

Kvalitetsmelding Lukas Stiftelsen 2021



MOT
TILLIT
RESPEKT



Betania Malvik
Betania Sparbu
Lukas høyere yrkesfagskole
Lukas videregående skole
Skjelfoss psykiatriske senter
Lukas Stiftelsens hovedkontor

Sammen om helse- med hjertet



Innhold

1. Innledning	2
2. Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid.....	3
2.1. Kvalitetsmål.....	3
2.2. Kvalitetsindikatorer	3
2.2.1. Skjelfoss psykiatriske senter	4
2.2.2. Betania Malvik.....	4
2.2.3. Betania Sparbu	5
2.2.4. Lukas videregående skole	6
2.3. Brukermedvirkning.....	7
2.3.1. Systemnivå	7
2.3.2. Individnivå	7
2.4. Kompetanse	8
3. Avvik og korrigerende tiltak	9
3.1. Analyse og trender av registrerte hendelser i 2021	10
4. Aktivitet.....	12
5. Revisjoner, kontroller og tilsyn	13
5.1. Internrevisjon.....	13
5.2. Eksterne kontroller/avtaler.....	14
5.3. Eksterne revisjoner/tilsyn	14
6. Risiko- og mulighetsvurderinger	14
7. Ansatte	15
7.1. Sykefravær	16
7.2. Oversikt over sykefraværsarbeid	16
8. Diakoni og verdiarbeid	17
8.1. Aktiviteter knyttet til tro og verdiarbeid ved virksomhetene.....	17
9. Utviklingsarbeid og anbefalinger	18
9.1. Gjennomført utviklingsarbeid 2021	18
9.2. Mål for utviklingsarbeid 2022	20

1. Innledning

Kvalitetsmeldingen 2021 bygger på innsendt data og tallmateriale fra den enkelte virksomhet, samt ledelsens gjennomgang foretatt i Lukas Stiftelsens lederteam. Kvalitetsmeldingen vil fra 2021 også omfatte skolene, og med det alle virksomhetene i stiftelsen.

Kvalitetsmeldingen skal synliggjøre status i henhold til:

- Lukas Stiftelsens (LS) formål, virksomhetside og oppdaterte verdidokument
- LS kvalitetshåndbok og ledelsesprinsipper
- Aktuelle lover og forskrifter
- Nasjonale styringsdokumenter innen aktuelle fagområder
- Oppdragsdokumenter fra aktuelle regionale helseforetak og kommuner
- Norsk standard for ledelsessystemer for kvalitet; ISO 9001:2015
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Bedre kvalitet og sikkerhet står sentralt for å utvikletjenester til pasienter og elever. Pasientene skal være sikre på at tjenestene virker, at de er trygge og at de henger sammen når de er avhengig av helsehjelp fra flere instanser. Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmeldinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Skolene evaluerer læringsarbeidet med elever og studenter og arbeider systematisk med forbedringer

Lukas videregående skole og Lukas høyere yrkesfagskole utdanner unge og voksne ut ifra godkjenninger gitt av Utdanningsdirektoratet og Nokut. Dette er utdanninger innen helse og oppvekstfag.

Ledelsen i Lukas Stiftelsen ønsker å legge til rette for at all avtalt aktivitet skal styres etter kvalitet. Et ledd i dette, har vært ISO sertifisering gjennom Ledelsessystemer for kvalitet, ISO 9001:2015 for helsevirksomhetene. Skjelfoss psykiatriske senter ble sertifisert av Nemko 2015, Betania Malvik 2016 og Betania Sparbu 2017.

Et annet viktig ledd i vårt kvalitetsarbeid er at våre pasienter, elever og brukere skal spille hovedrollen, og vi bygger en kultur hvor det er en selvfølge å se og utvikle tjenestene fra brukernes ståsted.

På de neste sidene presenteres et utvalg av fakta, nøkkeltall og trender om aktivitetene ved de enkelte virksomhetene i 2021, samt utviklingsarbeid og planlagte forbedringer for kommende år.

IDEELL

Alt overskudd brukes til forbedring og utvikling av tjenestene våre. Driveren er tjenestetilbudet og ikke profitt og utbytte til eiere. Og nettopp denne genuine interessen for, og evnen til å utvikle nye tjenester til de som har behov for det, har vært sentralt for ideelle organisasjoner som oss langt tilbake i tid. Basert på livssyn, ideologi og genuin interesse for målgruppene – helt uten profittmotiv.

DIAKONAL

Diakoni er den kristne kirkes omsorgstjeneste. Diakonalt arbeid omfatter å ta vare på skaperverket. Det handler om å slåss for rettferdighet for mennesker – uansett. Og det handler om å inkludere alle. I en verden hvor sosial urettferdighet, fattigdom, utenforskap og menneskeskapt ødeleggelse av skaperverket ikke er mulig å overse, er diakoni – i sin bredeste og mest komplette forstand – viktigere enn noensinne.

RESPEKT- TILLIT- MOT

2. Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid

Lukas Stiftelsens målsetting sammenfaller med regjeringens overordnede mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid som skal sikres gjennom å:

- Utvikle pasientens helsetjeneste
- Forbedre systemer
- Fokusere på ledelse og kultur i tjenestene
- Redusere uberettiget variasjon

Det er et lederansvar å legge til rette for at tilbudet som ytes er sikkert, har god kvalitet og er tilpasset den enkelte pasient, bruker og elev.

I kvalitetsmeldingen 2021 og ved ledelsens gjennomgang, har vi valgt å fokusere på/evaluere følgende:

- **Kvalitetsmål**
- **Kvalitetsindikatorer**
- **Brukermedvirkning**
- **Kompetanse**
- **Analyse, evaluering og forbedring av avviksregistreringer**

Dette er viktige momenter som sier noe om vår kvalitet, og om vi leverer aktivitet i henhold til våre verdier, aktuelle lover og forskrifter samt avtaler og oppdragsdokumenter som er inngått.

2.1. Kvalitetsmål

Et overordnet mål for kvalitetsmåling er å sikre at resultatene kan brukes til forbedring.

Definerte kvalitetsmål ved virksomhetene er fulgt opp og gjennomført etter vedtatt plan.

2.2. Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er en av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i tjenestene. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles.

Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle tjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultatet av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorerne bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Indikatorerne varierer ut ifra hvilket fagområde det leveres tjenester på.

2.2.1. Skjelfoss psykiatriske senter

Rapporterer på Helse Sør Øst sine kvalitetsindikatorer.

Konklusjon: Ingen brudd i forhold til krav fra oppdragsgiver.

Tabell 1: Kvalitetsindikatorer Skjelfoss

Kvalitetsindikator	Helse Sør Øst PHV			Helse Sør Øst TSB			Bo- og Omsorg		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Antall innleggelser totalt	43	24	31	26	20	11	0	3	4
Fristbrudd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andel pasienter med IP (Individuell Plan) ved utskrivelse (%)	45	32	19		10	42			
Bruk av tolketjenester	20	0	1		0	4		0	0
Gjennomføring av brukerundersøkelser	2	2	2	2	2	2	2	2	2

TSB avdelingen hadde i tillegg 20 brukerstyrte innleggelser i 2021, der oppholdene varte fra 1 – 12 dager. Gjennomsnittlig liggetid på brukerstyrt plass er 6 døgn.

Epikrisetid ved utskrivelse PHV	1.tertial	2.tertial	3.tertial
Andel sendte epikriser innen 1 dag etter utskrivning	67 %	67 %	27 %
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	100 %	89 %	64 %
Epikrisetid ved utskrivelse TSB			
Andel sendte epikriser innen 1 dag etter utskrivning	43 %	75 %	73 %
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	100 %	100 %	100 %

2.2.2. Betania Malvik

Helse og Arbeidsliv:

Det finnes ingen spesifikke kvalitetsindikatorer for arbeidsrettet rehabilitering. Oversikten viser rapportering til Helse Midt-Norge RHF.

