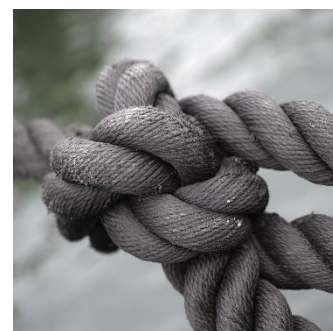


Kvalitetsmelding Lukas Stiftelsen 2022



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
2.2.4. Lukas videregående skole	6
2.3. Brukermedvirkning.....	6
2.3.1. Systemnivå	6
2.3.2. Individnivå	6
2.4. Kompetanse	8
3. Avvik og korrigerende tiltak	8
3.1. Analyse og trender av registrerte hendelser i 2021	9
4. Aktivitet.....	11
5. Revisjoner, kontroller og tilsyn	12
5.1. Internrevisjon.....	13
5.2. Eksterne kontroller/avtaler.....	13
5.3. Eksterne revisjoner/tilsyn	13
6. Risiko- og mulighetsvurderinger	13
7. Ansatte	14
7.1. Sykefravær	15
7.2. Oversikt over sykefraværsarbeid	Feil! Bokmerke er ikke definert.
8. Diakoni og verdiarbeid	16
8.1. Aktiviteter knyttet til tro og verdiarbeid ved virksomhetene.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
9. Utviklingsarbeid og anbefalinger	17
9.1. Gjennomført utviklingsarbeid 2021	17
9.2. Mål for utviklingsarbeid 2022	18

1. Innledning

Kvalitetsmeldingen 2022 bygger på innsendt data og tallmateriale fra den enkelte virksomhet, samt ledelsens gjennomgang foretatt i Lukas Stiftelsens hovedledelse. Kvalitetsmeldingen omfatter 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
- Strategidokument Lukas Stiftelsen 2023-2027

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. Stiftelsens strategi, kvalitetsmeldinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer 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.

Et annet viktig ledd i vårt kvalitetsarbeid er at våre pasienter, elever, studenter 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 2022, 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. Helse- og omsorgstjenesten har lovfestet plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Kvalitetsmålinger, pasienterfaringer og læring av uønskede hendelser er viktig i utforming av tjenestetilbud og systematisk forbedringsarbeid.

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 2022 og ved ledelsens gjennomgang, har vi valgt å fokusere på/evaluere følgende:

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

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		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Antall innleggelse totalt	24	31	23	20	11	21	3	4	6
Fristbrudd	0	0	0	0	0	0			
Andel pasienter med IP (Individuell Plan) ved utskrivelse (%)	32	19	4	10	42	0			
Bruk av tolketjenester	0	1	1	0	4	0	0	0	0
Gjennomføring av brukerundersøkelser	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Epikrisetid ved utskrivelse PHV	1.tertia	2.tertia	3.tertia
Andel sendte epikriser innen 1 dag etter utskrivning	38 %	30 %	50 %
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	75 %	80 %	100 %
Epikrisetid ved utskrivelse TSB			
Andel sendte epikriser innen 1 dag etter utskrivning	56 %	81 %	56 %
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		
	2020	2021	2022
Epikriser:			
Andel sendte innen 1 dag etter utskrivning	85 %	85 %	80 %
Epikriser:			
Andel sendte innen 7 dager etter utskrivning	87 %	99 %	97 %
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 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 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 slutfase Beslutningsprosesser ved begrenset av livsforlengende behandling Barns beste Helse Bergen: Kompetansesenter i lindrende behandling Legeforeningen: Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase
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		
	2020	2021	2022
Legetjeneste/tilsynslege			
Gjennomsnittlig antall legetimer pr uke pr pasient. 25 % tilsetning på 16 pasienter	0,45 t (22 pasienter)	0,35 t	0,35 t
Antall pasienter på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder	100 %	100 %	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 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 inntak og kontinuerlig		
Opprette / oppdatere ernæringsjournal Ernæringsjournalen er lagret i Profil og følger pasienten			
Gjennomgang av ernæringsstatus til samtlige pasienter	Kvartalsvis med veiling 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 2021.		

