

Högskolan Dalarna
Historia C vt-08

Spädbarnsdöd i Västsverige

– En studie av spädbarnsdödligheten i Bollebygd, Morlanda
och Karl Johans församling under två perioder på 1800-talet

Författare: Johan Forsman
Handledare: Peter Reinholdsson

Abstract

Uppsatsen syfte var att studera spädbarnsdödlighet i tre olikartade västsvenska miljöer under två perioder på 1800-talet. Områdena är Bollebygd, Morlanda och Karl Johans församling i Göteborg och representerar alla olika miljöer (Bollebygd – landsbygd, Morlanda – kust och Karl Johan - stadsmiljö) där spädbarnsdödligheten enligt tidigare forskning har varit av olika omfattning och karaktär. Den primära frågeställningen är hur de yttre omständigheterna påverkar de allra minsta barnen. Ett sekundärt syfte var att försöka utröna vilka uppfödningssvanor som var dominerande. De primärkällor som används är dels födelse- och dopböcker samt provinsialläkarrapporter.

Studiens tydliga mönster är att spädbarnsdödligheten var högre i staden (Karl Johan) men att den ändå inte var så hög som väntat i jämförelse med övriga städer i riket. I jämförelse med riksgenomsnittet uppvisar både Morlanda och Bollebygd en låg spädbarnsdödlighet. Genom att se hur spädbarnsdödligheten fördelar sig över årstiderna och över det första levnadsåret samt vilka dödsorsaker som finns angivna kan med viss försiktighet antas att spädbarnen ofta amrades i alla fall upp till tre månaders ålder. Ett annat resultat av studien är att flickorna i alla undersökningsområden och perioder utom ett uppvisar en överdödlighet i jämförelse med pojkarna, vilket är anmärkningsvärt då pojkarna i de allra flesta fall brukar ha en överdödlighet.

Nyckelord: Demografisk transition, amning, spädbarnsdödlighet, 1800-talet, Västsverige.

Innehållsförteckning

1. Inledning	2
2. Syfte och frågeställningar	3
3. Avgränsning	4
4. Disposition	4
5. Material och metod	5
5.1 Födelse- och dopböcker samt död- och begravningsböcker	5
5.2. Provinsiälläkarrapporter.....	6
5.3. Säsongsfördelning	6
5.4. Dödsorsaker.....	7
5.4.1. Klassificering av dödsorsaker	8
5.5. Fördelning över första levnadsåret.....	9
6. Forskningsläge	10
6.1. Levnadsstandard och amningens påverkan.....	10
6.2. Miljöns påverkan och geografiska skillnader	12
6.3. Skillnader mellan könen	15
7. Historisk bakgrund	16
7.1. Bollebygd	16
7.2. Morlanda	19
7.3. Karl Johan i Göteborg.....	22
8. Spädbarnsdödlighet 1836 till 1838	29
8.1. Allmän spädbarnsdödlighet	29
8.2. Spädbarnsdödlighet per kön	31
8.3. Fördelning över första levnadsåret.....	33
8.4. Säsongsfördelning	36
8.5. Dödsorsaker.....	38
8.6. Analys 1836 till 1838	41
9. Spädbarnsdödlighet 1854 till 1856	46
9.1. Allmän spädbarnsdödlighet	46
9.2. Spädbarnsdödlighet per kön	48
9.3. Fördelning över första levnadsåret.....	50
9.4. Säsongsfördelning	52
9.5. Dödsorsaker.....	54
9.6. Analys 1854 till 1856	57
10. Avslutande diskussion	62
11. Sammanfattning	67
Käll- och litteraturförteckning	68