Konklusjon: Ingen brudd i forhold til krav fra oppdragsgiver

Tabell 2: Kvalitetsindikatorer Helse og Arbeidsliv

Kvalitetsindikatorer	Enhet for Helse og Arbeidsliv		
	2019	2020	2021
Epikriser:			
Andel sendte innen 1 dag etter utskrivning	89 %	85 %	85 %
Epikriser:			
Andel sendte innen 7 dager etter utskrivning	91 %	87 %	99 %
Uønskede hendelser og klager	0	0	0
Oppdatert ventetid	Gjennomført månedlig		
Registrering av hoved- tilstand	Gjennomført 100 %		
Fristbrudd:			
Rett til vurdering	Ingen fristbrudd		
Rett til helsehjelp	Ingen fristbrudd		
Brudd på vurderingsgaranti	Ingen fristbrudd		
Pasienterfaringer og Bruker-undersøkelser	Gjennomføres kontinuerlig og justeringer gjøres underveis		

Det finnes i dag ingen spesifikke kvalitetsindikatorer for palliasjon, men NOU 2017:16 «På liv og død» anbefaler at slike utarbeides. Pr. i dag har Helsedirektoratet gitt nasjonale faglige råd når det gjelder lindrende behandling i livets sluttfase.

Konklusjon: Ingen brudd i forhold til krav fra oppdragsgiver. Rapporten for 2020, sendt til Helsedirektoratet i tråd med tildelte midler, er godkjent.

Tabell 3: Kvalitetsindikatorer Lukas Hospice

Kvalitetsindikatorer	Lukas Hospice
Gjennomført pakkeforløp fra henvisning til oppfølging av pårørende	
Tatt i bruk ulike nasjonale retningslinjer og veiledere:	
	<ul style="list-style-type: none"> Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen Lindrende behandling i livets sluttfase Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling Barns beste Helse Bergen: Kompetansesenter i lindrende behandling Legeforeningen: Retningslinjer for lindrende sedering i livets sluttfase
Epikriser: 100 % er sendt innen 2 dager	

2.2.3. Betania Sparbu

Rapporterer på kvalitetsindikatorerne for kommunale helse- og omsorgstjenester via oppdragsgivers IT-baserte fag og kvalitetssystem IPLOS.

Konklusjon: Ingen brudd i forhold til krav fra oppdragsgiver.

Tabell 3: Kvalitetsindikatorer Betania Sparbu

Kvalitetsindikatorer	Sykehjem		
	2019	2020	2021
Legetjeneste/tilsynslege			
Gjennomsnittlig antall legetimer pr uke pr pasient. 30 % tilsetning på 22 pasienter	0,45 t	0,45 t	0,45 t
Antall pasienter på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder	-	100 %	100 %
Status på samtlige pasienter	Gjennomføres ved første vitst samt ukentlig ved tilsynslege og sykepleier		
Legetilsyn	Foretas ved akutte behov og ukentlig Enten på grunn av pasient /pårørende har et ønske om tilsyn, eller ved at pasientens helsetilstand avviker fra normalen og lege ønsker å undersøke pasienten.		
Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem Sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlet samtidig som risiko for uheldige virkninger reduseres og håndteres	Gjennomføres ukentlig. Årskontroll en gang per år gjennomføres sammen med sykepleier som kjenner pasient godt Dokumenteres i Profil		
Oppfølging av ernæring hos beboere i sykehjem			
Vurdere ernæringsmessig risiko	Ved innkomst og kontinuerlig		
Opprette / oppdatere ernæringsjournal Ernæringsjournalen er lagret i Profil og følger pasienten			

Gjennomgang av ernæringsstatus til samtlige pasienter	Kvartalsvis med veiing og oppdatering av journal Ansvarlig; primærkontakt
Gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringstiltak	Kontinuerlig etter plan
Dokumentere ernæringsstatus og –tiltak i pasientens journal og epikrise	Kontinuerlig
Videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå	Ved utreise eller overflytting til annen boform
Antall pasienter som har ernæringsjournal	Alle
Tannhelse	
Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder	Alle Vi kontakter folketannrøkta minimum x 1 per år. Den offentlige tannhelsetjenesten kommer til virksomheten og besøker samtlige pasienter. Besøket dokumenteres av pleiepersonell i Profil. Det dokumenteres også i de tilfellene pasienten motsetter seg tannhelsehjelpen. Gjennomført vår/sommer 2020. Individuell rapport fra folketannrøkta mottas i ettertid. Lagres i pasientens papirjournal.
I tillegg benyttes offentlig tannhelsetjeneste ut ifra individuelle behov gjennom hele året.	
Andel plasser i enerom i institusjon for eldre og funksjonshemmede	Tilrettelagte enerom med egne bad/wc. Rapporteres årlig til Steinkjer Kommune. Gjort januar 2020.

2.2.4. Lukas videregående skole

Skolens elever gjennomfører en årlig elevundersøkelse som Utdanningsdirektoratet arrangerer.

Elevundersøkelsen har fokus på områdene trivsel, motivasjon, hjem- skole, støtte fra lærerne, arbeidsforhold og læring, medvirkning, regler på skolen, trygt miljø, utdannings og yrkesrådgivning og fysisk læringsmiljø

I 2021: viser resultatet av undersøkelsen at det er høy trivsel ved skolen.

Neste skoleår jobbes det videre med følgende områder:

- At skolen har elevtall som sikrer skolens drift
- Ulike markedsføringstiltak
- Bevaring av trivselsfaktorer, felles forståelse av regler ved skolen
- Fortsette med å følge opp prosedyrer angående fravær
- Fokus på voksen/elev/lærerrelasjonen.
- Fortsette å arbeide det med å gi konstruktive tilbakemeldinger og framovermeldinger til elevene
- Mål og egenvurdering i læringsarbeidet
- Arbeides det med styrke variasjon av undervisningsmetodikken
- Starte opp med sosiale kvelder med elevene

2.2.5. Lukas høyere yrkesfagskole

Studentene gjennomfører jevnlig evaluering av skolen.

Analyse av funn fra 2021:

Det er gjennomført evalueringer etter hvert semester samt sluttevalueringer ved avsluttet studie. Evalueringene gir tilbakemelding om utbytte og fornøydhet for emnene og gir skolen og læreren mulighet til å justere kursen om nødvendig.

Evalueringene viser at studentene i stor grad opplever klassemiljøet som godt og inspirerende, og gir uttrykk for at lærestoffet blir formidlet på en måte som er god og forståelig. På grunn av smittesituasjonen har mye av undervisningen foregått digitalt, og noe av studentene har opplevd dette som krevende. Det er ønske om flere forelesere.

Tiltak:

- Øke kompetansen når det gjelder digital undervisning.
- Vurdere flere eksterne forelesere.
- Opprettholde fokus på variert undervisning

2.3. Brukermedvirkning

De som er berørt av en beslutning eller er brukere av tjenesten skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet (jf. pasientrettighetsloven og opplæringsloven). Det er virksomhetene sitt ansvar å ivareta disse rettighetene. Brukermedvirkningens form tilpasses den aktuelle situasjon og den enkeltes forutsetninger. Brukermedvirkning skal skje både på system- og individnivå.

2.3.1. Systemnivå

Det er vedtatt i Lukas Stiftelsens styre at det skal være brukerutvalg ved Stiftelsens virksomheter som driver innenfor spesialisttjenestenivå. Styret har utarbeidet egne retningslinjer for brukerutvalget.

2.3.2. Individnivå

Brukermedvirkning, student- og elevmedvirkning er ivaretatt i Lukas stiftelsen.

Dette både på system- og individnivå ved alle virksomhetene. Resultater fra undersøkelser evalueres og ligger til grunn for kvalitetsarbeidet ved den enkelte virksomhet.