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

Neste skoleår jobbes det videre med følgende områder:

- At skolen har elevtall som sikrer skolens drift
- Strategiarbeid og ulike markedsføringstiltak
- Fortsette å arbeide med å gi konstruktive tilbakemeldinger og framovermeldinger til elevene
- Mål og egenvurdering vektlegges i læringsarbeidet
- Strategiarbeid

2.2.5. Lukas høyere yrkesfagskole

Studentene gjennomfører jevnlig evaluering av skolen.

Tiltak videre:

- Øke kompetansen når det gjelder digital undervisning.
- Økt samarbeid med praksisfeltet
- Økt studentmedvirkning

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	<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</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>
Malvik	<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>
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 (erstatte brukerutvalg ved BS). Diskuterer bl.a. hva vi kan gjøre mer av. Legger plan for aktivitet for året.</p> <p>Tilbud om individuell plan til beboere i Bofellesskapet, 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>Søkelys på utarbeidede rutiner for mottak og behandling av pasienten, samarbeid med pårørende og andre ut ifra individuelle behov</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.

3. Avvik og korrigerende tiltak

Analyse, evaluering og forbedring basert på avviksregistreringer.

Lukas Stiftelsen har implementert elektronisk kvalitets- og avvikkontrollsystemer 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.

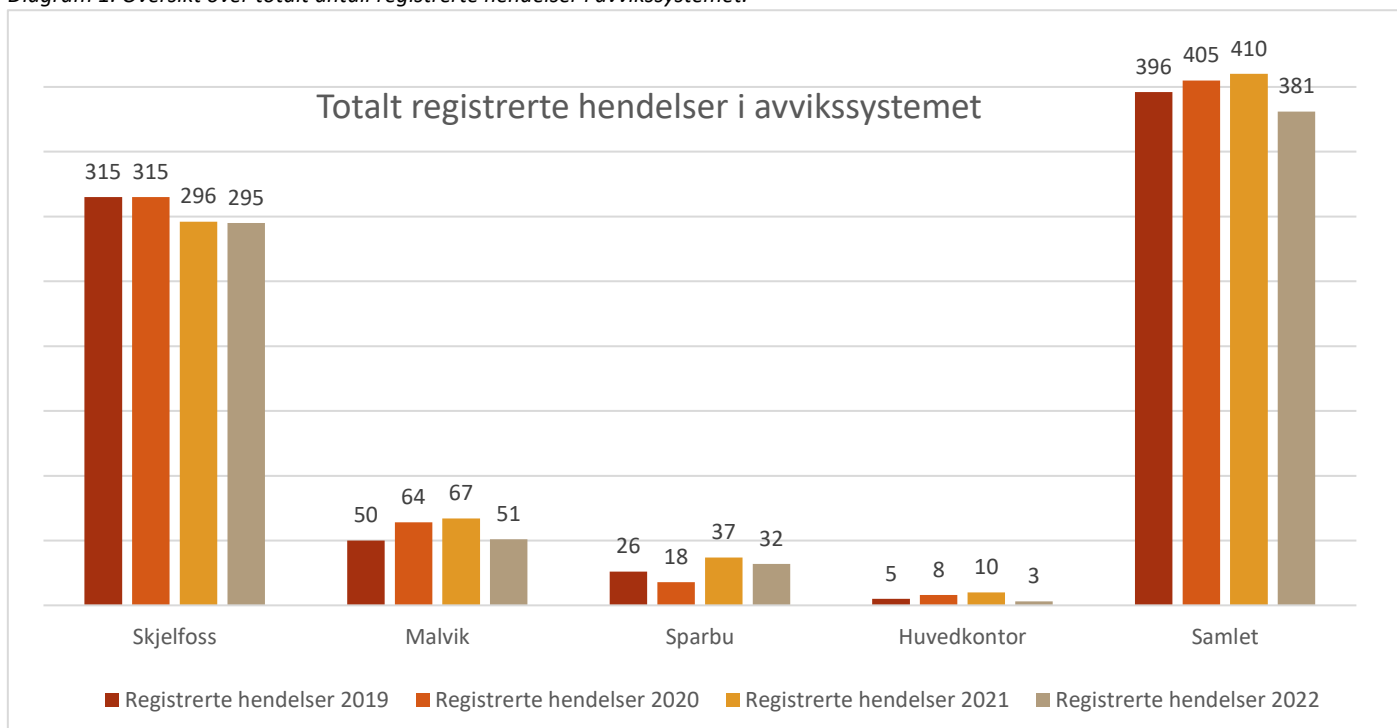
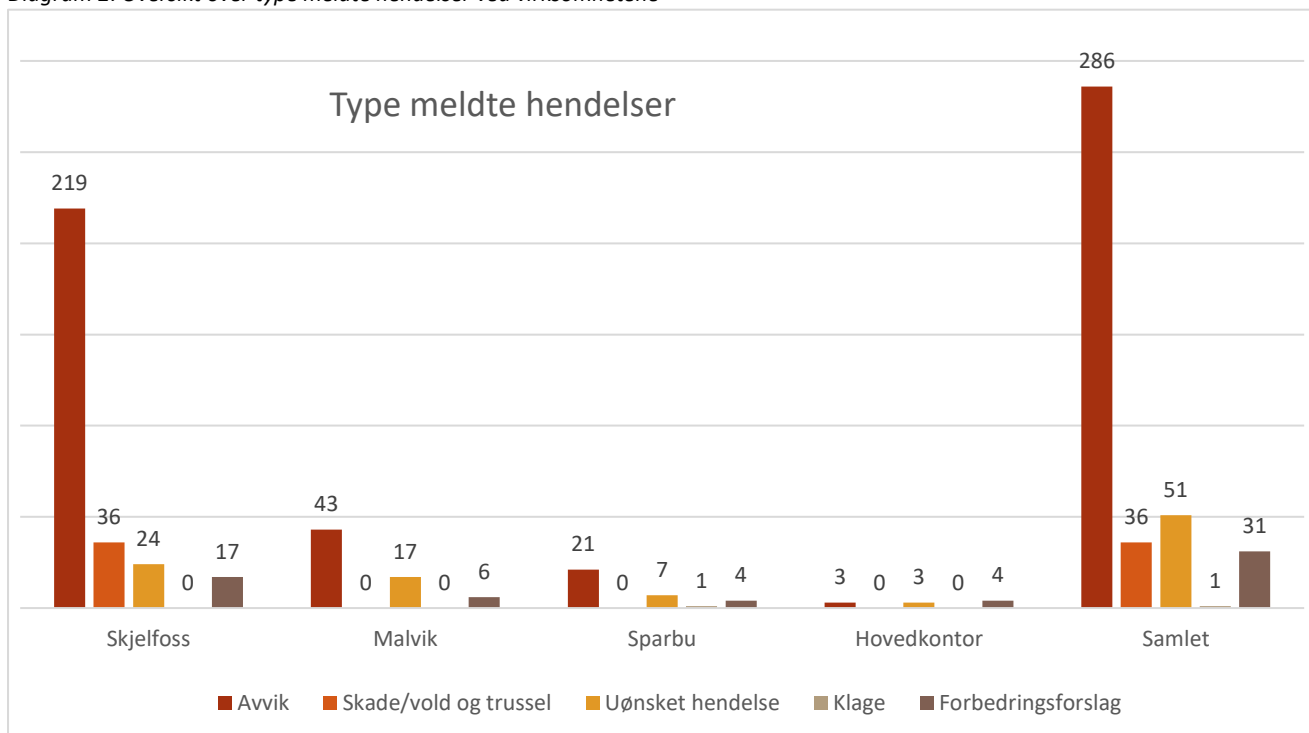


