

Några synpunkter på rehabiliteringsfrågan

Av statsrådet Rune B. Johansson, Stockholm

Följande artikel grundar sig på inrikesministerns anförande vid SVCK:s 50-årsjubileum nyligen. Med hänsyn till att de avsnitt av talet, som direkt berör organisationens traditionella arbetsuppgifter publiceras i annat sammanhang, har Socialmedicinsk tidskrift, efter benäget tillstånd av inrikesministern, beretts tillfälle delge läsekretsen hans synpunkter på rehabiliteringsfrågan i stort.

I centrum för all diskussion om de handikappades problem står rehabiliteringsfrågan. Rehabilitering av sjuka människor har naturligtvis funnits i någon form lika länge, som sjukvård och vanförevård har bedrivits här i landet. Inte minst har vanföreanstalterna ägnat ett betydande intresse åt denna fråga sedan lång tid tillbaka. Vad som hänt under de senaste decennierna är snarast, att man blivit alltmera medveten om att rehabiliteringsfrågan berör alla sjukvårdsområden liksom att den fått en viktig uppgift på socialvårdens område. Förenta Nationerna har definierat begreppet rehabilitering som "åtgärder för att återställa den handikappade till den största möjliga fysiska, mentala, sociala och ekonomiska kapacitet". I klartext betyder detta, att samhället måste försöka att så snart som möjligt återföra patienterna till ett normalt arbetsliv eller — om detta inte är möjligt — organisera sådant arbete, som även den som inte är fullt återställd kan klara på ett så tillfredställande sätt som möjligt.

Det är naturligtvis alldeles klart, att det ibland medför ganska besvärliga, organisatoriska problem att skapa en rehabiliteringsorganisation, som skall ha till uppgift att ta hand om sjukvårdsklientelet från olika vårdområden. De här svårigheterna underströks bl. a. vid ett av SVCK:s senaste årsmöten av docenten von Ro-

sen. Han påpekade att rehabiliteringen kommit att bli en allmänmedicinsk fråga på grund av de senaste årens socialmedicinska tänkande, och detta hade medfört, att frågan blivit mera komplicerad och också svårare att organisera. Läkarna har också hållit sig avvaktande, så länge man inte med bestämdhet vet, vilken organisationsform som är den bästa för ett så differentierat klientel, som finns på våra sjukhus. Bakgrunden till den livliga debatt som ägt rum i den här frågan under de senaste åren är givetvis den promemoria, som medicinalstyrelsen lade fram 1954 med riktlinjer för det framtida organisatoriska arbetet och där man bl. a. räknade med en särskild rehabiliteringsavdelning i varje landstingsområde. Läkarna ställer samtidigt krav på en rad olika sjukhusavdelningar för i stort sett samma klientel, t. ex. långtidsavdelningar, kronikeravdelningar, geriateravdelningar, eftervårdsavdelningar, konvalescentavdelningar och yrkesmedicinska avdelningar. Bland huvudmännen synes man understundom ha blivit konsternerade i organisationsfrågan, eftersom man här till stor del rör sig med samma slags patienter, vilket framgår bl. a. av en enkät, som SVCK gjorde förra året tillsammans med landstingsförbundet och stadsförbundet. Enkäten, som dels gällde utbyggnaden av de ortopediska klinikerna och dels planeringen av rehabiliteringskliniker gav klara besked i den första frågan men när det gällde rehabiliteringsklinikerna var svaren mycket svävande. Idet här sammanhanget vill jag emellertid fästa uppmärksamheten på ett par faktorer som måste med i bilden, när man bedömer huvudmännens insatser på rehabiliteringsområdet. Vid mitten av 50-talet förelåg sålunda ett betydande uppdämt behov av att bygga ut sjukvårdsresurserna på en hel rad områden, där planerna legat färdiga sedan länge men hindrats av bl. a. byggnadsregleringen. På senare år har ju

också medicinalstyrelsen varit tvungen att rekommendera huvudmännen en försiktigare utbyggnadstakt inte minst med hänsyn till sjukvårdens personalproblem.

