

# Kvalitetsmelding Lukas Stiftelsen 2020



MOT  
TILLIT  
RESPEKT



Skjelfoss psykiatriske senter  
Betania Malvik  
Betania Sparbu  
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 .....	3
2.2.2. Betania Malvik.....	4
2.2.3. Betania Sparbu .....	5
2.3. Brukermedvirkning.....	6
2.3.1. Systemnivå .....	6
2.3.2. Individnivå.....	7
2.4. Kompetanse .....	8
3. Avvik og korrigerende tiltak .....	8
3.1. Analyse og trender av registrerte hendelser i 2020 .....	9
4. Aktivitet.....	10
5. Revisjoner, kontroller og tilsyn .....	12
5.1. Internrevisjon.....	12
5.2. Eksterne kontroller/avtaler.....	12
5.3. Eksterne revisjoner/tilsyn .....	12
6. Risiko- og mulighetsvurderinger .....	13
7. Ansatte .....	13
7.1. Sykefravær .....	15
7.2. Oversikt over sykefraværsarbeid ved den enkelte virksomhet .....	15
8. Diakoni og verdiarbeid .....	17
8.1. Oversikt over aktiviteter knyttet til tro og verdiarbeid ved den enkelte virksomhet.....	17
9. Utviklingsarbeid og anbefalinger .....	18
9.1. Gjennomført utviklingsarbeid 2020.....	18
9.2. Mål for utviklingsarbeid 2021 .....	20

# 1. Innledning

Kvalitetsmeldingen 2020 bygger på innsendt data og tallmateriale fra den enkelte virksomhet, samt ledelsens gjennomgang foretatt i Lukas Stiftelsens lederteam februar 2021.

## 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 pasientsikkerhet står sentralt for å utvikle pasientens helsetjeneste. 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.

Ledelsen i Lukas Stiftelsen ønsker å legge til rette for at all avtalt helseaktivitet skal styres etter kvalitet. Et ledd i dette, har vært ISO sertifisering gjennom Ledelsessystemer for kvalitet, ISO 9001:2015. 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 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 2020, 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
- Fokuserer 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.

I kvalitetsmeldingen 2020 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 helsetjenesten.

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

helsetjenestens 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		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Antall innleggelser totalt	28	43	24	9	26	20	3	0	3
Fristbrudd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andel pasienter med IP (Individuell Plan) ved utskrivelse (%)	20	45	32			10			
Bruk av tolketjenester	4	20	0			0			0
Gjennomføring av brukerundersøkelser	3	2	2	2	2	2	3	2	2

Epikrisetid ved utskrivelse PHV	1.tertial	2.tertial	3.tertial
Andel sendte epikriser innen 1 dag etter utskrivning	33 %	18 %	42 %
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	66 %	55 %	92 %
Epikrisetid ved utskrivelse TSB			
Andel sendte epikriser innen 1 dag etter utskrivning	0 %	29 %	70 %
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	71 %	71 %	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		
	2018	2019	2020
<b>Epikriser:</b>			
Andel sendte innen 1 dag etter utskrivning	63 %	89 %	85 %
<b>Epikriser:</b>			
Andel sendte innen 7 dager etter utskrivning	39 %	91 %	87 %
Uønskede hendelser og klager	0	0	0
Oppdatert ventetid	Gjennomført månedlig		
Registrering av hoved- tilstand	Gjennomført 100 %		
<b>Fristbrudd:</b>			
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		

## Lukas Hospice

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 slutfase.

**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 henvising til oppfølging av pårørende	
Tatt i bruk ulike nasjonale retningslinjer og veiledere:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen</li><li>Lindrende behandling i livets slutfase</li><li>Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling</li><li>Barns beste</li><li>Helse Bergen: Kompetansesenter i lindrende behandling</li><li>Legeforeningen: Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase</li></ul>
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		
	2018	2019	2020
<b>Legetjeneste/tilsynslege</b>			
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 %
Status på samtlige pasienter	Gjennomføres ved første visitt 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	Gjennomføres ukentlig.		

Sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlet samtidig som risiko for uheldige virkninger reduseres og håndteres	Årskontroll en gang per år gjennomføres sammen med sykepleier som kjenner pasient godt Dokumenteres i Profil
<b>Oppfølging av ernæring hos beboere i sykehjem</b>	
Vurdere ernæringsmessig risiko Opprette / oppdatere ernæringsjournal Ernæringsjournalen er lagret i Profil og følger pasienten	Ved innkomst og kontinuerlig
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
<b>Tannhelse</b>	
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.

