

Bostad — hälsa¹⁾

En bostadshygienisk och socialmedicinsk undersökning

Av docent *A. Otterland* och andre stadsläkare *T. Andén*, Göteborg

Undersökningens bakgrund

Bostadssituationen i Sverige, särskilt vad gäller hyresbostäder, har inte alltid varit så bristpräglad som för närvarande. Så sent som under senaste kriget förelåg inga svårigheter att i vårt land finna hyreslediga lägenheter. Situationen i bostadshygieniskt avseende under de åren var trots detta inte den bästa. I stället för att byta bostad kvarbodde befolkningen som regel i de lägenheter de hade, även om dessa många gånger var sanitärt undermåliga och ej sällan överbefolkade. Orsaken till detta kvarboende kan sökas i den allmänna osäkerheten under kriget och också i det allmänna ekonomiska läget, vilket ej tillät den enskildes resurser de merkostnader, som större och bättre bostäder innebar.

Denna situation på bostadsmarknaden förbyttes radikalt efter kriget. Efterfrågan på bostäder blev större än tillgången. Detta hade sin grund i ett allt tryggare ekonomiskt läge i samhället med allmän inkomststegring. Giftermålsfrekvensen och hushållskvoterna för ogifta ökade. Samtidigt skedde också en ändring i bostadspolitiken. En relativ hyressänkning blev alltmer skönjbar. Före kriget planerad byggnation kom igång och en rad nya bostadsprojekt startades. Trots en intensiv byggnadsproduktion vidgades svalt mellan efterfrågan och tillgång på bostäder i vårt land allt mera till mot slutet av 40-talet och början av 50-talet, då den svåra och grannliga problemsituationen på bostadsområdet, som ännu består, uppstod. Detta svalg ökar ytterligare, om målsättningen för dagens bostadspolitik i Sverige, vilken innebär en minimibostadsstorlek från boendesynpunkt motsvarande 0,75 personenheter per rumsenhet, skall fullföljas. En annan faktor av betydelse för städernas och särskilt

storstädernas bostadsbrist är att söka i urbaniseringen. Denna utveckling har skapat jämförbara problem i hela västerlandet. Storleksordningen av den omformning av samhället, som här håller på att ske, är möjlig att överblicka först mot bakgrunden av det stora antal lägenheter, som under senaste årtiondet färdigställts.

Antalet färdigställda lägenheter per år utgjorde före senaste världskriget ca 60.000. Byggnationen sjönk väsentligt de första krigsåren, men redan under kriget kom den relativt kraftigt igång igen så att år 1943 inte mindre än ca 40.000 nya bostäder byggdes, 1945 var denna siffra ca 50.000 och 1946—47 bortemot 60.000 per år. Därefter gick byggnationen tillbaka så att under åren 1949—52 årligen omkring 40.000 nya lägenheter tillkom. En tendens till ökning av färdigställda lägenheter per år antydde dock redan 1952—53. Kurvan har alltsedan dess i stort sett gått uppåt. Under år 1960 tillkom t. ex. genom nybyggnader 18.823 hus med minst 1 bostadslägenhet. Antalet lägenheter i dessa hus var 68.293. 1958 var motsvarande siffror 15.100 och 62.225.

När det gäller lägenheternas procentuella fördelning efter storlek är smålägenheterna de mest karakteristiska. 1-rums och 2-rums lägenheter har dominerat bostadsbilden allt ifrån tiden för första världskriget. Den nya byggnationen har till en del sökt förbättra detta läge, men fortfarande byggs tydligenvis allt för många smålägenheter.

Under senaste 10-årsperioden har bostadsstandarden i landet som en följd av byggnationen till en del förbättrats. Fortfarande saknar dock mer än $\frac{2}{3}$ av landsbygdens och i runt tal $\frac{1}{3}$ av tätorternas bostäder centralvärme. Övervägande antalet lägenheter på landsbygden saknar också wc och badrum och drygt $\frac{1}{2}$ vatten

¹⁾ Från: Socialmedicinska institutionen, Göteborgs universitet, och Hälsovårdsnämnden, Göteborg.

och avlopp. För tätorterna finnes också fortfarande en rad helt omoderna lägenheter, framför allt lägenheter, som saknar badrum.

I Sverige fick i denna bostadssituation med växande bostadsköer den kommunala bostadsförmedlingen en väsentlig arbetsuppgift. Bostadsförmedlingen överhopades också mycket snart med arbete.

I den skärpta kampen om bostäder var det naturligtvis vissa grupper i samhället, t. ex. sjuka och handikappade, för vilka det kunde göras gällande, att deras bostadsbehov var mera trängande än andras. Om en sökande vid bostadsförmedlingen anförde sjuklighet som speciellt skäl till förtur i bostadskön, önskade tjänstemännen där, att vederbörande skulle styrka detta sitt krav med läkarintyg. I andra fall hade den bostadssökande redan vid ansökan införskaffat läkarintyg och i ytterligare andra fall utgick sådana initiativ från den sjukes läkare.

Hur stor hänsyn till dessa läkarintyg, som tjänstemännen vid bostadsförmedlingen skulle ta, blev efter hand som intygen ökade i antal en allt mer delikat fråga. I denna situation uppstod vid bostadsförmedlingen det läget, att tjänstemännen icke hade någon möjlighet att bland mängden av intyg — de bostadssökande refererade ofta även till andra intyg än läkarintyg — gradera värdet av läkarintygen.

