

«Sløyfa» – en metode for risikoanalyse i klinisk arbeid. Erfaringer fra et forbedringsprosjekt

Michael 2025; 22: 110–119

doi: 10.5617/michael. 12397

Etter noen alvorlige avvik ved en nyfødtavdeling var det ønske om å bli bedre kjent med risiko og risikohåndtering i egen klinikk. Metoden som er kalt «Sløyfa», ble benyttet. Metoden har tre trinn: identifisere kritiske forhold i pasientbehandlingen, kartlegge eventuelle årsakskjeder og deretter iverksette tiltak for å hindre uønskede hendelser. Innsatsområdet var utfordringer og sikkerhetsrisikoer ved overflytting av barn mellom føde- og nyfødtavdelingen.

Medarbeidere fra nyfødt- og fødeavdelingen deltok i en fokusgruppe. Først identifiserte man risikoområder i egen avdeling. Deretter så man på hva som kunne hindre at uønskede hendelser ved overflyttingen oppstår.

Tre risikoområder ble identifisert: Informasjonsflyt mellom føde- og nyfødtavdelingen, resuscitering i fødeavdelingen og observasjon av risikobarn i fødeavdelingen.

Metoden bygger på klinisk erfaring fra helsepersonell involvert som har vært involvert i alvorlige hendelser, og den kan bidra til å øke bevisstheten om sentrale risikofaktorer på avdelingsnivå. Den er velegnet også i andre sammenhenger og kan brukes både på individ- og systemnivå.

Enhver pasientrelatert aktivitet innebærer en viss risiko til tross for lokale, regionale og nasjonale tiltak. Risiko kan defineres som en kombinasjon av muligheten for en uønsket hendelse og dens konsekvenser (Aven 2012). Å håndtere risiko innebærer å gjenkjenne og håndtere trusler (Siddiqui et al. 2014).

Etter noen uønskede hendelser ved en nyfødtavdeling anmodet Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) den aktuelle avdelingen om å arbeide mer systematisk med risikostyring samt å øke bevisstheten omkring risiko hos ledel-

sen og medarbeiderne. I klinikken som avdelingen tilhørte, foregikk det allerede et kontinuerlig forbedringsarbeid, for eksempel gjennom utvikling av faglige prosedyrer og lagring av sentrale kvalitetsvariabler i egne databaser. I tillegg går de lokale kvalitetsrådene jevnlig gjennom uønskede hendelser, og praksis justeres der det er relevant og mulig.

Ledelsen ved den aktuelle nyfødtavdelingen satte i gang et forbedringsarbeid. Dette ble ledet av sykehusets sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsstab i samarbeid med fagsykepleier ved nyfødtavdelingen og en medarbeider ved sykehuset med god kjennskap om den valgte metoden. Metoden som er kalt «Sløyfa», ble oppfattet å være en mindre formell, men mer praksisnær framgangsmåte enn en tradisjonell risiko- og sårbarhetsanalyse (Braut et al. 2020).

Med utgangspunkt i metodiske erfaringer fra forbedringsprosjektet vil vi vise hvordan risikoområder i de aktuelle avdelingene ble avdekket ved bruk av den valgte metoden.

Metode

Både nyfødt- og fødeavdelingen ble involvert. Det ble holdt møter med ledelsen ved de respektive avdelingene for å sikre ledelsesforankring før oppstart. Ledelsen valgte ut tre medarbeidere fra hver avdeling som deltakere i en tverrfaglig fokusgruppe som skulle gjennomføre forbedringsprosjektet.

For å legge best mulig til rette for deltakelse i en travel klinisk hverdag ble tre møter vurdert som tilstrekkelig. De tre møtedatoene ble avtalt ca. to måneder før oppstart, og alle møtene ble holdt i løpet av én måned. Dette opplegget skulle sikre forutsigbarhet, gjøre planleggingen enklere og effektivisere tidsbruken.

Identifisering av risikoområder i avdelingene

Begge avdelingene identifiserte risikoområder knyttet til grenseflaten mellom føde- og nyfødtavdeling før risikovurderingene ble gjennomført. Hensikten var at det ville være lettere for deltakerne å snakke åpent, og dele egne erfaringer og vurderinger innad i egen avdeling. Forut for de avdelingsvise møtene ble det presisert at de ikke skulle diskutere tiltak. Etter at risiko-identifisering var gjennomført i hver avdeling, samlet fokusgruppen seg for videre arbeid.