Diagram 2: Oversikt over type meldte hendelser ved virksomhetene



3.1. Analyse og trender av registrerte hendelser i 2022

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 2022 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 295 hendelser i avvikssystemet i 2022</p> <p>Avvik totalt har de siste tre år ligget relativt stabilt, 2020 227 totalt, 105 medisinrelatert, 2021 210 totalt, 108 medisinrelatert, 2022 226 totalt, 101 medisinrelatert. Alle medisinavvik er fulgt opp og behandlet i lederteam og kvalitetsutvalg.</p> <p>Det er 22 avvik relatert til alarmer. Det var en topp sommer og tidlig høst, da ble det satt inn flere tiltak med bl.a informasjonsmail, bestilling av nye alarmer, hyppigere kontroll, bedret opplæring på enhetene og sikkerhetsansvarlig på hver enhet som har dette som fokusområde. Ingen avvik registrert etter 22. november.</p> <p>Antall avvik på urinprøver ligger fortsatt svært høyt. Fortsatt skiller TSB seg negativt ut, men det er også en enhet som utfører flest antall prøver totalt. Det er mange avvik knyttet opp mot vikarer, men også jevnt fordelt på fast ansatte. Det bør jobbes aktivt med dette i 2023, vurdere tiltak som ikke er utprøvd tidligere.</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>For Betania Malvik er det registrert 51 avvik i EK i perioden 01.01.-30.11.22 Dette er 3 færre enn i 2021, en reduksjon på 5,56 % i f t 2021. Det er positivt at hendelser meldes i vårt elektroniske avvikssystem ettersom vi har - og presiserer 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.</p> <p>Fra januar til mai var det utfordringer med det daværende avvikssystemet, noe som kan være en årsak til at det er blitt registrert færre avvik.. Det ble sommeren 2022 overføring til et annet elektronisk kvalitetssystem, noe som vi erfarer er enklere å bruke. Det er startet opplæring av alle ansatte i bruk av dette, noe som vil være en del av videre plan for internrevisjon for 2023. Det er også startet arbeidet med å rydde i gamle prosedyrer og mappestruktur, noe som vil forenkle avvikshåndtering i videre fremtid.</p> <p>Betania Malvik etablerte i 2022 en ny enhet, Poliklinikk for Psykisk helsevern, og det har fra første dag vært fokus på læring og forbedring gjennom bruk av avvikssystemet.</p> <p>4 hendelser omhandler avvik i legemiddelhåndteringen noe som er en stor forbedring fra fjoråret, da dette var 27.</p> <p>Det er i tillegg meldt 12 uønskede hendelser gjeldende pasienter, registrert som fall. Ingen alvorlige skader, men dette er noe som jobbes grundig med, får å sette inn tiltak, som reduserer faren for fall.</p> <p>Vi har 1 avvik på brannrutiner. Dette har vi hatt fokus på i etterkant, og har hatt branngjennomgang med alle ledere, og en uanmeldt brannøvelse, som synliggjorde områder vi skal jobbe med fremover.</p> <p>Videre har vi avvik på bassengdrift, dette blir kontinuerlig evaluert, da vi nå har gått over til renholds byrå som utfører renhold der.</p>														
Sparbu	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Vi har i 2022 fortsatt arbeidet med holdningen til å skrive avviksmeldinger. Søkelys på at avviksdokumentasjon kan brukes til læring, nytenkning og utvikling av virksomheten. Antallet hendelser har dog gått noe ned sammenlignet med foregående år.</p> <p>AVVIK Betania Sparbu 2022</p> <p>Meldt totalt 32 registrerte hendelser. Type og fordeling av antall, se tabell under.</p> <table border="1" data-bbox="300 1503 1487 1704"> <thead> <tr> <th>SPARBU</th> <th>AVVIK</th> <th>FORBEDRINGS -FORSLAG</th> <th>KLAGE</th> <th>UØNSKET HENDELSE</th> <th>SKADE</th> <th>TOTALT REGISTRERT HENDELSER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>16</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>32</td> </tr> </tbody> </table> <p>Totalt 32 hendelser registrert i avvikssystemet 2022.</p> <p>4 hendelser er tilknyttet medikament håndtering. Resterende hendelser fordeler seg på forskjellige deler av drift og organisering av arbeidet</p> <p>2 forbedringsforslag som har vært opp til diskusjon i Bedriftsutvalget</p>	SPARBU	AVVIK	FORBEDRINGS -FORSLAG	KLAGE	UØNSKET HENDELSE	SKADE	TOTALT REGISTRERT HENDELSER	2022	16	2	0	7	7	32
SPARBU	AVVIK	FORBEDRINGS -FORSLAG	KLAGE	UØNSKET HENDELSE	SKADE	TOTALT REGISTRERT HENDELSER									
2022	16	2	0	7	7	32									
Hovedkontor	<p><u>Alle avvik og registrerte hendelser er behandlet og lukket</u></p> <p>Kun 3 hendelser er meldt inn, alle på 3 avvik. Det lave antallet meldinger har ført til endringer i avvikssystemet, og økt fokus på avvikssystemet også på lønn / regnskap.</p>														

