 전문 분야 이외의 전문가와 협력하는 새로운 방식(그들에게는 생소할 수 있는 역할과 책임이 부여되는)을 채택하도록 요구하는 전문직역 간 수련 및 돌봄 전달 모델(care delivery model)로 전환되고 있다. 이것은 전통적 전문직 계층 구조에 의문을 갖고 공유 리더십에 개방적임을 의미한다. 이 사례에서 피교육자는 지도 전문의의 권위에 도전할 것인지를 고민하는 어려운 위치에 있다. 교수진과 학생들이 자신의

34 · Chen, A., & Brodie, M. (2016). Resisting outdated models of pedagogical domination and subordination in health professions education. *AMA Journal of Ethics*, 18(9), 903-909.

직종 이외의 동료들과 협력하여 일하는 법을 배우게 될 시나리오는 지금도 그렇고 앞으로도 흔한 일이 될 것이다. 라베카가 임상 환경에서 간호사들과 함께 실습한 경험이 있고, 직장에서 협업하는 방법을 배웠으며 의사와 간호사가 닥터 월슨이 생각하는 그런 계층이 없는 팀으로 가장 잘 기능한다는 것을 이해하고 있다고 가정해 보자. 그러나 그녀는 과거에 간호 학생과 함께 일하거나 감독하는 일은 안 해봤을 가능성이 높다.

잠재적 갈등에 대응하기

라베카는 월슨 박사의 오리엔테이션으로 인해 설정된 잠재적 갈등에 관해 여러 다른 방식으로 대응할 수 있다. 두 가지 명백하고 상반되는 반응이 있다. 협력적이고 팀 기반 치료의 가치에 대한 믿음이 점점 더 커지고 이게 지침이 된다면 월슨 박사의 지시를 무시할 수 있지만 그렇게 하는 것이 그녀의 평가에 영향을 미칠 수 있고 미래의 기회를 제한할 수 있다. 그녀가 자신의 가치와 타협하고, 닥터 월슨은 임상 환경에서 의학적으로 보다 뛰어나다는 가정을 따른다면 환자 중심 치료를 제공하기 위해 협력하는 팀의 목표보다 그와의 관계를 우선하게 된다. 그러나 라베카에게 가능한 행동의 범위는 이러한 극명한 반대 입장 사이에 있으며, 그것은 발생된 긴장을 해결하기 위해 그녀가 누구와 언제 그리고 어떻게 행동하는지에 따라 좌우된다.

팀 리더에게 접근하기

라베카는 월슨 박사와 그의 지시에 대해 얘기하는 것을 피할 수 없을 것이다. 이 대화는 알맞은 때에 이루어져야 한다. 그렇지 않으면 기회를 놓치게 된다. 그녀는 자신이 직면하고 있는 팀워크의 상충되는 모델에 대해 직접 질문할 수 있다. 그녀는 월슨 박사와 공개 장소에서 대화하지 말고 대화할 장소와 시간을 확인해야 한다. 라베카는 존중하는 태도를 지니고, 위협적이지 않아야 하며, 월슨 박사가 방어적 자세를 취하는 것이 아니라 건설적으로 참여할 수 있도록 하는 태도와 감각을 유지해야 한다. 예를 들어 “월슨 박사님, 브룩과 제가 따르는 사람과 리더로서의 역할을 수행하는 것이 아니라 전문직역 간 팀원으로서 환자 치료에 협력하는 경우 어떻게 생각하십니까?” 그녀의 언어적, 비언어적 의사소통은 호기심과 관심을 전달해야 한다.

그녀는 간호사와 일해 본 과거 경험과 한 직종이 다른 직종에 종속되지 않고 어떻게 팀의 기능을 촉진했는지 언급해야 한다. 그녀는 환자 평가 및 교육, 가족과 함께 간호의 지속성 제공, 돌봄 결정에 대한 심리 사회적 영향 이해 등 간호사가 주도하는 환자 간호의 여러 측면에 대한 놀라운 발견을 언급할 수 있다.

라베카는 월슨 박사가 방해받지 않고 말할 수 있게 하면서 자신이 말하는 만큼 들어야 한다. 그녀는 월슨 박사가 말한 것을 요약해 줌으로써 적극적으로 듣고 있다는 것을 보여줄 수 있다. 만약 월슨 박사가 간호 학생을 지도하라고 지시한 자신의 입장을 고수한다면 라베카는 그의 입장을 인정한 후 그 계획에 대한 브룩의 불편함과 브룩의 역할에 대한 존중을 나타내려는 자신의 바람을 언급할 수 있다. 자신들의 환자에 대한 책임을 정의하고 환자를 위해 서로 의사소통 함으로써 계층적 관계 대신 보다 공동의 관계를 시험적으로 시도할 수 있을지 물을 수 있을 것이다. 대화를 하는 내내 라베카는 월슨 박사의 말을 이해하고 있음을 나타내기 위해 눈을 잘 맞추고 고개를 끄덕임으로써 비언어적 의사소통에 주의를 기울여야 한다.

다른 팀원들에게 접근하기

동시에 라베카는 간호사 동료들의 견해를 환영할 수도 있다. 그녀는 지속적으로 브룩과 얘기하면서 계층적 접근 방식에 대한 본인의 실망스러움을 알리고 협력적 계획에 대한 자신의 선호도를 설명하면서 브룩에게 자신이 월슨 박사에게 그것에 대해 이야기했다는 사실을 알릴 수 있다. 그녀는 간호사 동료들과 협력이라는 주제를 제안할 수도

있다. 그렇게 하는 것은 열린 대화를 장려하고 환자를 잘 치료하고 돌보려는 공통의 목표에 계속해서 집중하게 하며 존중하는 관계를 구축할 수 있다. 가령 라베카는 브룩에게 그녀와 그녀를 지도하는 선임이 팀원들의 다양한 역할을 어떻게 생각하고 있는지 질문해 볼 수 있다. 그녀는 브룩을 옹호할 수 있고 그녀의 역할과 실무 범위에 맞는 의무를 수행할 수 있게 할 수 있다. 라베카는 이 팀의 리더는 아니지만, 포용성 및 팀원들의 수용을 촉진함에 있어 비공식적 리더십 역할을 맡게 될 것이다. 그녀는 브룩의 필요와 함께 돌보는 환자의 필요를 충족시킬 수 있는 방식으로 협업하고 의사소통하는 방법을 쟁마와 직접 논의할 수 있다. 결국 라베카는 어떻게 대응할 것인지 결정해야 한다. 그것은 문화적 변화(환자 중심 결과의 이점을 실현하는 전문직역 간 접근을 진정으로 받아들이어서 구현하는)를 촉진하기 위해 보건 의료 전문가들의 집단적 반응을 이끌어 낼 것이다.

전문직역 간 협력적 실무

전문직역 간 협력적 실무는 ‘다른 전문 배경을 가진 여러 의료 종사자가 최고 수준의 치료를 제공하기 위해 환자와 가족, 돌보는 이들 및 지역 사회와 함께 일할 때’ 발생하며, 그것이 현재 표준이다. 그러나 전문적 가치, 기대 및 역할의 차이와 같은 장벽, 책임에 대한 우려와 팀 갈등은 전문직역 간 협력적 실무의 완전한 실현을 방해할 수 있다. 전문가 간 협업 치료를 환자에게 제공하기 위해 치료팀은 환자 중심의 우수한 치료를 제공한다는 공동 목표를 달성하는 데 있어 열린 의사소통을 하고 각 전문가의 역할과 책임에 대해 이해하는 것이 중요하다. 전문직역 간 교육 협력(Interprofessional Education Collaborative, IPEC)은 전문직역 간 협력적 실무를 위한 4가지 주요 영역에 대한 핵심 역량을 개발했다. 전문직역 간 실무를 위한 가치와 윤리, 각 직역의 역할과 책임, 직역 간 의사소통, 팀과 팀워크에 실습 학생들이 참여하는 경우 팀 구성원들은 또한 그들의 특정 학습 목표에 대한 이해가 필요하다. 이는 각 직역의 전문 지식, 실무 범위 및 역할을 이해하는 데 달려 있다.

담당 지도 교수는 전문직역 간 팀 치료를 실습 학생에게 가르치고 임상 환경에서 동료 간 협력관계와 협력적 실무를 보여줄 고유한 의무가 있다. 담당 지도 교수의 주요 책임은 전문적 역할 모델링을 제공하는 것이다. 실습 학생은 교수가 어떻게 교실에서 이루어진 학습을 실제 임상 상황에 적용하는지 보여주기를 기대한다. 동시에 실습 학생들은 임상실습을 도는 과정에서 보이지 않는 교과 과정(hidden curriculum)을 통해 무언의 사회 및 문화적 행동 규범과 임상적 상황에서 처신에 관한 것들을 관찰을 통해 배운다(그리고 아마도 그것을 정상적인 것으로 여기고 내면화하기 시작한다). 이러한 규범들은 긍정적일 수 있으며 동료 간 협력관계를 향상시키거나, 또는 부정적이어서 지배와 종속에 대한 기능을 제대로 하지 못할 수도 있다. 지도 전문의가 의대생 앞에서 간호 학생을 대하는 방법은 아마도 팀워크에 대한 모든 교실에서 이루어지는 수업보다 의대생들의 동료와의 상호 작용에 더 큰 영향을 줄 것이다.

전문직역 간 협력적 실무를 사례에 적용하기

월슨 박사는 전문직역 간 팀 기능에 대한 지원과 이해를 표현하기 위해 ‘소모임’의 기회를 활용할 수도 있을 것이다. 소모임은 치료 조정을 용이하게 하기 위한 ‘조직의 전체 멤버십에 대한 구조적이고 간단한(즉 5~15분) 일상적(예 : 매일 또는 하루에 여러 번) 대면 커뮤니케이션’이다. 월슨 박사는 각자 자기소개를 하고 환자 관리, 목표 및 특정 환자에 대한 제안된 치료 계획에서 자신과 자신의 역할을 소개하도록 함으로써 소모임을 시작할 수 있을 것이다. 환자의 치료 필요에 따라 팀의 모든 구성원이 소모임을 이끌 수 있다. 목표는 각 구성원이 전문적 평등과 목소리를 갖는 것이다. 이 경우 간호 학생인 브룩은 이 기간에 대한 학습 목표를 설명할 수 있을 것이다. 모든 전문 분야의 학습자와 팀원은 소모임을 통해 환자 중심 치료를 제공하는 데 협력하는 방법뿐만 아니라 서로의 역할과 목표를 잘 이해할 수 있게 된다. 또한 서로 의사소통하는 방법을 배우는 데 도움이 된다. 가령 환자 치료에 참여하기 전에 중복되는 역할과 작업을 나누는 방법에 대해 논의하고 전문용어를 사용함으로써 발생할 수 있는 잘못된 의사소통을

명확하게 할 수 있다. 월슨 박사는 세션을 마친 후 사례를 검토하고 환자를 돌보는 데 도움이 되도록 팀이 얼마나 잘 협력했는지에 대한 통찰력이나 성찰을 제공할 수 있다. 개별 팀 구성원들은 잘된 점과 개선할 수 있는 사항에 대한 이러한 검토를 바탕으로 협력을 통해 다양한 기술을 지속적으로 구축할 수 있다. 이상적으로 켄마와 월슨 박사는 협력적인 교육적 접근과 그들의 실습 학생들이 필요로 하는 모든 것에 대한 공유된 이해를 가질 것이다. 월슨 박사가 켄마를 소모임에 초대하는 것은 두 직종의 실습 학생들에게 피드백과 아이디어를 교환할 수 있는 기회를 열어서 직역 간 교육의 가치를 높일 수 있다.

월슨 박사의 의료 전문직 교육에 대한 접근 방식에서 가장 윤리적으로 문제가 있는 부분은 “의사들이 궁극적으로 주도권을 갖고 있다”라고 말할 때 드러난다. 이 말은 팀에 해로운 것인데 특히 브룩을 지도하는 선임 간호사 켄마의 부재 중에 학생 브룩에게 전달될 때 그렇다. 그것은 브룩에게 오래 지속되는 영향을 미칠 가능성이 크다. 월슨 박사가 군림하려 들거나 위협하려는 의도가 있었는지는 확실하지 않지만, 팀원들이 이런 식의 말을 경험한다면 그는 팀의 개방적이고 협력적 의사소통 능력을 훼손시킨 것이다. 즉, 그의 말은 직역 간 리더십을 공유할 수 있다는 사실을 포함하여 전문 직역 간 협업의 가치를 부정하고 있다. 그는 다른 사람들 특히 간호사와 간호 학생을 테이블로 초대하지 않음으로써 의료팀에 대한 그들이 기여하고 있는 가치를 훼손하고 있다. 선배 의사 및 교수들의 이러한 행동은 직역 간 편견과 역사적 갈등을 강화하고 전문직역 간 교육 및 공동 실습의 이점을 상쇄한다. 장기적으로는 환자 치료의 질과 안전을 위태롭게 한다.

결론

의료직 전문가들은 수련 받는 사람들을 위해 그러한 행동을 모델링 할 뿐만 아니라 환자의 치료 결과와 안전을 향상시키기 위해서는 전문직역 간 협업 실무를 수용하고 전환해야 한다. 그렇게 함으로써 그들은 의료직종 안에서의 전통적 계층 구조를 부술 수 있고, 일터를 협력을 위한 평등한 곳으로 만든다. 결국 종합적으로 임상 지도 선임들은 차세대 보건 의료 전문가가 될 학생들의 직역 간 협업 치료를 제공하는 실무에 긍정적 영향을 줄 것이다.

참고문헌

1. Peyrot M, Rubin RR, Siminerio LM. Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*. 2006;29(6):1256-1262.
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010:7. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf. Accessed June 7, 2016.
3. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional communication and team collaboration. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008:chap 33. AHRQ publication 08-0043. <http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesdbk/nursesdbk.pdf>. Accessed July 27, 2016.
4. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016. https://ipecollaborative.org/uploads/IPEC-2016-Updated-Core-Competencies-Report_final_release_.PDF. Accessed August 4, 2016.
5. Hafferty FW, Gaufberg EH, O'Donnell JF. The role of the hidden curriculum in “on doctoring” courses. *AMA J Ethics*. 2015;17(2):129-137.
6. Rodriguez HP, Meredith LS, Hamilton AB, Yano EM, Rubenstein LV. Huddle up!: the adoption and use of structured team communication for VA medical home implementation. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(4):287.

31

수련의는 산부인과 폭력에 어떻게 대응해야 하는가?³⁵

How should Trainees Respond in Situations of Obstetric Violence?

