

Høring

Nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet

Høringsinnspill fra

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Dato: 18.10.2024

Vår ref.: 63/2024

Innledning

NAPHA deler oppfatningen av at det er ulik opplevelse mellom brukere, pårørende, ansatte og ledere i tjenestene hvorvidt det legges godt nok til rette for brukermedvirkning, både på individ- og systemnivå. Mange har etterlyst nasjonale råd om brukermedvirkning. De nasjonale rådene som nå foreligger er med på å understreke betydningen av at man må gjøre mer for å legge til rette for brukermedvirkning, og for å utvikle mer recoveryorienterte tjenester, fremover.

Rådene bærer preg av at det har vært en bred og god prosess med mye medvirkning, fra mange ulike aktører. Det har også vært en bredt sammensatt arbeids- og prosjektgruppe. Elin Sivertsen, faglig rådgiver i NAPHA, har deltatt i prosjektgruppen, og har også deltatt i utarbeidelsen av vårt høringsinnspill.

NAPHA kan i all hovedsak stille seg bak alle rådene. Vi gir kun innspill der vi ser behov for presiseringer, endringer eller når det gjelder styrken i de ulike rådene. Gjennom våre innspill ønsker vi først og fremst å bidra til at veilederen kan vise vei, og bli mye brukt i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene fremover.

Det er en generell utfordring at det er for mange «bør»-anbefalinger. Det gjelder også råd som tydelig er forankret i lovhjemler, for eksempel rådene «brukere og pasienter bør sikres medvirkning i egen behandling ...» og «det bør være dialog med brukeren/pasienten om muligheten for å ha med seg pårørende». Det er også mange «bør»-formuleringer knyttet til helt «selvfølgelige» råd, hvor det ikke bør være rom for tvil om at man skal følge disse. Dette kan gjøre at veilederen gjennomgående fremstår litt for vag og uforpliktende. Det er også noen formuleringer som understøtter dette. Hva betyr for det for eksempel at ansatte bør «ta hensyn til brukerens språk og kultur», «ha fokus på brukerens fysiske og psykiske helse», «opprette dialog med bruker- og pårørendeorganisasjoner» i praksis? Vi tror veilederen hadde vært mer nyttig ved å være mer konkret på hvordan man tenker at dette skal gjøres. Mange steder er det aller viktigste konkrete innholdet beskrevet under praktisk informasjon. Det kan vurderes om noe av denne teksten med fordel kan omformuleres til kortfattede konkrete råd.

1 Bakgrunn, metode og prosess

I innledningen er både bakgrunn, formål, effektmål og målgrupper er tydelig og grundig beskrevet. Det er også en styrke at forskningsgrunnlaget og behovet for ny kunnskap er redegjort for, i tillegg til hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for rådene. På samme måte som forskningsstatus, kunne det også vært vist til oppsummert brukerkunnskap (for eksempel fra innspillsrundene).

Oversikten over begrep og definisjoner er nyttig, og gjør at det er tydeligere hvem de ulike rådene er ment for. Mange av de mest brukte begrepene er beskrevet. Vi savner imidlertid noen flere definisjoner av begreper som brukerinvolvering, samskaping, og andre lignende begrep som også beskriver mer forpliktende former for medvirkning og samarbeid. Det er ulike grader av medvirkning og stor forskjell på å ha mulighet for å spille inn til en prosess, og medvirke gjennom samskapende prosesser.

Vi savner også en konsis og god beskrivelse av recoverybegrepet tidlig, og at recovery blir et mer bærende element gjennom hele veilederen. Recoveryorienterte tjenester er kanskje det aller viktigste grepet for å fremme brukermedvirkning, både på individ- og systemnivå.

Recoverydefinisjonen på side 36 kan godt brukes, men den bør presenteres tidligere. Definisjonen «forsvinner» litt der den er står nå.