Detta betyder emellertid inte, att man saknar rehabiliteringsmöjligheter ute på sjukhusen. Medicinalstyrelsen gjorde förra året en inventering av de personella och materiella resurser, som man förfogar över på det här området, och man fann då att ganska många sjukvårdsområden hade gjort betydelsefulla framsteg både i fråga om personal och utrustning. Rehabiliteringskliniker har sålunda inrättats i anslutning till kroppssjukvården i Stockholm, Borås, Danderyd, Västerås och vid epidemisjukhuset i Göteborg. Därtill kommer att det finns ganska långt avancerade planer vid ytterligare ett 10-tal lasarett runt om i landet. Inom den öppna vården finns det dessutom tillgång till sjukgymnastik, arbetsterapi, annan fysikalisk terapi, talpedagogik, funktionsprövning och psykoterapeutisk behandling.

Jag är emellertid väl medveten om den organisatoriska osäkerhet som ännu råder. Med hänsyn till den nu pågående debatten i rehabiliteringsfrågan vill jag emellertid gärna erinra om att medicinalstyrelsen i sina riktlinjer från 1954 uttryckligen slog fast, att lösningen på organisationsproblemet måste ske med hänsyn till klientlets art och omfattning och tillgången på vårdplatser för detta klientel på andra sjukhusavdelningar. Under de senare årens debatt har man diskuterat flera olika lösningar av organisationsproblemet. SVCK har t. ex. övervägt om man inte i stället för att utgå från en vårdavdelning som den idealiska rehabiliteringsenheten, i stället borde tänka sig en välutrustad serviceavdelning, som skulle kunna stå till förfogande för de olika specialiteterna och under viss kontroll av t. ex. chefen för ortopediska kliniken. Man har då också tänkt sig att behovet av vårdplatser i viss utsträckning kunde täckas av de övriga klinikerna, eventuellt kompletterade med t. ex. ett gästhem för behandling i öppen vård. Från läkarhåll har man också framfört förslag om en delvis annan lösning av organisationsproblemet. Jag är väl medveten om att läkarna och huvudmännen läg-

ger ner mycket arbete för att finna en så idealisk lösning som möjligt men vill understryka vikten av att man så snart som möjligt kommer fram till konkreta lösningar av rehabiliteringsfrågan, som för varje år som går får en allt mera central ställning i den moderna sjukvårdsdebatten.

I själva verket är rehabiliteringsfrågan av betydelse på nästan alla vårdområden. Inom socialmedicinen står det alltmera klart, att rehabiliteringen syftar till att utrota eller i vart fall begränsa följderna av vår kanske största folksjukdom, nämligen den passivitet och hjälplöshet, som följer av långvariga fysiska och psykiska sjukdomstillstånd. Nästan alla långvariga sjukdomar kan förr eller senare leda till en livslång psykisk invaliditet, om man inte redan vid sjuksängen sätter in en kraftig aktivisering av den enskilde patienten. Detta är naturligtvis i första hand ett humanitärt intresse men dessutom också en samhällsekonomisk fråga av så stora dimensioner, att rehabiliteringen måste få alla de resurser, som samhället har tillgång till. Vi möter det här problemet inte bara när det gäller de vanföra i traditionell bemärkelse utan också överallt inom sjukvården och socialvården. Naturligtvis gäller också här den gamla satsen att förmå patienten "att leva med sin sjukdom" men rehabiliteringen måste syfta betydligt längre: att föra patienten åter till sin gamla arbetsmiljö eller att skapa sådana arbetstillfällen, som patienten har förutsättningar för att klara och som han känner tillfredsställelse med. Jag vill i det här sammanhanget också understryka, att de handikappade har rätt att fordra av oss att få leva på samma materiella standard som andra människor. Jag är väl medveten om de svårigheter, som yrkesrehabiliteringen har att kämpa med, därför att resurserna för arbetsträning och skyddad verksamhet är långt ifrån tillräckliga. Arbetsmarknadsstyrelsen har flera gånger slagit larm i den här frågan och jag vill gärna understryka angelägenheten av att huvudmännen ägnar ett allvarligt intresse åt detta viktiga led i den kedja av åtgärder, som ingår i en effektiv rehabiliteringsorganisation.