Lukas vgs og Lukas høyere yrkesfagskole	<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 2022 med tanke på pasient-/brukerbelegg.

Tabell 7: Belegg

Virksomhet				Kommentarer
Skjelfoss psykiatriske senter	2020	2021	2022	
Helse Sør- Øst PHV	99,38 %	97%	97,7%	Inkl. avtaleutvidelse på 567 døgn
Helse Sør- Øst TSB	108.76 %	100 %	99,7%	
Bo- og omsorg	86 %	89 %	79,9%	Enheten leverte også PHV
Betania Malvik	2020	2021	2022	
Spesialisert rehabilitering.				
Avtale med Helse Midt- Norge RHF:				
Arbeidsrettet Rehabilitering - Helse og Arbeidsliv Døgntilbud, Dagtilbud, Poliklinisk tilbud	Døgn: 31 % Dag: 95 % Pol.kl: 61 %	Døgn: 48 % Dag: 158 % Pol.kl:63,5 %	Døgn: 44 % Dag:161 % Pol.kl: 55%	Avtalen sikrer mulighet for fleksibel utnyttelse av plassene.
Prosjekt med tilskudd over Statsbudsjettet:				
Lukas Hospice				
Antall innleggelser	49	62	61	
Herav antall korttids- / avlastningsopphold	16	26	7	
Antall kvinner	25	34	21	
Antall menn	24	19	31	
Antall utskrivninger	50	62	25	
herav til				
- eget hjem/ omsorgsbolig	13	4	17	
- sykehjem	3	3	3	
- sykehus	2	1	5	
Døde	32	45	36	
Gjennomsnittlig liggetid for utskrevne	28,9	17	18,24	
- Korttids- /avlastnings- opphold	27,3	15	5,4	
- Døde	29,8	19	24,33	
Antall liggedøgn totalt	1446	1155	1488	
Antall pasienter i poliklinisk oppfølgingstilbud	4	11	00	
Antall pårørendedøgn	60	315	147	
Utskrivningsklare pasienter fra St. Olavs hospital				
Antall innleggelser			99	
Antall kvinner			52	
Antall menn			47	
Antall utskrivninger			89	
Døde (utskrivningsklare som er/eller har blitt palliative)			10	

Tilhørende kommuner:				
Surnadal			1	
Oppdal			2	
Malvik			13	
Skaun			1	
Melhus			19	
Trondheim			63	
Gj.snitt liggetid for utskrevne			7	
Gj.snitt liggedøgn for døde			10	
Antall liggedøgn totalt: 725			725	