요약

아르헨티나는 2004년에 인도적 출산법을 통과시키고 2009년에 산과적 폭력(obstetric violence)에 대한 또 다른 법을 통과시켰다. 이 두 가지 법은 모두 여성이 정중한 출산과 관련된 치료를 받을 권리를 규정하고 있다. 그러나 임상 의사들과 여성들은 여전히 이러한 법을 알지 못할 수 있다. 이 사례에서는 산과 로테이션을 위해 미국에서 아르헨티나를 방문하는 동안 산과적 폭력 행위를 목격하는 4학년 의대생의 사례에 대해 논의한다. 우리는 학생의 상황이 도덕적 고통 중 하나로 이해될 수 있음을 보여준다. 이 특정한 경우에 학생이 환자에게 지지적 치료를 제공함으로써 개입하는 것이 적절할 것이라고 주장한다. 그러나 의과대학은 학생들이 해외에서 실습할 수 있도록 준비를 더 잘할 의무가 있다고 제안한다.

사 례

폴은 아르헨티나 부에노스아이레스의 고위험 산과에서 원외 실습을 하는 4학년 의대생이다. 그는 이 병원에서 실습하는 유명 미국 의과 대학의 세 번째 팀으로 온 의대생 중 하나이고, 이 병원에는 현지 의대생들도 실습을 하고 있다. 폴이 다니고 있는 의대는 5년 전 이 부에노스아이레스에 있는 병원 설립을 도왔다.

아르헨티나로 여행하기 전에 폴은 친구 베타니를 만났다. 베타니는 “분만장에 있을 때 조심해!”라고 경고했다. “환자를 폭행하는 걸 보게 될 수 있어. 난 확실히 봤어.”

이것을 알게 된 후 폴은 진통 및 분만 상황에서의 폭력에 관한 문제를 찾아보았고 ‘산과적 폭력’이라는 용어는 생식과 관련한 과정, 특히 출산에서 여성을 비인간화하고, 병리화하고, 학대하는 광범위한 보건의료 전문가들의 행동과 의사소통을 설명하는 데 사용된다는 걸 알게 되었다. 폴은 산과적 폭력을 명시적으로 금지하는 미국 법은 없지만, 미국을 포함한 여러 국가에서 산과적 폭력 사례가 기록되어 있음을 알게 되었다.

부에노스아이레스 병원 분만 병동에서 폴은 전공의와 간호사가 아기를 낳는 여성과 상호 작용하는 것을 관찰한다. 어떤 경우에는 폴이 4시간 넘게 진통을 하고있는 환자에게 전공의가 소리치는 것을 본다. 큰 소리로 가혹하게, 그는 그녀에게 수술적 질 분만 또는 제왕 절개가 필요할 가능성이 높다고 말한다. 그는 손가락을 노골적으로 질을 가리키며, 외음부 절개술을 한다고 위협하고 있다. 그는 그녀를 더욱 비하하며 “당신은 너무 약해! 좀 더 힘을 주게 해야겠어! 동물도 새끼를 그것보다는 더 강하게 밀어낼 수 있다고! 해봐요!” 그 환자의 간호사가 그녀의 팔을 때리며 질을 가리켰다. “더 강하게 밀어내야 해요. 그렇지 않으면 의사가 절개해 버릴 거예요.”

폴은 물러서서 심란한 상태로 자신의 생각을 모으려고 노력했다. “이것은 너무나 잘못됐어.” 그는 생각했다. “어떻게 해야 하지?”

35 · Rubashkin, N., & Minckas, N. (2018). How should trainees respond in situations of obstetric violence?. AMA journal of ethics, 20(3), 238-246.

의료 서비스 제공 환경에서 출산이 압박한 여성을 확대하는 것은 의료 시스템과 병원 내 계층적 권력 구조 모두에 내재된 폭력의 한 형태이다. 2014년 세계보건기구는 출산 시설에서 임산부의 학대에 대한 이목을 집중시키기 위한 성명서를 발표했다. 바우저와 힐(Bowser and Hill)은 세계 보건에서 일반적으로 사용되는 틀 안에서 신체적 학대, 동의하지 않은 진료, 비밀이 보장되지 않은 진료, 존엄성을 존중하지 않는 진료, 차별, 치료 포기 및 시설 구금 등 여러 가지 학대 범주를 자세히 설명했다. 이 틀과는 다소 구별되게 라틴 아메리카의 몇몇 국가들에서 출산의 자연적 과정을 부적절하게 의료화함으로써 야기된 인간성 파괴의 경험이라는 관점에서 분만 여성의 학대를 표현했다. 브라질은 1993년에 출산 케어가 인도적이 되게 하는 것에 관한 토론을 선구적으로 시작했지만 2000년대가 되어서야 ‘산과적 폭력’이라는 용어가 출산 활동주의와 법률에 사용되기 시작했다. 출생 운동의 인간화와 산과적 폭력에 대한 법률 모두 오직 여성이 책임자가 되고 필요한 경우에만 의학적 중재를 사용할 때에만 출산을 정상적 일로 지지할 수 있다.

이 사례에서 폴은 자신이 관찰한 학대에 개입해야 하는지 고민하기 시작한다. 그러나 폭력을 목격한 순간에 옹호자가 되는 것이나 사후에 잠재적 불법 사건을 신고하는 순간에 옹호자가 되는 것은 여성이나 의대생을 위협에 빠뜨리지 않도록 섬세하게 접근해야 하는 두 가지 행동이다. 환자와 학생은 약한 위치에 있으므로 현지 의료기관 및 본교 의과대학은 산과적 폭력 상황에 개입해야 할 더 큰 의무가 있을 수 있다.

아르헨티나에서의 인도적 출산 운동

2004년 아르헨티나는 출산의 탈의료화를 위한 노력의 일환으로 모든 임산부에게 정보를 제공하고 존엄하고 존중하며 양질의 임산부 치료에 대한 권리를 부여하는 인도주의적 출산법을 통과시켰다. 2009년 베네수엘라가 여성의 폭력 없는 생존권에 관한 헌법에 따른 산과적 폭력에 대한 최초의 제도를 인정한 데 이어 아르헨티나는 산과적 폭력에 대한 법률을 제정했다. 이 법은 산과적 폭력을 젠더 권리 문제로 규정하고, 폴이 목격한 출생의 경우와 같이 여성의 신체 및 비인간적 치료를 통해 자주 표현되는 여성의 생식 과정에서 보건의료 인력에 의해 행해지는 폭력의 유형으로 정의한다.

이 사례에서 전공의의 언어 학대와 간호사의 신체 학대는 아르헨티나 법에 따라 명확히 금지되어 있다. 문헌 검토에서 확인된 출산 중 언어 학대의 유형에는 가혹하거나 무례한 언어, 판단하거나 비난하는 언급, 나쁜 결과에 대한 비난이 포함된다. 문헌 검토에서 확인된 신체적 학대의 유형에는 분만 중 구타, 손바닥으로 때리기, 발로 차기 또는 침대에 신체를 묶인 여성이 포함되어 있다. 이러한 기준에 의해 크룩 등은 593명의 탄자니아 산후 여성과의 면담을 통해 13%가 소리 지르거나 꾸짖음을 경험했으며 11%는 위협적이거나 부정적 언급을, 그리고 5%는 손바닥으로 때리거나 꼬집음을 경험했다는 것을 알게 되었다. 보렌 등은 나이지리아 보건 의료 전문가와 가임기 여성과의 인터뷰에서 그들은 여성들이 치료 계획에 협조하게 하거나 아기를 위해 최대한 좋은 결과를 위해서는 학대 행위가 용인되는 방법이라고 믿고 있음을 밝혔다. 이러한 조사결과들은 출산 중 학대가 라틴 아메리카에만 국한된 것이 아니라 세계의 다른 지역에서도 널리 퍼져 있음을 나타낸다.

의대생과 도덕적 고통

이 상황에서 개입할 것인가 말 것인가 하는 폴의 옵션에 대해 논의하기 전에 먼저 분만실에서 그가 목격한 것에 대한 반응을 어떻게 표현할 것인지 틀을 만드는 것이 중요하다. 폴이 경험하고 있는 도덕적 고통은 버거에 의해 정의된 ‘도덕적 요구에 반하는 행동을 강요받았을 때 발생하는 인지-감성적 불협화음’이다. 나쁜 행위가 전공의와 간호사에 의해 모델링 되었기 때문에 폴은 ‘너무나 명백하게 잘못된’ 것에 대해 말해야 하는지 확신이 없다.

도덕적 고통의 경험은 의료 수련에서 일반적이다. 영국의 보건의료 직업 학생에 대한 단면 조사연구에서 의대 여학생의 69.9 %와 의대 남학생의 59.9 %가 연배 높은 임상수가 환자의 존엄성 또는 안전을 위반하는 것을 목격한 것으로 나타났다. 여학생의 80.4 %와 남학생의 71.5 %가 자신이 학대의 피해자라고 보고했다. 모든 전문성 딜레마에서 여성들은 남성보다 훨씬 더 자신을 고통받고 있는 것으로 분류할 가능성이 높다고 보고했다. 문화가 다른 상황에서 학생에게 도덕적 고통이 얼마나 공통적인지를 우리는 모른다. 세계 보건 분야의 교수 전문가들과 함께 진행한 포커스 그룹이 발표한 내용에 보면 학생들은 환자의 자율성 존중과 권위의 역학에 관련하여 윤리적 딜레마에 직면한 것으로 알려졌다.

어떤 근거에 의해 행동이 정당화될 수 있는가?

폴에게는 두 가지 행동 경로가 있다. 폭력의 순간에 개입하거나 합당한 시간 내에 적절한 당국에 사건을 신고하는 것이다. 그 순간에 개입하는 것은 생명 윤리 원칙에서 전문가의 환자의 권리를 보호하도록 요구하는 정의(Justice)에 근거할 수 있다. 인도주의적 출산을 위한 아르헨티나 법은 임신부의 언어적, 신체적 학대는 그들의 권리를 침해하는 것이라고 분명히 밝히고 있다. 출산 시 폭력이 산후 우울증이나 외상 후 스트레스 장애의 위험을 높이는 등 여성의 신체적, 정신적 건강에 영향을 줄 수 있다는 점을 고려할 때 폴은 해악 금지의 원칙에 따라 개입을 정당화할 수 있다. 따라서 즉각적 행동은 건고한 윤리 원칙에 의해 지지받는다.

다른 한편 폴은 아르헨티나 병원의 문화와 병원 일상에 대해 불완전한 정보를 가질 수 있는 의대생으로서, 그의 위치에서 파생된 다른 고려 사항들과 잠재 행동 사이의 균형을 유지해야 한다. 폴의 개입이 폭력적 상황으로 전개되는 전공의의 치료에 도전이 되는 경우 전공의는 방어적이 되어 이미 적대적인 상황을 더 악화시킬 수 있다. 전공의가 불법 행위를 했을 수도 있지만, 이 환자에게 적절한 임상 치료를 제공하고 있을 수도 있다. 적대적 상황은 임상 치료를 손상시킬 수 있다. 마지막으로 그 순간에 옹호자가 되면 폴 자신이 희롱과 학대를 당할 가능성이 생길 수 있다. 이러한 가능성을 감안할 때 전공의에게 자신의 폭력적 행위를 알리는 것은 선행의 원칙 또는 해악 금지의 근거로 정당화하기 어려울 것이다.

또한 폴은 자신이 법적으로 행동해야 하는지 고려해야 한다. 산과 폭력에 대한 아르헨티나의 법에 따르면 산과 폭력 사건을 목격한 사람은 이를 지방 관할권에 의해 결정된 관할 행정 당국에 보고해야 한다. 실제로 이러한 메커니즘은 외국 의대생이 처리하기 어려울 것이다. 그러나 폴이 인도주의적 출산법에 따른 환자의 권리에 대한 정보를 환자에게 제공하는 것이 비교적 안전할 것이다. 이 시점부터 향후 환자는 법적 조치를 취하는 것이 최선의 이익인지 판단할 수 있을 것이다.

잠재적 해결책

분만 및 산후 여성을 위한 지지 치료

다행스럽게도 도덕적 고통에 대한 반응으로 행동해야 한다는 강한 느낌을 갖는 폴과 같은 의대생에게는 개입하는 비교적 간단한 방법이 있다. 즉 폴은 분만하는 여성에게 지지 치료를 제공할 것을 제안할 수 있다. 지지 치료에는 정서적 및 신체적 지원, 임신부의 우려를 듣거나 임신부가 자율권을 가졌음을 느끼도록 돕는 것이 포함된다. 근거들에 따르면 남성 파트너, 의료직 종사자 또는 조산사에 의해 분만 중에 지지를 받는 여성은 낮은 학대의 수준을 보여주었다. 지속적인 지지도 임상적 이점이 있다. 21건의 임상연구에서 1만 5,061명의 여성을 포괄하는 체계적 리뷰에서 지속적 분만 지원을 받은 여성은 자발적 질 분만 가능성이 높았고, 경막 외 마취를 사용할 가능성이 적었으며, 불만을 보고할 가능성이 적었다. 환자의 허락하에 폴은 남은 분만 과정 내내 환자 곁에 있을 수 있으며

환자가 풀이 참여하는 것에 직접 우려를 표명하면 가족의 참여를 독려할 수 있을 것이다. 마지막으로 전공의와 간호사의 학대 행위에 대해 직면할 가능성과는 대조적으로 의료팀은 풀의 지지 치료를 좋은 시각으로 볼 가능성이 더 높을 것이다.

풀은 분만하는 동안 환자와 관계를 맺고 산후 기간 동안 지지적 치료를 지속할 수 있을 것이다. 아르헨티나의 산후 입원은 일반적으로 2~4일 동안 지속되며, 경험상 의대생은 출산을 관찰한 환자를 돌보는 것이 일반적이다. 잠재적으로 폭력적 상황을 경험한 여성의 경우 우리의 접근 방식은 여성이 자신의 경험을 말할 수 있는 여지를 마련하는 것이다. 우리는 의대생이 학대 경험을 말하게 하는 것이 부적절하다고 생각한다. 풀은 분만 경험에 대한 여성의 관점을 탐색하고 자신만의 결론에 도달할 수 있도록 개방형 및 판단이 배제된 질문을 함으로써 환자를 위한 공간을 만들 수 있을 것이다. 여성이 이미 자신의 출산 경험을 학대적인 것으로 인식하는 경우 의대생은 인도주의적 출생법 및 산과적 폭력에 관한 법에 대해 알릴 수 있을 것이다. 어느 쪽이든 풀은 출산 중 학대를 경험하는 여성은 좋지 않은 산후 정신 건강 결과의 위험에 노출되어 있으므로 환자를 병원의 심리 사회적 지원 서비스에 연결해줘야 한다.