## 2.3. Brukermedvirkning

De som er berørt av en beslutning eller er brukere av tjenesten skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet (jf. Pasientrettighetsloven). Det er helsepersonell 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 og en av brukerutvalgenes ledere har møte-, tale og forslagsrett i Styret i Lukas Stiftelsen.

Tabell 4: Oversikt over antall møter i brukerutvalg og felles pårørendemøter

Virksomhet	Brukerutvalg	Pårørendemøter
Skjelfoss	4	0
Malvik	1	0
Sparbu	0	Samarbeid med selvstendig pårørende gruppe

### 2.3.2. Individnivå

Oversikt brukermedvirkning på virksomhetene.

Brukermedvirkning ivaretas både på system- og individnivå på en god måte ved alle virksomhetene. Resultater fra brukerundersøkelser evalueres og ligger til grunn for kvalitetsarbeidet ved den enkelte virksomhet.

Virksomhet	Ivaretagelse av brukermedvirkning
<b>Skjelfoss</b>	<p>Pasienter og brukere utfordres til å sette mål for oppholdet på Skjelfoss</p> <p>Tilbud om Individuell Plan, som utarbeides i samhandling med primærkontakt</p> <p>Utarbeidelse av dags- og ukeplaner</p> <p>Alle pasienter og brukere fyller ut aktivitetskartlegging med aktivitetsleder</p> <p>Morgenmøter og husmøter på egen bolig</p> <p>Brukerundersøkelser to ganger i året</p> <p>Årlig tilbud til pårørende om møte med miljøpersonalet og evt. behandler, som kommer i tillegg til ordinære ansvarsgruppemøter</p> <p>Psykoedukativt familiearbeid</p>
<b>Malvik</b>	<p>Det sikres god informasjon til pasientene</p> <p>Pasientmedvirkning via digitale verktøy gjennomføres med ulike tester; bl.a. selvrapporing 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>
<b>Sparbu</b>	<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 (erstatte brukerutvalg ved BS). Diskuterer bl.a. hva vi kan gjøre mer av.</p> <p>Tilbud om individuell plan, utarbeides i samarbeid med bruker</p>



Fokus på utarbeidede rutiner for mottak og behandling av pasienten, samarbeid med pårørende og andre ut ifra individuelle behov.

Primærkontakter til alle pasienter.

Brukerevaluering vha eget skjema.

Evt kundeklager registreres og behandles i elektronisk avvikssystem

## 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.*

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

Virksomhet	2018	2019	2020
Skjelfoss	61,38 %	62 %	80,3%
Malvik	100 %	97,5 %	97,3 %
Sparbu	39 %	40 %	53,8 %