2 Bruker- og pårørendemedvirkning på systemnivå

Råd 1:

Ledere i rus- og psykisk helsefeltet bør ha kunnskap om bruker- og pårørendemedvirkning og vite hvordan relevante aktører kan medvirke i utforming av helse- og omsorgstjenestene

Dette er et viktig råd, men vi mener det kunne vært enda tydeligere at bruker- og pårørendemedvirkning bør være en del av hele prosessen rundt tjenesteutvikling og forbedringsarbeid, både i planlegging, underveis i tjenesteytingen og i evaluering av tjenestene.

Utdyping

I første avsnitt savnes en beskrivelse av at brukermidvirkning og recovery også bygger på etikk, verdier, menneskerettigheter og internasjonale forpliktelser, ikke bare lovverk og forskning. Det bør også presiseres at ledere har et særlig ansvar for å styrke etisk bevissthet og tydelige verdier gjennom å legge til rette for kontinuerlig utvikling og refleksjon rundt egen praksis. Brukermidvirkning i tjenesteutvikling er viktig for å kunne utvikle mer recoveryorienterte tjenester, og vice versa.

Praktisk informasjon

Det er fint at det vises til rolle, ansvar og oppgaver for bruker- og pårørendeorganisasjoner og bruker- og pårørenderepresentanter. Vi stiller oss også bak rådet om å ta i bruk andre muligheter når man ikke lykkes med å rekruttere brukerrepresentanter lokalt. Vi er imidlertid litt usikre på om rådet da utelukkende bør være å kontakte representanter fra organisasjonene nasjonalt.

NAPHA har mye erfaring med at det er mulig å få med gode lokale representanter hvis det legges godt til rette for det. Dette kan for eksempel gjøres gjennom brukerråd og brukerutvalg, og ved at ledere og ansatte i rus- og psykisk helsetjenestene er viktige pådrivere og tilretteleggere for etablering av lokallag for brukerorganisasjoner. Det kan også vises til NAPHA's temaside om brukermidvirkning der det beskrives ulike former for brukerrepresentasjon:

[Brukermidvirkning når tjenester utformes - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Vi savner at brukermidvirkning i Helsefellesskap beskrives under relevante arenaer for brukermidvirkning. I Helsefellesskapene skal det være likeverdig deltagelse på alle tre nivå. NAPHA's erfaring er at det er stor variasjon i hvorvidt dette blir praktisert. Rådene bør derfor presisere behovet for likeverdig deltakelse på en så viktig arena for tjenesteutvikling.

Å tydeliggjøre at rollen som erfaringskonsulent er ulik rollen som bruker- og pårørenderepresentant er nyttig i en slik veileder. Vi savner en mer utdypende beskrivelse av hvorfor erfaringskonsulentrollen er viktig og nødvendig, og hvordan denne kan utformes.

På NAPHA's temaside om erfaringskonsulenter finnes det mye nyttig informasjon om erfaringskonsulentrollen:

[Erfaringskonsulenter - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Begrunnelse

Mange av begrunnelsene knyttet til lovtekst og forskning gir rådene mer tyngde. Det er også viktig at kunnskapsmangel, og behovet for mer forskning, påpekes. Men som vi har påpekt tidligere, kunne det i større grad også vært vist til den svært omfattende mengden erfaringsbasert kunnskap som finnes, både generelt, og gjennom det som har kommet av innspill fra innspillsrundene. Det mangler også begrunnelser knyttet til etikk, verdier, menneskerettigheter og internasjonale forpliktelser.

Råd 2:

Kommunen og spesialisthelsetjenester i rus- og psykisk helsefeltet bør sikre systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner

Utdyping

På samme måte som i råd 1, mener vi at det bør tydeliggjøres at dette rådet gjelder hele prosessen rundt tjenesteutvikling og forbedringsarbeid. Både i planlegging, underveis i tjenesteytingen, og i evaluering av tjenestene.