산과적 폭력에 대한 기관의 대응

대다수 의대생은 국내외에서 도덕적 고통을 경험할 것이다. 일부 전문가는 정서적 지원 중재가 학생들에게 도움이 될 수 있다고 제안했지만 다른 전문가는 기관의 대응이 더 효과적일 것이라고 주장했다. 그러나 우리에게서는 세계적 맥락에서 도덕적 고통에 대한 효과적 기관의 대응은 알지 못한다.

그럼에도 불구하고 우리는 파견 받고, 파견 보내는 기관이 학생이 끼어들어갈 상황에 대비하도록 준비시킬 의무가 있다. 풀은 자신의 수준에 적합한 역량을 달성하기 위해 적절하게 지원을 받은 것으로 보이지 않는다. 대신에 풀은 공식 커리큘럼과는 별개로 귀국한 의대생으로부터 출산의 폭력적 상황에 대해 알게 되었다. 학생들을 더 잘 준비시키기 위해 본교 및 파견 받는 기관의 학생 임상실습 책임자들은 세계 보건 역량 및 도덕적 고통에 대한 일반 자료와 존중받는 모자 보건 진료에 관한 특정 자료를 포함할 수 있을 것이다.

예를 들어 아르헨티나와 미국 산부인과 임상실습 책임자들은 의대생들이 학대의 다른 유형들과 유병률, 여성과 신생아의 건강에 미치는 영향을 포함하여 임신부 학대에 관한 전 세계 및 국내 근거들에 대한 정식으로 발표를 할 수 있는 기회를 만들 수 있을 것이다. 임상 실습 책임자들은 출산 시 학대 상황이 발생할 경우 적절한 방법으로 개입하도록 학생들을 준비시켜야 한다. 특히 지지적 치료를 제공하는 방법과 임상팀과 협력하는 방법에 있어 준비시켜야 한다. 마지막으로 풀의 사례에서 보고 메커니즘의 특성상 아르헨티나 임상실습 책임자는 학생에게 잠재적 학대 행위를 보고하도록 명확히 해야 한다.

출산에 대한 확고한 믿음과 뿌리 깊은 임상 수행 패턴에 도전하는 것은 어려울 수 있다. 실습 학생으로서 의대생은 존중받는 임상의가 되는 것을 배우는 데 중요한 역할을 한다. 마나바 등이 수행한 체계적 고찰에 따르면 저소득 및 중산층 국가에서 임신부에 대한 산부인과 의사의 부정적 태도가 만연되어 있음이 확인되었다. 의료 체계 기반시설과 보건의로 종사자에 대한 교육, 그리고 의사소통 기술 및 일과 삶의 균형에 대한 장기 투자가 차세대를 수련 시키는 데 있어 핵심이 될 것이라는 것을 시사하였다.

사 례

규정이 제정되면 아르헨티나에서 존중받는 임신부 진료에 대한 국가 차원의 약속을 달성할 수 있다. 올바른 기관의 구조를 갖춘 상태에서, 실습을 도는 의대생은 해외에서 존중받는 출산 관리를 발전시키는 데 중요한 역할을 할 수 있다. 만약에 기관의 구조가 부족하다면, 학생들은 분만하는 여성들에게 출산 경험을 향상시키고 학대를 예방하기 위해 잘 확립된 중재로 지지적 치료를 제공할 수 있다. 학생들은 또한 여성들에게 법적 권리를 알릴 수 있다. 하지만

미국 학생이 아르헨티나 법에 따라 산과적 폭력을 신고하는 것은 쉽지 않다. 지침이 없는 경우 학생들은 임상 실습 책임자에게 산과적 폭력 사건의 보고 여부와 대상을 분명하게 알려 달라고 요구해야 한다.

임산부 케어를 개선하려는 노력은 산과적 폭력에 대한 법적 인정과 임산부에 대한 학대가 있을 때 보건의료 전문가들의 즉각적 대응을 넘어선 것이다. 협력 의과 대학은 학생들에게 다양한 규범과 행동을 알려주고 도덕적 고통을 야기하는 상황에서 적절하게 대응할 수 있도록 준비시켜야 할 책임을 맡아야 한다. 폴의 친구가 임산부에 대한 이러한 유형의 학대에 대해 알려주지 않았다면 법적 구조를 알지 못하거나 그의 윤리적 역할을 미리 고려하지 않은 채 아르헨티나에 도착했을 것이다.

참고문헌

1. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mex Sociol.* 2014;76(2):167-197.
2. 2018; World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1. Published 2015. Accessed January 16, 2018.
3. 2018; Bowser D, Hill K; USAID. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf. Published September 20, 2010. Accessed January 18, 2018.
4. 2018; Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health.* 2017;14(1):138. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0403-5>. Accessed January 24, 2018.
5. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75(suppl 1):S55-S58.
6. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016;24(47):47-55.
7. Matei Em, de Carvalho GM, Beatriz M, Silva H, Aparecida M, Merighi B. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. *Cad Cent Univ São Camilo.* 2003;9(2):16-23.
8. 2018; Ley de Parto Humanizado (Ley N° 25.929/2004) (Arg).
9. 2018; Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Ley N° 38.668/2007) (Venez).
10. 2018; Ley de Protección Integral (Ley N° 26.485/2009) (Arg).
11. 2018; Ley de Protección Integral (Ley N° 26.485, decreto 2035/2015) (Arg).
12. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters.* 2016;24(47):65-73.
13. 2018; Dias G. "We are not here to fulfill the whims of the parents": the story behind the first trial of obstetric violence in the country [in Spanish]. *Infobae.* June 28, 2017. <https://www.infobae.com/sociedad/2017/06/28/aca-no-estamos-para-cumplir-los-caprichitos-de-los-padres-la-historia-detras-del-primer-juicio-por-violencia-obstetrica-del-pais/>. Accessed October 25, 2017.
14. 2018; Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>. Accessed October 25, 2017.
15. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan.* 2018;33(1):e26-e33.
16. Bohren MA, Vogel JP, Tuncalp Ö, et al. "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health.* 2016;2640-655.
17. Berger JT. Moral distress in medical education and training. *J Gen Intern Med.* 2014;29(2):395.

18. Monrouxe LV, Rees CE, Dennis I, Wells SE. Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open*. 2015;5(5):e007518. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442195/>. Accessed January 18, 2018.
19. 2018; Harrison JD, Logar T, Le P, Glass M. What are the ethical issues facing global-health trainees working overseas? A multi-professional qualitative study. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(3):43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5041044/>. Accessed January 24, 2018.
20. Olza Fernández I. PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today Int Midwife*. . 2013;(105):48-49, 68.
21. Diamond-Smith N, Sudhinaraset M, Melo J, Murthy N. The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. *Midwifery*. 2016;40:114-123.
22. 2018; Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD003766. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/full>. Accessed October 25, 2017.
23. 2018; Argentine Ministry of Health. Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo. Buenos Aires, Argentina: Argentine Ministry of Health; 2014.
24. 2018; de Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*. 2017;51:69. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510781/>. Accessed January 24, 2018.
25. Jogerst K, Callender B, Adams V, et al. Identifying interprofessional global health competencies for 21st-century health professionals. *Ann Glob Health*. 2015;81(2):239-247.
26. 2018; Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Global Health*. 2015;11:36. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-015-0117-9>. Accessed January 24, 2018.

사 례

제프리스 박사는 버지니아 교외에 개업하고 있는 신경과 전문의다. 어느 날 재발성 편두통 병력이 있는 환자인 발라드 부인은 이전의 전형적인 편두통과 오른쪽 이마를 중심으로 또 다른 쪼개지는 듯한 박동성 두통으로 진료실에 왔다. 지난 한 달 동안 이번이 세 번째다.

발라드 부인은 좌절했고 편두통 요법이 효과가 없다고 낙담했다. 지난 3년간 베타 차단제로 합리적으로 잘 조절되었지만, 그녀의 편두통은 지난 6개월 동안 빈도와 강도가 증가했다. 두통은 비스테로이드성 항염증제 및 트립탄을 포함한 다양한 통증 완화 약물로 다소 완화되었지만 제거되지는 않았다.

이번 방문에서 발라드 부인은 해바라기 일종으로부터 추출한 보충제인 ‘피버퓨(feverfew)’ 이야기를 꺼냈다. 그녀가 말하기를 편두통 예방에 효과를 보였다고 했다. 그녀는 외과 의사가 진행하는 인기 있는 주간 텔레비전 쇼인 닥터 오즈 쇼에서 ‘피버퓨’에 대해 처음 알게 되었다. “제프리스 박사님, 오즈 박사 쇼에서 봤는데 피버퓨는 임상 시험에서 검증받았고 편두통 예방에 도움이 된다고 합니다. 온라인으로 12달러에 구입할 수 있어요!”라고 그녀는 설명했다.

제프리 박사는 ‘피버퓨’가 무엇인지 전혀 모른다. 그는 빠르게 온라인 검색을 한 뒤 출판된 임상 시험 하나를 발견하였다. 그것은 ‘피버퓨’가 예방적 치료로서 베타 차단제와 합리적으로 잘 비교되었음을 제시하였다. 그러나 부작용으로 알레르기 반응과 고통스러운 반동 두통이 있으며 발라드 부인이 현재 복용하고 있는 항고혈압제 및 경구 혈당강하제와 상호 작용하는지 여부는 알려져 있지 않았다.

발라드 부인은 새로운 약물을 사용해보고 싶어 안달이다. 게다가 그녀는 약물 남용 병력이 없었으며 제프리스 박사와 지난 3년간 좋은 관계를 유지해 왔다.

해 설

이 사례는 환자-의사 관계에서 가장 흔하지만 어려운 상황 중 하나이다. 즉 환자는 형편없고 불완전하거나 부정확한 정보만을 가지고서 그것에 의존하여 치료를 바꾸려고 할 때 발생하는 문제이다.

의사는 환자가 관심을 갖는 약제에 익숙하지 않지만, 약리학적 특성을 예비 검토한 결과는 효과가 있을 수 있다고 결론을 내리고 있다. 반면에 그에게는 환자에게 처방된 다른 약물과 잠재적 상호 작용과 특정 상황에서 발생할 수 있는 부작용에 관해 우려할 만한 이유가 있다.

이런 경우는 드물지 않지만, 윤리적으로 복잡하다. 그것은 환자의 자율성과 충분한 정보에 근거한 의사 결정, 온정적 간섭주의, 전문직업성, 권력의 불균형과 지식의 비대칭의 영향, 암묵적 약속, 고정 관념 그리고 궁극적으로 신뢰와

36 · Dagi, T. F. (2013). Responding to Patients' Requests for Nontraditional or Unproven Treatments. *AMA Journal of Ethics*, 15(11), 926-931.

환자-의사 관계에 대해 다룬다. 또한 환자와 의사소통하는 데 있어서 신중하고 효과적인 협의의 중요성도 다룬다.

많은 편두통 환자가 치료가 불충분하다고 느끼는 시기를 경험한다. 가끔씩이든 아니든 이것은 환자를 쇠약하게 만든다. 특히 불행한 소수의 사람들은 결코 충분한 완화를 얻지 못하는 것 같다. 발라드 부인의 예는 특히 좋은 해결책이 불명확한 환자의 예를 보여준다.

임상적 맥락

발라드 부인이 겪는 상태인 편두통의 주제를 간단히 리뷰하는 것은 유용하다. 편두통은 약 2800만 명의 미국인에게 영향을 미친다. 여성에서 더 흔하고 편두통이 있는 모든 여성의 최대 25%가 한 달에 네 번 이상 발작이 있고 35%가 한 달에 한 번에서 네 번의 심한 발작이 있다. 편두통은 수 시간에서 수일까지 지속될 수 있으며 여러 가지 형태를 나타낸다[1].

진단은 주로 임상적으로 내린다. 개인 및 가족력이 핵심이다. 신뢰할 만한 진단적 검사나 방사선학적 소견은 없다. 그럼에도 미국에서 편두통을 호소하는 거의 모든 환자는 기저 혈관 병변, 공간 점유하고 있는 종양 또는 기타 치료 가능한 병소를 배제하기 위해 어느 시점에서 신경 영상 검사(CT 또는 MRI) 대상이 된다. 치료의 목표는 발작을 예방하고 조짐 증상이 시작되면 쇠약하게 만드는 통증을 유발하는 주기를 끊는 것인데, 다른 모든 것이 실패하면 두통을 완화시키는 것을 목표로 한다.

치료는 일반적으로 식이 및 환경 개선, 예방적 약물 치료, 진통제, 그리고 보다 침습적으로 화학적 또는 외과적 탈신경화 시술이 포함된다. 식이 요법, 예방 요법 및 진통제의 복합 요법은 대부분의 환자에게 합리적으로 효과적이지만 모든 이에게 그런 것은 아니다[2~4]. 환자는 종종 영양 보충제, 처방전 없이 구입할 수 있는 약물, 약초 및 민간 요법으로 기존 조치를 대체한다. 이러한 물질 중 일부는 진통제 또는 항염증제 특성을 가질 수 있지만 대부분 유용성은 의심스럽다[5~6].

편두통이 있는 환자는 일단 진단이 내려지면 고정 관념에 사로잡힐 위험이 있다. 그들의 상태가 치료하기 어렵거나 불가능하기 때문에 자신의 성격과 상관없이 ‘어려운’ 성격으로 인식되고 묘사되는 경우가 많다. 새로운 증상이나 증상 변화를 무시하고 잠재적으로 중요한 전조의 임상 신호를 무시하기가 아주 쉽다.

편두통 발작 과정에서 의사에게 전화하거나 의사를 방문하는 과정은 복잡하다. 의사의 관점에서 보면 두 가지 어려움이 있다. 첫 번째는 두통의 현재(또는 다른) 에피소드가 검사를 할 만큼 평소와 충분히 다른지 여부를 결정하는 것이다. 검사의 목적(실제로는 신경 영상으로 시작하여 거기서 시작함)은 음성인 검사결과를 통해 두통이 단지 편두통이라는 것을 증명하는 것이다. 두 번째 어려움은 환자에게 수용 가능한 효과적 치료법을 찾는 것이다. 이 두 가지 과제를 해결하려면 열린 마음과 예리한 임상적 판단이 필요하다.