Betania Sparbu	2020	2021	2022
Sykehjem, driftsavtale Steinkjer kommune	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	Drift uavhengig av pasient belegg i Bof.
Lukas videregående skole			
Aktivitet skoleåret 2022/2023	<ul style="list-style-type: none"> Ambulansefagarbeider vg2 Helsefagarbeider vg2 Barne- og ungdomsarbeiderfag vg2 Helseservicefag vg2 Påbygning til generell studiekompetanse Helsesekretær vg3 Tannhelsesekretær vg3 		179 elever
Lukas høyere yrkesfagskole			
Aktivitet skoleåret 2022/2023	<ul style="list-style-type: none"> Psykisk helsearbeid og rusarbeid 		35 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 2022 er fulgt opp og lukket. Rapporter er lagret hos den enkelte virksomhet.

Tabell 8 Oversikt interne revisjoner 2022

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		
Malvik	x	x	X	x	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 2022 er fulgt opp og lukket. Rapporter er lagret hos den enkelte virksomhet.

Tabell 9 Oversikt eksterne kontroller/avtaler 2022

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	x
Sparbu	x		x	x	x		x	

Hovedkontoret flyttet sommeren 2022 til leide lokaler og utleier ivaretar ovennevnte punkter

5.3. Eksterne revisjoner/tilsyn

Alle mottatte merknader og avvik fra tilsyn i 2022 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			
Malvik	x	x			x			x
Sparbu	x	x			x	x		x

6. Risiko- og mulighetsvurderinger

ISO 9001:2015 har 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 2022 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
Malvik	Vernerunde, brann, sommerdrift, opprettelse nye tilbud
Sparbu	Risikovurdering og kontinuitetsplanlegging Covid-19, Brannvern, Nedbemanning/omorganisering
Lukas VGS	Beredskap strålevern og IT
Lukas HY	Beredskap strålevern og IT