Arbeidet i fokusgruppen

Moderator fra seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet ledet samtalene i fokusgruppen. Datagrunnlaget var deltakernes erfaringer fra avdelingene som ble delt gjennom diskusjoner. Dette førte til en felles forståelse av risiko og utfordringer ved overflytting mellom avdelingene.

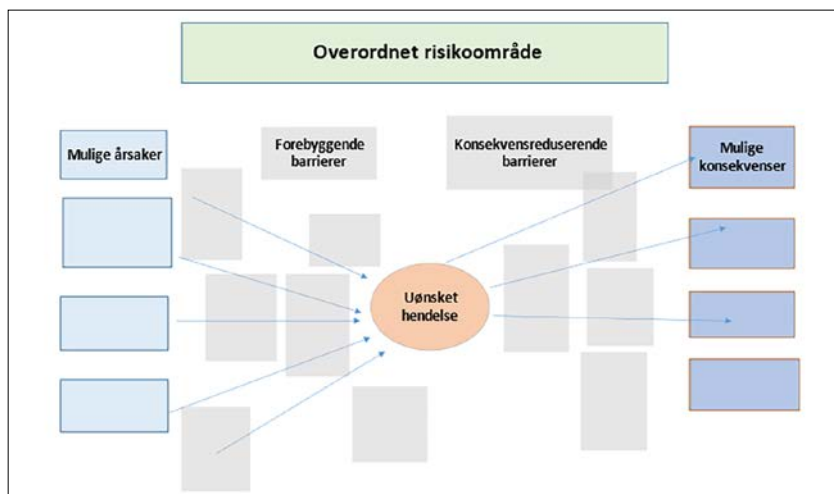
Møtene fungerte som idémyldring. Det ble brukt vanlige ord og uttrykk i stedet for terminologi fra risikofaget. Både risikoelementer og det som medlemmene i fokusgruppen anså at fungerte godt, ble belyst. Møtene var derfor ikke ensidig preget av «alt som ikke fungerte».

Fokusgruppen jobbet videre med å definere hva som var de mest kritiske punktene for pasienten, under hvert risikoområde. De kritiske punktene ble definert som de uønskede hendelsene og lagt inn i modellen (se figur 1). Moderator og deltakerne i fokusgruppen ble enige om temaene. Disse ble utviklet videre til definerte risikoområder. Moderator oppsummerte temaene mellom møtene, og gruppemedlemmene kunne komme med innsigelser.

Moderator skrev en rapport etter fokusgruppemøtene som ble sendt på høring til deltakerne. Dette viste seg å være et viktig ledd i analyseprosessen fordi det da kom tydelig fram at ikke alle hadde vært enige i tiltakene som var blitt drøftet i gruppen, og foreslått i rapporten. Ledelsen ved klinikken fikk tilsendt den ferdige rapporten.

Risikoidentifisering

Det sentrale elementet i metoden «Sløyfa» er risikoanalysen som gjøres ved hjelp av et såkalt «bow-tie»-diagram, eller «sløyfe»-diagram. Dette er et verktøy for risikobeskrivelse som består av flere steg (Øglænd 2024, Rausand & Utne 2022, Øglænd 2021, Elamir 2020, Braut 2014). Metoden inne-



Figur 1. «Sløyfa»-modellen På venstre side i sløyfediagrammet beskrives mulige årsaker og forebyggende barrierer. På høyre side ble konsekvensreducerende barrierer beskrevet i tillegg til mulige konsekvenser.

bærer å identifisere hendelser med mulig kritisk utfall, kartlegge årsakskjedene til hver av disse hendelsene og foreslå tiltak for å bryte uønsket utvikling. Målet er å identifisere enkeltrisikoeer samtidig som man tar hensyn til det helhetlige risikobildet. På denne måten kan forbindelser mellom årsaker og konsekvenser framstå mer tydelig, og det vil kunne være mulig å sette inn egnede tiltak.