Praktisk informasjon

Dette er et godt og konkret råd. Her kan det også vises til gode eksempler på noen som har jobbet systematisk over år for å styrke brukermedvirkning og samarbeid med brukerorganisasjoner, for eksempel Bergen kommune:

[– Brukerorganisasjonene har større innflytelse enn de kanskje tror! - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Beskrivelsene under «Annen organisering av bruker- og pårørendemedvirkning på systemnivå» under *praktisk informasjon* kunne med fordel vært beskrevet under *utdyping*. På denne måten ville det i større grad fremstått som et reelt, likeverdig og tydelig alternativ.

Det er langt igjen til vi har reell brukermedvirkning. I områder der det er særlig utfordrende å rekruttere personer med relevante erfaringer fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, mener NAPHA det også må kunne vurderes andre former for representasjon.

Hvordan dette kan gjøres kan eventuelt utdypes under praktisk informasjon, og gjerne med eksempler. I disse artiklene fra Napha.no er det vist til noen eksempler:

[Små kommuners arbeid med brukermedvirkning - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

[Samarbeid med brukerorganisasjonene viktig for tjenesteutvikling - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

[Åtte små trønderkommuner samarbeider om brukerpanel - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

[Ressursgruppa Brukermedvirkning står klar til å hjelpe kommunene - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

[Konkrete verktøy for brukermedvirkning i tjenesteutvikling - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Begrunnelse

NAPHA stiller seg bak at samarbeidsavtaler vil være med på sikre systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjonene og helse/omsorgstjenester. Vi foreslår at slike samarbeidsavtaler med fordel kan forankres i Helsefellesskapene, hvor brukerrepresentasjonen skal være likeverdig annen representasjon.

3 Bruker- og pårørendemedvirkning på tjenestenivå

Råd 3:

Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet bør ha kompetanse om bruker- og pårørendemedvirkning

Utdyping

Dette er et viktig råd fordi ledere vil være den aller viktigste driveren for brukermidvirkning i tjenesteutvikling. Ledere bør selvsagt ha kompetanse, men skal først og fremst *legge til rette for* bruker- og pårørendemedvirkning. Vi har forslag til omformulering av rådet:

Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet skal legge til rette for bruker- og pårørendemedvirkning.

Den utdypende teksten mangler også beskrivelser av behovet for kompetanse om *hvorfor* bruker- og pårørendemedvirkning er viktig. På samme måte som i råd 1 og råd 2, mener vi også at det her bør presiseres at rådet gjelder i hele prosessen rundt tjenesteutvikling og forbedringsarbeid, både i planlegging, underveis i tjenesteytingen og i evaluering av tjenestene.

Praktisk informasjon

Vi savner en presisering av leders ansvar for å legge til rette for, og implementere, verktøy og metoder for bruker- og pårørendemedvirkning. Hvis tilbakemeldingsverktøy skal bli nyttige i tjenesteutvikling må det brukes systematisk, og resultatene må anvendes til å gjøre endringer i tråd med tilbakemeldingene, både på individ- og systemnivå.

Andre kilder til utdypende kunnskap om kvalitetsforbedring, kan være:

[Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

Ellers står det mye relevant og nyttig om kvalitetsforbedring i Sammen om mestring og ROP-veilederen. Dette er dokumenter som er litt gamle, men innholdet fremstår like relevant.

Metodikken «Bruker-spør-bruker» bør også nevnes som eksempel på kunnskapsbaserte verktøy og metoder.

Begrunnelse

Ingen innspill

Råd 4:

Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet bør sikre dialog med bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre aktører i bruker- og pårørendefeltet for å tilrettelegge for samarbeid med disse

Utdyping

På samme måte som i råd 1 og 2, mener vi at det bør presiseres at dette rådet gjelder hele prosessen rundt tjenesteutvikling og forbedringsarbeid, både i planlegging, underveis i tjenesteytingen og i evaluering av tjenestene.

Når det gjelder målformuleringen kan denne med fordel bli mer presis. Vårt forslag til ny målformulering:

Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet bør etablere et gjensidig forpliktende samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, brukerstyrte senter og andre relevante bruker- og pårørendemiljø

Praktisk informasjon

Under arbeid, prosesser og ulike arenaer for medvirkning bør også medvirkning i Helsefellesskapene nevnes (jf. det vi tidligere har påpekt om likeverdig deltagelse).