Virksomhet	Ivaretagelse av medvirkning
Skjelfoss	Pasienter og brukere utfordres til å sette mål for oppholdet på Skjelfoss Tilbud om Individuell Plan, som utarbeides i samhandling med primærkontakt Utarbeidelse av dags- og ukeplaner Alle pasienter og brukere fyller ut aktivitetskartlegging med aktivitetsleder Morgenmøter og husmøter på egen bolig Brukerundersøkelser to ganger i året Årlig tilbud til pårørende om møte med miljøpersonalet og evt. behandler, som kommer i tillegg til ordinære ansvarsgruppemøter Psykoedukativt familiearbeid

Malvik	<p>Det sikres god informasjon til pasientene</p> <p>Pasientmedvirkning via digitale verktøy gjennomføres med ulike tester; bl.a. selvrapportering og moduler for egenmestring</p> <p>Hensiktsmessige kartleggingsverktøy benyttes</p> <p>Etablering av individuell rehabiliterings-/ behandlingsplan med pasientens egne mål</p> <p>Oppdatert behandlingsplan</p> <p>Hver pasient har sin faste koordinator/ behandler/ primærkontakt</p> <p>Kartlegging av pårørendes behov og samtaler med alle pårørende</p> <p>Faste brukererfaringsundersøkelser/pasientevalueringer gjennomføres</p> <p>Det sikres brukerevalueringer av middagslevering til kommunenes helsetun og hjemmeboende</p>
Sparbu	<p>Brukerundersøkelse i regi av oppdragsgiver. Sist gjennomført 2018.</p> <p>Brukerundersøkelse i egen regi gjennomført i 2020.</p> <p>Jevnlige møter med pårørendes gruppe (erstatter brukerutvalg ved BS). Diskuterer bl.a. hva vi kan gjøre mer av.</p> <p>Tilbud om individuell plan, utarbeides i samarbeid med bruker</p> <p>Søkelys på utarbeidede rutiner for mottak og behandling av pasienten, samarbeid med pårørende og andre ut ifra individuelle behov.</p> <p>Primærkontakter til alle pasienter.</p> <p>Ved bruker og pårørende evaluering benyttes eget skjema.</p> <p>Evt. kundeklager registreres og behandles i elektronisk avvikssystem</p>
Lukas VGS og Lukas HY	<p>Elev og studentmedvirkning</p> <p>Alle klassene har tillitsvalgte og varatillitsvalgte. Til sammen danner disse et elevråd/ studentråd. Leder av elevrådet/studentrådet og rektor har jevnlig møter hvor elevenes/studentenes synspunkter fremmes. I skolens styrer er elevrådsleder/studentrådsleder representert.</p>

2.4. Kompetanse

Kvalitet og kompetanse henger sammen. God kvalitet på tjenestene, henger sammen med de ansattes formal- og realkompetanse, og at denne brukes i samspill med brukernes erfaringskunnskap.

Innenfor spesialisthelsetjenesten stilles det høyere krav til andel av ansatte med høyskoleutdanning eller universitets-utdanning i pasient/brukerrettede stillinger enn det gjøres på kommunenivå. Virksomhetene har egne kompetanseplaner som evalueres årlig. Interne og eksterne kompetansehevingstiltak gjennomføres systematisk på bakgrunn av de enkelte planer. Medarbeidersamtaler gjennomføres i hele organisasjonen.

Konklusjon:

Alle virksomhetene har høy prosentandel av ansatte med formalkompetanse, og er godt innenfor de kravene som stilles i gjeldende oppdragsdokumenter.

Virksomhet	2019	2020	2021
Skjelfoss	80,3 %	80,3%	71,8 %
Malvik	97,3 %	97,3 %	97,3 %
Sparbu	53,8 %	53,8 %	58 %
Lukas VGS	100%	100%	100%
Lukas HY	100%	100%	100%

Tabell 5: Prosentandel med høyskole-/universitetsutdanning i pasientrettede og student-/elevrettede stillinger

3. Avvik og korrigerende tiltak

Analyse, evaluering og forbedring basert på avviksregistreringer.

Lukas Stiftelsen har implementert elektronisk kvalitets- og avviskontrollsystemer som er i tråd med Internkontrollforskriften (HMS) og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Systemene er levert og vedlikeholdes av firmaet Datakvalitet AS.

Det gjøres jevnlig evaluering - og tilrettelegging av systemet for å tilpasse det til dagens behov.

Registrering av avvik er et godt verktøy i vårt forbedringsarbeid ved at alle avvik analyseres, årsaksforhold kartlegges og eventuelle behov for korrigerende tiltak iverksettes. I tillegg muliggjør systemet registrering av forbedringsforslag fra ansatte. En god årsaksanalyse forklarer hvorfor et problem oppstår, forstå sammenhengen mellom årsak og virkning og hva som er «roten» til problemet. Lukas Stiftelsen har følgende tilnærming til avvik:

Virksomheter som er gode på å håndtere avvik, øker både produktivitet og kvalitet samtidig som de bygger en kultur for læring og forbedring.

Diagram 1: Oversikt over totalt antall registrerte hendelser i avvikssystemet.