I den ovan skisserade situationen var det naturligt för bostadsförmedlingen att träffa någon form av överenskommelse om hjälp med bedömningar av läkarintygen med en instans, som hade tillgång till såväl medicinsk som bostadshygienisk sakkunskap. I Göteborg uppdrog stadsfullmäktige i november 1955 åt stadens hälsovårdsnämnd att bedöma dessa intyg och efter särskild genomgång av vid uppdraget överlämnade aktuella hithörande ärenden började från 1 januari 1956 en mera systematisk bedömning av läkarintygen avsedd att genomföras mot bakgrunden av dessa bostadssökandes bostadssituationer och efter besiktning av bostäderna av hälsovårdsnämndens bostadsinspektion.

Redan tidigare under år 1955 hade bostadsförmedlingen hänvänt sig till Göteborgs läkar-

förening med framställning om att föreningen måtte medverka till att läkarna vid intygsskrivande i de fall, där hälsoskäl kunde uppgivas som motiv för erhållande av ny bostad, använde ett enhetligare system. De intyg, som läkarna utfärdade var ej sällan formulerade på ett allt för vagt eller allt för varierande sätt. Ofta saknades uppgifter, som var av väsentlig betydelse för bedömningen. Som exempel kan påpekas, att många intyg endast innehöll ett bestyrkande att vederbörande behövde bostad utan uppgift om arten och svårighetsgraden av den bostadssökandes sjukdom. Ett förslag om intygsblankett utarbetad vid bostadsförmedlingen granskades och godkändes av läkarföreningens styrelse. Eventuella förbättringar och ändringar avsåg påföras i en senare upplaga. Vid hälsovårdsnämnden kom detta intyg i princip att fastställas. Om detta intyg användes av de intygsskrivande läkarna räknade man med att detta väsentligt skulle underlätta hälsovårdsnämndens arbete. Ett så långt som möjligt ifyllt intygsformulär skulle bland annat kunna ge hälsovårdsnämndens bostadsinspektion motivering för hembesök utöver den stadseenligt rutinmässiga och i viss mån efter-satta bostadsinspektionen. Sådana inspektioner på ort och ställe skulle naturligen göra det lättare för bedömarna att ställa hälsoskäl i relation till bostadsförhållandena på ett systematiskt sätt. Intygsformuläret trycktes och distribuerades sedan genom hälsovårdsnämndens försorg till göteborgsläkarna och deras arbetsplatser. (Fig. 1.)

När ett läkarintyg av detta slag utfärdats överlämnas det till bostadsförmedlingen. Från bostadsförmedlingen sändes intygen kontinuerligt till hälsovårdsnämnden. Vid en preliminär bedömning, varvid vissa ärenden framstår som möjliga att behandlas direkt med stöd av läkarintyget, utsorteras de ärenden, som kräver en särskild bostadsinspektion. Vid sådana inspektioner sker en omfattande granskning av bostaden med hänsyn till alla tänkbara bostadshygieniska faktorer såsom bostadens storlek, våningsplan, typ av byggnad, uppvärmningsanordning, tillgång till klosett, vatten och avlopp, bad-

Bost. förm. nr
Ifylles om möjligt

Läkarintyg till bostadsförmedlingen

1. Den sjukes namn född den
Adress

2. Uppgifter inhämtade av den sjuke:

Bostadens storlek rum och kök våningsplan hiss? backe vid huset?
Finns wc? värmeledning? bad? I lägenheten bor personer, därunder barn under 16 år.

3. Är bostadsbehovet väsentligen föranlett av **allmänhygieniska** skäl, gällande inte bara den sjuke utan även friska personer i bostaden (om denna fråga besvaras jakande, behöver punkt 4 endast i undantagsfall fyllas i)?
Är hithörande upplysningar för bedömning av angelägenhetsgraden grundade på läkarens iakttagelser?
på den sjukes uppgifter? Vilka allmänhygieniska skäl åberopas? Kyla? Drag?
Fukt? Dålig dager? Buller? Dålig lukt? Trångboddhet? Smittfara?
Övriga skäl?

4. Är bostadsbehovet föranlett av **terapeutiska** skäl med giltighet främst för den sjuke, d. v. s. visar medicinsk erfarenhet, att ändrade bostadsförhållanden torde väsentligt förbättra tillståndet eller förhindra försämring i
fall vid sjukdom av föreliggande social-medicinsk typ?
Vilken är den sjukdom (svensk diagnos) som föranleder behovet av ändrade bostadsförhållanden?
.....
.....
Vilka symtom fordrar särskilt hänsynstagande?
.....
Hur bör bostaden vara beskaffad med hänsyn till nyssnämnda symtom?
.....
.....