Begrunnelse

Ingen innspill

Råd 5:

Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet bør sørge for systematisk bruker- og pårørendemedvirkning for å utvikle helhetlige tjenester tilpasset brukernes behov

Utdyping

I siste avsnitt kunne det også vært tilføyd mer effektive og treffsikre tjenester.

Praktisk informasjon

Som vi tidligere har påpekt savner vi også her en presisering av leders ansvar for å legge til rette for, og implementere, verktøy og metoder for bruker- og pårørendemedvirkning. Hvis tilbakemeldingsverktøy skal bli nyttige i tjenesteutvikling må det brukes systematisk, og resultatene må anvendes til å gjøre endringer i tråd med tilbakemeldingene, både på individ- og systemnivå.

Begrunnelse

Ingen innspill

4 Bruker- og pårørendemedvirkning på individnivå

Råd 6:

Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør ha et helhetlig perspektiv på den enkeltes levkår og livskvalitet i møte med brukere og pasienter (recovery-orientert tilnærming)

Utdyping

NAPHA stiller seg bak rådet om å ha en recoveryorientert tilnærming, men mener det mangler en tydelig nok forståelse og beskrivelse av hva dette innebærer, både i formuleringen av rådet og i den utdypende teksten. Perspektivet, slik det fremstilles her, kan gi et inntrykk av at det er en faglig helhetlig tilnærming eller metodikk, noe det ikke er.

Recovery har sin opprinnelse i brukermiljø/brukerorganisasjoner og bygger på personens egne erfaringer med å leve med utfordringer. En viktig del av dette er også betydningen av relevante og nære andre, og å redusere utenforskap og stigma. Recovery er sterk forankret i menneskerettigheter og internasjonale forpliktelser. Alt dette synes vi kommer for lite frem i denne delen av veilederen. Vi har følgende forslag til omformulering:

Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør ha et recoveryperspektiv i møte med personer med psykisk helse- og rusmiddelproblem

I den utdypende teksten bør det beskrives at en recoveryorientert tilnærming bygger på personens egne ressurser, vurderinger av hva som hjelper og det tilbudet som gis. Den punktvis beskrivelsen av et recoveryorientert perspektiv bør bygge på rammeverket CHIME (som det er vist til under begrunnelse).

Praktisk informasjon

Her bør det først og fremst utdypes hvordan man kan legge til rette for recovery, ikke helhetlige tjenester. Hvis man ønsker å fremheve betydningen av et helhetlig faglig perspektiv bør dette beskrives et annet sted, hvis ikke blir det utydelig. Alternativt må det beskrives at dette er ulike perspektiv som kan understøtte hverandre. Metodikken åpen dialog kan også nevnes som et eksempel på en metodikk som understøtter recovery.

Begrunnelse

Ingen innspill

Råd 7:

Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet skal med utgangspunkt i brukerens/pasientens situasjon gi informasjon om hjelpen som tilbys, rettigheter og hvilke valgmuligheter som finnes

Utdyping

Ingen innspill

Praktisk informasjon

Her kunne det med fordel vært vist til mye av de samme beskrivelsene som for råd 10, knyttet til medvirkning for barn og unge. Mange av disse er like relevante for voksne.

Begrunnelse

Ingen innspill

Råd 8:

Behandling og oppfølging skal utformes i samarbeid med brukeren, og i tråd med brukerens egne mål for behandlingen og oppfølgingen

Utdyping

Vi reagerer på formuleringen «Brukere og pasienter bør sikres medvirkning i egen behandling ...». Dette er en lovfestet rettighet og det må ikke fremstå som valgfritt om man ønsker å gjøre dette. Dette bør være en «skal»-formulering.