## 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.

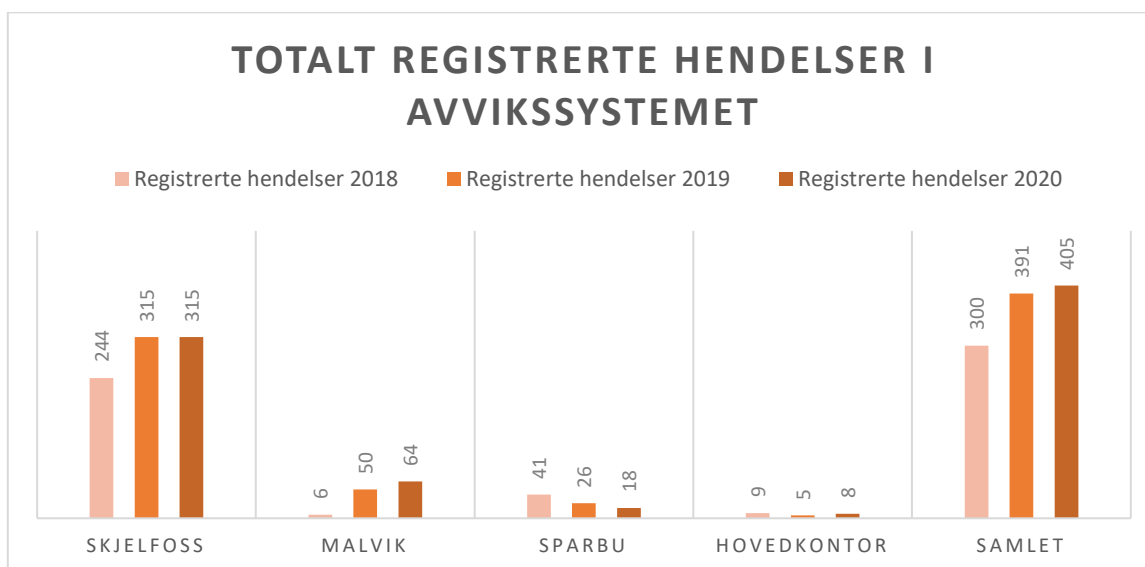
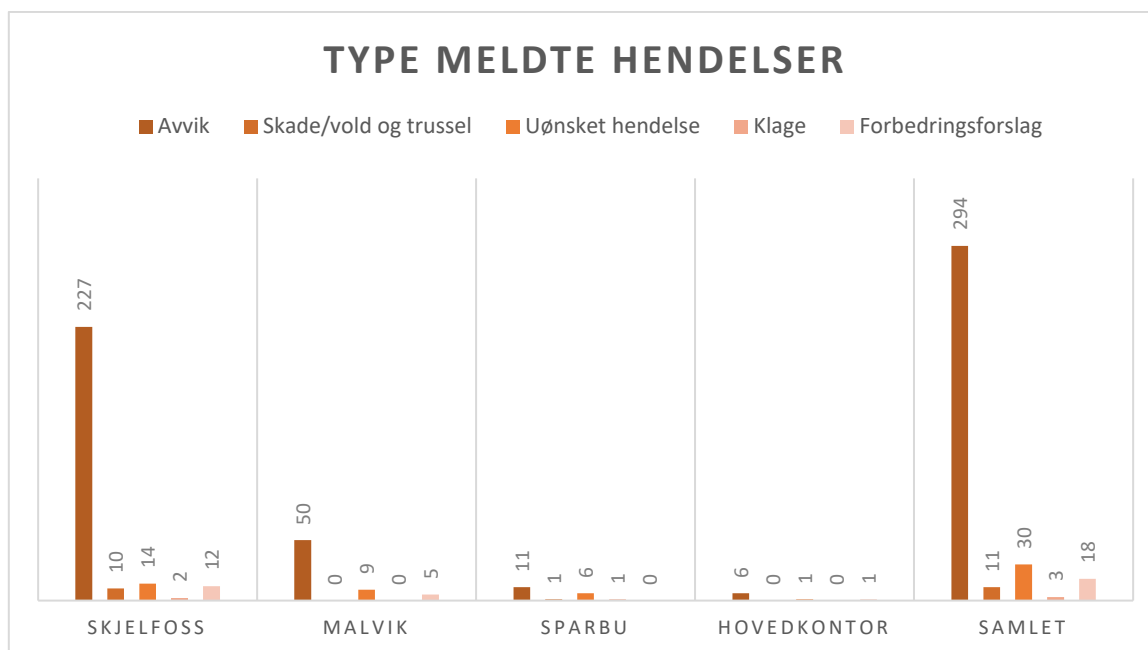


Diagram 2: Oversikt over type meldte hendelser ved virksomhetene



### 3.1. Analyse og trender av registrerte hendelser i 2020

I forbindelse med ISO sertifiseringen av virksomhetene har det vært et økende 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 2020 er behandlet og lukket.

<b>Virksomhet</b>	<b>Kommentarer, analyser og trender</b>
<b>Skjelfoss</b>	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Det er registrert 265 hendelser i Avvikssystemet i 2020</p> <p>105 hendelser er knyttet til medisinbehandling. Dette er 35 færre enn i 2019. Ingen hendelser har ført til pasientskade</p> <p>Alle medisnavvik er fulgt opp og behandlet i lederteam og kvalitetsutvalg</p> <p>12 forbedringsforslag er en reduksjon fra 2019, men flere forslag har ført til endring eller tiltak</p> <p>Det er et stort fokus på viktigheten av å bruke avvikssystemet som en del av kvalitetssikringen</p>
<b>Malvik</b>	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Det er en økning av registrerte hendelser sammenlignet med 2019, noe vi ser utelukkende positivt på ettersom dokumentasjon i avvikssystemet er en viktig del av vår kvalitetsforbedring. Økt fokus på årsaksanalyse styrker vår mulighet for læring og kvalitetsforbedring.</p> <p>I tillegg er det registrert 20 avvik mellom Malvik kommune og Betania Malvik i forbindelse med middagslevering. Avvikene er fulgt opp i samarbeid mellom kommunen og Hovedkjøkkenet ved kjøkkensjef</p> <p>Det er utarbeidet trendanalyse for avviksregistrering 2020. Trendanalysen sikrer mulighet for å sammenligne registrerte hendelser opp mot foregående år og vurdere konsekvenser av tiltak/oppfølging.</p>
<b>Sparbu</b>	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Vi har i 2020 fortsatt arbeidet med holdningen til å skrive avviksmeldinger. Fokus på at avviksdokumentasjon kan brukes til læring, nytenkning og utvikling av virksomheten. Antallet hendelser har gått noe ned sammenlignet med foregående år. Samtidig er det et synkende antall ansatte som har meldt avvik 2020 sammenlignet med 2019.</p>
<b>Hovedkontor</b>	<u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u>