5. Särskilda synpunkter
.....
.....
.....

Göteborg den 19

Leg. läkare

Tel. till läkaren

Fig. 2

		Namn		född d.		Yrke	
1	ANTAL BOENDE	BOENDE:					
2							
3							
4							
5							
6	BYGGNAD						
7							
8							
9							
10							
11	BYGGNAD	FASTIGHETEN.		villor - hyreshus		tvärlängor - byggnader - söknas	
12		Stenhus - landskövingshus - trähus					
13		Avstånd t. off. kommunikation ca m		avstånd		livsmedelsaffär ca m	
14		Läge: intill starkt trafikerad gata - järnväg - störande spårväg - störande industri - lugn stadsdel					
15		backe - trappor -					
16	BYGGNAD	Övriga upplysningar:				Kontakt BF.	
17							
18							
19							
20							
21	BYGGNAD	BOSTADSHYGIENISK UTREDNING utförd d. / av:					
22		KVARBOR:					
23		FLYTTAT till:					
24							
25							

EPTATYNYC **SOHO** FÖRÖJUCES **ESSELVE SYSTEM** 021168

a	b	c	d	e	f	g	h	A	B	C	Ö	fukt	drag	dålig	stör.	över-	olämpl.	utdämd	barn-	spec.
SUKDOMSGRUPP								ANGELÄGENHETSGRAD				MISSFÖRHÅLLANDEN								
MEDICINSKA SKÅL F. BYTE svaga C medelstarka B starka, med hänsyn t. A								BOSTADEN utan väs. anm. mindre lämpl. hälsovådlig p. gr. av				Läkariyetget utställ den / 19 för: född d. Adress:				NR: år lista löp. RF:s NR INK. HN den: EXP. den: ERHÅLLIT ANNAN BOSTAD				LÄGENHETSTYP 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
Läkare: rum, kök, kokvrå, kokskåp. Yta (m ²): Takhöjd m. allmänhyg. skäl åberopar Uppvärmning: cv-spis-kakelugn-kamin-el-kamin-fotogenelement								Diagnos: Bekvämligheter: valten , avlopp , varmvallen, eget badrum, tillgång t. badrum, duschrum, eget wc, å svala, tc å gård, hiss Fukt Kyla genom				Spec. symtom Dålig dager i Solbelysning i rum Störande ljud fr. Överbefolkning m ² /person personer/rumsenhet				Övriga upplysn. Övriga upplysn.:				
												Bostadsbehov anmält av BI till BF den / 19								

och tvättmöjligheter samt objektiv mätning av sanitära olägenheter såsom fukt, drag, kyla, dålig dager, störande ljud. Samtidigt antecknas antalet boende med födelseår för bedömning av ev. överbefolkning. När denna inspektion är genomförd sker vid en panel mellan inspektörer och hälsovårdsnämndens läkare en slutlig socialmedicinsk bedömning av den sökandes bostadssituation. I många fall tar dessförinnan för kompletterande upplysningar hälsovårdsnämndens läkare kontakt med den intygsskrivande läkaren, som i regel känner till patienten. I samband med den socialmedicinska bedömningen genomföres en inbördes gradering av bostadsbehovet hos dessa bostadssökande efter 3 behovsgraderingar: Antingen starka, medelstarka eller svaga skäl för bostadsbyte eller erhållande av bostad kan i det enskilda fallet i denna inbördes gradering bedömas föreligga. Är patientens bostadsbehov med hänsyn till föreliggande sjukdom synnerligen akut påsättes handlingarna förutom behovsgraderingen en stämpel med ordet *trängande*. Graderingen sker efter en särskild code. Data från såväl läkarintyget, bostadsinspektionen som från hela bedömningsteamets arbete införes på särskilda hålkort. (Fig. 2.)

En placering av de sökandes bostads- eller bostadsbytesbehov i en inbördes rangordning, vilket i den nuvarande bostadssituationen realiter anses vara nödvändig, blir emellertid, även om bostadsbehovet som sådant är starkt och klart medicinskt styrkt, en mycket grannlaga avvägningsuppgift. I en persons önskemål om en ny bostad finns det många faktorer, som inte omedelbart kan objektiviseras. Hälsovårdsnämndens instrument kan inte alltid mäta av den bostadssökande angivet buller, drag, fukt, osv. En lägenhet kan även vara andligt trångbodd även om måtten och rumsenheter är acceptabla rent tekniskt sett. Solen kan skymmas av lummiga träd, träd, som från andra fönster är det vackraste som finns på den gatan.

Följande exempel på förhållanden, till vilka hänsyn i vissa fall måste tagas vid bedömningen kan anföras.

Tillgång till lämplig lekplats för barn kan

ibland vara helt avgörande för att en erbjuden bostad skall kunna accepteras.

En lägenhet behöver ej vara överbefolkad för dagen men skulle de utackorderade barnen tagas hem eller nya barn komma, blir den det. Siffrorna beträffande trångboddhet vid bedömningarna blir på så sätt i viss mån minimisiffror.

En del personer behöver ny miljö för att komma ifrån kvartergången. Detta kan gälla både den spritande maken eller den sig kriminaliserande sonen.

I andra fall måste hänsyn tagas till uppkommen grannosämja och andra subjektiva upplevelser såsom känsla av skvaller och förföljelse t. ex. hos en ensamstående moder.

Tragiska personliga upplevelser i en lägenhet eller i en stadsdel kan vidare motivera bostadsbyte. En maka, som t. ex. blivit ensam efter att vid en olyckshändelse i kvarteret ha förlorat sin man, bedömdes vara i starkt behov av att snarast komma in i en ny bostadsmiljö.