환자가 호소하는 증상의 의미를 생각하는 것이 아주 중요하다. 두개 내 출혈과 같은 새롭고 잠재적으로 심각한 사건의 신호인가? 핵심은 사건이 환자의 병력에서 이전 사건과 불연속적(딱 들어맞지 않거나 어울리지 않는)일 수 있다는 것을 확인하는 것이다. 진단에 대한 기존 가정에 의문을 제기하는 것인가? 가령 편두통이 있는 환자에게 측두 동맥염이 발생하여 그 원인으로 인해 두통이 발생할 수 있다. 측두 동맥염은 잠재적으로 심각한 결과를 초래하는 자가 면역 질환이지만 편두통과 관련이 없는 질환이다. 둘 다 동일한 환자에서 발생할 수 있지만 매우 다르게 치료된다. 아니면 정서적 스트레스나 우울증과 같이 증상이 전혀 다른 것이 있는가?

환자의 관점에서 보면 의식의 역학은 일반적으로 더 간단하다. 많은 환자가 기적적으로 각 두통이 마지막이 되기를 희망하며, 이것은 반복되는 두통이 실망, 좌절, 불안, 분노 및 두려움을 포함한 정서적 폭풍을 일으킨다는 것을 의미한다. 환자가 발작을 예방하고 완화하는 방법뿐만 아니라 조절할 방법도 찾는다는 것은 말할 필요도 없다. 오히려 의사가 필요하지 않다. 의사에게 연락하는 것은 자신이 이용할 수 있는 수단들이 실패했기 때문에 치료에 대한 호소이다. 이러한 이유로 배경 어딘가에 의사도 실패할 것이라는 두려움이 드물지 않다. 심리적으로 그것은 끔찍한 전망이다.

의사는 일반적으로 질병과 상태에 더 중점을 둔다. 그러나 환자들은 자신이 어떻게 느끼는지에 중점을 두며

명시적이지 않다면 무의식적으로도 그들이 두려워하는 것에 집중할 것이다. 이러한 차이는 숙련된 의사에 의해 좁혀질 수 있지만, 완전히 사라지는 일은 거의 없다.

윤리적 맥락

표면적으로 이것은 의심스러운 건강 정보를 가진 환자 관리에 관한 것이다. 우리가 사건의 모든 요소를 살펴보기 시작하면 훨씬 뉘앙스가 많은 것이 된다.

자율성과 위험

환자 자율성 및 충분한 정보에 근거한 의사 결정 문제부터 시작하겠다. 자율성과 충분한 정보에 근거한 의사 결정은 일반적으로 긍정적 강압의 맥락에서 적용된다. 즉 의사가 환자가 특정 행동 과정에 동의하거나 특정 방식으로 행동하도록 설득하려는 시도이다. 환자의 자율성과 충분한 정보에 근거한 의사 결정은 보호적 원칙들이다. 환자는 자신의 몸에 무엇을 할 수 있는지 결정하도록 허락된다. 의사의 해당 의무는 환자가 수술을 받아야 할 때 자발적 사전 동의를 얻어야 한다. 일부는 비수술적 중재를 받는 경우도 있으며 이런 경우가 늘고 있다.

자발적으로 자신의 재량에 따라 그리고 자신의 주도로 수행되는 위험한 활동으로부터 환자의 건전한 정신을 보호하는 것과 관련하여 실질적으로 평행한 것은 없다. 자살 및 정서적 질병과 관련된 다른 형태의 자기 파괴적 행동은 제외하고서 대부분의 의사는 그 부분에 대해 일관되지 않은 기록을 가지고 있다. 약물 남용 및 흡연 예방에 대해서는 부지런히 반대하지만, 부상의 위험이 매우 높은 극단적 스포츠에 관해서는 그렇지 않다. 뇌진탕을 만들기 위한 목적의 복싱과 부상이 치명적인 관심을 끌기 시작한 미식축구조차도 일관되고 합의를 이룬 의학적 항의의 대상이 아니었다. 어떻게 한 사람이 미국식품의약국(FDA)의 규제 조사를 통과해서 FDA에 의해 GRAS(generally regarded as safe, 일반적으로 안전한 것으로 간주됨)로 분류되는, 처방전 없이 구할 수 있으며 유명인이 홍보하는 약초 제제에 대해서 반대할 수 있겠는가? 각 환자와 각 약물을 개별적으로 살펴봄으로써 그 질문에 대한 답변의 공식화를 시작할 수 있다.

의사소통

약제를 비방하는 것이 필요하거나 반드시 도움이 되는 것은 아니다. 그러나 의사가 의식적으로 환자에게 집중하고 의사소통하는 것이 중요하다. 제프리스 박사가 발라드 부인에게 왜 그녀를 걱정하는지에 대해 교육하는 데 더 많은 시간을 쓰고 약제에 대해 걱정하는 이유에 대해 더 적은 시간을 보내는 것이 더 합리적이다. 즉각적이고 범주적 답변을 하는 것보다 신뢰하는 관계를 만드는 데 시간을 사용하는 것이 더 좋다.

제프리스 박사는 발라드 부인에게 그녀의 개인적 상황과 사용 중인 약물에 비추어 약물을 연구할 시간이 더 필요하다는 것을 부끄러워해서는 안 된다. 의사가 환자를 돕기 위해 더 알고 싶어한다고 고백할 때 환자는 일반적으로 신경 쓰지 않는다. 의사는 그녀의 지혜에 대해 칭찬하고, 자신과 상담해 주어서 감사하며, 그녀의 신뢰에 대한 감사를 표하고자 할 수 있다. 그는 제대로 듣지 않는 약물에 대한 좌절감을 인정해주고 통증 조절을 최적화하는 데 있어 협력하려는 관심을 보여주는 데 시간을 투자해야 할 것이다. 제프리스 박사의 관심은 약물이 아니라 발라드 부인의 건강함이어야 한다.

불완전하거나 부정확한 정보로 발라드 부인을 비판하는 것은 전적으로 무익하다(반대하는 언급은 말할 것도 없고). 결국 그녀는 국내 막강한 실력자의 지지에 의존하고 의사에게 더 많은 조언을 구했다. 자신감과 제품 수요를 창출하는 마케팅의 힘을 과대평가할 수 없다. 제프리스 박사는 광고가 어리석다고 생각하지만 발라드 부인은 그렇지 않다.

이 사례에서 의사와 환자의 상대적인 사회적 지위 또는 발라드 부인의 교육 수준에 대한 정보는 없다. 그럼에도 불구하고 권력의 불균형과 지식의 비대칭이 자율성을 방해하거나 온정적 간섭주의를 장려함으로써 환자-의사 관계의 취지에 영향을 미칠 수 있는 위험이 항상 존재한다. 마찬가지로 달성하기 어렵거나 불가능한 예방 및 완화에 대한 약속을 하지 않도록 주의하는 것이 중요하다. 마지막으로 제프리스 박사의 발라드 부인에 대한 인식은 진단 때문에

그리고 그녀가 기존의 치료법을 벗어나 독립적으로 행동하려고 하기 때문에 고정 관념에 취약하다. 이것은 조심해야 한다. 만일 그가 그녀가 취약하다고 생각한다면 보호하려고 하지 말고 참여시키려고 노력해야 한다.

이러한 상황은 선의의 친근한 온정적 간섭주의에 참여하려는 완벽한 유혹을 보여준다. 결국 환자는 제프리스 박사에게 와서 그의 의견을 구했다. 그로서는 “저는 이 약을 복용하지 않을 겁니다. 당신도 그래서 안됩니다” 라고 말하기가 쉬울 것이다. 그러나 그런 반응은 환자에게 도움이 되지 않는다. 다음에는 조언을 구하지 않을 것이고 그녀가 선택한 약제는 안전하지 않을 수 있다. 목표는 환자가 잠재적으로 안전하지 않은 약물을 시도하는 것을 방지할 뿐만 아니라 그러한 약제의 위험에 대해 환자를 교육하는 것이어야 한다.

다음 단계

제프리스 박사가 조사를 해보고 이것이 처음 생각했던 것보다 발라드 부인에게 위험이 적다는 것이 밝혀지고 그녀가 지속적으로 요청하고 시도해 볼 것에 동의한다면 잠재적 부작용, 위험 및 대안에 대해 알아본 후 그녀에게 시험적으로 사용해 볼 것을 결정할 수 있다(이 경우 공식적 사전 동의는 윤리적 이유뿐만 아니라 의사의 우려의 심각성을 환자에게 전하기 위해 권장될 수 있다.). 그녀와 함께 그의 우려와 그가 무엇을 찾고 있었는지 설명함으로써, 제프리스 박사는 그녀에게 약물과 약물이 그녀의 특정한 경우에 안전하고 효과적인지 여부를 결정하는 과정에 대해 교육이 될 것이다. 의사소통이 가장 중요하다.

제프리스 박사가 전문적이고 객관적 태도를 유지하면서도 약물 복용에 대해 강력히 반대하는 것이 중요하다 (그가 그런 의견이라는 것을 가정한다면). 그는 발라드 부인을 편두통 전문가에게 2차 소견을 구하기 위해 의뢰하는 것도 생각해 볼 수 있다. 그의 치료적 접근을 확인시켜 주거나 수정을 제안하든지, 생약을 허용 또는 인정하지 않든지 하는 여부에 관계없이 협진은 제프리스 박사의 선행과 존중에 대한 윤리적 의무를 이행하는데 도움이 되며 환자-의사 관계를 더욱 향상시킬 수 있다.

결론

이 사례에서 윤리는 발라드 부인의 치료의 임상 문제와 완전히 분리될 수 없다. 그것은 특별한 상황이 아니다. 이 사건을 중요하고 흥미롭게 만드는 것은 임상 의사 결정의 요소와 윤리적 의사 결정의 요소가 얼마나 잘 들어맞고 중복되는 지이다. 이 사례의 성공적인 윤리적 관리는 의사소통을 최적화하고 신뢰할 수 있는 환자-의사 관계에 투자하는 제프리스 박사의 관심에 달려 있다. 그 관계가 장기적으로 어떻게 협의되는가 하는 것이 중요하다.

참고문헌

1. WebMD. Migraines and headaches. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-migraines>. Accessed July 30, 2013.
2. Loder E, Biondi D. General principles of migraine management: the changing role of prevention. *Headache*. 2005;45(Suppl 1):S33-47.
3. Dowson AJ, Sender J, Lipscombe S, et al. Establishing principles for migraine management in primary care. *Int J Clin Pract*. 2003;57(6):493-507.
4. Latimer KM. Chronic headache: stop the pain before it starts. *J Fam Pract*. 2013;62(3):126-133.
5. Bigal ME, Lipton RB. Overuse of acute migraine medications and migraine chronification. *Curr Pain Headache Rep*. 2009;13(4):301-307.
6. Landy SH, Turner IM, Runken MC, Lee M, Sulcs E, Bell CF. A cross-sectional survey to assess the migraineur's medication decision-making beliefs: determining when a migraine is triptan-worthy. *Headache*. 2013;53(7):1134-1146.

사 례

애쉬비 박사, 베넷 박사, 모건 박사는 모두 병원 이사회에서 일하는데 식당과 입원 환자 식이를 개선하기 위해 제안된 새로운 정책을 논의하고자 모였다. 이사회 구성원들은 이 문제에 대해 많은 의견을 표명했으며 의사들은 이 문제에 대해 뜨거운 논쟁을 벌였다.

애쉬비 박사는 이사회에서 연설하기 위해 서서 말했다. “존경하는 동료 여러분 환자의 가족과 방문객 및 직원에게 현재 이 기관에서 판매되는 건강에 해로운 음식을 제공하는 것은 비윤리적이라고 생각합니다. 건강 증진 기관으로서 건강의 모든 측면을 조성하고 발전시키는 것은 우리의 책임입니다. 병원은 방문객들과 직원들을 위한 역할 모델이며 영양 공급과 관련하여 고품질 표준을 설정해야 합니다.”

연단 옆에는 베넷 박사가 있었다. 그는 “우리가 건강을 증진하길 원한다는 애쉬비 박사의 의견에 동의하지만, 건강에 관한 한 자신의 음식을 선택하는 것은 모든 사람의 책임입니다. 병원의 대표자로서 우리의 주요 책임은 개인의 행동을 바꾸는 것이 아니라 우리 지역 사회의 저소득층을 위해 봉사하는 것이며 우리 기관의 재정적 미래가 보장되도록 해야 합니다. 우리의 현재 식품 공급 업체는 이를 가능하게 하는 유일한 방법입니다. 우리의 재정적 책임과 건강 문제에 대한 대중 교육 의무를 유지하기 위해서 원내 식당에 지방, 콜레스테롤 및 나트륨의 양을 게시하듯이 음식의 재료, 칼로리 및 영양 성분을 게시해서 방문객들과 직원들이 직접 선택하도록 하게 할 수 있습니다”라고 말했다.

모건 박사는 이렇게 말했다. “애쉬비 박사와 베넷 박사는 둘 다 유효한 요점을 제시하고 우리가 고려해야 할 몇 가지 해결책을 가지고 있다고 생각하지만, 우리가 잊지 말아야 할 것은 대형 종합 병원으로서 식당에서 제공되는 음식에 대해 우리가 내리는 의사 결정은 환자와 방문객 및 직원의 건강뿐만 아니라 더 넓은 지역 사회, 사회 및 환경에도 영향을 미친다는 사실입니다.”

해 설

건강과 건강하게 먹기 증진을 위한 병원의 사명

병원 식당에서 제공하는 음식과 관련된 윤리를 고려하기 전에 병원의 사명을 보다 광범위하게 고려하는 것이 유용할 수 있다. 병원은 전통적으로 급성 질환 치료에 종사해 왔으며 병상을 가득 채움으로써 재정적 보상을 얻었다. 또한 지금은 만성 질환을 관리하고 환자를 건강하게 유지시킴으로써 재정적 보상이 있다. 오늘날 병원은 재입원을 예방하고

37 · Lesser, L. I., & Lucan, S. C. (2013). The ethics of hospital cafeteria food. *AMA Journal of Ethics*, 15(4), 299-305.

보다 일반적으로 지역 사회의 건강과 공중 보건을 증진시킴으로써 보상을 받는다. 대규모 고용주로서 병원은 근로자의 건강을 유지하는 데 투자하고 교육 기관으로서 수련을 받는 학생 및 임상의를 교육하는 데 투자한다.

예방은 대부분의 병원 업무의 주요 초점이다. 비만, 당뇨병, 심장병, 암과 같은 미국의 예방 가능한 질병과 조기 사망의 주요 원인이 식이와 관련되어 있다는 것을 고려하면 병원이 건강 증진 식품을 제공하는 데 이해관계에 있다는 것은 논리적이다. 이를 통해 병원은 적절한 영양에 대한 메시지를 보내거나 환자, 학생, 자원봉사자, 직원, 방문객 등에게 영양을 공급함으로써 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 사명을 완수할 수 있다.