## 4. Aktivitet

Det er samsvar mellom avtalt aktivitet i oppdragsdokumenter og utført aktivitet ved den enkelte virksomhet i 2020 med tanke på pasient-/brukerbelegg. På Skjelfoss var 2020 første året med egen inntaks- og forløpskoordinator. Økt fokus førte til langt kortere opphold mellom utskrivelse og innleggelse. Pandemisituasjonen førte til reduksjon i drop-out. Ventetid på innleggelse har økt, og mange har måttet forskyve planlagt innleggelse da det ikke har vært plass.

Tabell 7: Belegg

Virksomhet	2018	2019	2020	Kommentarer
Skjelfoss psykiatriske senter				- Se kommentar under tabellen
Helse Sør- Øst PHV	96,28 %	95,05 %	99,38 %	
Helse Sør- Øst TSB	60,53 %*	92,8 %	108,76 %	
Bo- og omsorg	101,34 %	96,54 %	86 %	

<b>Betania Malvik</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	
<b>Spesialisert rehabilitering. Avtale med Helse Midt- Norge RHF:</b>				
Arbeidsrettet Rehabilitering - Helse og Arbeidsliv Døgntilbud, Dagtilbud, Poliklinisk tilbud	Døgn: 7,7 % Dag: 204 % Pol.kl: 55,3 %	Døgn: 11 % Dag: 358 % Pol.kl: 78 %	Døgn: 31 % Dag: 95 % Pol.kl:61 %	Avtalen sikrer mulighet for fleksibel utnyttelse av plassene.
<b>Prosjekt med tilskudd over Statsbudsjettet:</b>				
<b>Lukas Hospice</b>	Enheten var stengt i perioden 28.oktober – 31.desember 2020.			
Antall innleggelser Herav antall korttids- / avlastningsopphold		17 4	49 16	
Antall kvinner Antall menn		7 10	25 24	
Antall utskrivninger herav til - eget hjem/ omsorgsbolig - sykehjem - sykehus Døde		16 4 - - 12	50 13 3 2 32	
Gjennomsnittlig liggetid for utskrevne - Korttids- /avlastnings- opphold - Døde		14,8 16,9	28,9 27,3 29,8	
Antall liggedøgn totalt		471	1446	
Antall pasienter i poliklinisk oppfølgingstilbud		-	4	
Antall pårørendedøgn		-	60	
<b>Betania Sparbu</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	
Sykehjem, driftsavtale Steinkjer kommune	98,19 % *	98,09 %	101 %**  100 % ***	*I perioden 1.1. - 30.11. 2018 **I perioden 1.1.-31.12.2020 (16 plasser), ***1.4.2020-31.12.2020 (22 plasser)
Sykehjem, driftsavtale Verdal og Levanger kommune	-	-	100 %	I perioden 1.2-1.4.2020 (6 plasser).
Bofellesskap, Psykiatri Leiligheter med hjemme tjenester	8 leiligheter	8 leiligheter	8 leiligheter	

**Kommentar vedr. Skjelfoss psykiatriske senter:** Det ble åpnet for å tilbakebetale døgn til Helse Sørøst som ikke ble levert i TSB oppstarten. Det var overbelegg 9 av 12 måneder. På Bo- og omsorg har det vært fokus på å øke belegget. Flere nye avtaler startet i løpet av året, men ble kortvarige. Det ble deltatt i to konkurranser der en førte til avtale med oppstart vinter 2021.

**Generell kommentar:** Pandemien har naturlig påvirket aktiviteten ved de ulike virksomhetene.

## 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 2020 er fulgt opp og lukket. Rapporter er lagret hos den enkelte virksomhet.

Tabell 8 Oversikt interne revisjoner 2020

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								X				X		
Malvik	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X				
Sparbu	X				X				X			X		X	X	X

### 5.2. Eksterne kontroller/avtaler

Alle mottatte merknader og avvik fra tilsyn i 2020 er fulgt opp og lukket. Rapporter er lagret hos den enkelte virksomhet.