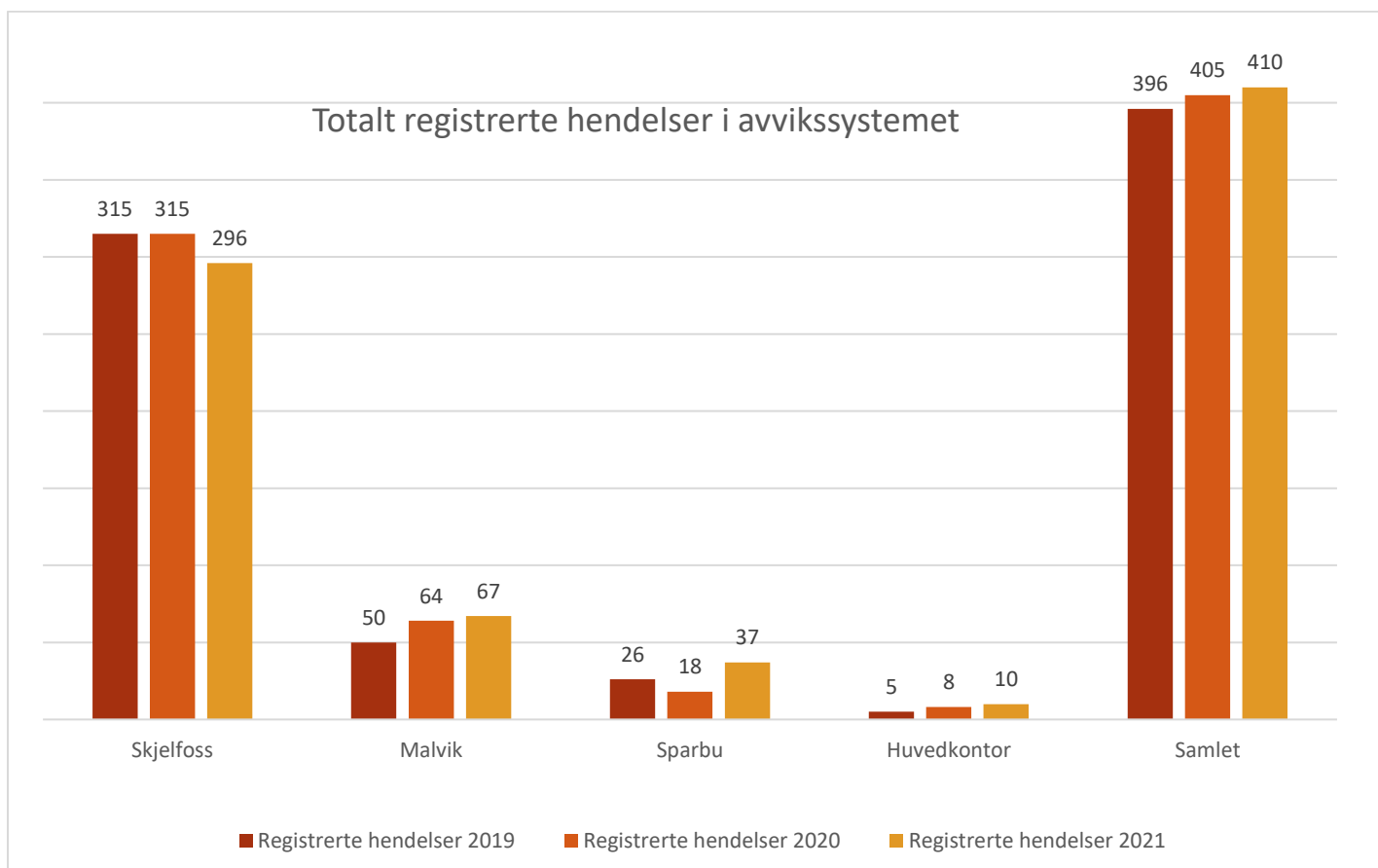
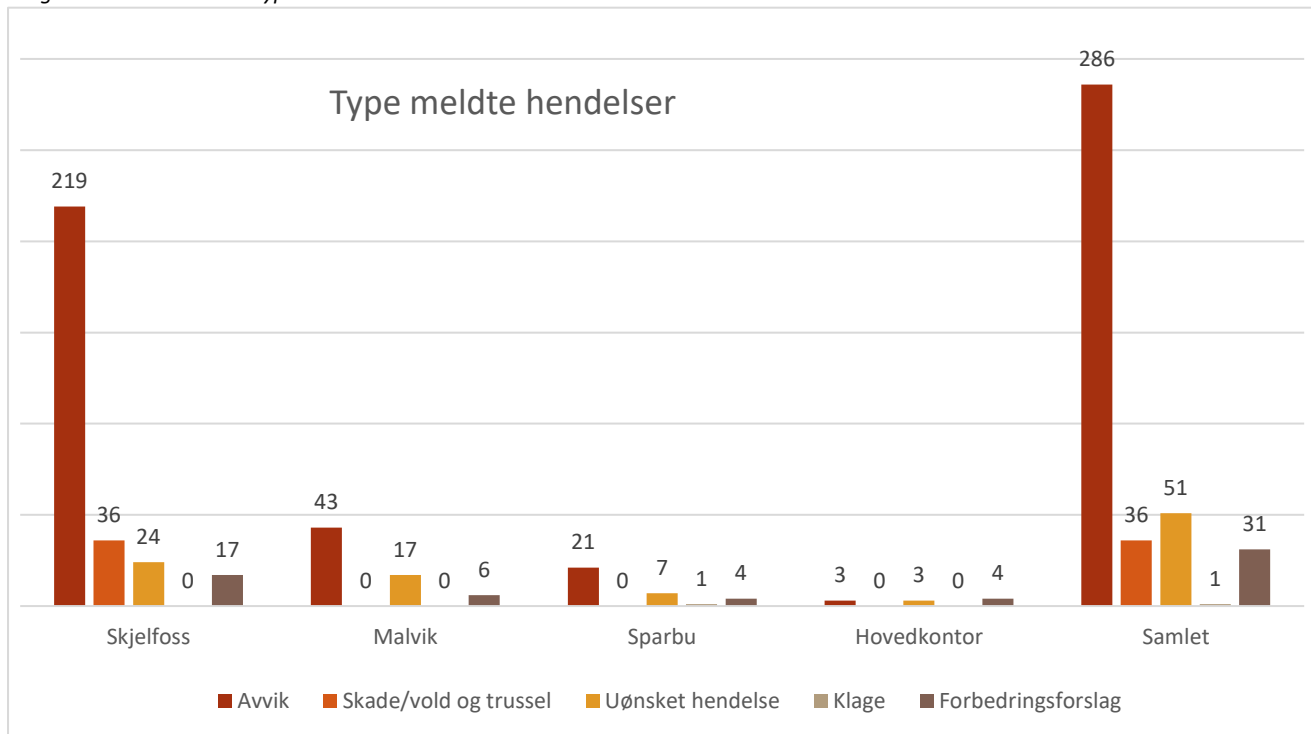


Diagram 2: Oversikt over type meldte hendelser ved virksomhetene



3.1. Analyse og trender av registrerte hendelser i 2021

I forbindelse med ISO sertifiseringen av helsevirksomhetene har det vært stort fokus på avvikssystemet. Registrering av hendelser, med differensiering av fem ulike hendelseskategorier, er et godt verktøy i vårt kvalitets- og forbedringsarbeid; alle hendelser analyseres, årsaksforhold kartlegges og korrigerende og forebyggende tiltak iverksettes. Oppfølging og tilbakemelding sikres.

Det poengteres nødvendigheten og viktigheten av å melde avvik/registrere hendelser i avvikssystemet, både for dokumentasjon og for læring og forbedring.

Konklusjon: Alle meldte avvik i 2021 er behandlet og lukket.

Virksomhet	Kommentarer, analyser og trender
Skjelfoss	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Det er registrert 296 hendelser i avvikssystemet i 2021</p> <p>Av 219 avvik kan 108 hendelser knyttes til medisinbehandling. Avvikene fordeler seg over alle enhetene. Ingen hendelser har ført til pasientskade</p> <p>Alle medisnavvik er fulgt opp og behandlet i lederteam og kvalitetsutvalg. Flere tiltak er satt inn, og det største var etablering av nytt medisinerom og blodprøverom.</p> <p>Andre avvik fordeler seg over mange ulike områder av driften.</p> <p>17 forbedringsforslag er en økning fra 12 i 2020. Det er registrert 24 uønskede hendelser.</p> <p>Det er et stort fokus på viktigheten av å bruke avvikssystemet som en del av kvalitetssikringen</p>
Malvik	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Det er 67 registrerte hendelser i 2021, og en liten økning fra 2020 noe vi ser utelukkende positivt på ettersom dokumentasjon i avvikssystemet er en viktig del av vår kvalitetsforbedring. Stort fokus på årsaksanalyse styrker vår mulighet for læring og kvalitetsforbedring. ved kjøkkensjef</p> <p>43 registrerte avvik er en liten nedgang fra 50 avvik i 2020. 1 melding gjelder en vold-/trusselsituasjon. Det er meldt inn 17 uønskede hendelser og 6 forbedringsforslag.</p> <p>Det er utarbeidet trendanalyse for avviksregistrering 2021. Trendanalysen sikrer mulighet for å sammenligne registrerte hendelser opp mot foregående år og vurdere konsekvenser av tiltak/oppfølging.</p>
Sparbu	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Vi har i 2021 fortsatt arbeidet med holdningen til å skrive avviksmeldinger. Søkelys på at avviksdokumentasjon kan brukes til læring, nytenkning og utvikling av virksomheten. Antallet hendelser har gått noe opp sammenlignet med foregående år.</p> <p>Totalt 37 hendelser registrert i avvikssystemet 2021.</p> <p>4 hendelser er tilknyttet medikamentbehandling. Resterende hendelser fordeler seg på forskjellige deler av drift og organisering av arbeidet.</p> <p>4 forbedringsforslag som har vært opp til diskusjon i Bedriftsutvalget, og som har kommet pasienter til gode.</p>
Hovedkontor	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>10 hendelser er meldt inn, fordelt på 3 avvik, 3 uønskede hendelser og 4 forbedringsforslag.</p>
Lukas vgs og Lukas høyere yrkesfagskole	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p>

4. Aktivitet

Det er samsvar mellom avtalt aktivitet i oppdragsdokumenter og utført aktivitet ved den enkelte virksomhet i 2021 med tanke på pasient-/brukerbelegg.