재정적 고려사항 및 사명

병원의 사명을 완수하려면 병원은 재정적으로 안정된 상태를 유지해야 한다. 베넷 박사가 지적했듯이, 주요 관심사는 기관의 재정적 미래를 보장하는 것이다. 병원이 영리를 목적으로 하는 기관이든 비영리 기관이든, 재정적 미래는 비용 대비 총 수익 균형에 달려 있으며 이상적으로 병원이 제공하는 각 서비스는 흑자이어야 한다. 식당 서비스라고 예외는 아니다.

그러나 병원 식당이 불량한 식습관과 건강을 조장하는 품목을 판매하여 수익성을 달성하는 경우 사업 관행과 병원의 광범위한 사명 사이에 충돌이 있다. 물론 병원은 건강에 해로운 제품(예 : 담배)을 판매하여 수익을 창출할 수 있다. 그러한 제품을 판매하는 것은 건강 중심의 사명과 모순되며, 그렇게 생성된 수입은 옹호할 수 있는 상쇄가 되지 않는다. 인간의 건강을 분명히 해치는 식품을 판매함으로써 얻어지는 상쇄는 마찬가지로 방어할 수 없을 것이다. 우리는 환자, 방문객 및 직원에게 건강에 해로운 음식을 제공하는 것은 비윤리적이라는 애쉬비 박사의 의견에 동의한다.

개인의 선택과 운정주의

베넷 박사는 개인의 행동을 바꾸는 것이 병원의 책임이 아니라고 주장할 수도 있다. 우리는 동의하지 않는다. 만성 질환 시대의 건강 증진 및 질병 예방은 병원의 사명 중 하나이며 그 사명은 행동 변화를 통해서만 달성할 수 있다. 건강에 좋지 못한 행위는 만성 질환의 주요 원인이며 부실한 식사는(아마도 담배 사용 다음으로) 그중 가장 중요하다. 의사 ‘doctor(라틴어 docere에서 파생된 가르치다)’가 개별 환자에게 좋은 식습관에 대해 가르칠 책임이 있는 것과 마찬가지로 더 넓은 지역 사회에서 식이 변화를 촉진하는 병원 시스템도 마찬가지이다. 그렇지 않으면 의사들의 노력이 손상될 수 있다.

병원이 방문객과 직원 모두에게 영양과 관련한 제품을 제공할 때는 고품질 표준을 설정해야 하는 역할 모델이라는 애쉬비 박사 의견에 동의한다. 음식 서비스는 특히 외향적이다. 이는 병원과 더 넓은 지역 사회와의 관계의 상징이며 제공된 음식은 임상 의사의 식이에 대한 조언과 일치해야 한다. 환자들은 어떤 병원이 제공하는 것을 ‘건강한 것’으로 해석하기 쉽다. 한 연구에 따르면 맥도날드가 있는 병원을 방문한 가족이 맥도날드가 없는 병원을 방문한 가족보다 맥도날드가 건강하다고 생각할 가능성이 두 배나 높았다는 것이 밝혀졌다.

병원이 제공하는 음식에 관계없이 베넷 박사는 개인이 자신의 건강에 영향을 미치는 선택에 책임이 있다고 주장한다. 우리는 개인의 책임이 중요하다는 데 동의한다. 그러나 많은 음식 선택은 의식적 신중함을 우회한다. 그것들은 선택이 이루어지는 환경에 크게 영향을 받는다. 따라서 우리는 건강을 증진시키는 선택을 쉬운 선택으로 만드는 것이 병원의 윤리적 책임이라고 생각한다. 병원은 명백히 건강에 해로운 음식을 제공할 의무가 없으며 그렇게 하는 데 윤리적 문제가 있다. 병원 식당에서 음식 선호도를 충족시킬 수 없는 개인은 다른 곳에서 식사를 하거나 집에서 음식을 가져오거나 외부로부터 주문할 수 있다. 그러나 병원 식당은 건강에 해로운 음식을 자제시키도록

노력해야 한다. 병원 카페테리아는 다른 곳에서 이용할 수 있는 건강에 해로운 옵션(기관의 이익과 환자, 방문객, 학생, 자원봉사자 및 직원의 건강을 위해)보다는 고유의 편의를 활용하고 건강에 좋은 옵션을 활용해서 돈을 벌어야 한다.

지역 및 글로벌 책임

카페테리아 정책이 건강을 증진시키는 것과 그렇지 않은 것에 대한 메시지를 통해 더 넓은 세상에 도달할 수 있기 때문에 주변 지역 사회에도 도움이 될 수 있다. 예를 들어 병원은 영양가 있는 음식을 제공하고 추구하는 지역 식당을 공인할 수 있다. 이것은 주요 병원 근처에서 제공되는 음식을 완전히 바꿔놓을 수 있다. 병원 정책은 또한 지역 사회에 메시지를 보낼 수 있다. 공공장소에서 흡연을 금지하는 운동을 시작한 것은 병원이었다. 식품 분야에서 뉴욕의 ‘Montefiore Medical Center’는 최근 모든 캠퍼스의 카페테리아에서 설탕을 넣어 달게 만든 음료를 금지하여 뉴욕 시와 전국에 음료가 건강하지 않다는 매우 명확한 메시지를 보냈다.

모건 박사가 정식으로 언급한 바와 같이 좋은 영양의 메시지를 전하는 것 외에도 병원은 병원이 제공하는 것들이 직접 제공 받는 사람뿐만 아니라 우리 지구와 이곳에 거주하는 모든 사람에게도 유익하도록 해야 한다.

사람, 동물 및 지구에 대한 관심을 가지고 세계적 의미에서 윤리적으로 옳은 일을 하는 것은 조직이 지역 사회에 대한 임무를 가장 잘 수행하도록 하는 데 도움이 될 수 있다. 예를 들어 병원 식당의 경우 성장 촉진을 위해 항생제 없이 생산된 유제품을 선택하는 것이 동물에게 더 좋으며 지역 병원 환자를 위해 다제 항생제 내성 박테리아로 인한 신중 감염 문제를 줄일 수 있다. 주변 지역에서 재배된 식품을 선택하면 지역 농민과 경제를 지원하여 지역 환자들 커뮤니티의 생활 및 건강 수준을 향상시킬 수 있다. 소고기는 옥수수, 항생제 및 찌꺼기가 혼합된 인공 사료와 대조적으로 초원에 방목된 젖소로부터 얻은 소고기는 동물 및 환경 복지를 제공하고 식당의 소비자를 위한 식품 영양의 질 및 안전성을 향상시킬 수 있다. 그럼에도 불구하고 책임감 있게 양육한 쇠고기조차도 가공류 및 생선과 같은 다른 단백질 공급원보다 온실가스 배출에 더 많이 기여할 수 있다(이는 또 렌틸(렌즈콩), 견과류, 콩 또는 곡물보다 온실가스 배출에 더 많이 기여한다). 따라서 메뉴 선택은 인간, 동물 및 환경 건강에 영향을 미치며, 이상적으로 병원은 모든 사람에게 윤리적 일을 한다.

이상주의와 실용주의

실질적 관점에서 위의 주장에 내재된 문제는 ‘건강에 좋은’ 음식과 ‘건강에 해로운’ 음식의 개념은 절대적인 것이 아니라 상대적이고 상황에 따라 다르며 논쟁의 여지가 있고 끊임없이 변화 발전한다는 것이다. 영양학 공동체 내에서도 다양한 음식을 분류하는 방법에 대한 의견이 일치하지 않는다. 100% 과일 주스가 건강한 음식인가? 과일은? 달걀은? 붉은 고기는? 나트륨과 같은 식품 성분은 어떠한가? 콜레스테롤은 ‘유기농’이 영향을 주는가? 아니면 음식이 생산되는 방식이 좀 더 일반적으로 영향을 주는가?

이상적 세상에서는 병원은 건강 증진 식품을 제공하는 데 중점을 둘 것이다. 실제 관점에서 병원만이 독점적으로 제공할 수 있는 가능성은 차치하더라도 ‘건강을 증진시킨다’는 것을 정확하게 정의하는 것이 가능하다는 것은 확실하지 않다. 아마도 개인, 지역 사회 및 생태계에 영양을 공급하는 식품으로 생태 친화적 수단을 사용하여 생산된 최소한으로 가공된 식품에 집중하는 것이 시작일 것이다. 물론 어떤 음식들인가에 대해서는 의견이 다르다는 것은 동의한다.

건강에 해로운 음식을 정의하고 병원 식당에서 제공하지 않는 것에 초점을 맞추는 것이 더 쉬울 수 있다. 고도로 가공된 식품이 건강을 증진시키지 않는다는 것에는 대부분 동의할 것이다. 사탕과 음료수, 과자와 감자 튀김, 정제된 곡물, 그리고 절여서 보존된 고기가 그런 예들이다. 그러나 이러한 식품조차 담배만큼 건강에 큰 위협을 초래하지 않을

수 있다. 만약 이런 음식들이 건강에 좋지 않다면(그리고 이와 관련한 근거들이 나오고 있다) 병원 식당이 이런 음식을 판매하거나 이런 음식을 주로 제공하는 패스트푸드 체인과 계약하는 것은 비윤리적일 것이다.

현실과 나아갈 방향

불행히도 건강에 좋지 않은 음식은 현재 병원에 풍부하며 상당수의 병원에는 패스트푸드 체인이 운영하는 식당이 있다. 캘리포니아의 어린이 병원들에서 실시한 최근 연구에 따르면 0에서 37까지의 ‘건강’ 등급으로 병원 식당을 평가했다. 0은 가장 건강에 좋지 않고 37은 가장 건강에 좋을 수 있는 것인데, 평균 점수는 19점이었다. 캘리포니아 연구는 식품의 사회적 또는 환경적 영향을 고려하지 않았다. 위에서 논의된 바와 같이 이러한 영향을 전반적 ‘건강성’ 등급 척도에 포함시키는 것이 적절할 수 있다.

개별 식품에 적용되는 이러한 등급은 병원이 발전하는 한 가지 방법일 수 있다. 즉 어떤 음식이 건강을 증진시키는 지에 대한 광범위한 합의가 이루어질 때까지 병원은 필연적으로 ‘건강한’ 음식과 ‘건강에 좋지 않은’ 음식을 동시에 제공하면서 이 둘을 구별하려고 시도해야 한다.

등급 척도는 이러한 목적을 달성하는 데 도움이 되고 병원이 ‘건강하지 않은’ 음식보다 ‘건강한 음식’의 소비를 촉진할 수 있다. 이러한 등급 척도는 라벨링에 대한 베넷 박사의 제안(즉 성분, 칼로리 및 영양 성분 게시)의 변형으로 다른 옵션이다. 다른 옵션으로는 선택적 간판(예: 건강한 품목만 홍보), 가격조정(건강하지 않은 품목에 대해서는 더 많이 부과, 건강에 좋은 품목에 대해서는 덜 부과), 분량 조정(건강에 해로운 품목은 소량으로만 제공) 및 제품 배치 변경(예: 구매 시점에서 건강에 좋지 않은 품목을 더 멀리 배치). 예를 들어 UCLA 병원 식당에서는 단순히 계산대 옆에 쿠키를 멀리 배치하고 과일을 놓으면 과일 구매가 증가하고 쿠키 구매가 감소했다(미공개 데이터).

병원의 사명을 고려할 때 병원에서 제공하고자 하는 쿠키가 ‘건강에 해로운’ 식품 목록에 해당되는지 여부는 논쟁의 여지가 있다. 그럼에도 불구하고 위의 모든 전략은 경제학자들이 비대칭 온정주의라고 하는 것을 활용하여 선택의 자유를 제한하지 않으면서 더 건강한 행동으로 조금씩 유도한다. 이러한 전략을 통해 병원은 선택과 책임 사이의 회색 영역의 항해를 시도하면서 윤리적 온전함을 유지할 수 있다.

참고문헌

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Correction: actual causes of death in the United States, 2000. JAMA. 2005;293(3):293-294.
2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA. 2004;291(10):1238-1245.
3. Sahud HB, Binns HJ, Meadow WL, Tanz RR. Marketing fast food: impact of fast food restaurants in children's hospitals. Pediatrics. 2006;118(6):2290-2297. <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/6/2290.long>. Accessed March 18, 2013.
4. Cohen DA. Obesity and the built environment: changes in environmental cues cause energy imbalances. Int J Obes (Lond). 2008;32(Suppl 7):S137-S142.
5. Lesser LI, Cohen DA, Brook RH. Changing eating habits for the medical profession. JAMA. 2012;308(10):983-984.
6. Montefiore president joins Mayor Bloomberg to highlight devastating health impacts of obesity [news release]. New York, NY: Montefiore Medical Center; June 5, 2012. <http://www.montefiore.org/body.cfm?id=1738&action=detail&ref=454>. Accessed March 18, 2013.

7. Barrett MA, Steven A. Osofsky. One Health: The interdependence of people, other species, and the planet. In: Katz DL, Wild DMG, Elmore JG, Lucan SC, eds. *Jekel's Epidemiology, Biostatistics, Preventive Medicine, and Public Health*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2013.
8. Wallinga D. The invisible epidemic: giving voice to the faceless victims of antibiotic overuse, Think Forward/Institute for Agriculture and Trade Policy. September 14, 2012. <http://www.iatp.org/blog/201209/the-invisible-epidemic-giving-voice-to-the-faceless-victims-of-antibiotic-overuse>. Accessed March 18, 2013.
9. Berkenkamp J, Wenzel B. Everyone at the table: local foods and the Farm Bill. Think Forward/Institute for Agriculture and Trade Policy. March 28, 2012. <http://www.iatp.org/documents/everyone-at-the-table-local-foods-and-the-farm-bill>. Accessed March 18, 2013.
10. Lucan SC. That it's red? Or what it was fed/how it was bred? The risk of meat. *Am J Clin Nutr*. 2012;96(2):446.
11. Environmental Working Group. Meat eater's guide to climate change + health. <http://www.ewg.org/meateatersguide/at-a-glance-brochure/>. Accessed January 3, 2012.
12. Lucan SC. Patients eat food, not food categories or constituents. *Am Fam Physician*. 2011;83(2):107-108.
13. Nicklas T, Kleinman RE, O'Neil CE. Taking into account scientific evidence showing the benefits of 100% fruit juice. *Am J Public Health*. 2012;102(12):e4.
14. Wojcicki JM, Heyman MB. Reducing childhood obesity by eliminating 100% fruit juice. *Am J Public Health*. 2012;102(9):1630-1633.
15. Lucan SC. Fruit-and-vegetable consumption may not be inadequate. *Am J Public Health*. 2012;102(10):e3.
16. Lucan SC. Egg on their faces (probably not in their necks); the yolk of the tenuous cholesterol-to-plaque conclusion. *Atherosclerosis*. 2013;227(1):182-183.
17. Lucan SC. Attempting to reduce sodium intake might do harm and distract from a greater enemy. *Am J Public Health*. 2012;103(2):e3.
18. Lesser LI. Prevalence and type of brand name fast food at academic-affiliated hospitals. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(5):526-527.
19. Lesser LI, Hunnes DE, Reyes P, et al. Assessment of food offerings and marketing strategies in the food-service venues at California children's hospitals. *Acad Pediatr*. 2012;12(1):62-67.
20. Thorndike AN, Sonnenberg L, Riis J, Barraclough S, Levy DE. A 2-phase labeling and choice architecture intervention to improve healthy food and beverage choices. *Am J Public Health*. 2012;102(3):527-533.
21. Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *Am J Public Health*. 2010;100(2):216-222.
22. Cohen DA, Babey SH. Candy at the cash register a risk factor for obesity and chronic disease. *N Engl J Med*. 2012;367(15):1381-1383.
23. Loewenstein G, Brennan T, Volpp KG. Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *JAMA*. 2007;298(20):2415-2417.