Tabell 9 Oversikt eksterne kontroller/avtaler 2020

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
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 2020 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	Avtalepart (Nesodden Kommune)	Arbeids- tilsyn	Farmasøyt
Skjelfoss				X	X				X
Malvik					X				
Sparbu	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 2020 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, pandemi, oppbevaring av LAR preparater, brannmeldere, deltakelse i enkeltkonkurranse
Malvik	Suicidalrisiko, Beredskapsplan Covid-19; Oppfyllelse av avtaler, Forebyggende brannvern - handlingsplan
Sparbu	Risikovurdering og kontinuitetsplanlegging Covid-19, Brannvern, Nedbemanning/omorganisering

## 7. Ansatte

Gjennomsnittsalderen på ansatte ved virksomhetene varierer fra 45,6 år– 50,2 år, mens den ved Gjennomsnitt i hovedadministrasjonen ligger på 50,2 år.

Målet om i all hovedsak benyttelse av faste ansettelser nås.

Gjennomsnittlig stillings prosent varierer dette fra 63,3 % - 76,2 % ved virksomhetene.

Tabell 11: Oversikt over nøkkeltall ansatte de tre siste årene

År	Årsv.	Gj. Snitt. Stillings %	Fast ans.	Midt ansatt	Alder gj.sn. år	Ans. 60+	Antall med 100% st.	Antall deltid kvinner *****	Antall deltid menn *****	Foreldreperm. m. gj. uker menn *****	Foreldreperm. m. gj. uker kv. *****	Kvinner	Menn
Skjelfoss psykiatriske senter													
2018	73,80	63,0 %	118	0	47,2	23	25	X	X	X	X	95	23
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
Betania Malvik													
2018	21,5	84,20 %	25	0	44,9	4	13	X	X	X	X	17	8
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
Betania Sparbu													
2018	27,8	70,51 %	35	0	48,5	8	9*	X	X	X	X	29	6
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
Hovedkontor													
2018	4	100 %	4	0	52	1	4	X	X	X	X	2	2
2019		96,66 %	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