Även mera kollektivt kan ibland storleksordningen av ett bostadsbytesbehov uppfattas olika, såsom i olika delar av staden. I vissa stadsdelar är hyresgästerna "kroniskt" missnöjda med bostadsförhållandena under det att något missnöje — om det finns — icke på samma sätt framträder i andra bostadsstandardmässigt likvärdiga områden. Sociologiska undersökningar från Göteborg genomförda av *Eva Karsten-Carlsson* år 1949 stödjer denna uppfattning. Undersökningarna påvisade dock tydligt, att det starkaste missnöjet med bostadsförhållandena framträdde hos befolkningen i de standardmässigt sämsta områdena. I en stadsdel med övervägande landshövdinge- och trähus (Haga, Göteborg), där närmare $\frac{3}{4}$ av de boende var hänvisade till klosett på gården, var 84 % missnöjda och sökte i 31 % annan bostad. (Landshövdingehus är en vedertagen beteckning för de typiska 3-vånings göteborgshus, där i första planet sten använts som byggnadsmaterial och i övriga 2 våningar använts trä. Husen tillkom kring sekelskiftet som en kompromiss av en bestämmelse, som innebar att trähus endast fick byggas 2 våningar höga.)

Liknande undersökningar hade tidigare ge-

nomförts av göteborgsarkitekten *U. Åhrén* (1949). Denne påvisade, att det även kan framträda missnöje i nya stadsdelar. Från det nya Johannebergsområdet i Göteborg framförde många av hyresgästerna klagomål. Teoretiskt sett borde detta inte ha inträffat, och man ifrågasatte till en början det berättigade i klagomålen. Åhrén visade emellertid efter inspektion av lägenheterna och samtidig granskning av byggnadsritningarna, att de klagandes synpunkter ofta var klart berättigade.

Hos tätortsbefolkningen i flerfamiljshusen framträder ej sällan förhoppningen om att en gång kunna flytta till enfamiljsvillan i förorts-kvarteret. (*Karsten-Carlsson* 1958.) Stadsplanechefen i Göteborg *T. William-Ohlsson*, framförde redan vid bostadskonferensen i Göteborg 1949, att det icke var möjligt för majoriteten av stadsbefolkningen att bygga egna hem. Vid den tiden uppgick antalet boende i egna hem i Göteborg till ca 13 % och som ett mål som betecknades som utopiskt hade 20 % uppställts.

Övervägande delen av stadsinvånarna bebor smålägenheter i flerfamiljshus, vilket framgår av följande fördelning hämtad ur *Bostadsräkningen i Göteborg 1955*:

Enfamiljshus	9,6 %
Tvåfamiljshus	6,2 %
Flerfamiljshus	83,4 %
Andra hus	0,8 %

Beträffande lägenhetskategorier var fördelningen i Göteborg 1955:

1 kök, 1 rum, 1 rum och kök	32,7 %
2 rum och kök	37,7 %
3 rum och kök	16,8 %
4 rum och kök och större	12,0 %

79,8 % av bostäderna hade centralvärme, 73,6 % eget wc, 56,8 % eget badrum och 9,2 % gemensamt badrum. Av samtliga göteborgare var flera trångbodda 1945 än 1950 och 1955. Procentuellt fördelar sig trångboddheten de åren om med trångboddhet förstås ej mera än 2 boende per boningsrum exklusive kök (ungefär = minibostadsstandard) enligt följande:

1945	38,1 %	1955	25,5 %
1950	31,9 %		

I ca 25 % av hälsovårdsnämndens i Göteborg besiktningar av bostäder anmälda för sanitär olägenhet påträffades sådan av påtalbar storleksordning.

Enligt *Roos* (1955) bodde av 610 göteborgare som fyllt 67 år

43,6 % i stenhus
45,4 % i landshövdingehus
11,0 % i trähus

Av genomsnittsgöteborgaren bodde

1945	35,6 % i stenhus
	41,6 % i landshövdingehus
	22,8 % i trähus
	2,3 % i hus av andra material
och 1955	46,4 % i stenhus
	29,8 % i landshövdingehus
	21,2 % i trähus

Dock bodde och bor vissa samhällskategorier i mindre eller sämre lägenheter än genomsnittsbefolkningen. Detta påvisades beträffande ålderspensionärer av *Roos* (1953) och beträffande en kategori som betecknades som störande grannar, huvudsakligen mentalsjuka, av *Otterland* (1960). 49,4 % i ett neurologiskt pensionsklientel (459 fall) i Göteborg bodde 1961 i 1-rumslägenheter (*Fällström & Otterland* 1961). Dessa konstateranden gör att saneringsfrågan, frågan om slumclearance, är en angelägen socialmedicinsk fråga. I *Statens offentliga utredningar i Sverige 1954: 31, Saneringsfrågan*, påvisas också att inemot 40 % av alla bostadslägenheter i tätorterna bestod av 1 rum och kök och att 30 % saknade centralvärme och 35 % saknade wc.

Ytterligare undersökningar om stadsplanering och om stadens sociologi har i Sverige framlagts av flera författare bland andra *Dahlström* (1951), *Holm* (1956) *Holm & Holm* (1958), *Paulsson* (1958), *Boalt & Holm* (1959) och *Spaak* (1961).