Tabell 7: Belegg

Virksomhet				Kommentarer
Skjelfoss psykiatriske senter	2019	2020	2021	
Helse Sør- Øst PHV	95,05 %	99,38 %	97%	Inkl. avtaleutvidelse på 567 døgn
Helse Sør- Øst TSB	92,8 %	108.76 %	100 %	
Bo- og omsorg	96,54 %	86 %	89 %	Enheten leverte også PHV
Betania Malvik	2019	2020	2021	
Spesialisert rehabilitering.				
Avtale med Helse Midt- Norge RHF:				
Arbeidsrettet Rehabilitering - Helse og Arbeidsliv Døgntilbud, Dagtilbud, Poliklinisk tilbud	Døgn: 11 % Dag: 358 % Pol.kl: 78 %	Døgn: 31 % Dag: 95 % Pol.kl:61 %	Døgn: 48 % Dag: 158% Pol.kl:63,5 %	Avtalen sikrer mulighet for fleksibel utnyttelse av plassene.
Prosjekt med tilskudd over Statsbudsjettet:				
Lukas Hospice				
Antall innleggelser	17	49	62	
Herav antall korttids- / avlastningsopphold	4	16	26	
Antall kvinner	7	25	34	
Antall menn	10	24	19	
Antall utskrivninger	16	50	62	
herav til				
- eget hjem/ omsorgsbolig	4	13	4	
- sykehjem	-	3	3	
- sykehus	-	2	1	
Døde	12	32	45	
Gjennomsnittlig liggetid for utskrevne		28,9	17	
- Korttids- /avlastnings- opphold	14,8	27,3	15	
- Døde	16,9	29,8	19	
Antall liggedøgn totalt	471	1446	1155	
Antall pasienter i poliklinisk oppfølgingstilbud	-	4	11	
Antall pårørendedøgn	-	60	315	

Betania Sparbu	2019	2020	2021	
Sykehjem, driftsavtale Steinkjer kommune	98,09 %	101 % 100 % 1.4.2020- 31.12.2020 (22 plasser)	100 %	Perioden 1.1.-31.12 2021 (16 plasser),
Sykehjem, driftsavtale Verdal og Levanger kommune	-	100 % 6 pl. 20.1- 1.6.2020	100 % 4 pl 1.1-28.2 2021	
Bofellesskap, Psykiatri Leiligheter med hjemme tjenester	8 leiligheter	8 leiligheter	8 leiligheter	Drift uavhengig av pasient belegg i Bof.
Lukas videregående skole				
Aktivitet skoleåret 2021/2022	<ul style="list-style-type: none"> Ambulansefagarbeider vg2 Helsefagarbeider vg2 Barne- og ungdomsarbeiderfag vg2 Helseservicefag vg2 Påbygning til generell studiekompetanse 			169 elever
Lukas høyere yrkesfagskole				
Aktivitet skoleåret 2021/2022	<ul style="list-style-type: none"> Psykisk helsearbeid og rusarbeid Barn med særskilte behov 			45 studenter

5. Revisjoner, kontroller og tilsyn

Formålet med revisjon, kontroller og tilsyn er å verifisere at Lukas Stiftelsens aktiviteter utføres i henhold til:

- Stiftelsens vedtekter, formål og verdigrunnlag
- Faglig forsvarlighet og gjeldene lover og forskrifter
- Interne rutiner, prosedyrer og vedtatte planer
- Oppdragsdokumenter fra aktuelle regionale helseforetak og kommuner
- Identifisere forbedringsområder, internt og eksternt

Virksomhetene har utarbeidet egne interne og eksterne revisjonsplaner. Disse skal sørge for at alle områder av kvalitetssystemet er revidert i løpet av en 3 års periode.

Disse revisjonene er gjennomført etter oppsatt plan og referater er arkivert ved de enkelte virksomhetene.

5.1. Internrevisjon

Alle mottatte merknader og avvik fra tilsyn i 2021 er fulgt opp og lukket. Rapporter er lagret hos den enkelte virksomhet.

Tabell 8 Oversikt interne revisjoner 2021

Virksomhet	Verne runde	Brann	Tekn. Drift	Vedl. hold	IA/HMS	Inntak	Kompetanse	Tariff avt.	IK mat	Avvikshåndt.	Kvalitets mål	Skadedyr Anticimex	Mottak og lagring matvarer	Kjøkken	Trivsel	Renhold
Skjelfoss	X													X		
Malvik	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X				
Sparbu	X				X				X	X	X	X		X	X	X

Skolene: Mottatte merknader og avvik i 2021 er lukket

5.2. Eksterne kontroller/avtaler

Alle mottatte merknader og avvik fra tilsyn i 2021 er fulgt opp og lukket. Rapporter er lagret hos den enkelte virksomhet.

Tabell 9 Oversikt eksterne kontroller/avtaler 2021

Virksomhet	Heis og løfteplattform	Elektrisk anlegg	Teknisk anlegg og ventilasjon	Brann	Noklus	Basseng	Nemko	BHT Stamina
Skjelfoss	x		x	x			x	x
Malvik	x	x	x	x	x		x	x
Sparbu	x		x	x	x		x	
Hovedkontor	x	x	x	x				x

5.3. Eksterne revisjoner/tilsyn

Alle mottatte merknader og avvik fra tilsyn i 2021 er fulgt opp og lukket. Rapporter er lagret hos den enkelte virksomhet.

Tabell 10 Oversikt eksterne revisjoner/offentlige tilsyn

Virksomhet	Brann	Teknisk	El.- tilsyn	Kontroll kommisjon	Nemko Revisjon	Miljørettet helsevern inkl legionella	Arbeids-tilsyn	Farmasøyt
Skjelfoss	x			x	x			x
Malvik					x			
Sparbu	x	x			x	x		x

6. Risiko- og mulighetsvurderinger

Med ny standard; ISO 9001:2015 er det økt fokus på en risikobasert tilnærming til all aktivitet. Lukas Stiftelsen har utarbeidet en egen prosedyre for risikovurderinger, samt et skjema med et risikodiagram hvor det fastslås at risikovurderinger skal utføres. Det gjøres kontinuerlig risikovurderinger opp mot våre kjerne- og støtteprosesser.

Konklusjon:

Virksomhetene har i 2021 stort sett fulgt oppsatt plan for risiko- og mulighetsanalyser. I tillegg til nevnte analyser har virksomhetene i sine referatmaler et punkt som omhandler risiko. Dette medfører at behovet for en risiko- mulighetsanalyse vurderes i hver enkelt sak. Det gjøres kontinuerlig risikovurderinger opp mot våre kjerneprosesser.

Oversikt over utførte risiko- og mulighetsvurderinger ut

Virksomhet	Utførte risiko- og mulighetsvurderinger
Skjelfoss	Vernerunde, brann, kjøkken, digitalisering av post, sikkerhet, diverse aktivitetstilbud
Malvik	Suicidalrisiko, Beredskapsplan Covid-19; Oppfyllelse av avtaler, Forebyggende brannvern - handlingsplan
Sparbu	Risikovurdering og kontinuitetsplanlegging Covid-19, Brannvern, Nedbemanning/omorganisering
Lukas VGS	Beredskap, pandemi og IT sikkerhet
Lukas HY	Beredskap, pandemi og IT sikkerhet

7. Ansatte

Gjennomsnittsalderen på ansatte ved helsevirksomhetene varierer fra 45,9 år– 46,83 år. Målet om i all hovedsak benyttelse av faste ansettelser. Gjennomsnittlig stillingsprosent i helsevirksomhetene er fra 44,49 % - 70 %.