\*Inkluderer stillingsprosent fra 97-100%

\*\*Fom 1/12 2019

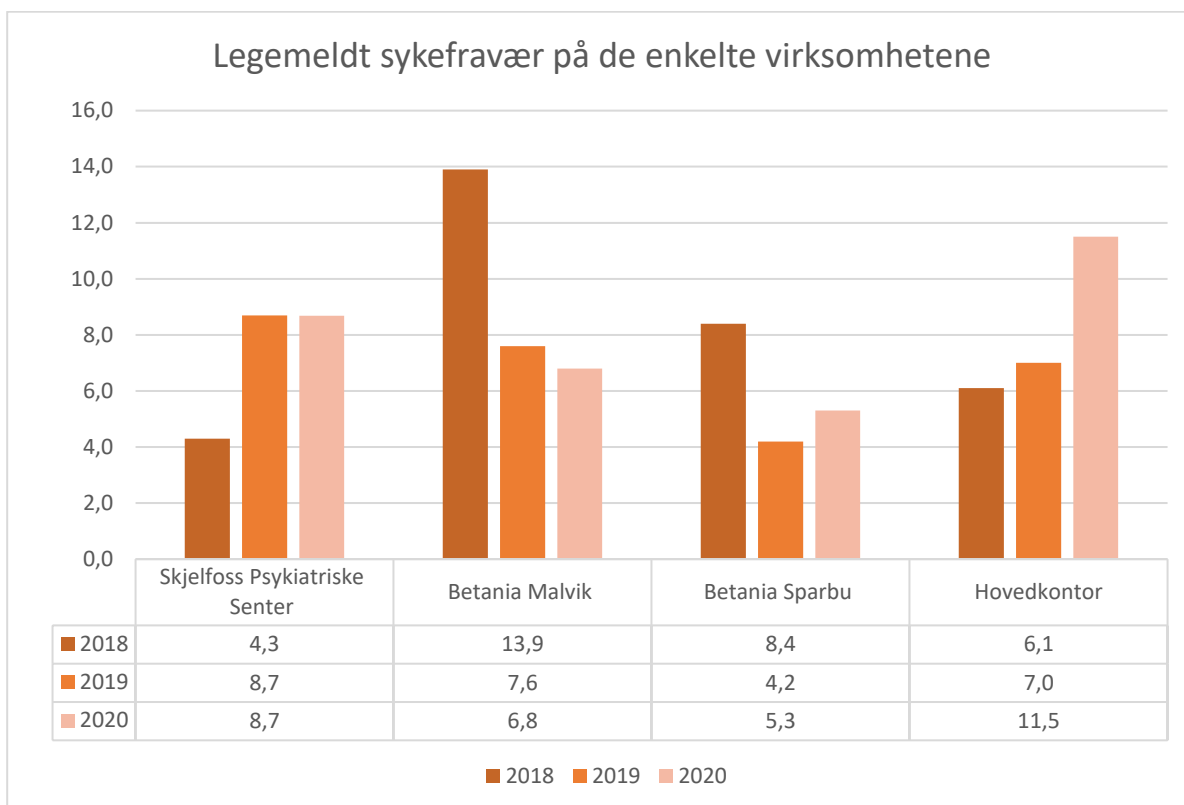
\*\*\* Fom 1/6 2019

\*\*\*\* 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 ved den enkelte virksomhet

**Samlet legemeldt sykefravær** for alle virksomhetene er 7,7% i 2020 mot 7,0% i 2019.

Virksomhetenes målsettinger for sykefravær er i varierende grad oppnådd. Som oversikten viser, følges fraværet tett og tiltak iverksettes.

Virksomhet	Mål og gjennomførte aktiviteter som forebygger sykefravær
Skjelfoss	<p>Dialogmøter og tett oppfølging av sykemeldte</p> <p>Individuell veiledning med IA kontakt</p> <p>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</p> <p>Bedriftshelsetjenesten er benyttet overfor enkeltansatte</p> <p>Jevnlig trening i hvordan ivareta egen sikkerhet (samhandlingskurs)</p> <p>Alle som har vært utsatt for uønskede hendelser kontaktes av leder og får tilbud om oppfølging av psykolog</p> <p>Ukentlig veiledning med psykolog for miljøpersonalet</p> <p>AKAN har fulgt opp ved aktuelle hendelser</p> <p>Personale får gratis frukt og gratis bruk av trenings-rom/-utstyr</p> <p>Årlig medarbeidersamtale og milepælsamtale</p>



<p><b>Malvik</b></p>	<p>Oppfølging av HMS-Handlingsplan med følgende målsetting: Ivareta våre medarbeidere i tråd med våre verdier og gjeldende personalpolitiske retningslinjer Vårt arbeidsmiljø skal være preget av fellesskap, utvikling, innflytelse og medvirkning</p> <p>For å sikre at arbeidstakernes helse, miljø og sikkerhet ivaretas, gjennomføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten Sikre fag- og kompetanse-utvikling Jevnlig informasjon fra ledere Fagmøter og faglunsj gjennomføres Verdi- og kulturarbeid Gjennomføring av systematisk etisk refleksjon og drøfting av etisk dilemma Personale får gratis frukt og gratis bruk av trenings-rom/-utstyr Sunn mat i kantine Årlig medarbeidersamtale og milepælsamtale Arbeidsplassstilpasninger Jevnlige personalmøter Felles personalsamlinger for å styrke vi- følelsen Sikret kurs og opplæring for nye verneombud/nye AMU-medlemmer</p> <p>Individuell tilrettelegging; dialog med nærmeste leder og tett oppfølging. Etablerte prosedyrer følges</p> <p><b>Bedriftshelsetjenesten</b> er benyttet som ekstern veileder i forbindelse med utfordringer i arbeidsmiljøet; både som hjelp og forebygging overfor enkeltansatte og ledere</p>
<p><b>Sparbu</b></p>	<p>Målsetting: 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.</p> <p>Integrere /følge / evaluere og revurdere avviksrutinene og prosedyrene</p> <p>Evaluere og integrere bruken av nyansatte brosjyren</p> <p>Skal etablere, oppfriske og bedre rutiner for innføring i IK-systemet for nyansatte.</p> <p>Finne gode samarbeidsløsninger med tanke på kvalitetsutvalg, arbeidsmiljøsammarbeid etc.</p> <p>Medarbeidersamtaler, «åpen-dør-ledelse», tilstedeværelse, leder-nærvær og tilgjengelighet</p> <p>Informasjonsmailer til ansatte, jevnlig oppdateringer</p> <p>BU-møter</p> <p>Har et langsiktig mål om å stabilisere sykefraværet på under 8 %. Har i over en lengre periode hatt fokus på nærværarbeid, tett dialog med den sykmeldte og oppfølgingsplaner. Har samarbeid med NAV om varig tilrettelagt tiltaksplass for en person.</p> <p>Aktivt inn i oppfølging av de sykmeldte og lagt til rette for at den enkelte skal kunne komme og bidra på arbeidsplassen til tross for sykdom.</p> <p>Dialogmøter og tett oppfølging av sykemeldte</p> <p>Det har i tillegg vært fokus på at ansatte skal kunne følge sykefraværstrutinene. Tendensen for 2020 har vært et synkende langtidsfravær, men noe økt bruk av egenmeldt sykdom.</p>
<p><b>Hovedkontor</b></p>	<p>Dialogmøter og tett oppfølging av sykemeldte</p>

## 8. Diakoni og verdiarbeid

Lukas Stiftelsens vedtekter og § 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 og brukere 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.