7. Ansatte

Tabell 11: Oversikt over nøkkeltall ansatte de tre siste årene

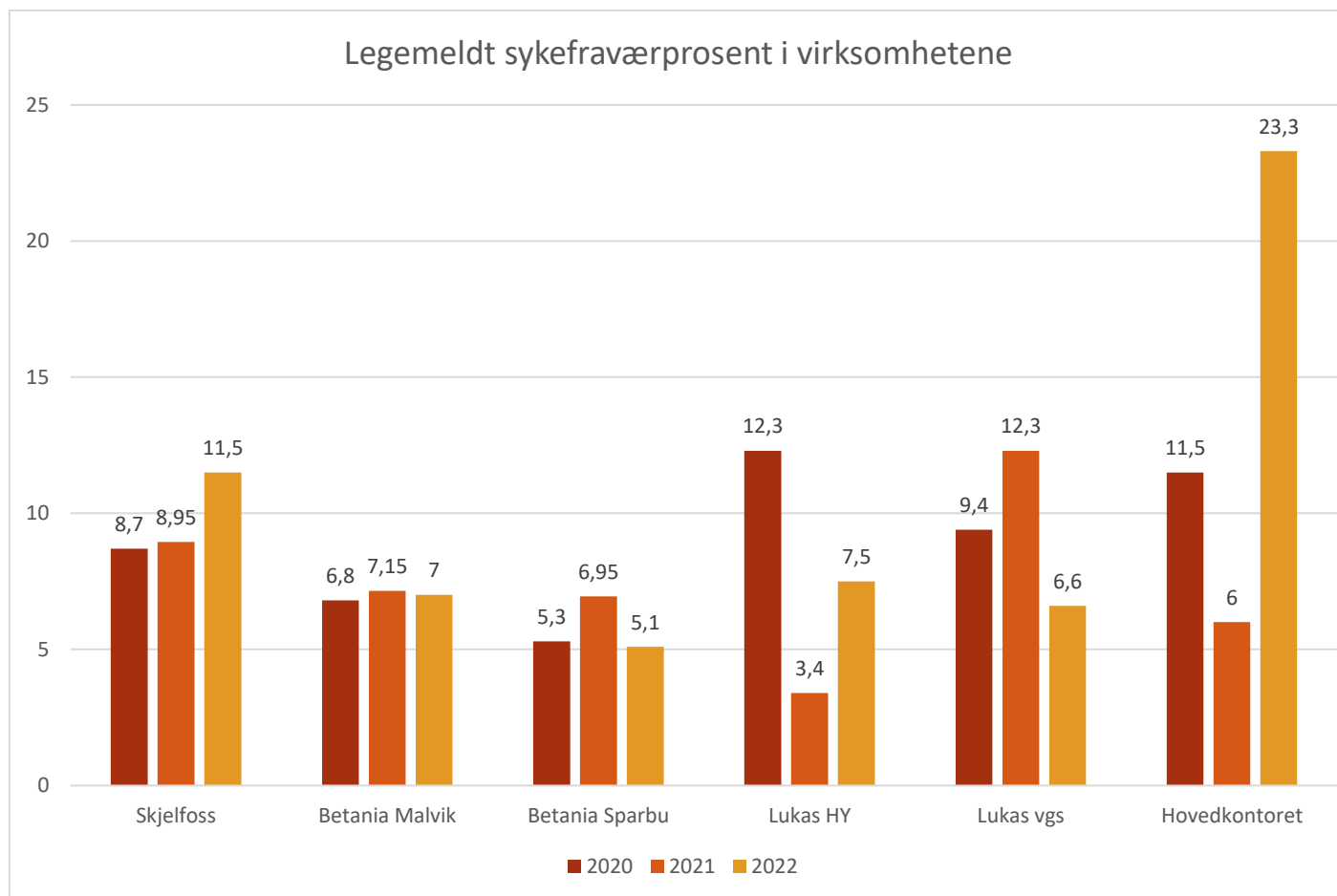
År	Årsverk	Gjennomsnittl Stilling %	Fast ansatte	Midlertidig ansatte	Alder gj.snitt år	Ansatte 60+	Antall med 100% stilling	Antall deltid kvinner *****	Antall deltid menn *****	Foreldreperm gj. uker menn *****	Foreldreperm. gj. uker kv. *****	Kvinner	Menn
Skjelfoss psykiatriske senter													
2019	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
2022	85,04	59,9%	142	0			34					117	25
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
2022	64												
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
2022													
Lukas VGS													
2021	19,49	81,21	18	6	43	5	14	10	0	15 uker	8,5 mnd	17	7
2022	15,74	87,45	15	1	44	4	11	6	0	15 uker	8,5 mnd	15	3
Lukas HY													
2021	1,35	33,75	3	1	59	2	0	3	1	0	0	3	1
2022	1,35	33,75	3	1	60	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
2022	3,6		3	1		0	3	1	0	0	0	1	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. Helsefremmende arbeidsmiljø

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 og skape helsefremmende arbeidsmiljø

- 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
- Bedriftshelsetjenesten benyttes ved behov
- Trening i hvordan ivareta egen sikkerhet
- Personal som har vært utsatt for uønskede hendelser kontaktes av leder og får tilbud om oppfølging
- AKAN følger opp ved aktuelle hendelser
- Gratis bruk av virksomhetens 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 informasjonsutveksling mellom ledere og ansatte
- Personalsamlinger for å styrke vi- følelsen
- Verdi- og kulturarbeid
- Gjennomføring av systematisk etisk refleksjon og drøfting av etisk dilemma
- Arbeidsplasstilpasninger 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

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 Diakonilerforum, Diakonilerkonferanse og øke kunnskapen om diakoni i egen organisasjon. LS er i tillegg medeier i Trondheim samtalerenter.