Praktisk informasjon

Ingen innspill

Begrunnelse

Ingen innspill

Råd 9:

Ledere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i rus- og psykisk helsefeltet skal sørge for at ansatte har kompetanse om bruker- og pårørendemedvirkning, og at det benyttes kunnskapsbaserte tilnærminger i møte med brukeren

Utdyping

Første setning i den utdypende teksten kan gi ett feilaktig inntrykk av at det er opp til den enkelte ansatte å ha den nødvendige kompetansen. Det er jo riktig at det er et ansvar for helsepersonell å holde seg oppdatert på ny kunnskap, men det er også et lederansvar å legge til rette for dette, slik det også kommer frem i formuleringen av rådet. Dette kan fremstå som litt uklart.

Det beskrives at «ansatte bør ha dialog om hvordan man kan medvirke». Dette oppfatter vi som en rettighet hjemlet i lov, som bør være en «skal»-formulering. Hvis ikke brukeren får vite *hvordan* man kan medvirke, blir det vanskelig å medvirke.

Praktisk informasjon

Ingen innspill

Begrunnelse

Ingen innspill

Råd 10:

Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet skal sørge for at barn og unge får medvirke ved valg av tjenestetilbud, undersøkelses- og behandlingsformer

Utdyping

Første setning i den utdypende teksten som en «bør» formulering kan gi ett feilaktig inntrykk av at det ikke er hjemlet i lov at barn bør møtes i samsvar med deres alder og modenhet. Det bør være en «skal»-formulering.

Praktisk informasjon

Mange av disse gode rådene knyttet til tverrfaglighet, fleksibilitet, tilgjengelighet, individuell tilpasning og innsats knyttet til nettverk/familie kunne med fordel også vært nevnt under praktisk informasjon i råd 7: **Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet skal med utgangspunkt i brukerens/pasientens situasjon gi informasjon om hjelpen som tilbys, rettigheter og hvilke valgmuligheter som finnes.**

Det ville i større grad underbygget viktigheten av å følge opp pårørende til brukere er over 18 år, og i sårbare overganger mellom barn og voksen.

Begrunnelse

Ingen innspill

Råd 11:

Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør i dialog med bruker og pårørende, avklare forventninger, muligheter og ønsker knyttet til pårørendeinvolvering og samarbeid

Utdyping

Den utdypende teksten under dette er preget av for lite forpliktende formuleringer. Pårørende har en lovhjemlet rett til å bli hørt, og de har rett på generell informasjon. Svært mange «bør»-formuleringer i avsnittet gir et inntrykk av dette er et område med mindre forpliktende råd.

Praktisk informasjon

Ingen innspill

Begrunnelse

Det kunne også vært vist til forskningsprosjektet «Bedre Pårørendesamarbeid». Viktig funn i prosjektet var til at kunnskap om hva man kan informere pårørende om, var avgjørende for bedre samarbeid med pårørende, og ivaretagelse av disse.

Hvem gis ansvar for hva? Behov for tilpasninger i tjenestene og ev. konsekvenser for ressursbruk og tidsbesparelse?

NAPHAs erfaring er at det er langt frem til systematisk bruker- og pårørendemedvirkning i psykisk helse- og rustjenester.

Det er også stor usikkerhet rundt hva recovery og recoveryorienterte tjenester faktisk betyr, og hva det vil innebære av endringsarbeid og innovasjon.

Det er behov for mer gjennomgripende endringer, både i holdninger, verdier og kunnskap, i tillegg til endringer i organisering, finansiering, ledelse og samarbeid. Brukermedvirkning og recovery må bli en større del av tjenestenes «DNA». Medvirkning og samskaping må bli helt selvfølgelig, både i planlegging, gjennomføring og evaluering. Alle ansatte og ledere i psykisk helse- og rustjenestene må i større grad forpliktes til å involvere brukere og pårørende i planlegging og beslutningsprosesser. De nasjonale rådene kan bidra til det.

Mer samhandling, innbyggerinvolvering og samarbeid mellom tjenestenivå og aktører kan bidra til mer treffsikre og effektive tjenester. Det er behov for å styrke samarbeidet, både i helsetjenestene, og med frivillig sektor, lokalsamfunnet, og med brukermiljø- og organisasjoner. Et recoveryperspektiv innebærer et mer utstrakt samarbeid enn det som har vært vanlig til nå.