Starka motiveringar för omfattande omprövning av bostadsfrågan baserad på bland annat bostadsmiljöstudier har därvid framförts. Då bostadsbristen i Sverige sannolikt inom en överskådlig framtid kommer att lätta, uppträder frågan: Hur och var vill man bo? Det är då viktigt att de företag, som bygger och förvaltar bo-

Läkarintygsgärenden översända från bostadsförmedlingen i Göteborg till hälsovårdsnämnden i Göteborg åren 1956—60 fördelade på hälsovårdsnämndens bedömning av dessa efter angelägenhetsgrad i avseende på flyttnings- eller bostadsbehov för de sökande.

År	Bedömning										
	Starka, trängande skäl		Starka skäl		Medelstarka skäl		Svaga skäl		Ej bedömda		Samtliga
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
1956	10	0,8	467	36,5	509	39,8	202	15,8	90	7,0	1278
1957	38	3,3	457	39,7	385	33,5	184	16,0	86	7,5	1150
1958	21	1,9	592	53,1	322	28,9	133	11,9	47	4,2	1115
1959	1	—	426	38,7	418	38,0	191	17,3	65	5,9	1101
1960	2	—	672	52,6	490	38,3	59	4,6	55	4,3	1278

städer får fram prognoser för sådana tendenser. Vilka tendenser och vilka bostadsområden blir mest eftersökta?

Undersökningsmaterialet

Sedan 1956 ingår sålunda i uppgifterna för hälsovårdsnämnden i Göteborg att bedöma den medicinska angelägenhetsgraden för erhållande av bostad eller bostadsbyte för sådana bostads-sökande, som vid den kommunala bostadsförmedlingen styrkt sin ansökan med läkarintyg. I tabell 1 redovisas dessa ärenden för åren 1956—60 fördelade på de angelägenhetsgrader de i bedömningshänseende fått.

Under de år, som hälsovårdsnämnden haft denna arbetsuppgift på sitt program, har tendensen vad gäller bedömningarna av de årligen ca 1200 hithörande ärendena pendlat så, att i mellan 35—50 % av dessa starka socialmedicinska skäl för bostadsbyte eller erhållande av ny bostad framkommit. I 30—40 % har skälen graderats som medelstarka och i 10—15 % såsom svaga. I ett fåtal fall årligen har vid bedömningen så starka skäl för bostadsbyte eller erhållande av bostad framkommit, att bostadsbehovet betecknats som trängande. Sådana ärenden har t. ex. gällt depression och bostadslöshet vid graviditet, lung-tbc hos inneboende i barnfamilj, svår invaliditet i vräkningssituation, behandlingssvårigheter för rehabiliteringsfall, utskrivningssvårigheter från långtidsvård på sjukhus. År för år har 4—6 % av läkarintygen återgått till bostadsför-

medlingen utan bedömning. I de flesta av dessa fall var uppgifterna ofullständiga eller innehöll meddelande om att bostad snart kunde erhållas eller redan erhållits. Antalet ärenden vid vilka bostadsinspektion skett ökade raskt de första åren för att sedan årligen omfatta ca 80 % av de remitterade ärendena eller praktiskt taget samtliga fall där bostadsinspektion varit motiverad.

År 1958 ligger mitt i perioden av de 5 åren, som hälsovårdsnämnden nu systematiskt sysslat med dessa ärenden. Man kan då hävda att från starten 1956 fram till 1958 erfarenheter vunnits så att arbetet under år 1958 förlöpte efter en inarbetad metod. Vidare har nu minst 2 år och i vissa fall 3 år hunnit passera sedan dessa läkarintyg bedömdes och återsändes till bostadsförmedlingen. År 1958 kan därför betecknas som det mest ägnade året för närvarande om en efterundersökning av detta hälsovårdsnämndens arbete skulle genomföras.

År 1958 överlämnades till hälsovårdsnämnden i Göteborg från den kommunala bostadsförmedlingen i staden 1115 läkarintyg för socialmedicinsk bedömning med hänsyn till inbördes angelägenhetsgrad vad gäller erhållande av bostad eller bostadsbyte. De sjukdomar, som läkarintygen baserat sig på för dessa bostadssökande, framgår av tabell 2, där förekommande sjukdomsdiagnoser sammanförts i sjukdomsgrupper. De första 6 grupperna behöver ingen närmare presentation.

TABELL 2

1115 läkarintygssärenden översända från bostadsförmedlingen till hälsovårdsnämnden i Göteborg 1958 för bedömning av dessa efter angelägenhetsgrad i avseende på flyttnings- eller bostadsbehov för de sökande samt fördelade på de sökandes sjukdomar i sjukdomsgrupper.

Sjukdomsgrupper	Antal	% av samtliga
Org. nervsjukdomar	33	3,0
Psyk. sjukd.	297	26,6
Hjärtkärlsjukd.	85	7,6
Luftvägsinfekt.	165	14,8
Muskel-ledsjukd.	111	10,0
Tbc.	77	6,9
Övr. sjukd.	229	20,5
Kombination av flera väsentliga sjukd.	118	10,6
Samtliga	1115	100,0

Gruppen övriga sjukdomar omfattar bland andra fall med sjukdomar i magtarmkanalen, diabetes, urogenitala sjukdomar, hudsjukdomar och sviter efter olycksfall. I gruppen kombination av flera väsentliga sjukdomar kan framhållas konstellationerna: ledgångsreumatism—hjärtbesvär, diabetes—hjärtbesvär och ledbesvär—rubbningar i magtarmkanalen.