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 samtalerenter.

### 8.1. Oversikt over aktiviteter knyttet til tro og verdiarbeid ved den enkelte virksomhet

Virksomhet	Aktiviteter knyttet til tro og verdiarbeid
Skjelfoss	<p>Alle vi møter skal gjennom våre holdninger og handlinger oppleve <b>respekt, tillit og mot</b>. Hver måned løftes verdiene i allmøtet. Her inviteres det til refleksjon knyttet til praktisk handling i møter med både kollegaer og brukere. Dette tas også opp i andre interne møter, som teammøter og husmøter.</p> <p>Tilbud om andakt/samtale med prest hver 4. uke. Svein Filtvedt Elgvin har begynt som ny prest i Hobøl og Tomter menighet, og han har også overtatt på Skjelfoss fra juni 2020.</p> <p>”Søndagstanker” legges tilgjengelig på «Stille rom» på Tunhuset.</p> <p>«Skjelfoss søndag» med gudstjeneste i Hobøl kirke og påfølgende kirkekaffe på Skjelfoss</p> <p>Prosedyrer for hvordan vi ønsker høytider skal markeres på Skjelfoss</p>
Malvik	<p>«Søndagstanker» lages og sendes ut hver uke til alle Stiftelsens virksomheter</p> <p>Betanias Dag gjennomføres årlig – med gudstjeneste i Malvik kirke og kirkekaffe</p> <p>Høytidene markeres</p> <p>Prosjektsamarbeid med Trondheim kommune: Bygge og øke kompetanse og deler erfaringer innenfor området «åndelig og eksistensielle behov»</p> <p>Etisk refleksjon ukentlig Undervisning/refleksjon med prest ukentlig</p> <p>Verdifokus sikres i alle pasientsamtaler og all pasientbehandling</p> <p>Åpenhet og verdifokus ivaretas også i vårt arbeidsmiljø</p> <p>Vi har to Stille Rom: <i>Et annerledes rom, et 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.</i></p>
Sparbu	<p>Regelmessig samarbeid med Mære prestegjeld / sokneprest/organist. Månedlige sangstunder samt gudstjenester/ andakter jevnlig og i høytider. Noe preget av Covid-19 restriksjoner 2020</p> <p>«Søndagstanker» legges tilgjengelig i fellesareal, ukentlige fagmøter med fokus på etikk</p> <p>Markering av høytider</p> <p>Lesing, sang og bønn ut ifra individuelle ønsker/behov</p> <p>Fokus på/ drøfting av verdier i praktisk handling i alle møtefora</p> <p>Bruk av stille rom –refleksjoner</p>

## 9. Utviklingsarbeid og anbefalinger

### 9.1. Gjennomført utviklingsarbeid 2020

Lukas Stiftelsen har i 2020 videreført et strategisk utviklingsarbeid for virksomhetene i tråd med styrevedtak.

Virksomhet	Utført utviklingsarbeid ved den enkelte virksomhet
Skjelfoss	<b>Oppfølging av avtalene</b> Skjelfoss har årlige ytelsesavtalemøter med HSØ, både for PHV og TSB, hvor HSØ uttrykker høy tillit til de tjenestene de får fra Skjelfoss. I 2020 er møtene gjennomført digitalt. I perioder har det vært gjennomført faste møtepunkter for private avtaleparter. Det gis god tilbakemelding på at tilbudene blir levert under de endrede forutsetningene pandemien har medført.
	Etter et år med underbelegg på Bo- og omsorg er det startet arbeidet med å øke belegget. Det er deltatt i 2 konkurranser og opprettet dialog med alle kommuner innen en times radius.
	<b>Bærekraftig økonomi</b> Det har vært et stort fokus på økonomi i 2020, og lagt et ambisiøst revidert budsjett med målsetting om balanse. Flere tiltak er satt inn, og gitt resultater.
	<b>Digitalt løft</b> Pandemien har krevd et digitalt løft. Det er investert i kompetanse og utstyr. En stor andel av møter og kurs har blitt gjennomført digitalt i 2020.
	<b>Lokalt aktivitetstilbud</b> Fokus på lokalt aktivitetstilbud har ført til større deltakelse enn tidligere. Nye steder i nærmiljøet er funnet og tatt i bruk. I en situasjon der reiser ut ikke kan gjennomføres har denne omstillingen ført til at aktivitetstilbud også har kunnet bli gjennomført med strenge smitteverntiltak.
<b>Organisasjonsendringer</b> Ved lederskifte vinter/vår ble det også redusert med en leder, og «DUK»-enheten ble avviklet. En organisasjonsjustering førte til at fagutviklere byttet leder og de ligger nå under Psykisk Helse 1. Driftsleder, aktivitetsleder, kontormedarbeider og innteks- og forløpskoordinator rapporterer nå direkte til direktør.	
Malvik	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.
	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. Vi har deltatt i offentlig høring vedr. 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.
	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.
	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. 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