Det første trinnet var å identifisere kritiske forhold i behandling av pasienter. Det ble gjort i et møte der medlemmene i gruppen fant risikoområder i egen avdeling. Deltakerne fikk informasjon om metoden i en epost før møtet. Det ble informert om at fokuset ville være hvilke utfordringer og sikkerhetsrisikoeer som kunne være aktuelle ved overflytting mellom føde- og nyfødtavdelingen. Diskusjonen skulle ta utgangspunkt i spørsmålene:

- Hva fungerer bra?
- Hva er lettvint og hvorfor?
- Hva fungerer mindre bra?
- Hva er tungvint og hvorfor?

Det andre trinnet var å kartlegge eventuelle årsakskjeder. Når man har fått en forståelse av årsak og virkning, kan man som tredje og siste trinn se på barrierer som kan hindre at uønskede situasjoner oppstår. Dette er forhold eller tiltak som kan bryte årsaks- og virkningskjedene (Braut et al. 2020).

Etiske vurderinger

Det ble ikke samlet inn direkte eller indirekte personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 7 (SIKT.) De alvorlige uønskede hendelsene ble ikke nærmere presentert eller diskutert i møtene. Alle medlemmene i fokusgruppen var underlagt taushetsplikt, men enkeltpasienter eller spesifikke hendelser ble ikke diskutert.

Det ble heller ikke gjort lydopptak, opprettet register eller egne databaser. Deltakelse var frivillig, og deltakerne var informert om at målet med arbeidet var å avdekke risikoområder. Prosjektet var en del av klinikkens kvalitetsarbeid, og det ble gjennomført etter ønske fra ledelsen uten behov for ekstern godkjenning, jf. helsepersonelloven § 26, første ledd.

Resultater

Deltakerne i forbedringsprosjektet kom fram til tre risikoområder knyttet til overflytting av pasienter mellom føde- og nyfødtavdelingen:

- informasjonsflyt mellom føde- og nyfødtavdelingen
- resuscitering i fødeavdelingen
- observasjon av risikobarn i fødeavdelingen

Informasjonsflyt mellom føde- og nyfødtavdelingen

Ifølge fokusgruppen planlegger nyfødtavdelingen, så langt det er mulig, for de situasjonene som kan komme til å oppstå. Det kom fram at det stort sett var et godt samarbeid mellom føde- og nyfødtavdelingen. Det er viktig at det daglig er telefonkontakt mellom nyfødt- og fødeavdelingen for å utveksle informasjon om eventuelle nye pasienter. Sykepleier ved nyfødtavdelingen må videreformidle informasjonen til overlege ved samme avdeling.

Det har ikke vært en felles forståelse for hva nyfødtavdelingen trenger informasjon om. For eksempel kan informasjon om risikopasienter og truede risikofødsler være mangelfull.

Det ble også konstatert at det var mangelfull dokumentasjon fra barnelege til barnepleier eller jordmor om hvilke tiltak som er gjort, og planen videre mens barnet ennå ligger på fødeavdelingen.

LIS-leger må få oversikt over risikopasienter som blir omtalt på ukentlige møter mellom overleger på føde- og nyfødtavdelingen.

Personell fra fødeavdelingen bør følge barnet til nyfødtavdelingen, og de må gi foreldrene tilstrekkelig og forståelig informasjon. For at barnet skal få best mulig behandling, må relevant informasjon og dokumentasjon fra fødeavdelingen raskt bli formidlet til de ansvarlige i nyfødtavdelingen.

Resuscitering i fødeavdelingen

Ved resuscitering av nyfødte i fødeavdelingen, spesielt kveld og natt, er det ikke alltid overlege fra nyfødtavdelingen til stede. Overlegen blir heller ikke alltid tilkalt. Primært går calling til LIS-lege som dermed blir den eneste legen i situasjonen. En resuscitering er en stressende situasjon for alle involverte. Uerfarent personell skaper ytterligere usikkerhet og stress.

Det er viktig at LIS-lege fra barneavdelingen deltar i simulering sammen med fødeavdelingen. Her trenes det på arbeid i team, rolleavklaring og kommunikasjon under resuscitering. Overleger ved barneavdelingen må være sikre på at LIS-leger er komfortable med å spørre om hjelp, og at det er lav terskel for å spørre. Det må være en felles forståelse om åpenhet og trygghet mellom avdelingene, og det må være greit å si fra på en rolig, høflig og hjelpsom måte.