Som framgår av tabellen bildar psykiska sjukdomar den största gruppen eller sammanlagt drygt 25 % av fallen av dessa bostadssökande. Härtill kommer att psykiska sjukdomar utgör ungefär $\frac{1}{2}$ av fallen i kombination av flera väsentliga sjukdomar. Detta innebär att omkring vart 3:e ärende i den undersökta serien berör personer med psykiska besvär. I upprepade fall framhålles i läkarintygen, att dessa besvär är betingade av patienternas bostadssituation. Av övriga välrepresenterade grupper kan framhållas fall med luftvägsbesvär och med muskel-ledsjukdomar samt hjärtbesvär. Andelen tbc-fall är också påfallande stor.

I 895 fall av dessa 1115 läkarintygssärenden företog hälsovårdsnämnden en bostadshygienisk utredning, varefter bedömningen avseende angelägenhetsgrad för bostadsbyte eller erhållande av ny bostad skedde (tabell 3).

Inom olika sjukdomsgrupper varierade den

Hälsovårdsnämndens olika åtgärder med 1115 läkarintygssärenden översända för bedömning från bostadsförmedlingen i Göteborg 1958. Här fördelade på de bostadssökandes sjukdomar.

TABELL 3

Åtgärder	Sjukdomsgrupper																	
	Org. nerv- sjukd.	Psyk. sjukd.	Hjärt- kärl- sjukd.	Luftvägs- inf.	Muskel- led- sjukd.	Tbc.	Övr. sjukd.	Kombination av flera väsentliga sjukd.	Samtliga									
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%								
Återsända utan bedömning	—	—	12	4,0	2	2,4	3	1,8	10	9,0	2	2,6	13	5,7	5	4,2	47	4,2
Återsända efter bedömning baserad direkt på läkar- intyget	5	15,2	70	23,6	8	9,4	10	6,1	16	14,4	27	35,1	28	12,2	9	7,6	173	15,5
Återsända efter bedömning baserad på läkarintyg vid nämnden samt företagen bostadshygienisk utredning	28	84,8	215	72,4	75	88,2	152	92,1	85	76,6	48	62,3	188	82,1	104	88,1	895	80,3
Samtliga	33		297		85		165		111		77		229		118		1115	

relativa andelen ärenden för vilka bostadshygienisk utredning kunde anses nödvändig. Sådan utredning skedde t. ex. i omkring 90 % av fallen i grupperna gällande hjärtsjukdomar, luftvägsinfektioner och vid kombinationen av flera sjukdomar medan exempelvis ärenden gällande psykiska sjukdomar och tbc ej krävde sådana åtgärder i lika stor andel (ca 70 % och ca 60 % resp.). Denna iakttagelse kan ge vid handen att vid psykiska sjukdomar oftare andra skäl än rent bostadshygieniska föranleder behov av bostadsbyte medan den låga andelen härvidlag för tbc-sjuka möjligen kan tolkas så att vid denna sjukdom ett bostadsbyte oftare är omedelbart motiverat från epidemiologisk synpunkt.

Motsatta förhållandet speglar sig då i de relativa siffror, som framkommer för fallen inom olika sjukdomsgrupper, i vilka angelägenhetsgradsbedömningen kunde ske utan inspektion.

I något över 4 % av fallen 1958 återsändes läkarintygen utan att bedömning skett. Detta var förhållandet i t. ex. fall, där den sökande, då ärendet kom till behandling redan erhållit bostad, flyttat till annan ort eller liknande eller vid ofullständiga uppgifter.

Vilken hänsyn tar då bostadsförmedlingen till läkarintyg utfärdade för sjuka i bostadskön? Får hälsovårdsnämndens gradering av angelägenhetsbehovet för dessa bostadssökande i praktiken någon socialmedicinsk betydelse? Hur snart t. ex. får en sjuk bostadssökande ny bostad om behovet bedömts vara av högsta angelägenhetsgrad efter ett omfattande lagarbete mellan i staden verksamma läkare och hälsovårdsnämndens särskilda team för denna fråga?

Denna studie har planlagts som en efterundersökning av här skisserade frågeställningar. Vi har därvid valt att närmare analysera samtliga bostadsärenden av denna karaktär som handlagts vid hälsovårdsnämnden i Göteborg år 1958, eftersom materialet för detta år av skäl som ovan beskrivits, torde kunna betraktas som det mest välägnade.

Analysen avser omfatta dessa bostadssökande fördelade på olika sjukdomsgrupper och där efter olika grupper beroende på hur bostads-

behovets angelägenhetsgrad bedömdes, samt de sökandes bostadsförhållanden vid tiden för inlämnandet av läkarintyget till bostadsförmedlingen med hänsyn till bostadens allmänna standard, storlek, byggnadsmaterial, bekvämligheter (uppvärmningsmöjligheter, tillgång till klosett, vatten och avlopp, bad- och tvättmöjligheter, hiss), sanitära olägenheter, överbefolkning och lämplighet som familjebostad eller bostad för rörelsehindrade.