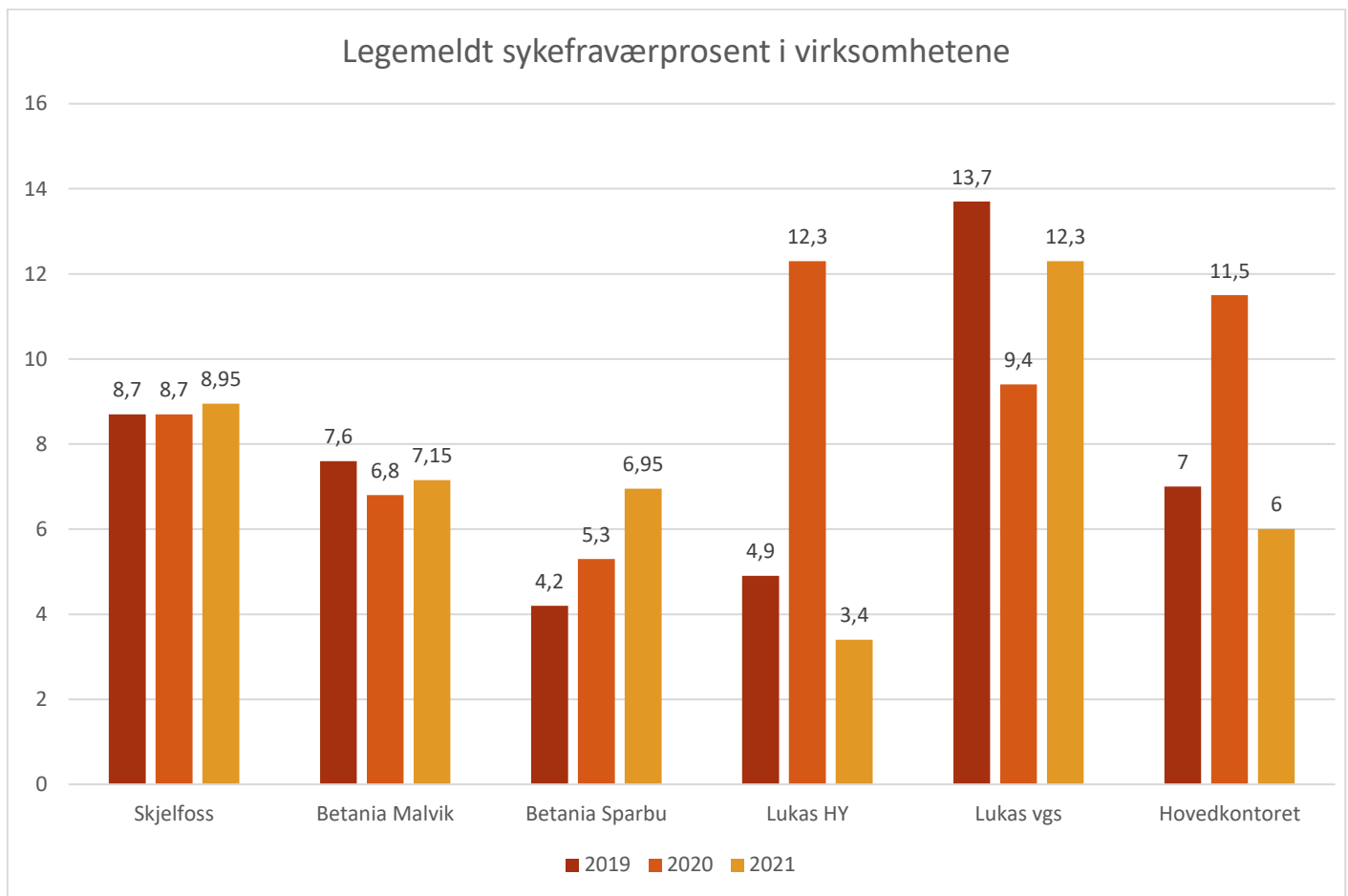
Tabell 11: Oversikt over nøkkeltall ansatte de tre siste årene

År	Årsverk	Gjennomsnittl Stillings %	Fast ansatte	Midlertidig ansatte	Alder gj.snitt år	Ansatte 60+	Antall med 100% stilling	Antall deltid kvinner *****	Antall deltid menn *****	Foreldreperm gj. uker menn *****	Foreldreperm. gj. uker kv. *****	Kvinner	Menn
Skjelfoss psykiatriske senter													
2019	78,49	63,3 %	124	0	46,8	22	23	X	X	X	X	99	25
2020	74,43	65,3 %	114	0	47,8	16	24	56	16	1	27,6	90	24
2021	76,02	66,1 %	115	0	45,9	23	29	69	17		16	91	24
Betania Malvik													
2019	46,5	76,2 %	61	0	47,9	10	29	X	X	X	X	51	10
2020	41,54	84,77 %	48	1	48,3	8	28	18	3	0	36	39	10
2021	43,83	59,5%	50		46,83	18	27	7	0	0	0	51	8
Betania Sparbu													
2019	27,8	68 %	33	12	47	6	8*	X	X	X	X	26	7
2020	25	70 %	33	12	43,6	2	8*	17	5	0	28	26	7
2021	20,1	70 %	26	10	44	2	8*	12	6	0	0	20	6
Lukas VGS													
2021	19,49	81,21	18	6	43	5	14	10	0	15 uker	8,5 mnd	17	7
Lukas HY													
2021	1,35	33,75	3	1	59	2	0	3	1	0	0	3	1
Hovedkontor													
2019		96,7%	5	1***	50,2	1	5*****	X	X	X	X	3	3
2020	5	100%	5	0		1	5	0	0	0	0	2	3
2021	4,6**	92	4	1		1	4	1	0	0	0	2	3

*Inkluderer stillingsprosent fra 97-100%, **pr desember, 60% fra 2/11, *** Fom 1/6 2019, **** Fom 1/12, ***** Fom 2020

7.1. Sykefravær

Diagram 3 Oversikt sykefravær på de enkelte virksomhetene de tre siste årene



Avonova er vår samarbeidspartner innen bedriftshelsetjeneste (BHT). Alle virksomhetene opplever godt partssamarbeid og god dialog med tillitsvalgte/VO, samt et godt samarbeid med NAV, fastlege og bedriftshelsetjenesten.

7.2. Oversikt over sykefraværarbeid

Virksomhetenes målsettinger for sykefravær er i varierende grad oppnådd. Helse, miljø og sikkerhet ivaretas, gjennomføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Arbeidsmiljøet skal være preget av fellesskap, utvikling, innflytelse og medvirkning. Vi skal oppnå best mulig arbeidsmiljø og maksimal sikkerhet for våre ansatte, gjennom å planlegge og prioritere HMS-arbeidet på lik linje med tjenesteyting, service og økonomi. Ved hjelp av vårt IK-system ønsker vi å forebygge ulykker og helseskader og bidra til å skape trivsel på arbeidsplassen.

Mål og gjennomførte aktiviteter i virksomhetene som forebygger sykefravær

- Styrking av organisasjonskulturen – «vi-følelsen»
- Individuell tilrettelegging; dialog med nærmeste leder og tett oppfølging. Etablerte prosedyrer følges
- Individuell veiledning med IA kontakt/NAV
- Fysisk trening. Rett til ½ times trening i arbeidstiden pr. uke, og det tilbys ukentlig trening i regi av aktivitetsleder. Tilbudet har vært begrenset av pandemien
- Bedriftshelsetjenesten benyttes ved behov
- Jevnlig trening i hvordan ivareta egen sikkerhet
- Personal som har vært utsatt for uønskede hendelser kontaktes av leder og får tilbud om oppfølging av psykolog

- Veiledning med psykolog for miljøpersonalet
- AKAN følger opp ved aktuelle hendelser
- Personale får gratis frukt og gratis bruk av trenings-rom/-utstyr
- Årlig medarbeidersamtale, milepælsamtale, «åpen-dør-ledelse», tilstedeværelse, leder-nærvær og tilgjengelighet
- Oppfølging av HMS-Handlingsplan med målsetting: Ivareta våre medarbeidere i tråd med våre verdier og gjeldende personalpolitiske retningslinjer
- Det sikres fag- og kompetanse-utvikling
- Jevnlige informasjon fra ledere gjennom mail og møter
- Personalsamlinger for å styrke vi- følelsen
- Verdi- og kulturarbeid
- Gjennomføring av systematisk etisk refleksjon og drøfting av etisk dilemma
- Sunn mat serveres i kantine
- Arbeidsplassstilpasninger med tilrettelegging for at den enkelte skal kunne komme og bidra på arbeidsplassen til tross for sykdom.
- Sikret kurs og opplæring for nye verneombud/nye AMU-medlemmer
- Integrere /følge / evaluere og revurdere avviksrutinene og prosedyrene
- Skal etablere, oppfriske og bedre rutiner for innføring i IK-systemet for nyansatte.