I fokusgruppen ble det pekt på at en konsekvensreduserende barriere kunne være debrief etter hendelser. Dette kan være et verktøy for å lære av situasjonen. Gruppemedlemmene var fra før kjent med TALK-debrief, som er en strukturert måte for samtale etter hendelser under klinisk arbeid (Diaz-Navarro et al. 2021). Deltakerne mente at dette var et egnet verktøy. Videre understreket de at eventuelle avvik må registreres og følges opp, slik at

situasjonen kan resultere i læring. Deltakerne presiserte at det er viktig å ha god kommunikasjon og respekt for hverandre for å oppnå læring.

Observasjon av risikobarn i fødeavdelingen

Fødeavdelingen er en travel avdeling med begrensede ressurser. Til tider er det både uerfarne jordmødre, barnepleiere og mange vikarer i avdelingen. Travelhet, samtidighetskonflikter og uerfarent personell kan føre til at observasjon av risikobarn ikke blir god nok. Begrensede jordmorressurser fører til at barnepleiere får hovedansvaret for det nyfødte barnet. Det hender at barnepleiere har en «følelse» av at det er noe galt med barnet, men at det ikke alltid er like lett å beskrive og formidle dette til legen. Deltakerne i fokusgruppen pekte på at det mangler et felles språk mellom de forskjellige yrkesgruppene. Strukturert opplæring av både nyansatte og vikarer i fødeavdelingen kan også være forebyggende barrierer.

Diskusjon

I forbedringsprosjektet ble tre risikoområder identifisert. Søkelyset var på forebyggende og konsekvensreducerende barrierer. Deltakerne i prosjektet var godt kjent med hva som fungerte godt og dårlig innen de respektive risikoområdene. Flere av de forebyggende barrierene var allerede på plass, og gruppen diskuterte om disse var gode nok, eller om det skulle legges til flere barrierer. Den metodiske prosessen i prosjektet viste at det ikke alltid var lett å komme til enighet om hva som er effektive barrierer i praksis, noe som i seg selv kan være et mulig risikoelement.

Måten «Sløyfa» visualiserer risiko på kan minne om tankegangen helsepersonell legger til grunn i sitt daglige kliniske arbeid. Metoden oppfordrer til å benytte helsepersonellens egne erfaringer som grunnlag for risikoidentifikasjon. Dette kan bidra til at metoden oppleves som «lavterskel» i arbeidet med risikoidentifisering og inspirere og motivere kliniske avdelinger til å benytte denne i forbedringsarbeid.

Individ- eller systemfokus

Det har vært en utvikling over tid i hvordan kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid blir vektlagt i helsetjenesten, og hvilke tiltak og verktøy som anses effektive. Mens man tidligere så på enkeltpersoners feilgrep, er oppmerksomheten nå mer systemfokustert, og pasientsikkerhet ses som et komplekst fenomen i en dynamisk helsetjeneste (Hollnagel 2018, NOU 2015: 11). Den samme atferden hos helsepersonell kan føre til både god og dårlig pleie og varierende behandlingskvalitet. Oppmerksomheten bør derfor være rettet mot rammebetingelsene i virksomheten (Mannion et al. 2017). I forbe-

dringsprosjektet vårt viste «Sløyfa» seg å være godt egnet for å fram kompleksiteten i arbeidet som gjøres i klinikken og i avdelingene. Tilnærmingen fremmet refleksjon om både negative og positive aspekter ved lokalt risikoarbeid. Dette harmonerer med resilienstankegang innen pasientsikkerhetsteori (Øyri & Wiig 2022).