En granskning av bostädernas storlek fördelade på 1-rumslägenheter, 2-rumslägenheter etc. ger en omedelbar möjlighet att jämföra de här studerade bostadssökandena med genomsnittsgöteborgarens bostadsförhållanden på denna punkt. Samma förhållande gäller en granskning av bostädernas byggnadstyper fördelade på stenhus, landshövdingehus och trähus. En fortsatt granskning av lägenheternas bekvämligheter ger också i viss mån jämförelsemöjligheter men ger samtidigt en mer nyanserad bild av de här studerade bostadssökandenas aktuella situation i sin förhandenvarande bostad. Här avses kartläggas, huruvida uppvärmningsanordningen var av typen centralvärme, ved- eller koluppvärmning eller uppvärmning med fotogenelement eller liknande. Klosett i lägenheten är för en sjuk person en väsentlig tillgång. Detta gäller också tillgång till vatten och avlopp, bad- och tvättmöjligheter. Lägenhetens våningsplan och om den är lokaliserad i hus med eller utan hiss, har också betydelse. Detta gäller särskilt medicinskt rörelsehindrade bostadssökande. På grundval av dessa bostadens allmänna kvalifikationer kan en allmän bedömning av standarden ske efter graderingarna modern, halvmodern, omodern. Med modern betecknas då en bostad, som har varmt och kallt vatten, wc, badrum samt centralvärme. Halvmodern karakteriserar våning, som har vatten och avlopp men saknar varmvatten och vidare som har wc och/eller bad gemensamt med annan lägenhet. Som omoderna bostäder betecknas lägenheter, som saknar wc och badrum och i vissa fall avlopp och/eller vatten inomhus. (Roos 1953.) När det gäller sanitära olägenheter är det bostads-

hygieniskt sett vanligt att undersöka om dessa är betingade av fukt, drag, kyla, dålig dager eller andra speciella brister. Flera sanitära olägenheter kan också tänkas behäfta en här aktuell lägenhet. En sådan lägenhet måste innebära en större tyngd vid bedömningen av angelägenhetsgraden av ny bostad liksom sådana förhållanden som om bostaden utdömts eller bedömts som olämplig för barnfamiljer eller som familjebostad. På grundval av dessa bostadskvalifikation kan sedan ett sammanfattande bostadstekniskt omdöme ske. På den slutgiltiga socialmedicinska bedömningen av angelägenhetsgraden influerar dessutom väsentligt sådana faktorer, som boendetäthet och medicinskt rörelsehinder hos den bostadssökande.

Resultat

Bostadshygieniskt granskade fall

I detta och några följande avsnitt skall närmare redovisas bostadssituationen för de i materialet ingående bostadssökande med avseende på den bostad dessa bebodde, då läkarintyget inlämnades till bostadsförmedlingen, och vilken bostad i samband med hälsovårdsnämndens bedömning blev föremål för bostadshygienisk utredning. Sådan bedömning skedde år 1958 för 895 bostäder.

Bostadens storlek

I tabell 4 redovisas bostadens storlek för dessa 895 läkarintygssärenden sedan materialet fördelats på grupper med de bostadssökandes sjukdomar. 636 eller drygt 70 % av dessa bostäder utgjordes av 1 rum, 1 rum och koksåp, 1 rum och kokvrå eller 1 rum och kök. Den lägsta andelen bosatta i 1-rumslägenheter kommer på patienter med organiska nervsjukdomar och den högsta på fall med psykiska sjukdomar. Drygt 20 % bebodde 2-rumslägenheter. Endast en liten del i det studerade materialet hade sålunda lägenheter, som överskred 2 rum och kök.

Typ av byggnad

Av fördelningen på typ av byggnad för de här penetrerade bostadssökandes bostad fram-

TABELL 4 Bostadens storlek för 895 göteborgare i bostadskön, vilka 1958 vid bostadsförmedlingen återuppläkarintyg för erhållande av bostad och här fördelats på sjukdomsgrupper.

Bostadens storlek	Sjukdomsgrupper																	
	Org. nerv-sjukd.	Psyk. sjukd.	Hjärt-kärl-sjukd.	Luftvägs-inf.	Muskel-led-sjukd.	Tbc.	Övr. sjukd.	Kombination av flera väsentliga sjukd.		Samtliga								
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%						
1 rum, 1 rum o. kokvrå	16	57,1	164	76,3	51	68,0	112	73,7	60	70,6	32	66,7	132	70,2	69	66,3	636	71,1
1 rum o. koksåp el.	11	39,3	44	20,5	15	20,5	34	22,4	19	22,4	14	29,2	41	21,8	22	21,2	200	22,3
1 rum o. kök																		
2 rum o. kök																		
3 rum o. kök	1	—	6	2,8	7	9,3	3	2,0	5	5,9	1	—	9	4,8	6	5,8	38	4,2
4 rum o. kök o. större	—	—	1	—	2	—	3	—	1	—	1	—	6	3,2	7	6,7	21	2,3
Samtliga	28		215		75		152		85		48		183		104		895	

går att ca 30 % bebodde stenhus, 50 % landshövdingehus och 20 % trähus. (Tabell 5.) Endast obetydliga differenser framträder mellan vissa sjukdomsgrupper. Så bodde relativt färre av de muskelledaffekterade och av de sjuka med flera väsentliga sjukdomar i stenhus än de sjuka bostadssökande inom övriga grupper. Dessa sjuka bodde så mycket oftare i landshövdingehus.