1. Inledning

1800-talets Sverige var på flera sätt ur ett historiskt perspektiv en smått omvälvande period. Under detta sekel sker en omstrukturering av jordbruket och en begynnande industrialisering och en så småningom höjd levnadsstandard. Under 1800-talet växer Sveriges befolkning i en inte så liten omfattning. Här inträffar nu den andra fasen i den så kallade *demografiska transitionen*. Denna andra fas, som är en transitionsfas kännetecknas av att de allmänna dödstalen sjunker kraftigt vilket genererar en växande befolkning. Den föregående första fasen som forskare placerar fram till och med tidigt 1800-tal kännetecknas av en hög fertilitet och mortalitet och den tredje fasen som tar vid i slutet på samma århundrade karaktäriseras av en sjunkande fertilitet.¹

Parallellt kan vi också identifiera något som kallas den *epidemiologiska transitionen*. En omvandling som också delas upp i tre faser. Den första tidsätts fram till och med tidigt 1800-tal och karaktäriseras av härjande infektionssjukdomar i epidemiska proportioner; dessa var till exempel pest, smittkoppor och tyfus. Spridningen av dessa sjukdomar skedde främst genom kontakt mellan människor och hade därför särskild kraft i tätbebyggda städer. Där var också hygien, avfallshantering och vattentillförsel ofta undermålig, vilket ökade sjukdomarnas spridningskraft. Epidemierna orsakade massdöd och kraftiga variationer i dödlighet från år till år. Medellivslängden ligger i denna fas i Sverige så lågt som under 40 år. Den andra fasen i den epidemiologiska transitionen följer därpå och varar i tid fram till och med tidigt nittonhundratals. Denna fas innebär att epidemiernas kraft och frekvens minskar, men finns kvar; medellivslängden ökar till någonskans mellan 55-60 år och dödligheten sjunker.²

I den tid av sjunkande dödlighet som 1800-talet utgjorde, minskade spädbarnsdödligheten i mångt och mycket i samma takt. De regionala skillnaderna i total dödlighet var stora och korrelerade ofta väl med spädbarnsdödligheten vilket berodde på att spädbarnsdödligheten ända fram till 1900-talets början stod för den i särklass största delen av den totala dödligheten. Samtida ögon som historikern Johan Hellstenius ansåg i enlighet med tidens anda att de regionala skillnaderna i spädbarnsdödlighet kom sig av brister i vård av barnen. Den vanligaste förklaringen till den stora spädbarnsdödligheten för tiden var bristande amningsvanor, som ansågs vara den stora boven i dramat. Detta till följd av att den begynnande industrialiseringen - och en i högre grad i fabri-

¹ Anders Brändström, *De kärlekslösa mödrarna*, (Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1984), s. 2f.

² Anders Brändström och Sören Edvinsson, *Från dåtid till nutid – dramatiska förbättringar i folkhälsan, i Sveriges nationalatlas*, (Uppsala: Almqvist & Wiksell, 2000), s. 22.

kerna arbetande kvinnlig befolkning - ansågs omöjliggöra en god barnavård.³

Senare forskning ger en mer nyanserad bild av problematiken och det är mer regel än undantag att i undersökningar måla upp en komplex bild med många troliga samverkande orsaker till spädbarnsdödlighetens stora regionala variationer. Min uppsats kommer inte heller att gå ut på att försöka hitta någon enda eller specifik orsak till spädbarnsdödlighetens variationer. Mitt verk blir istället framförallt ett empiriskt bidrag till det digra forskningsläget; att lägga några bitar i det stora och komplicerade pussel som kartläggningen av spädbarnsdödligheten kan liknas vid. Om man i mitten av 1800-talet ser på spädbarnsdödligheten på länsnivå finner man tydliga mönster med högre dödlighet vid kusterna, norra Sverige och de större städerna. Men på sockennivå utmålas en betydligt mer sammansatt bild med stora variationer mellan angränsande områden.⁴ Det är därför, som historikerna Anders Brändström och Sören Edvinsson skriver i *Sveriges Nationalatlas*, viktigt att de regionala skillnaderna studeras på minsta möjliga nivå, vilket jag i och med föreliggande uppsats ämnar göra.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att kartlägga spädbarnsdödligheten i tre församlingar under två olika perioder under 1800-talet. Mitt övergripande syfte är att undersöka hur yttre omständigheter påverkar möjligheten för spädbarn att överleva sitt första levnadsår. Jag kommer dels att jämföra spädbarnsdödlighet över tid; dels skillnader i spädbarnsdödlighet mellan de olika geografiska områdena/miljöerna. I viss mån kommer jag även att undersöka om mitt källmaterial kan visa på vilka uppfödningssvanor som var dominerande i de olika församlingarna.