34

의학이 옹호할 권리 : 책임과 한계³⁸

Medicine's Authority to Advocate: Responsibilities and Limitations

사 례

몰류어 박사는 금욕만을 강조하는 성교육에 연방 기금이 제공되고 있는 한 주의 가정의학 의사이다. 그녀는 금욕만을 강조하는 성교육이 일으키는 여러 문제들(계획되지 않은 임신의 증가, 성병의 확산, 학교 교육 커리큘럼에서 강조되는 규범을 준수하지 않은 사람들에게 미치는 심리적 해악, 그리고 지난 수십 년간 이뤄진 여성과 동성애자들의 사회적 지위의 향상을 역행함)로 인해 청소년들에게 해가 된다고 믿고 있다.

몰류어 박사는 주 의사 협회의 연례회의에서 금욕중심의 교육 프로그램에 대한 연방 기금 지원을 거부하고 금욕뿐 아니라 올바른 콘돔의 사용법 등의 주제 또한 다루는 성교육으로의 전환을 촉구하도록 협회 차원에서 주지사에게 탄원하도록 하는 결의안을 제출하였다. 그녀의 결의안은 금욕중심 교과과정에서 발견되는 사실을 오도한 부분(예를 들어 HIV가 콘돔의 미세한 구멍을 통과할 수 있다는 주장)뿐 아니라 금욕 전용 교과 과정에서 퍼트리하고자 하는 성적 관습(sexual mores, 예를 들어 혼외 관계, 비-이성애적 성적 활동은 정신적, 신체적으로 해로운 영향을 미친다는 주장, 그리고 혼외 성적 활동에 대한 금욕이 바람직한 표준이라는 주장)에 대해서도 다루고 있다. 그녀의 제안은 이렇게 끝을 맺는다 “이것은 잘못된 정보이며, 공공의 건강과 복지의 증진에 헌신하고 있는 높은 수준의 교육을 받은 전문가로서, 우리는 부정확한 정보와 문제가 있는 신념을 가르치는 것에 맞서야 할 책임이 있다.”

회의가 시작되기 전 커피 한 잔을 마시던 중 그녀는 친구 백스터 박사를 마주쳤고 그에게 물었다. “제가 제출한 결의안 보셨어요?”

백스터 박사는 머뭇거렸다. 잠시 후 그는 이렇게 말했다. “봤어요. 하지만 저는 당신과 생각이 달라요. 의사집단이 건강한, 정상적 혹은 도덕적 성적 행동에 대해 판단을 내리는 게 적절할까요? 우리가 무슨 자격으로 사회에 성 규범을 처방할 수 있죠?”

해 설

몰류어 박사의 제안은 의사가 특히 전문가 집단으로 행동할 때 대중적 담론의 영역에서의 의사의 권리와 책임에 대해 질문을 제기한다. 의사가 과학적으로 부정확하다고 알려져 있는 사실주장(factual assertion)을 다루지 않기로 선택한다면, 사람들의 건강과 의료전문직에 대한 대중적 존중과 신뢰가 위협에 처하게 된다. 의사들은 수련과정과 그들의 경험 모두를 통해 부적절하고 기만적이며 비전문적 의료 관행에 도전함으로써 공중보건과 복지를 촉진할 수 있는 능력을 갖추고 있다. 그러나 의사는 자신이 사회에서 마음껏 신념을 전파할 수 있는 위치에 있지 않다는 점을 인식해야 한다. 따라서 의료전문가 집단은 ‘의학’이라고 간주되고, 그리고 간주되어야 하는 영역 내의 주제들을 다루어야 한다. 몰류어 박사의 결의안에 대한 이 사례와 관련하여 우리는 전문가 집단의 권리와 책임, 그리고 그에 대한 제한에 대해 명료화 할 필요가 있다.

38 · Cline, A. (2014). Medicine's Authority to Advocate: Responsibilities and Limitations. AMA Journal of Ethics, 16(11), 891-895.

말할 권리

의사는 의학적 주제에 대해 특히 잘 알고 있기에 적절한 의학의 범위 내에서 사회적 이슈들에 대해 공개적으로 말할 권리가 있다. 대체로 의사들의 교육수준은 매우 높다. 상당 기간 동안 의과대학과 전공의 수련을 받은 이후에도 거의 모든 주의 의사들은 최신 과학연구와 기술을 배우기 위해 지속적으로 의학 교육 수업들에 참여해야 한다[1]. 그리고 의학 분야는 끊임없이 새로운 연구를 통합하고 오래된 지식을 재평가해오고 있다. 따라서 의사는 최근 문헌에 대한 최신 정보를 유지하는데 익숙하다. 물론 의사들은 자신의 진료에서 얻은 경험들을 통해서도 배움을 얻는다. 공식적, 비공식적 영역에서의 지속적 의학교육은 의사에게 의학 지식의 탄탄한 근거를 제공할 뿐 아니라 일반 대중보다 근래의 발전에 대해 더 잘 알 수 있도록 돕는다. 이를 통해 의사는 건강 관련 문제에 대해 언급할 자격을 갖춘다. 그들은 종종 가장 정확한 정보를 가장 잘 알고 있기에 전문적 의견은 가치를 가진다.

전문적 지식의 영역을 벗어나서도 의사들은 상호존중과 전문가주의의 문화를 공유하고 있는데 이러한 문화는 대중적 담론의 영역에서도 그들의 집단적 목소리를 환영할 수 있게 만든다.

조언을 할 의무

개별적으로 혹은 단체로 활동하는 의사는 사람들의 건강에 도움이 되는 정보를 제공할 수 있는 위치에 있다. 심지어 의사는 그렇게 할 의무가 있다고 주장할 수도 있다. 역사적으로 의사의 역할은 환자에게 건강 관련 문제에 대한 조언을 하고 필요한 경우 치료를 제공하는 것이었다[2]. 전문 커리어를 시작하는 단계에서 의대생들은 히포크라테스 선서를 낭독하는 통과 의례를 겪는데 이 선서에는 환자에 대한 것뿐만 아니라 전문가 집단과 사회에 대한 의무 또한 포함되어 있다[3]. 의사는 특권적인 사회적 지위를 가지며 그 대가로 사회는 의사에게 환자와 대중들을 치료하고 교육하기 위해 전문적 훈련과 경험을 활용하기를 기대한다. 미국의사협회를 포함한 전문 의료인 협회들의 사명과 지침들은 적절한 맥락에서의 의사의 리더십의 중요성과 그것을 행사하는 데 있어 필요한 윤리적 표준의 필요성을 담고 있다. 미국의사협회의 의료윤리강령 9.0123절은 의사가 건강관리와 관련된 법률을 검토하고 개혁해야 할 의무를 지적하며 이러한 영역에 관련된 정치적 변화에 대해 지속적으로 관심을 가질 것을 강조한다[4, 5]. 대중적 담론에 건강 관련 이슈들이 전면에 등장할 때면 대중들은 의사가 자신의 전문 지식을 바탕으로 의견을 제시하기를 원한다. 해당 정보를 제공하는 것은 직업 윤리의 일부이다[4, 5]. 의사가 의학적 이슈들에 대해 침묵을 지키게 된다면 이는 사회에서의 의료 전문가의 입지를 위태롭게 할 것이다. 환자가 의사의 교육과 진료에 대한 최신정보에 의존하는 것처럼 대중들은 의료 전문가들을 신뢰하고 건강 관련 문제에 대해 전문가의 목소리를 듣길 원한다.

금욕 중심 성교육 프로그램에 대한 결의안의 경우를 살펴보자면 몰루어 박사가 의사는 프로그램이 제시한 일부 프로파간다에 이의를 제기할 의무가 있다고 주장하는 것은 옳은 일이다. 특히 의사는 ‘콘돔을 통한 HIV 전염’과 같은 과학적으로 부정확한 정보에 대해 이의를 제기해야 한다[6]. 미국 질병통제예방센터는 연구를 통해 콘돔을 일관되고 올바르게 사용하는 것이 HIV를 포함한 성매개성질환 병원체의 확산을 막는 데 매우 효과적이라고 밝혔다[6]. 일반 대중들은 이 정보에 대해 보다 신뢰할 만한 정보를 얻을 가능성이 거의 없다. 이는 의사들이 다루어야 할 범위 내에 있다. 주제가 직접적으로 건강과 관련이 있으며 연구가 의사들에 일에 관계되어 있기 때문이다. 콘돔이 치료 수단이라기보다는 예방 조치라는 점은 결코 이 주제를 의사가 다루기에 덜 적합한 문제로 만들지 않는다. 이 부분에서 윤리적 지침은 분명하다[7]. 따라서 이 잘못된 정보에 대항할 것을 의사 집단에 요구하고자 하는 몰루어 박사의 결의안은 부적절하고 과학적으로 옳지 않은 정보로부터 커뮤니티를 보호해야 하는 의사로서의 책임에 부합한다.

적절한 한계

의사는 건강과 관련된 문제들에 대해 말할 수 있는 광범위한 사회적 특권을 가지고 있지만, 그 특권의 한계를 인정해야 한다. 백스터 박사는 몰류어 박사의 결의안에 대해 중요한 점을 지적한다. 특히 그는 의사가 성적 행동에 대한 사회적 규범을 제시할 권리가 있는지 묻는다. 이는 좋은 질문이다. 몰류어 박사가 기존의 금욕중심 성교육을 반대하는 이유 중 하나는 혼외, 비-이성애적 성적 행위가 해로운 심리적 효과를 낳는다는 주장이 이러한 성교육을 통해 전파된다고 보기 때문이다. 그녀는 이 또한 잘못된 정보라고 믿고 있지만, 과학적 근거[8, 9]와 적절한 의학적 견해의 영역에서 모두 그녀의 주장의 근거는 분명하지 않다. 그녀는 의사협회가 사회적 성적 규범에 대해 의견을 표명함으로써 자신의 범위를 넘어설 것을 요구하고 있다. 백스터 박사는 의사의 역할이 사회적 기준을 규정하는데 있지 않다는 것을 알기에 몰류어 박사의 결의안에 의문을 제기한다.

의사는 조언, 연구 및 치료를 통해 환자의 건강을 증진, 유지 및 개선하도록 훈련받는다. 물론, 의사가 그를 해결할 능력과 자격을 갖추지 못한 환자 삶의 여러 측면이 존재한다. 사회에서의 위치 때문에 의사는 과학적으로 부정확한 정보와 싸워나가야 하지만 어떠한 행위가 성적으로 정상적인지에 대해서는 지시를 내리지 않을 수 있다. 대조를 해보자면 어떤 사람이 자녀를 양육하는데 적합한 사람인지를 결정하는 것이 의사의 역할이라고 주장하는 사람은 거의 없다. 양육의 문제는 건강과도 관련이 없다고는 할 수 없지만 그럼에도 의사의 전문 지식 밖의 많은 변수에 의존하기에 우리는 이를 사회(이 경우 아동 보호 서비스 및 법원과 같은 자격을 갖춘 기관) 혹은 개인(추정 부모)에 맡긴다. 성 규범과 관습에 관한 질문은 유사하게 사회에 맡기는 것이 가장 좋다.

사회적 행동 형성하기

의사의 의견이 사회적 규범에 간접적으로 영향을 줄 수 있다는 점은 짚고 넘어갈 필요가 있다. 구성원들이 공유하는 여러 지식을 기반으로 형성된 사회에서 규범이 발전해 나가는 한 지식에 대한 기여는 간접적으로 규범을 형성하는데 기여하게 된다. 본 사례와 관련하여 예를 들면 의학이 성적 접촉에서 비롯한 위험을 낮추는 방법들(예 : 성병의 확산을 막기 위한 콘돔, 임신 가능성을 줄이기 위한 피임법)을 발견하고 홍보함에 따라 사람들은 혼외 성적 활동을 더 쉽게 선택할 수 있다. 이러한 행동이 널리 퍼지면서 사회는 혼외 성적 활동이 정상적이고 건강한 행위라고 판단하게 될 수도 있다. 이러한 사실은 앞서 설명한 의사들의 합당한 활동 영역의 제한을 무효화(혹은 예외화)하지는 않는다. 그보다는 사회 규범이 어떠한 방식으로 유기적 과정을 통해 변화해 가는 과정을 보여주며 부분적으로 의사가 자신의 역량이 미치는 영역 내에서 사회에 공헌할 수 있도록 유인한다.

결론

앞선 사례와 해설은 사회 내에서의 의사의 역할과 의사가 공공의 건강에 영향을 미치는 사회적 행동을 모니터링할 의무가 있는지에 대한 논쟁을 제시한다. 의학적 영역에서는 전문적 교육을 받은 경험 및 전문성의 문화를 통해 의사는 여러 의학적 문제를 해결할 수 있다. 이러한 허용은 심지어 대중의 안전과 복지에 해를 끼칠 수 있는 과학적으로 부정확한 정보에 대해 목소리를 낼 윤리적 책임으로까지 발전할 수 있다. 하지만 그 책임은 건강 관련 문제로 제한되어야 하며 의사는 ‘건강 관련 문제’와 ‘건강 관련 문제의 범위를 넘어선 강한 신념’ 사이의 경계를 인식해야 한다. 이 사례에서 몰류어 박사는 자신의 결의안을 제출함으로써 그녀가 이러한 경계 내에서 행동하고 있다고 생각한다. 반면 백스터 박사는 몰류어 박사의 결의안이 너무 멀리 나아갔음을 지적한다. 결의안의 내용은 분명 의료 전문가 역할의 경계를 넘어선 것이다. 의사가 사회 내에서 높은 지위를 유지하고 있다고 하더라도 의사는 이 지위를 사회적 규범에 대해 판단을 내리기 위해 이용해서는 안 된다.