Uppvärmningsanordning

I bortemot 60 % av dessa bostadssökandes bostäder saknades centralvärme (tabell 6). Ca var 20:e bostad saknade annan värmekälla än fotogenelement; bland dessa utgjorde nära 1/2 lägenheter bebodda av personer med mentala sjukdomar. Drygt hälften i denna serie innehade sålunda lägenheter med ved-koluppvärmning. Nära 70 % av patienterna med muskel-led-sjukdomar bodde i ved-koluppvärmda lägenheter liksom ca 60 % av de sjuka med luftvägsinfektioner eller med tbc.

Gruppen med de i flera avseenden svårast medicinskt handikappade i bostadskön nämligen patienter med flera väsentliga sjukdomar bodde från bostadsuppärmningssynpunkt sämst eller 61,5 % i ved-koluppvärmda lägenheter och 7,7 % i fotogenelementuppvärmda.

Tillgång till klosett

Drygt 40 % av de bostadssökande i det reviderade materialet var hänvisade till avträde på gården, i källare eller i annat plan av huset än där bostaden var belägen (tabell 7). Den största andelen av sådana avträdesarrangemang förekom bland de sjuka med luftvägsinfektioner (61,8 %). Den näst största gruppen omfattar patienterna med tbc- och muskel-led-sjukdomar (47,9 %). Även i grupperna muskel-led-sjukdomar och kombination av flera väsentliga sjukdomar är andelen, som saknar klosett i lägenheten, stor (47,1 % och 44,2 % resp.).

872 av de här explorerade lägenheterna var försedda med vatten och avlopp och i sammanlagt 252 fall, då lägenheterna ej var utrustade med eget badrum, fanns badmöjligheter i fastigheten.

TABELL 5
Typ av byggnader — stenhus, landshövdingehus, trähus — bebodda av 895 göteborgare i bostadskön 1958, vilka åberopat läkarintyg för erhållande av bostad och här fördelats på sjukdomsgrupper.

Typ av byggnader	Sjukdomsgrupper									
	Org. nerv-sjukd.	Psyk. sjukd.	Hjärt-kärl-sjukd.	Luftvägs-inf.	Muskel-led-sjukd.	Tbc.	Övr. sjukd.	Kombination av flera väsentliga sjukd.	Samtliga	
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	
Stenhus Landshövdingehus Trähus	10	76	30	48	20	17	61	28	290	
	35,7	35,3	40,0	31,6	23,5	35,4	32,4	26,9	32,4	
	10	98	32	69	49	20	87	56	421	
Samtliga	8	41	13	35	16	11	40	20	184	
	28,6	19,1	17,3	23,0	18,8	22,9	21,3	19,2	20,6	
	28	215	75	152	85	48	188	104	895	

TABELL 6

Uppvärmningsanordning i lägenheter bebodda av 895 göteborgare i bostadskön, vilka 1958 åberopat läkarintyg för erhållande av bostad och här fördelats på sjukdomsgrupper.

Uppvärmningsanordning	Sjukdomsgrupper																	
	Org. nerv- sjukd.	Psyk. sjukd.	Hjärt- kärl- sjukd.	Luftvägs- inf.	Muskel- led- sjukd.	Tbc.	Övr. sjukd.	Komb. av fl. väsentliga sjukd.	Samtliga									
	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal	Antal	%							
Centralvärme	16	57,1	108	50,2	35	46,7	55	36,2	27	31,8	18	37,5	87	46,3	32	30,8	378	42,2
Ved- o. koluppvärmning	8	28,6	85	39,5	37	49,3	92	60,5	58	68,2	28	58,3	100	53,2	64	61,5	472	52,7
Uppvärmning med fotogen- element eller liknande	4	14,3	22	10,2	3	4,0	5	3,3	—	—	2	4,2	1	0,5	8	7,7	45	5,1
Samtliga	28		215		75		152		85		48		188		104		895	

TABELL 7

Tillgång till klosett i lägenheten eller på gården för 895 göteborgare i bostadskön, vilka 1958 vid bostadsförmedlingen åberopat läkarintyg för erhållande av bostad och här fördelats på sjukdomsgrupper.

Tillgång till klosett	Sjukdomsgrupper											
	Org. nerv- sjukd.	Psyk. sjukd.	Hjärt- kärl- sjukd.	Luftvägs- inf.	Muskel- led- sjukd.	Tbc.	Övr. sjukd.	Komb. av fl. väsentliga sjukd.	Samtliga			
	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %			
Klosett i lägenheten eller i samma plan Klosett på gården eller i källare eller en trappa upp	23 82,1	151 70,2	46 61,3	58 38,2	45 52,9	25 52,1	111 59,0	58 55,8	517 57,8			
	5 17,9	64 29,8	29 38,7	94 61,8	40 47,1	23 47,9	77 41,0	46 44,2	378 42,2			
Samtliga	28	215	75	152	85	48	188	104	895			

Fortsättning i nästa nummer