Som bekant kom impulserna till den svenska rehabiliteringsorganisationen från några av de länder, som deltog i det senaste världskriget. Syftet med uppbyggandet av deras rehabiliteringsorganisationer var helt naturligt att så snabbt som möjligt återinpassa de krigsskadade i produktion. Detta innebar, att den del av rehabiliteringen, som starkast uppmärksammades givetvis var de fysiskt handikappades. Överförd på svenska förhållanden har denna inställning visat sig ensidig och har fått en del mindre lyckliga konsekvenser. Bl. a. har arbetsträningsinstituterna från början uppbyggts med sikte framför allt på träning av rent fysiskt handikappade. Betydelsen av att också de mentalt sjuka blir delaktiga i en fullständig rehabiliteringsorganisation framgår av en undersökning, som för några år sedan gjordes vid Statens arbetsklirik. Det visade sig då, att rent psykiskt handikap var av betydelse för mer än hälften av patienterna. Det har också visat sig, att betydelsen av en rationell rehabilitering har blivit allt större i och med att de terapeutiska resurserna har förbättrats i samband med den pågående upprustningen inom mentalsjukvården. Man har sålunda beräknat, att omkring 15 % av de patienter, som skrivs ut från mentalsjukhusen, är i starkt behov av arbetsvård. Detta problem måste därför ägnas betydligt större uppmärksamhet än tidigare inom en modern rehabiliteringsorganisation. Samma problem möter man också hos de tidigt hjärnskadade med motoriska rubbningar av olika slag, som ofta är förenade med större eller mindre psykiska rubbningar.

När det gäller våra nyaste mentalsjukhus — t. ex. Gullberna och Falbygdens sjukhus — vågar man nog säga, att dessa sjukhus har fått mycket bra resurser för terapi och rehabilitering. Men också när det gäller de gamla mentalsjukhusen har vi under de senaste åren lagt ned betydande summor på det här området. Inom mentalsjukvården har nya farmaka tillsammans med den socialmedicinska rehabiliteringen medfört så stora förändringar i fråga om beläggningssiffror, expektantlistor och utskrivningssiffror att

man har anledning att se framåt med en viss optimism.

Jag vill gärna ta ett enda exempel från ett av våra gamla, delvis renoverade sjukhus, nämligen Mariebergs sjukhus i Kristinehamn för att visa vad det går att åstadkomma på rehabiliteringsområdet med hjälp av en duktig och entusiastisk personal. Man har där inriktat sig på det svåra och som man förr trodde hopplöst passiva kroniska klientelet. Överläkaren på sjukhuset har i en artikel i Socialmedicinsk tidskrift berättat, att praktiskt taget alla kronikeravdelningar nu arbetar systematiskt och hårt för att åstadkomma ett verkligt dynamiskt terapiarbete. På de kvinnliga avdelningarna sköter patienterna bäddning, städning, disk och framdukning av maten och under en del av dagen håller man på med samma sorts sysselsättningsterapi som på kroppssjukhusen t. ex. arbete i lera, handarbete, metallslöjd osv. Man ägnar sig också åt trädgården och växthus och alla grupper deltar i gymnastik och utflykter. Fritiden organiseras av gruppssköterskor och då ägnar man sig åt t. ex. diskussion, högläsning och gitarrkurser. Bland de manliga patienterna arbetar man efter ungefär samma metod. Här ägnar man sig desutom åt fotboll, golf, tennis och allmän idrott. Studieverksamheten har fått en mycket värdefull hjälp av ABF, när det gäller undervisning i svenska, matematik och geografi under vinterhalvåret. De mest avancerade patienterna får arbeta individuellt på olika verkstäder och i trädgården. Man lägger också stor vikt vid patienternas rekreationsbehov genom täta besök inne i Kristinehamn, besök på nöjeställningar, idrottsevenemang, utflykter och resor. När det gäller bildningsterapien har man inte mindre än 31 studiecirklar igång, som berör t. ex. nutidsorientering, sociala frågor, språk, historia, geografi, matematik osv. Man har också kunnat använda industrierna i närheten för skyddad verksamhet, till dess att patienterna är mogna att ta steget fullt ut och lämna sjukhuset. Det finns också en konvalescentförening i närheten och där får man ackordsarbete från Bofors. *Ett* påtagligt bevis för framgången i det här arbetet är att många anhöriga ringer

till överläkaren och frågar, vad som egentligen har hänt, eftersom man börjat få brev från patienterna efter långa och många års fullständig tystnad.