Ledelse og kvalitet

Bate et al. (2008) peker på strukturelle, kulturelle og utdanningsmessige utfordringer når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring i sykehus. Arbeidet med «Sløyfa» var forankret i ledelsen i de to avdelingene. Klinikken som de to involverte avdelingene tilhører, har gjennom flere år drevet med kontinuerlig forbedringsarbeid (Løland et al. 2023). Det viste seg likevel utfordrende å få samlet deltakerne. Det var mange gode diskusjoner, men arbeidet ble preget av dårlig tid. Selv om kvalitetsarbeid anses som viktig, kan det være vanskelig å prioritere at helsepersonell med direkte pasientkontakt kan bidra. Denne holdningen vil svekke kvalitetsarbeidet siden det er disse som har førstehåndskunnskap om risiko.

Bergerød & Wiig (2016) dokumenterer at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i stor grad blir påvirket av ledelse, organisasjonsmessige og kulturelle faktorer i sykehuset. Å utvikle en sikkerhetskultur i sykehus med kontinuerlig opplæring, ledelsesforankring og teoribasert intervensjoner kan ha positiv effekt på arbeidsmiljøet og føre til mindre utbrenthet og turnover i institusjonen (Finn et al. 2024). Såkalt transformasjonsledelse, som vektlegger en kultur som kan bidra til økt pasientsikkerhet ved blant annet utdanning og trening av personalet, kan være et positivt bidrag (Ree & Wiig 2020).

Bate et al. (2008) inkluderer kulturelle utfordringer i det å bygge en felles forståelse, forpliktelse og enighet om forbedringsprosessen. Til tross for at de to avdelingene var samlet, var det tydelig at overleger og LIS-leger i den samme klinikken samarbeidet på ulike måter i krevende situasjoner. Et annet eksempel var at barnepleierne syntes at det var vanskelig å finne et felles språk med barnelegene, særlig for å formidle observasjoner. Måten arbeidet organiseres på kan derfor forstås som en kulturell utfordring. I forbedringsprosjektet viste dette seg blant annet under risikoområdet *observasjon av risikobarn* i fødeavdelingen. En tilleggsfaktor var at barnepleiere, ofte uerfarne, fikk ansvaret, fordi det var få jordmødre tilgjengelige.

Styrker og svakheter

Sammensetningen av fokusgruppen var tverrfaglig, men noen av risikofaktorene som ble identifisert, omhandlet yrkesgrupper som ikke var represen-

tert i gruppen. Dette førte til diskusjoner om hvor gjennomførbare enkelte tiltak var, etter analysen i fokusgruppen.

En forutsetning for å bruke «Sløyfa» syntes å være at medlemmene i fokusgruppen var erfarne og godt kjent med utfordringene rundt overflytting av nyfødte fra føde- til nyfødtavdelingen. Andre metoder, som innhenting av for eksempel registerdata, ville kanskje ikke ha gitt samme nærhet til temaet. De ville heller ikke vært basert på medarbeidernes erfaringer.

En tradisjonell ROS- eller hendelsesanalyse, som Helsedirektoratet anbefaler å gjennomføre etter alvorlige hendelser, ville lagt større vekt på sannsynlighetsvurderinger. Dette kunne ha hindret refleksjoner rundt usikkerhet, som et vesentlig element i risikovurderingene (Helsedirektoratet 2016, Aven 2022).

Det ble forsikret at fokusgruppen kjente seg igjen i og var enig i risiko-områdene, slik disse ble presentert i figur og rapport. Videre arbeid var i stor grad knyttet til årsaker og forebyggende barrierer, det vil si den venstre siden av «sløyfe»-diagrammet. På grunn av manglende tid og til dels gruppesammensettingen ble det ikke brukt like mye tid til å utrede konsekvenser og konsekvensreduserende barrierer som forebyggende tiltak. Konsekvensene og tilhørende barrierer ble i stor grad indentifisert som medisinske problemstillinger, og de falt derfor utenfor diskusjonene. Det var en enighet i gruppen om at det viktigste og nyttigste aspektet som den valgte metoden kunne bidra med, var knyttet til å identifisere årsaker til hendelsene og finne fram til hvilke forebyggende barrierer som kunne iverksettes.

Litteratur

Aven T. The risk concept – historical and recent development trends. *Reliability Engineering & System Safety* 2012; 99: 33–44. <https://doi.org/10.1016/j.res.2011.11.006>

Aven T. *Risiko og risikovitenskap. Fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Universitetsforlaget, 2022.

Bate P, Mendel P, Robert G. *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. London: Routledge, 2008.