1. American Medical Association. State Medical Licensure Requirements and Statistics 2014. Chicago, IL: American Medical Association; 2014. <http://www.ama-assn.org/resources/doc/med-ed-products/x-pub/continuing-medical-education-licensure.pdf>. Accessed September 18, 2014.
2. Risse GB. Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals. New York, NY: Oxford University Press; 1999.
3. Lasagna L. A modern Hippocratic Oath. Association of American Physicians and Surgeons. <http://www.aapsonline.org/ethics/oaths.htm#lasagna>. Accessed September 12, 2014.
4. American Medical Association. Opinion 9.012 Physicians' political communications with patients and their families. Code of Medical Ethics. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9012.page>. Accessed September 12, 2014.
5. American Medical Association. Principles of medical ethics. Code of Medical Ethics. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics.page>. Accessed September 12, 2014.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Condoms and STDs: fact sheet for public health personnel. <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm>. Accessed September 26, 2013.
7. Lasagna, 7th covenant.
8. Else-Quest NM, Hyde JS, Delamater JD. Context counts: long-term sequelae of premarital intercourse or abstinence. *J Sex Res.* 2005;42(2):102-112.
9. Billy JOG, Landale NS, Grady WR, Zimmerle DM. Effects of sexual activity on adolescent social and psychological development. *Soc Psych Q.* 1988;51(3):190-212.

Clinical Ethics Cases for Medical Students and General Physicians

제5장

연구윤리

| 연구와 치료

사 례

멜로니 박사는 대규모 연구 기관의 학생건강클리닉에서 일차진료를 담당하는 의사이며 그녀의 환자 중 하나인 찰리는 비소세포폐암(non-small cell lung cancer)을 막 진단받았다. 이 질환의 5년 관찰 생존율은 1%이며 현재 치료의 표준은 화학요법이다. 미국식품의약국(FDA)은 유망한 신약 MX320의 임상시험을 승인했다. 멜로니 박사의 의과대학 동기는 지역 병원에서 시행되는 활성 대조(active-controlled)⁴⁰ 이중 맹검 무작위 임상시험의 연구책임자이다. 해당 신약의 초기 단계 연구들에 따르면 신약을 투여받은 환자는 질병의 개선을 보였다. 멜로니 박사는 아마도 찰리가 이 약의 좋은 투여 대상이 될 것이라 생각하고 있다.

찰리가 임상시험의 무작위배정 단계에서 신약 투여군으로 배정될 것이라는 보장은 없지만 그럼에도 멜로니와 찰리는 그의 질병의 호전을 기대하고 있다. 따라서 찰리는 임상 시험에 참여하기로 한다. 몇 주 후 그의 질병은 개선되고 있지 않았고 아직 속단하기는 이르지만 멜로니 박사는 그가 실제로 신약 투여군에 무작위 배정되었는지 궁금해지기 시작한다. 찰리의 의사로서 멜로니 박사는 그에게 헛된 희망을 준 것에 대해 책임감을 느끼고 있다. 그녀는 찰리가 참여할 경우 도움이 될 만한 다른 임상시험에 대해 알고 있다. 따라서 그녀가 자신이 현 시험에 대해 추론하고 있는 점들을 찰리에게도 말해야 할지 고민하고 있다. 이를 말해줄 경우 찰리는 임상시험 참여를 중단할 수도 있을 것이다.

해 설

멜로니 박사의 딜레마는 연구 윤리의 가장 중요하면서도 논쟁의 대상이 되는 '임상적 동등성(clinical equipoise)'과 관련되어 있다. 원칙적으로 임상적 동등성은 무작위 대조 시험(RCT)은 임상 시험의 대조군과 시험군의 상대적 치료의 효능에 관해 실질적 불확실성이 존재하는 한 윤리적이라고 규정한다[1]. 이는 다시 말해서 임상적 동등성이 유효하다면 대조군과 시험군은 같은 수준으로 유의할 것이며 적절한 치료 행위에 부합하다고 할 수 있다.

배경

의료 전문가 커뮤니티에서의 불확실성에 뿌리를 둔 이러한 임상적 동등성에 대한 개념은 찰스프리드(Charles Fried)가 제안한 초기의(그리고 더 직관적) 개념에 대한 반응으로 등장했다. 프리드는 자신이 개별적 동등성

39 · Hey, S. P., & Truog, R. D. (2015). The question of clinical equipoise and patients' best interests. *AMA Journal of Ethics*, 17(12), 1108-1115.

40 · 시험적 치료법을 시험군, (위약이 아닌) 표준 치료법을 대조군으로 두는 것을 의미한다.

(individual equipoise) 상태에 있는 한 의사-연구자가 무작위 대조 시험에 환자를 등록시키는 것은 윤리적이라고 주장했다(즉 시험자가 연구의 시험군이 더 낫다는 합리적인 믿음이 없을 경우 이는 정당하다.). 다시 말하면 의사-연구자가 시험군과 대조군의 어느 쪽이 더 나은지에 대해 완전히 중립적인 위치에 있을 수 있다면(indifferent), 시험에 자신의 환자를 등록시키고 환자 배정을 우연에 맡길 수 있다는 의미다[2].

하지만 비평가들은 개별적 동등성 상태는(그리고 연구 그를 바탕으로 참여자를 등록시키는 윤리적 정당성) 매우 흔들리기 쉽다고 지적한다. 개별 의사-연구참여자의 믿음은 임상시험 중(혹은 그 이전에) 새로운 증거의 발견으로 인해 변화될 수 있다. 심지어(멜로니 박사와 비슷하게) ‘직감’에 의해 변화할 수 있다[3]. 그녀의 믿음이 변한 이유가 무엇이든 더 이상 무관심적 위치를 벗어나는 순간 그녀는 미래의 환자들이 연구에 등록하도록 권하는 것이 윤리적으로 금지될 것이다. 더 나아가 이번 케이스와 직결되는 문제로 이미 연구에 등록한 환자들이 연구 참여를 철회하도록 독려해야 할 것이다.

이러한 개별적 동등성의 취약성에 대응해 벤자민 프리드먼(Benjamin Freedman)은 임상적 동등성의 개념을 제안했다. 임상적 동등성의 원칙에 따라 개별 의사들은 무작위 대조 시험에서 한 치료가 다른 치료보다 우월하다는 믿음을 가질 수 있지만, 의료 전문가 커뮤니티 수준의 합의가 없는 한 임상 시험은 여전히 윤리적이다. 프리드먼은 다음과 같이 말한다.

개별적 동등성에서 요구되는 한 연구 집단을 다른 연구 집단보다 선호하는 증거의 부족을 강조하는 대신 임상적 동등성은 임상전문의 사이의 의견의 불일치를 정직하게 공개하는데 중점을 두고 있다. 연구자가 ‘치료 선호’를 가지고 있다면 그것이 공개될 필요가 있다. 실제로 선호하는 치료가 결정되었고 직감 이상의 근거를 가지고 있다면 그것을 공개하는 것이 윤리적으로 필수적일 수 있다. 동시에 이 선호도는 다른 연구자들과 공유되지 않는다는 것이 강조될 것이다[1].

개인에서 의료 커뮤니티로 더 나은 치료에 대한 불확실성을 이동시킴에 따라 무작위 대조 시험을 수행하는데 훨씬 더 견고한 인식적(epistemic) 역치를 형성할 수 있다. 시험 시작 시 임상적 동등성 상태에 있는 경우 의사는 환자를 윤리적으로 시험에 참여시킬 수 있다. 중요한 점은 임상적 동등성이 존재한다면 집단으로서의 의료 전문가들은 아직 어느 쪽이 더 임상적으로 우월한지를 알 수 없기 때문에 개인으로서의 의사가 환자가 더 좋지 않은 집단에 배정되었다는 의심을 가지고 있더라도 윤리적으로는 정당한 행동으로 남는다.

베무라페닙(Vemurafenib) 이야기

이 시점에서 멜로니 박사의 딜레마와 유사한 종양내과의 사가(saga)를 언급할 필요가 있다. 미국 〈뉴욕 타임스〉는 2010년 BRAF 돌연변이 전이성 흑색종의 치료를 위해 유망한 신약 베무라페닙(vemurafenib)과 다카르바진(dacarbazine, 약간의 효능만을 지니고 있었던 표준치료제)의 비교를 위한 비교군 대조 시험에 참여했던 두 사촌이 처한 곤경에 대한 기사를 냈다. 사촌 중 하나가 다카르바진을 투여 받았고 결국 사망했지만, 다른 한쪽은 베무라페닙을 투여받았고 적어도 기사가 쓰인 시점까지는 살아있었다[4].

〈뉴욕 타임스〉기사의 저자가 지적했듯이 이 무작위 대조 시험의 윤리적 수용 가능성에 대해서는 상당한 수준의 의견 불일치가 있었다. 베무라페닙은 적응증에 해당하는 BRAF 돌연변이 종양에서 81%의 치료 반응율을 달성했다[5]. 따라서 일부 의사들은 베무라페닙이 해당 적응증을 가진 집단에 명백히 우수한 치료 결과를 보이므로 RCT의 진행이 비윤리적이라고 주장했다[4]. 무작위 대조 시험의 시행을 지지했던 의사는 초기 단계 연구의 극적 반응율을 감안하더라도 대리 지표(surrogate endpoint), 즉 종양 반응을 만으로는 임상적 동등성을 뒤집을 수 없다고 주장했다. 임상적 지표(clinical endpoint)를 조사하는 RCT는 치료의 우월성을 주장하기 위해 여전히 필요하다는 입장이었다.

이 논란은 미묘해 보이기도 하지만 임상적 동등성의 중요한 차원을 지적한다. 주어진 사례(임상적 동등성이

허용하거나 금지할 수 있는 치료와 절차들)는 임상 시험이 시작되는 시점의 과학적 지식 상태에 근거한다. 임상시험 초기에 두 치료법이 임상적으로 동등하다는 가능성을 배제하기에 충분한 근거가 존재한다면 임상시험은 비윤리적이다. 그러나 이 강력한 증거가 존재하지 않는다면 임상시험은 여전히 윤리적일 수 있다.

초기 단계의 종양학 시험에서 높은 반응률이 후속 연구에서 반박될 수 있다는 점을 고려할 때 베무라페닙의 경우 임상적 동등성이 아직 유효하다고 생각하는 것이 합리적이다. 그리고 밝혀진 것처럼 베무라페닙의 관찰된 반응률은 1상 81%, 2상 53%, 3상 48%으로 상당히 떨어졌다[6]. 또한 대리 지표(surrogate endpoint, 치료 반응률 등)가 때로는 임상 지표의 우수함을 직접적으로 지지하지 않는다는 점에서 법적 우려가 있다[7]. 임상 개발에서 불확실성과 가변성의 이러한 추가 고려 요소는 임상적 동등성의 판단에 중요하게 고려되어야 한다. 돌이켜보면 베무라페닙 회의론자들은 비교군 대조 시험을 주장할 권리가 있는 것으로 보인다. 약물은 확실히 효과적이지만 지금 시점에서 우리는 BRAF돌연변이 전이성 흑색종의 치료에 다른 약물보다 압도적으로 유리하지 않다는 것을 알고 있다.

희망과 불확실성

멜로니의 사례로 되돌아가 찰리의 비교군 대조 시험에 대한 임상적 동등성이 유지된다면 그 연구의 모든 부분은 올바른 치료에 부합하게 된다. 즉, 즉각적 혜택을 보지 못한다는 사실이 그가 손해를 보고 있음을 의미하는 건 아니다. 예를 들어 MX320을 사용한 예비 테스트에서 평균 반응률이 40%라고 가정하자. 그러나 이는 예비 데이터에 기반한 것이기에 추정치 40%에는 상당한 불확실성이 존재한다. 이 불확실성은 공식적으로 15~65%의 넓은 95% 신뢰구간으로 표현될 수 있다. 다시 말해 MX320의 실제 반응률은 15~65% 사이에 있음을 신뢰할 수 있다.

이제 표준치료의 평균 반응률이 25%라고 가정하자. 일반적으로 표준 치료에 대한 증거가 훨씬 풍부하므로 이 추정치에 대해서는 불확실성이 줄어든다(예를 들어 95% 신뢰구간의 범위는 15~35%). 따라서 우리는 임상적 동등성상태에 있음을 확인할 수 있다. 이 두 치료에 대한 평균 반응률 추정치의 신뢰구간이 겹치기 때문에 어느 쪽이 더 우월한지에 대해서는 정당한 불확실성이 존재한다. 또한 MX 320의 신뢰구간이 표준치료의 신뢰구간보다 낮지 않기에 둘 다 적절한 의료서비스에 부합한다.

RCT가 동일한 할당 비율을 활용한다고 가정하면 찰리가 MX320을 사용하는 군에 할당될 확률은 50%다. 멜로니 박사가 찰리가 치료에 반응하지 않는다는 것을 관찰하게 되면 그가 대조군에 배정되었을 것이라 추정하는 것이 좀 더 일반적 추론일 수 있다. 하지만 이는 여전히 확실함과는 거리가 멀다. 찰리는 약물에 늦게 반응하는 케이스일 수 있고 신약이 그에게 효능이 없는 것일 수도 있다. 유효한 RCT가 성립하려면 시험이 종료될 때까지 찰리가 자신이 어느 군에 속해 있는지 우리는 알 수 없는 상태에 있어야 한다. 추가로 임상적 동등성의 존재는 찰리가 연구에 계속 참여하는 것을 허용하는 윤리적 이유가 된다.