Även inom neurologien växer rehabiliteringens betydelse för varje år. I anslutning till regionvårdspropositionen beslöt riksdagen i princip, att den neurologiska rehabiliteringsvården skall organiseras direkt i anslutning till de neurologiska vårdenheter. Utvecklingen har också under de gångna åren gått i den riktningen. Paraplegivården och annan neurologisk rehabilitering har koncentrerats till de neurologiska och neurokirurgiska vårdenheter. Så t. ex. har behandlingen av skallskadorna — som ju ökat oroväckande på grund av de många trafikolycksfallen — koncentrerats till de här avdelningarna. Glädjande nog kan man konstatera, att behandlingsresultaten varit mycket tillfredsställande. Docenten Olle Höök har för kort tid sedan framhållit, att inte mindre än omkring 95 % av de skallskadade har blivit så pass återställda, att de efter 8 veckor har kunnat återgå till sitt vanliga arbete. Man måste emellertid här ha klart för sig, att det rör sig om ett ganska begränsat materiel, eftersom vi ännu har alltför få vårdplatser på det här området, som ju inte bara eller ens huvudsakligen ägnar sig åt skallskadepatienter. Detta — tillsammans med det faktum att de neurologiska avdelningarna är mycket kostsamma — har medfört, att rehabiliteringstiden i allmänhet varit mycket kortvarig, och man kan därför ännu inte med säkerhet säga något om resultaten kommer att stå sig på längre sikt. På läkarhåll menar man därför, att man i framtiden organisatoriskt måste skilja mellan korttids- och långtidsrehabilitering.

När det t. ex. gäller hjärnblödningsfallen måste den starkt aktiva korttidsbehandlingen ofta följas upp genom mera långvariga rehabiliteringsåtgärder. Kärlsjukdomarna i hjärnan utgör en allt större del av de neurologiska fallen och detta sammanhänger givetvis med att antalet åldringar ökar kraftigt för varje år. 1970 beräknar man att vi har över 1.000.000 människor i åldern över 65 år. De här siffrorna visar klart

att vi måste se till att vi har tillräckligt med neurologiska vårdresurser på alla våra regionssjukhus. Situationen är f. n. den, att det finns neurologiska specialkliniker på 5 av 7 regionssjukhus och där finns också vissa resurser för korttidsrehabilitering. När det gäller långtidsvården har vi däremot ännu bara ganska provisoriska resurser. Avsikten är emellertid att varje regionsjukhus skall få tillräckliga vårdresurser för långtidsrehabilitering. För dessa avdelningar bör det emellertid vara möjligt — framför allt i ett senare skede av behandlingen — att i stor utsträckning repliera på övriga rehabiliteringsinstanser, t. ex. arbetsträningsverkstad, arbets-klinik, skyddad och halvskyddad sysselsättning, osv.

I det här sammanhanget vill jag emellertid understryka, att samhällets skyldigheter i många fall inte får anses vara avslutade i och med att patienterna fått del av rehabiliteringens resurser. Det kommer alltid att finnas en restgrupp, som behöver samhällets stöd också i fortsättningen. Detta gäller inte minst invalidpensionärerna. Nyligen har man i Göteborg gjort en utredning om de problem, som här möter. Visserligen har undersökningen begränsats till det neurologiska klientelet, som endast utgör $\frac{1}{6}$ av samtliga 6.300 invalidpensionärer i Göteborg, men det finnes all anledning att antaga att också övriga invalidpensionärer har i stort sett samma problem. Den här undersökningen visar, att invalidpensionärerna nästan genomgående bor i mindre och sämre lägenheter än andra pensionärer och bara 3 % hade tillgång till särskilda invalidlägenheter.

Det visade sig också, att ett oroande stort antal inte hade någon möjlighet att kunna komma in i eller ut ur sin bostad utan hjälp. Det fanns bland dessa en ganska stor grupp, som praktiskt taget aldrig kom ut trots att de inte var sängliggande. Dessutom visade undersökningen, att det föreligger ett oerhört stort hjälpbehov inom hemmet. Detta gäller nästan alla de vanliga sysslorna, t. ex. hjälp med klädsel, matlagning, tvättning, städning, inköp, osv. Sammanfattningsvis konstaterar utredningen, att det inte finns några hjälpanordningar över huvud taget i trappupp-

gångarna eller lämpliga dörrar och trösklar till lägenheten, wc och källare. Inne i lägenheterna finns det bara i undantagsfall några tekniska hjälpmedel för det dagliga livets behov. Detta har fört med sig, att invaliderna i stor utsträckning kommit in i en likgiltighet och passivitet, som både är djupt oroande och ovärdigt ett välfärdssamhälle.