	<p>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 arbeidsfelleskap.</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><b>Sparbu</b></p>	<p>Året 2020 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 arbeidsfelleskapet 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 tids plasser 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– Resertifisering</p>
<p><b>Hovedkontor</b></p>	<p>Hovedkontoret besitter fagkompetanse innenfor økonomi, HR/personal, 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"> <li>• Operasjonalisering av strategi i konsern, avdelinger og datterselskap</li> <li>• Utvikling av rutiner og kvalitetsarbeid</li> <li>• Bidrag til å sikre økonomisk bærekraft</li> <li>• Støtte i tilbuds- og anbudsprosesser</li> <li>• Å bidra i samspillet med stiftelsens oppdragsgivere, samarbeidspartnere og andre som påvirker våre eksterne rammebetingelser</li> <li>• Å utvikle rammeverk og rutiner for intern styring og ressursutnyttelse</li> </ul>

## 9.2. Mål for utviklingsarbeid 2021

Oppfølging av utvikling og tiltak vedtatt av styret i LS.

Virksomhet	Mål for utviklingsarbeid 2021
Skjelfoss	<p>I 2021 skal det videreutvikles tilbudet. Miljø og bærekraft er satt på dagsorden og er grunnleggende for utviklingen videre. Skjelfoss skal lære av erfaringer fra 2020. Hovedmålene for 2021 er:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Å etterleve avtalene våre</li><li>• God samhandling med vernetjeneste og tillitsvalgte for godt arbeidsmiljø, arbeidsglede og tilrettelegging for redusert sykefravær</li><li>• Enhetene utfører kunnskapsbasert praksis; faglige avgjørelser er basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov</li><li>• Sikre økonomisk bærekraft</li></ul>
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"><li>• Ha utarbeidet pasientforløp for alle pasient-/diagnosegrupper ved dagtilbud, poliklinisk tilbud og døgntilbud.</li><li>• Sikre fagutvikling og forskning på behandlingstilbudene</li><li>• Produsere og levere trygg, variert, velsmakende og ernæringsmessig riktig kost internt og eksternt</li><li>• Sikre individuelt tilpasset kosthold</li><li>• Sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon</li><li>• Sikre økonomisk bærekraft</li></ul>
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 inkomstsamtale 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</p> <p>Tilpasse driften til stadig endring i antall plasser</p> <p>Resertifisering ISO 9001:2015</p> <p>Vekst og nyutvikling:</p> <p>Fortsette arbeidet «vekst ut over dagens situasjon». Prosjekt psykiatri</p> <p>Samarbeid med Nord Universitet – sykepleieutdanningen.</p> <p>Rekruttering – sykepleiere. Økt fokus på markedsføring.</p> <p>IA og HMS: Fokus på Nærværarbeid og forebygging.</p> <p>Fokus på Fag og kompetanseutvikling; videreutvikling av vår kjernekompetanse- geriatri og særlig innen psykiatri feltet.</p> <p>Fortsette å bygge VI-følelse, samt bedre utnyttelse av kompetanse som finnes i Lukas Stiftelsen</p>
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.</p> <p>Bidra til virksomhetenes vekst, utvikling og måloppnåelse.</p> <p>Iverksette kvalitetssikring av lønnsystem, økonomisystem og tilhørende rutiner for å eliminere feil og uønsket kostnad.</p> <p>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 avvike avtaler som tærer på stiftelsens egenkapital.</p> <p>Overordnet strategisk fokus i tråd med stiftelsens formål, diakonale oppdrag, vedtekter og vedtatt vekststrategi.</p>