9. Utviklingsarbeid og anbefalinger

9.1. Gjennomført utviklingsarbeid 2022

Lukas Stiftelsen har i 2022 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 2022 er et møtet gjennomført fysisk, og samlet for begge avtalene. Det gis god tilbakemelding på at tilbudene blir levert. Skjelfoss hadde også i 2022 en tilleggsavtale på 567 døgn, 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 nye tilbud er startet opp.</p> <p>Lokalt aktivitetstilbud Fokus på lokalt aktivitetstilbud er med videre, og det er stor interesse for de lokale tilbudene. Ny gapahuk er etablert i tilknytning til lavvoen på Skjelfossrunden.</p> <p>Organisasjonsendringer Det er gjennomført en midlertidig utvidelse av lederteamet 2022. Inntaksrollen er flyttet ut til avdelingene.</p> <p>Undervisning Det jobbes etter kompetanseplan, og gjennomføres en rekke kurs og undervisninger på Skjelfoss. Det er også en utvikling der både undervisning og bibliotek blir mer digitalt.</p>
Malvik	<p>Oppfølging av avtalene Betania Malvik har årlig ytelsesavtalemøter og flere samarbeidsmøter med HMN for avtalen om arbeidsrettet rehabilitering. Dag, døgn og poliklinikk. Møtene har vært gjennomført fysisk. Det gis gode tilbakemeldinger på leveransen av tilbudet.</p> <p>Prosjekt Lukas Hospice om å utprøve og etablere et frittstående Hospice, på oppdrag av Helsedirektoratet. Det har vært jevnlig dialog med oppdragsgiver. Årlig rapport og søknad om nye øremerkede tilskuddsmidler er levert.</p> <p>Grunnet endringer i statsbudsjettet høsten 2022 ble øremerkingen for år 2023 fjernet og tilskuddsmidler dermed redusert med 50%.</p> <p>Poliklinikk Psykisk helsevern ble etablert sommeren 2022 og har svart ut som avtalt.</p> <p>Vårt Hovedkjøkken produserer og leverer trygg, variert, velsmakende og ernæringsmessig riktig kost internt for alle våre tilbud og eksternt, Malvik kommune og Flyktningmottak. Individuelt kosthold sikres. HACCP/matkvalitet ivaretas. Evaluering og oppfølging gjennomføres.</p> <p>Avlastningsenhet for mennesker dømt til tvungen omsorg avtales som et trepartssamarbeid mellom HMN, Betania Malvik og sikkerhetsavdelingen St. Olavs hospital.</p> <p>Organisasjonsendringer Det er gjennomført en utvidelse av lederteam grunnet opprettelse av nye tilbud. Driftsavg. Etableres for å sikre bedre flyt i virksomheten.</p>

Sparbu	<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). Beredningsplaner 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 inntakssamtale 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.</p> <p>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>
Hovedkontor	<p>Hovedkontoret besitter fagkompetanse innenfor administrasjon og ledelse, økonomi, 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 strategi.</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 2023

Oppfølging av utvikling og tiltak vedtatt av styret i LS.

Virksomhet	Mål for utviklingsarbeid 2023
Skjelfoss	<p>I 2023 skal det videreutvikles tilbudet. Miljø og bærekraft høyt på dagsorden og er grunnleggende i alt utviklingsarbeid. Skjelfoss skal lære av erfaringer fra 2022. Hovedmålene for 2023 er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bærekraftig drift med særskilt fokus på miljø og økonomi • Leverer gode tjenester til alle pasienter og brukere • 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

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 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 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. Styrke staben med ressurser innen HR/personal og kvalitet. 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> <p>Ferdigstille og kvalitetssikre nytt lønssystem, vurdere nytt økonomisystem og tilhørende rutiner for å eliminere feil og uønsket kostnad.</p> <p>Kontinuerlig forbedring og utvikling av de avtaler som er økonomisk bærekraftig og reforhandle eller søke å avvike avtaler som tærer på stiftelsens egenkapital.</p>