임상적 동등성은 멜로니 박사가 겪고 있는 죄의식을 완화시켜 주어야 한다. 임상시험은 본질적으로 새로운 작용제의 효과에 대한 불확실성을 수반하게 된다. 실제로 이러한 불확실성을 줄이는 것이 연구의 목적이기도 하다. 더욱이 일부 환자-연구 대상자가 나중에 열등한 치료를 받은 것이 추후에 노출되는 것이 비교군 대조 시험의 과학적 측면이다. 그러나 이것이 멜로니 박사가 찰리에게 제공한 효과적 치료에 관한 희망이 잘못되었다는 것을 의미하지는 않는다. 반대로 임상적 동등성은 그 희망이 정당함을 보장한다. 찰리는 그가 연구에 등록했는지와 관계없이 똑같은 이익을 얻을 것이다. 동시에 연구의 본질은 환자에게 극적 혜택의 가능성(표준적 치료 기대치를 크게 능가하는 결과를 얻을 수 있음)이 단지 희망일 수밖에 없다는 점이다. 시험하고자 하는 약물로부터 극적인 혜택을 얻을 것이 확실하다면 비교군 대조 시험을 시행하는 것 자체가 비윤리적이었을 것이다. 동시에 참가자는 시험약물이 표준 치료보다 해로울 수 있음을 인식해야만 한다. 실제로 시험적 개입에 대한 확립된 안정성 데이터는 일반적으로 후기 시험들(late-phase trials)에서만 이용 가능 해진다(그리고 일반적으로 드문 부작용들은 약물이 시장에 시판된 이후에나 발견된다). 따라서

임상적 동등성의 개념은 환자가 대조군에 배정되거나 시험 약물에 의해 해를 입는 결과를 발생시켰을 때 의사의 책임을 완화한다.

지식의 가치에 대한 문제

우리는 찰리가 임상시험을 통해 혜택을 얻지 못한다고 해서 그가 열등한 치료를 받는 것을 의미함은 아님을 보였다. 따라서 멜로니 박사는 선의를 가지고 고려해 보았던 ‘찰리에게 연구를 철회하도록 권유하는 행위’를 할 윤리적 의무가 없다. 그러나 선의가 이 사례에서 지배적 원리가 아니라고 말하는 것은 결코 그것이 적용되지 않는다는 것을 의미하지는 않는다. 이제 이 의무를 논리적으로 뒤집어 생각해보자면 ‘멜로니 박사가 찰리가 연구참여를 철회하도록 독려하는 행위가 비윤리적인 것인지의 여부’에 대해서 말할 필요가 있다. 사례에서 이미 제시되었듯이 멜로니 박사는 당시 진행 중인 다른 임상시험이 있다는 사실을 알고 있었으며 찰리가 그중 하나에 참여하는 것이 더 나을지도 모른다고 생각했다.

하지만 멜로니 박사는 이미 찰리를 지금의 임상시험(이를 시험 A라고 부르자)에 참여하도록 권유했기에 이제 그녀는 찰리가 이 임상시험에 끝까지 참여하도록 독려해야 하는 것인가? 아니면 연구 A를 철회하고 또 다른 연구 B에 등록하는 것을 권유하는 것이 정당화될 수 있는가? 분명한 점은 만일 찰리가 어떠한 이유에서든 연구 참여를 더 이상 원하지 않는다는 의향을 표명한다면 이는 그의 권리이며 여기에는 윤리적 긴장이 존재하지 않는다. 하지만 찰리와 미래 환자들의 최선의 이익에 대한 그리고 연구실행집단에 대한 의무감 사이에는 윤리적 긴장이 존재한다. 구체적으로 찰리의 시험참여 철회는 연구 A의 지식적 가치에 어떠한 영향을 미칠 것인가?

후기 임상시험(late-phase clinical trials)에 관한 모집 대상은 일반적으로 통계적 ‘검증력 계산(power calculation)’을 기준으로 결정된다. 즉 시험적 치료와 대조군(표준치료)에 실제로 차이가 있다면 귀무가설(즉 두 치료군이 같은 수준으로 유효함)을 통계적으로 유의미하게 기각하기 위해서 얼마나 많은 참가자가 필요한지 계산할 수 있다. 따라서 목표는 적절한 숫자의 참여자를 확보하는 것이 되며 임상 시험의 결과와 관계없이 유효한 상관관계를 추론하는 것이 가능해진다. 시험적 치료가 대조군에 비해 우월하다면 귀무가설을 기각하고 치료법의 효용의 증거를 이끌어낼 수 있다. 두 집단의 차이가 통계적으로 유의미하지 않다면 대안으로 제시된 가설을 기각하고 시험적 치료는 대조군보다 뛰어나지 않다고 결론 내릴 수 있다. 하지만 임상 시험이 적절한 숫자의 참여자를 확보하고 그 숫자를 유지시키지 못한다면 이는 ‘검증력이 부족하다(underpowered)’고 말할 수 있으며 이는 실제로 치료법이 기존의 것보다 유용함에도 불구하고 귀무가설을 기각시킬 수 없게 되는 가능성을 높이게 된다.

따라서 인적, 물적 자원이 무한한 세계라면 찰리의 참여 철회로 인한 통계적 비용은 그리 중요하지 않을 수 있다. 연구 A는 누락된 데이터로 인해 약간의 통계적 검증력(power)을 잃을 수 있지만, 여전히 연구자들이 조사하고자 하는 질문들에 대한 답을 이끌어 낼 수 있는 충분한 참가자가 남아있을 수 있다(그리고 너무 많은 환자가 연구에서 탈락한다면 이 사실 자체가 시험 물질이 효과적인지의 여부를 결정하기에 충분할 수 있다). 그렇다면 멜로니 박사의 딜레마는 그리 어려운 문제가 아닐 것이다. 그녀가 연구 A에 대한 의구심을 합리화할 수 있다면 그녀는 찰리가 연구 B에 대해서도 고려해 볼 것을 권고해야 한다. 아무튼 연구 B 또한 중요한 어떤 질문에 대한 해답을 얻기 위해 시험을 시행할 것이며 연구 B 또한 참여자가 필요하다.

불행히도 우리는 무한한 연구 자원의 세계에 살고 있지 않다. 일단 연구자 모집이 종료되면 탈락자들을 대체하지 못할 수 있다. 시험 참가자에 대한 연구의 위험과 사회에 대한 연구 비용이 생성된 과학지식에 의해 상쇄된다는 점을 감안한다면 모든 손실된 데이터 포인트는 사실상 시험의 윤리적 프로파일을 악화시키며(불완전한 추론의 가능성을 증가시킴으로써) 연구 사업의 전반적인 비효율성을 일으킨다[8]. 연구의 일관된 비효율성은 또한 의료 연구의 가치에 대한 대중의 신뢰를 떨어뜨릴 수 있다. 따라서 단일 환자의 연구참여 철회가 단독적으로 고려할 때에는 큰 낭비처럼

보이지 않지만, 의사와 환자의 의사결정을 위한 건전한 윤리적 지침을 생각해보면 더 큰 사회적 맥락과 연구 비용을 고려하는 것이 중요하다.

더군다나 베무라페닙의 사례에서 알 수 있듯이 시험약물은 초기 단계(Early-phase) 연구에서 유망한 결과를 내다가도 추후 단계(later phases)들에서 그 유망함을 잃기도 한다. 또한 최근의 한 연구에 따르면 임상 시험에 참여하는 새로운 약제가 효과가 있는 것으로 판명될 확률은 약 10분의 1밖에 되지 않는다[9]. 어려움을 겪고 있는 환자-연구 참여자가 또 다른 시험에 참여함으로써 혜택을 얻을 수 있을 것이라는 전망은 충분히 그럴듯해 보이지만 이는 과학적 절차에 대한 보다 넓은 맥락적 고려와 혁신을 구성하는 요소들을 결정하는 증거적 표준에 대한 장기적 관점을 바탕으로 현실적으로 고려되어야 한다.

따라서 미래의 선택사항을 논의함에 있어서 멜로니 박사는 찰리에게 이 딜레마를 명시적으로 설명하여야 한다. 원한다면 현 연구의 참여를 철회하고 다른 연구로 전환할 수 있는 절대적 권리를 인정하여야 한다(왜냐하면 찰리는 미래 환자의 치료 개선에 관한 그녀의 관심을 공유하지 않을 수 있기 때문이다). 그녀는 또한 의학 분야의 시험의 현실적 측면에 대해 논의하고 연구는 본질적으로 불확실하며 신약 대다수는 향상된 치료 결과를 내는 데 실패한다고 설명해야 한다[9]. 일단 이러한 정보들이 전달된 이후에도 시험 A로부터 시험 B로의 전환이 설득력 있는 근거(예를 들어 시험 B로 전환하는 것이 좋은 결과를 낼 가능성이 높다는 점과 그럼에도 이것이 여전히 찰리가 시험 약물 투여군에 속할 것이라는 것을 보증하지는 않는다는 점)를 통해 지지될 수 있다면 환자 중심 의료와 선행의 법칙(beneficence)은 과학적 유효성과 효율성에 대한 우리의 우려를 덜게 할 수 있을 것이다. 그러나 입증책임(burden of proof)은 이러한 설명에 강하게 의존할 수밖에 없다.

우리에게 동등성 개념이 꼭 필요한가?

글을 마치기에 앞서 우리는 임상적 동등성이 윤리적 연구의 표준이 되기에 부적합하고 더 나아가서는 일관성 없는 개념이라 지적하는 비판적 관점들을 인정해야 한다[10, 11]. 대신 비판자들은 사전동의가 연구윤리에서 언제나 그래왔듯이 큰 역할을 할 수 있다고 제안한다. 즉 환자-연구 대상자가 참여에 수반되는 위험에 대해 정보를 제공받고 그를 이해하며 그에 동의하는 한 연구는 윤리적으로 받아들여질 수 있을 것이라는 주장이다.

이 논쟁에서 구체적 논증과 반론을 제시하는 것은 이 글의 범위를 넘어서지만[12] 임상적 동등성의 개념을 배제하고 살펴본다면 멜로니 박사의 딜레마에 대한 윤리적 분석에 다르게 접근할 수 있다는 점은 주목할 가치가 있다. 예를 들어 그녀의 죄책감은 그녀가 개별적 동등성의 상태에 있지 않다는 데 있다. 그녀는 이 연구에서 시험군이 대조군보다 낫다고 믿고 있으며 약물에 찰리가 반응하지 않고 있다는 점에(어쩌면 당연하게도) 책임감을 느끼고 있다(그리고 아마도 그가 대조군에 배정되었다고 추정하고 있다).

찰리가 유효한 충분한 근거에 의한 동의를 했다는 점을 바탕으로 멜로니 박사가 죄책감을 느끼지 않아도 된다고 말할 수도 있지만(왜냐하면 연구에 참여한 것은 그의 자율적인 결정이었으므로) 임상적 동등성 개념은 왜 이러한 죄의식이 불필요함을 정확히 드러낸다. 찰리의 연구 참여가 윤리적으로 정당한지 아닌지는 그녀의 연구에 관한 개인적 믿음과 결부되어 있지 않다. 이는 전문가 집단의 믿음과 결부되어 있다. 환자에게 연구에 참여할 수 있는 옵션을 제시할 때 그녀는 자신의 믿음을 환자에게 솔직하게 털어놓을 수 있다. 그녀는 MX320이 표준치료보다 낫다고 생각하며 이 시험은 이 새로운 약물에 접근할 수 있도록 해준다. 하지만 전문가 집단에서는 MX320이 실제로 표준치료보다 낫다는 컨센서스가 없다. 그녀의 동료 중 일부는 둘의 효능이 차이가 없거나 혹은 시험약물이 더 나쁘다고 믿을 수도 있다. 따라서 그녀는 찰리가 연구에 참여하는 것이 합리적이라고 생각할 수 있다.

근본적 요점은 임상적 동등성이 허용 가능한 과학적 비교영역을 제한하기보다는 의사-연구자와 연구 기업에 더 많은 역할을 요구한다는 점이다. 임상적 동등성은 또한 비판적 성찰의 개념이기도 하며 앞선 프리드먼의 글에서

인용한 내용에서 발견할 수 있듯이, 의사와 환자가 시험 참여 여부를 고려하는데 출발점이 되는 개념이다. 여기에는 여러 질문이 포함될 수 있다. 예컨대 현재 의학 지식의 상황은 어떠한가? 시험을 통해 해답을 얻고자 하는 질문이 중요한 것인가? 연구 A의 참여로 얻을 수 있는 이득은 연구 B의 참여 혹은 표준 치료와 비교할 때 어떠한가? 등이다. 이러한 질문은 진정한 충분한 정보에 근거한 동의의 핵심에 있으며, 이에 관한 해답들이 임상적 동등성의 개념에 반영되어 있다.

참고문헌

1. Freedman B. Equipoise and the ethics of clinical research. *N Engl J Med*. 1987;317(3):141-145.
2. Fried C. *Medical Experimentation: Personal Integrity and Social Policy*. New York, NY: American Elsevier; 1974.
3. Schafer A. The randomized clinical trial: for whose benefit? *IRB*. 1985;7(2):4-6.
4. Harmon A. New drugs stir debate on rules of clinical trials. *New York Times*. September 18, 2010. http://www.nytimes.com/2010/09/19/health/research/19trial.html?_r=0.
5. Flaherty KT, Puzanov I, Kim KB, et al. Inhibition of mutated, activated BRAF in metastatic melanoma. *N Engl J Med*. 2010;363(9):809-819.
6. Chapman PB, Hauschild A, Robert C, et al; BRIM-3 Study Group. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med*. 2011;364(26):2507-2516.
7. Beale S, Dickson R, Bagust A, et al. Vemurafenib for the treatment of locally advanced or metastatic BRAF V600 mutation-positive malignant melanoma: a NICE single technology appraisal. *Pharmacoeconomics*. 2013;31(12):1121-1129.
8. Hey SP. Ethics and epistemology of accurate prediction in clinical research. *J Med Ethics*. 2015;41(7):559-562.
9. Hay M, Thomas DW, Craighead JL, Economides C, Rosenthal J. Clinical development success rates for investigational drugs. *Nat Biotechnol*. 2014;32(1):40-51.
10. Miller FG, Brody H. A critique of clinical equipoise: therapeutic misconception in the ethics of clinical trials. *Hastings Cent Rep*. 2003;33(3):19-28.
11. Miller FG, Brody H. Clinical equipoise and the incoherence of research ethics. *J Med Philos*. 2007;32(2):151-165.
12. London AJ. Clinical equipoise: foundational requirement or fundamental error? In: Steinbock B, ed. *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York, NY: Oxford University Press; 2007:571-596.

의과대학생과 일반의를 위한 임상윤리 사례와 해설

발 행 일 | 2020년 7월 31일
발 행 처 | 서울대학교 의과대학 인문학교실
편 역 자 | 김옥주, 김형진, 문기업, 정준호
편집디자인 | 조민정

ISBN | 979-11-5711-498-6



이 책은 크리에이티브 커먼즈 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국 라이선스에 따라 이용할 수 있습니다.
저작자를 밝히면 자유로운 이용이 가능하지만, 영리목적으로 이용할 수 없고 변경 없이 그대로 이용해야 합니다.

의과대학생과 일반의를 위한 임상윤리 사례와 해설

서울대학교 의과대학 인문의학교실