8. Diakoni og verdiarbeid

Lukas Stiftelsens vedtekter § 3, Formålet: Lukas Stiftelsen har som formål og hjelpe mennesker gjennom sitt diakonale arbeid. Virksomheten skal bygge på det kristne menneskesyn, faglig kvalitet og en omsorg som også tar menneskets trosdimensjon på alvor.

Formålet skal prege vårt daglige arbeid med oppfølging av pasienter, brukere og elever samt relasjonen mellom kollegaer og vårt arbeidsmiljø. Våre kjerneverdier respekt, tillit og mot legger grunnlaget for dialog og refleksjon rundt etiske dilemma vi møter i hverdagen.

Alle elever har kristendomsfag, og årlig solidaritetsdag. Det er fokus på etiske problemstillinger i skolene.

LS verdidokument benyttes som utgangspunkt for samtale og refleksjon i personalet. LS er med i det diakonale fellesskap gjennom; å delta på arrangement knyttet til diakoni, medlemskap i Diakoniledermøtet og øke kunnskapen om diakoni i egen organisasjon. LS er i tillegg medeier i Trondheim samtalesenter.

8.1. Aktiviteter knyttet til tro og verdiarbeid ved virksomhetene

Alle vi møter skal gjennom våre holdninger og handlinger oppleve respekt, tillit og mot. I møter inviteres derfor til refleksjon knyttet til praktisk handling i møter med medmennesker. Verdifokus sikres også i alle pasientsamtaler og all pasientbehandling. Det er regelmessig tilbud om andakt/samtale med prest. "Søndagstanker" tilgjengeliggjøres for ansatte og pasienter.

Det er prosedyrer for hvordan høytider skal markeres i virksomheten.

«Betanias dag» og «Skjelfossøndagen» gjennomføres årlig – med gudstjeneste i kirken og vi invitasjon til kirkekaffe i våre lokaler. Det er et prosjektsamarbeid med Trondheim kommune for å bygge og øke kompetanse, og for å dele erfaringer innenfor området «åndelig og eksistensielle behov»

Virksomhetene har ulike «stillerom». Dette er rom for ettertanke, for lengsel, for sinne og protest, et privat pusterom, et rom for hvile, et rom for bønn, for meditasjon, for rop, for de ord vi ikke finner ord til, et rom for alle.

9. Utviklingsarbeid og anbefalinger

9.1. Gjennomført utviklingsarbeid 2021

Lukas Stiftelsen har i 2021 videreført et strategisk utviklingsarbeid for virksomhetene i tråd med styrevedtak.

Virksomhet	Utført utviklingsarbeid ved den enkelte virksomhet
Skjelfoss	<p>Oppfølging av avtalene Skjelfoss har årlige ytelsesavtalemøter med HSØ, både for PHV og TSB, hvor HSØ uttrykker høy tillit til de tjenestene de får fra Skjelfoss. I 2021 er et møte gjennomført digitalt og et fysisk. Det gis god tilbakemelding på at tilbudene blir levert under de endrede forutsetningene pandemien har medført. Skjelfoss fikk i juni tilbud om å levere 567 døgn ekstra noe som resulterte i en midlertidig avtaleutvidelse.</p> <p>Det jobbes med utvikling på Bo- og omsorg. Avdelingen har bidratt med oppfølging av noe av overbelegget til psykisk helse. Det er deltatt i flere konkurranser og opprettet nye rammeavtaler med Fredrikstad, Råde og Moss. Skjelfoss har også blt med i den dynamiske innkjøpsordningen til Nordre Follo kommune.</p> <p>Bærekraftig økonomi Det har vært et stort fokus på økonomi også i 2021, og lagt et ambisiøst revidert budsjett med målsetting om balanse. Flere tiltak er satt inn for nye avtaler og lavere driftskostnader.</p> <p>Nytt medisin- og blodprøverom I oppfølging av medisinavvik har behovet for nytt medisinrom kommet opp. Både medisin- og blodprøverom er lokalisert med bedre plass på nytt sted.</p> <p>Lokalt aktivitetstilbud Fokus på lokalt aktivitetstilbud har ført til større deltakelse enn tidligere. Mange ulike steder i nærmiljøet brukes aktivt. Ny gapahuk er etablert i tilknytning til lavvoen på Skjelfossrunden.</p> <p>Organisasjonsendringer Det er gjennomført en midlertidig utvidelse av lederteamet 2021-2022. Inntaksleder var fra september en del av lederteamet.</p> <p>Minste felles basiskompetanse Personalgruppa er kartlagt i 2021 og det er definert en mal på hva som er minste felles basiskompetanse. Dette brukes aktivt i internundervisninger og i utarbeidelse av kompetanseplan.</p>
Malvik	<p>Utviklingsarbeid er gjennomført med tiltak etter plan for alle kvalitetsmål: Det er utarbeidet pasientforløp for alle pasient-/diagnosegrupper. Alle behandlingstilbud er forankret i kunnskapsbasert praksis. Alle behandlingstilbud er kvalitetssikret og pasientforløp dokumentert.</p> <p>Det arbeides kontinuerlig med å sikre fagutvikling og forskning på alle nye behandlingstilbud. Vi er aktiv deltaker i Virke FoU og har etablert samarbeid med Helse Midt-Norges Fou-enhet. Data leveres til Kvalitetsregisteret for Arbeidsrettet Rehabilitering. Vi har etablert samarbeidsavtale med NTNU.</p> <p>Vårt Hovedkjøkken produserer og leverer trygg, variert, velsmakende og ernæringsmessig riktig kost internt og eksternt. Individuelt kosthold sikres. HACCP/matkvalitet ivaretas. Evaluering og oppfølging gjennomføres.</p> <p>Det har vært viktig å sikre et godt arbeidsmiljø med høy nærværsfaktor der fraværet ikke arbeidsrelatert – eller er høyere enn 6,8 %. Systematisk HMS-arbeid følges opp og HMS-plan etablert i samarbeid med BHT. Personalet melder om god ivaretagelse. Individuell oppfølging gjennomføres.</p> <p>Det er gjennomført organisatoriske endringer med reduksjon av antall ledernivå og antall ledere. Strategiplaner fra offentlige myndigheter er gjennomgått og vurdert med tanke på å utvikle nye behandlingstilbud; justerte tilbud innenfor arbeidsrettet rehabilitering er opprettet. Døgntilbud innenfor arbeidsrettet rehabilitering ivaretas. Det er økt fokus på livsmestringstilbud ved hospice-enheten. V har styrket samarbeid med andre private helsetilbud til barn.</p> <p>Vi arbeider kontinuerlig med å videreutvikle BM med fokus på at vi er en virksomhet med felles visjon og ståsted, inkludert å utnytte synergieffekt /benytte felles ressurser. Vi benytter i økende grad digital teknologi i utvikling og gjennomføring av våre tjenester.</p>