Huvudmålet måste vara, att både invaliden och åldringen skall kunna leva ett aktivt liv i samhällsgemenskapen. Därför är det nödvändigt, att rehabiliteringsarbetet i större utsträckning än förr måste knyta till sig olika slags experter, som inte i traditionell mening hör hemma bland den egentliga vårdpersonalen. Samhällsplanerare, arkitekter och tekniker av olika slag kommer med all säkerhet att få betydligt större uppgifter än nu inom invalidvården. Detta gäller inte minst utformningen av offentliga byggnader och planeringen av nya stadsdelar så att möjligheterna ökas för de rörelsehindrade att delta i vardagslivet. Det är glädjande, att SVCK just i anslutning till jubileet har kunnat lägga fram en grundlig studie om ett av våra moderna förortssamhällen, Högdalen. Här får man en klar bild av hur trottoarer, butiker och samlingslokaler bör vara utformade för att de handikappade och åldringarna skall kunna leva på ett normalt sätt i den miljö, där de är bosatta.

Som jag förut nämnde är det ju så, att rehabiliteringsfrågan under de senaste åren har kommit in i bilden på praktiskt alla vård- och yrkesområden. Detta gäller t. ex. också näringslivet, där rehabiliteringsfrågorna har kommit att bli en av industriläkarnas viktigaste arbetsuppgifter. Den återinpassning av sjuka och skadade i arbetslivet, som man nu ägnar ett glädjande stort intresse, är utan tvivel ett av de väsentligaste komplementen till den lasaretsanslutna och sociala rehabiliteringen. T. ex. vid Asea, Svenska metallverken, SKF och Monark i Varberg har man gjort betydande insatser på det här området. För en kort tid sedan har också Cellulosa-bolaget i Sundsvall öppnat en ryggklinik för sina skogsarbetare.

Om man ser på riks försäkringsanstaltens sta-

tistik är det ju tyvärr så, att de invalidiserande yrkesolycksfallen fortfarande håller sig över 2.000 per år. Vid sidan av de vanliga olycksfallen har det emellertid här tillkommit en ny komponent, dvs. det som man inom yrkesskadeförsäkringen brukar kalla färdolycksfall och som drabbar de anställda i direkt samband med arbetsutövningen. Man finner då, att sådana trafikolycksfall, som medfört invaliditet, ökar för varje år och nu uppgår till omkring 18 % av alla olycksfall i arbete. Tyvärr är det också så, att dessa olycksfall är betydligt svårare än andra olycksfall på arbetsplatsen och medför större invaliditet än dessa.

Det är mycket glädjande ur samhällets synpunkt, att ett stort antal företag — trots att vi ännu inte har tillräckligt med industriläkare — har gjort stora ansträngningar för att ordna konvalescentarbete åt sin personal inom den ordinarie arbetsmiljön.

En hel del företag har också ordnat särskilda verkstäder för arbetsträning och för svårt handikappade, som inte längre kan placeras i den ordinarie produktionen. I stället har man till dessa verkstäder förlagt sådana delar av produktionen, som inte är fysiskt ansträngande och som i stor utsträckning kan utföras sittande och helt individuellt. — I början av konvalescentarbetet har man funnit, att det ofta är motiverat med halv sjukskrivning och ofta accepterar sjukassorna detta, eftersom man från det hållet betraktar verksamheten som arbetsterapi. När det gäller de verkligt svårt handikappade är det naturligtvis en ovärderlig tillgång, att man har ordnat skyddad verksamhet inom industrien, eftersom både stat och kommun på detta sätt befrias från en ekonomiskt betungande socialvård och invalidbidrag. I den industriella rehabiliteringen ingår också som en viktig beståndsdel omplaceringar av personalen allt efter förändringar i hälsotillstånd och arbetsförmåga. Här måste det naturligtvis förekomma ett intimt samarbete mellan industriläkaren och arbetsbefälet och enligt dr Mindus vid Sandvikens järnverk ser man här många gånger prov på en glädjande uppfinnings-

rikedom hos arbetsledare och förmän, när det gäller att hitta lämpliga sysselsättningar.