Bergerød JJ, Wiig S. Leading quality and patient safety improvement in Norwegian hospitals. I: Aase K, Schibevaag L (eds.) *Researching Patient Safety and Quality in Healthcare*. Boca Raton, Florida, USA: CRC Press, 2016: 61–175.

Braut GS. Undersøkelser av uventede hendelser i helsetjenesten – hvorfor og hvordan? I: *Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser kunne det skjedd hos oss?* Rapport fra Helsetilsynet 3/2014: 18–20. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplaster/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetsrapport3_2014.pdf (30.4.2025)

Braut GS, Åbøtsvik BF, Dalbakk M et al. «Sløyfa» – en metode for analyse av risiko i klinisk arbeid i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2020; 6(2): 196–208. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-16>

Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A et al. Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2021; 40: 4–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>

Elamir H. Enterprise risk management and bow ties: going beyond patient safety. *Business Process Management Journal* 2020; 26: 770–785. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-03-2019-0102>

Finn M, Walsh A, Rafter N et al. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. *BMJ Open Quality* 2024; 13(2). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002506>

Helsedirektoratet. *Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelsesanalyse-handbok-for-helsetjenesten> (30.4.2025)

Hollnagel E. *Safety-II in Practice: Developing the Resilience Potentials*. Routledge, 2018. <https://doi.org/10.4324/9781315201023>

Løland M, Braut GS, Lichtenberg SM et al. Tools for establishing a sustainable safety culture within maternity services. A retrospective case study. *SAGE Open Medicine* 2023; 11. <https://doi.org/10.1177/20503121231164264>

Mannion R, Braithwaite J. False Dawns and New Horizons in Patient Safety Research and Practice. *International Journal of Health Policy and Management* 2017; 6(12): 685–689. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.115>

NOU 2015: 11 *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf> (30.4.2025)

Rausand M, Utne IB. *Risikoanalyse – teori og metoder. 2. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget, 2022.

Ree E, Wiig S. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open* 2020; 7(1): 256–264. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>

Siddiqui D, Nandan A, Sharma M et al. Risk management techniques HAZOP and HAZID study. *International Journal on Occupational Health & Safety, Fire & Environment Allied Science* 2014; 1(1): 5–8. https://www.researchgate.net/publication/319979143_Risk_Management_Techniques_HAZOP_HAZID_Study#fullTextFileContent (30.4.2025)

SIKT. *Hva er en behandling av personopplysninger?* <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/personvernhandbok-forskning/hva-er-personopplysninger> (30.4.2025)

Øglænd B. Hvordan kan vi oppnå at ledelse og helsepersonell oppfatter risiko likt? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2021; 7: 1–6. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-06>

Øglænd, B. (2024). *Håndbok i risikoreduksjon. Hvordan lære etter uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget, 2024.

Øyri SF, Wiig S. Linking resilience and regulation across system levels in healthcare – a multilevel study. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 510. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07848-z>

Artikkelen er fagfellevurdert.

Inger Emilie Værland
inger.emilie.verland@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Inger Emilie Værland er intensivsykepleier, Ph.D. ved barne- og ungdomsklinikken, Stavanger universitetssjukehus og tilknyttet forskningsgruppen sykepleie- og helsevitenskap.

Geir Sverre Braut
geir.sverre.braut@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Geir Sverre Braut er lege, spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgiver ved Stavanger universitetssjukehus, forskningsavdelingen og pensjonert professor fra Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Stavanger.

Tina Johanna Sandvik
tina.johanna.sandvik@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Tina Johanna Sandvik er sykepleier med mastergrad i helsevitenskap. Hun er rådgiver ved Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Stavanger universitetssjukehus.

Sina Furnes Øyri
sina.furnes.oyri@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Sina Furnes Øyri er jurist med bachelorgrad i statsvitenskap, mastergrad i samfunnssikkerhet og Ph.D. i helse og medisin om risikoregulering i spesialisthelsetjenesten, tilsyn og resiliens. Hun er fagsjef for kvalitet og pasientsikkerhet ved Stavanger universitetssjukehus, og har bistilling som førsteamanuensis ved Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten ved Universitetet i Stavanger (SHARE).