Det er samtidig viktig å være oppmerksomme på at recovery en del steder blir brukt for å begrunne nedskalering av tjenester, under dekke av at brukeren skal være mer i førersetet selv, og at mye av det som kan hjelpe kan befinne seg utenfor tjenesteapparatet.

Er det områder som ikke er dekket?

- Vi savner noen utdypende refleksjoner knyttet til juridiske, faglige dilemmaer og etiske dilemmaer. Det kunne gjort veilederen mer nyttig og relevant. Det er for eksempel mange juridiske dilemmaer knyttet til helsetjenestens og helsepersonells ansvar på den ene siden og pasient- og brukerrettigheter på den andre. Det er også mange diskusjoner og dilemmaer knyttet til recoveryperspektivet.
- Rådene gjelder «innen psykisk helse og rus». Dette kan være litt uklart og vanskelig å tolke. Hva betyr for eksempel «ledere innen psykisk helse og rus-tjenester», betyr dette også ledere for andre kommunale tjenester, som for eksempel skolehelsetjeneste og helsestasjon og flyktninghelsetjeneste? Det burde også vært presisert hvorvidt rådene gjelder for samarbeidende instanser som NAV, barnevern og fastleger. Disse har en nøkkelrolle i oppfølgingen av målgruppen.

Forslag til tiltak som kan bidra til implementering?

For å få til de nødvendige endringer er det behov for mer kompetanse, og mer helhetlig og samordnet innsats. I NAPHA har vi mye erfaring med implementering. Vår erfaring og oppsummert forskning viser at man lykkes best der man har en bred samlet innsats på mange nivå samtidig. Både helsemyndigheter, statsforvaltere, kompetansemiljø, tjenesteytere, bruker- og pårørendeorganisasjoner må gå i samme retning. Samtidig må det legges til rette arenaer hvor det er muligheter for samskaping og drøfting av dilemmaer, utfordringer og muligheter.

Implementeringsarbeidet må også ha en tydelig ledelsesforankring, det må settes av tid og arbeidet må prioriteres. Det må inngå som en del av virksomhetens strategi, retningslinjer og prosedyrer. Tjenestene må ha lett tilgang til en samordnet tjenestestøtte, i form av blant annet

råd/veiledning, opplæring og opplæringsmateriell, nettverk. Mye av dette kan også gjøres digitalt, noe som kan gjøre det lettere tilgjengelig over hele landet. Vi ser også at omstillingstilskudd bidrar positivt, og at det kan være en fordel at ett eller flere kompetansemiljø får et særlig ansvar for å koordinere implementeringsarbeidet.

Utover dette vil en stabil finansiering av brukerorganisasjonene, og tydelige råd om hvordan rammene knyttet til avlønning av brukerrepresentasjon bør være, være helt avgjørende. Det hjelper jo ikke hvor mange gode råd om medvirkning man har, hvis man ikke har noen som kan medvirke.

Erfaringskonsulenter kan være viktige pådrivere for implementering av rådene. Dette betinger imidlertid god ledelsesforankring, rolleavklaring og tydelig definerte funksjoner i ulike deler av tjenestene. Ny norsk forskning har fremhevet betydningen av erfaringskonsulenten i samproduksjonsroller for å forbedre, utvikle og innovere ([Peer Workers in Co-production and Co-creation in Mental Health and Substance Use Services: A Scoping Review | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research \(springer.com\)](#))

Andre forhold som kan bidra til implementeringen:

Recovery og brukermedvirkning bør være en sentral del av rammeplanene, både for grunnutdanninger og videreutdanning for helse- og sosialfaglig personell.

Helsefelleskapene kan styrkes som arenaer for brukermedvirkning i tjenesteutvikling.

Gode eksempler

Vi har vist til gode eksempler der det er relevant, under de ulike rådene.