I detta sammanhang vill jag också nämna, att socialministern har fått bemyndigande att till-sätta en utredning om yrkesskadeförsäkringen. I direktiven ifrågasätter han om det är klokt att bevilja livräntor från yrkesskadeförsäkringen redan vid en 10-procentig invaliditet. I stället understryker socialministern nödvändigheten av att ägna rehabiliteringsfrågorna större uppmärksamhet och dessutom bör det vara möjligt att bygga ut rehabiliteringsresurserna betydligt mer än nu, eftersom en fullgod rehabiliteringsorganisation både är en skyldighet mot den enskilde och till fördel för hela samhället på lång sikt.

Bland de många sjukvårds- och socialvårds-områden, där rehabiliteringen f. n. har väldiga arbetsuppgifter, är det ett som kanske kommit litet i skymundan i den allmänna debatten, nämligen den socialläkarverksamhet som bedrivs framför allt i våra större städer. Jag har tagit del av de verksamhetsberättelser, som lämnats av socialläkarna i Stockholm under de senaste åren. Jag har då lagt märke till, att utredningar om arbetsförmåga och ifrågasatta arbetsvårdande åtgärder alltid intagit den främsta platsen i socialläkarverksamheten. Ungefär hälften av klientelet är emellertid kroppsligt friska och bland de somatiska åkommorna dominerar rörelseapparatusens sjukdomar, i första hand ryggskador. Flertalet hör till gruppen ålders- och arbetsförslitna ryggar men det finns också en ganska stor grupp rygginsufficienser, där man inte kan hitta varken röntgenologiska eller neurologiska symptom. Erfarenheten visar, att dessa s. k. "psykiska ryggar" ofta har en psykiatrisk bakgrund, som det är utomordentligt svårt att kartlägga. Därför har socialläkarna varit tvungna att ägna ungefär halva sin tid åt mentalvårdsdispensärverksamhet. Man gör detta av både humanitära och samhälls-ekonomiska skäl. Om en enda patient genom intensiv dispensärverksamhet kan hållas utanför mentalsjukhusen betyder detta krasst räknat, att man på ett enda år sparar omkring 20.000 kronor för det allmänna. Och förebyggandet av psy-

kisk invaliditet för en 30-årig familjeförsörjare medför en besparing av inte mindre än 100.000 kronor genom uteblivna pensioner och understöd åt familjen. Socialläkarverksamheten är därför utomordentligt lönande för samhället och ur humanitär synpunkt måste man beteckna verksamheten som omistlig. Jag tror därför, att det är mycket angeläget att bygga ut mentalvårdsdispensärerna, inte minst därför att socialläkarna är de enda läkare, som f. n. arbetar med att aktivt efterforska och uppsöka de psykiskt sjuka, vilket naturligtvis är av den allra största betydelse, när det gäller att sätta in lämpliga rehabiliteringsåtgärder så tidigt som möjligt.

I socialläkarnas arbetsuppgifter ingår givetvis också att få till stånd ett effektivt samarbete med arbetsvårdens olika organ. Socialläkarnas verksamhetsberättelser vittnar emellertid på ett markant sätt den brist på skyddade arbetsplatser som jag förut har berört. Huvudparten av de fysiskt och psykiskt handikappade är i dag hänvisade till passivitet, sjukpenning eller socialhjälp. Här ligger otvivelaktigt en av kärnpunkterna när det gäller att bygga upp en effektiv rehabiliteringsorganisation. På det här området behövs det utan varje tvekan ordentliga krafttag, i all synnerhet som socialläkarna går så långt som att säga att omkring 90 % av hela socialvårdsklientelet skulle ha stor nytta av att få en lämplig sysselsättning under den tid, som de inte kan ge sig ut på den öppna arbetsmarknaden.

Andra vårdområden, inom vilka rehabiliteringsorganisationen har viktiga uppgifter att fylla, är t. ex. åldringsvården, vården av de långvarigt sjuka och inom den sociala hemhjälp. Viktiga är också personalfrågorna. På den punkten vill jag erinra om att utbildningsfrågan för arbetsterapeuter och sjukgymnaster f. n. håller på att utredas. En ytterligare ökning av utbildningskapaciteten betraktar jag personligen som en förutsättning för att vi skall kunna bygga upp en rehabiliteringsorganisation, som motsvarar de krav som vi i dag måste ställa på en modern och effektiv organisation.