	<p>Utbrudd av Covid-19 har vært utfordrende og hatt konsekvenser. Lokale beredskapsplaner er etablert, kontinuerlig oppdatering av rutiner, retningslinjer og anbefalinger er gjennomført ut fra sentrale og lokale føringer. Det har vært styrket fokus på å ivareta et godt arbeidsmiljø og arbeidsfellesskap.</p> <p>ISO-oppfølgingsrevisjon er gjennomført, med videre kvalitetssikring og utvikling Det arbeides kontinuerlig med å bruke EPJ hensiktsmessig med forsvarlig dokumentasjon og journalføring.</p>
<p>Sparbu</p>	<p>Året 2021 har vært preget av Covid-19 utbrudd og bringt med seg både utfordringer nye måter å dele kunnskap på / møtes på (teams/skype/telefonmøter). Beredskapsplaner er skrevet, samarbeidet med kommunen er styrket, kontinuerlige oppdateringer angående smittevern og retningslinjer ut ifra sentrale og regionale føringer og endringer. Har hatt fokus på samarbeid i en tid preget av usikkerhet og sosial distanse. Ansatte har satt stor pris på arbeidsfellesskapet i pandemitiden.</p> <p>Det er gjennomført utviklingsarbeidet på bakgrunn av definerte kvalitetsmål; tilby nye pasienter en strukturert inkomstsamtale sammen med primærkontakt innen 2 uker etter innleggelse, sikre at alle ansatte kan bruke kvalitets- og dokumentasjonssystemet samt tiltak rettet mot nærværarbeid og forebygge sykefravær.</p> <p>Drift av eksisterende plasser samt jobbe mot fremtidige nye og langsiktige avtaler. Det er jobbet med prosesser og gjennomført omstillinger / endringer for å tilpasse driften til stadig endringer i antall plasser. Langsiktig tenkning ift bemanning / rekruttering – flere ansatte som har gått av som pensjonister 2020</p> <p>Samarbeid med prosjektleder Lukas stiftelsen om videreutvikling av drift – sett på muligheter for drift / salg av kort tidsplasser til andre kommuner. Fag og kompetanse utvikling via nettstedet nhi.no (norsk helseinformatikk)</p> <p>Jobbet med å opprettholde det gode samarbeidet med lokale aktører og kommuner, helseforetak og andre, krevende i pandemi</p> <p>Ivareta kvalitet for våre brukere Arbeid med nye prosedyrer og rutiner for å møte nye krav</p> <p>Gjennomført ISO– revisjon</p>
<p>Hovedkontor</p>	<p>Hovedkontoret besitter fagkompetanse innenfor økonomi, eiendom, IT, markedsføring, prosjektledelse og strategi. Denne kompetansen brukes aktivt av alle virksomhetene og er en praktisk, kostnadseffektiv og hensiktsmessig måte å sikre forsvarlig forvaltning, kompetanseheving i virksomhetene, synergier og intern kompetanseoverføring og erfaringsutveksling innad i konsernet.</p> <p>Hovedkontoret bistår eller leder vekstprosjekter, analyse og forretningsutvikling av Lukas Stiftelsen i tråd med stiftelsens formål, diakonale oppdrag, vedtekter og vedtatt vekststrategi.</p> <p>HKs fagressurser benyttes aktivt i drift og utvikling gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operasjonalisering av strategi i konsern, avdelinger og datterselskap • Utvikling av rutiner og kvalitetsarbeid • Bidrag til å sikre økonomisk bærekraft • Støtte i tilbuds- og anbudsprosesser • Å bidra i samspillet med stiftelsens oppdragsgivere, samarbeidspartnere og andre som påvirker våre eksterne rammebetingelser • Å utvikle rammeverk og rutiner for intern styring og ressursutnyttelse

9.2. Mål for utviklingsarbeid 2022

Oppfølging av utvikling og tiltak vedtatt av styret i LS.

Virksomhet	Mål for utviklingsarbeid 2022
Skjelfoss	<p>I 2022 skal det videreutvikles tilbudet. Miljø og bærekraft høyt på dagsorden og er grunnleggende i alt utviklingsarbeid. Skjelfoss skal lære av erfaringer fra 2021. Hovedmålene for 2022 er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levere gode tjenester i alle tilbudene • Enhetene utfører kunnskapsbasert praksis; faglige avgjørelser er basert på systematisk innhentet evidensbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov • God samhandling med verneombud og tillitsvalgte for godt arbeidsmiljø, arbeidsglede og tilrettelegging for redusert sykefravær • Bærekraftig drift med særskilt fokus på miljø og økonomi
Malvik	<p>Videreutvikle og kvalitetssikre behandlingstilbudene ut fra samfunnets til enhver tid gjeldende krav. Alle behandlingstilbud skal gjennomføres med forankring i kunnskapsbasert praksis. Kvalitetsmål settes for alle tjenesteområder innenfor drift og utvikling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha utarbeidet pasientforløp for alle pasient-/diagnosegrupper ved dagtilbud, poliklinisk tilbud og døgntilbud. • Sikre fagutvikling og forskning på behandlingstilbudene • Produsere og levere trygg, variert, velsmakende og ernæringsmessig riktig kost internt og eksternt • Sikre individuelt tilpasset kosthold • Sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon • Sikre økonomisk bærekraft
Sparbu	<p>Utvikle og kvalitetssikre behandlingstilbudet ut fra samfunnets til enhver tid gjeldende krav. Etterleve avtaler, kunnskapsbasert praksis. Etterlever avtalen med Steinkjer kommune, samt jobbe mot videre drift av 22 sykehjemsplasser</p> <p>-Tilby nye pasienter en struktur innkomstsamtale inne 2 uker etter innleggelse. Styrke primærkontaktrollen og ansvaret.</p> <p>-Jobbe målrettet for at nærværsprosenten skal bli så høyt som mulig</p> <p>-Sikre at alle ansatte kan bruke eget og oppdragsgiver kvalitets og dokumentasjonssystemet</p> <p>Opprettholde det gode samarbeidet med lokale aktører Tilpasse driften til stadig endring i antall plasser Resertifisering ISO 9001:2015</p> <p>Vekst og nyutvikling: Fortsette arbeidet «vekst ut over dagens situasjon». Prosjekt psykiatri Samarbeid med Nord Universitet – sykepleieutdanningen. Rekruttering – sykepleiere. Økt fokus på markedsføring.</p> <p>IA og HMS: Fokus på Nærværarbeid og forebygging. Fokus på Fag og kompetanseutvikling; videreutvikling av vår kjernekompetanse- geriatri og særlig innen psykiatri feltet. Fortsette å bygge VI-følelse, samt bedre utnyttelse av kompetanse som finnes i Lukas Stiftelsen</p>
Lukas videregående skole	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsette arbeidet med å utvikle gode team rundt elevene • Styrke elevgrunnlaget • Fullføre strategiarbeid
Lukas høyere yrkesfagskole	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle nytt studietilbud som Bærekraftig helsefremmende arbeid for helsefagsarbeidere. • Styrke studentgrunnlaget • Fullføre strategiarbeid
Hovedkontor	<p>Videreutvikle hovedkontorets fagkompetanse for driftsstøtte og utvikling slik at stordriftsfordeler oppstår og virksomhetsledelsen frispiller tid og sikrer økt fokus på pasienter/brukere og personalledelse. Evaluere og fastsette hvilke funksjoner det er hensiktsmessig å ha sentralt for effektiv ressursutnyttelse. Bistand og involvering på tvers er også en måte å bygge kultur og fellesskapsfølelse i konsernet.</p> <p>Bidra til virksomhetenes vekst, utvikling og måloppnåelse.</p>

Ferdigstille kvalitetssikring av lønssystem, økonomisystem og tilhørende rutiner for å eliminere feil og uønsket kostnad.

Ferdigstille et forbedre økonomiske styringsverktøy for å sikre økonomiske bærekraft i stiftelsen gjennom å kartlegge lønnsomhet i eksisterende avtaler. Kontinuerlig forbedring og utvikling av de avtaler som er økonomisk bærekraftig og reforhandle eller søke å avvikle avtaler som tærer på stiftelsens egenkapital.

Ferdigstille og sikre styregodkjenning av overordnet strategisk fokus i tråd med stiftelsens formål, diakonale oppdrag, vedtekter og vedtatt vekststrategi.