Mina frågeställningar blir därför följande:

- Hur stor var spädbarnsdödligheten i respektive församling under de två nedslagen på 1800-talet?
- Hur ter sig fördelningen mellan könen?
- Hur fördelas dödligheten över de avlidna spädbarnens första levnadsår?
- Hur fördelas spädbarnsdödligheten över årstiderna?
- Vilka är de vanligast förekommande dödsorsakerna?

³ Brändström och Edvinsson, (2000), s.28.

⁴ Brändström och Edvinsson, (2000), s.28ff.

3. Avgränsning

Församlingarna i föreliggande undersökning representerar tre typiska miljöer där spädbarnsdödlighet enligt tidigare forskning varit av olika omfattning och art; inget av de specifika områden jag undersöker har emellertid inte tidigare förekommit i någon undersökning. Jag kommer därför att bidra till den övergripande bilden av spädbarnsdödlighet i 1800-talets Sverige; och kan med hjälp av tidigare forskning sätta mina resultat i ett större sammanhang. De tre för min uppsats typiska miljöerna utgörs av en kustmiljö: *Morlanda* (i Göteborg och Bohus län); en landsbygds- miljö: *Bollebygd* (i Älvsborgs län) samt en stadsmiljö: *Karl Johan* (i Göteborg stad).

Mina val av nedslag i tid, 1836-38 och 1854-56, är gjorda efter flera urvalskriterier. Dels ville jag undersöka perioder med åtskillnad i tid och befolkningens mängd (ökande). Detta är intressant för att eventuellt kunna se vilken roll spädbarnsdödligheten spelar i en för befolkningens mängden expansiv period. Dels måste jag ha ett användbart material att tillgå (se precisering av argument i *Material och metod* nedan). Anledningen till att jag väljer att undersöka tre år vid varje nedslag är framförallt att uppsatsen omfång knappast tillåter en längre period. Till detta kommer också att mitt syfte bättre kan uppnås om jag gör en mer ingående undersökning av perioderna, än om jag utökar antalet nedslag eller antalet år som dessa nedslag innehåller.

Min undersökning avgränsas vidare till att behandla spädbarn, det vill säga barn upp till ett års ålder. Jag kommer inte att göra någon analys av antalet dödfödda barn. Anledningen till detta är jag vill försöka förstå hur de yttre omständigheterna – de olika miljöerna som spädbarnen föddes i – påverkar spädbarnsdödligheten. Detta kan antalet dödfödda barn inte säga mig något om.

4. Disposition

Först och främst presenterar jag tidigare forskning vilken jag sedan kommer att använda för att analysera och jämföra mitt resultat med. Jag skisserar därefter en historisk bakgrund till min undersökningens olika områden. Efter det presenterar jag så min undersökningens statistiska data uppdelade i fem olika avseenden: *1/Allmän spädbarnsdödlighet*, *2/Spädbarnsdödlighet per kön*, *3/Åldersfördelning*, *4/Säsongsfördelning* och *5/Dödsorsaker*. Detta har jag valt att göra separat för de två olika perioderna. Anledningen till det är att göra de regionala jämförelserna mer lättöverskådliga. Efter presentation av respektive periods resultat följer en analysdel där fokus

läggs på jämförelser mellan områdena. I slutet av uppsatsen finns en *Avslutande diskussion* där jag framförallt sammanfattar de eventuella mönster jag finner gällande spädbarnsdödligheten samt gör en jämförelse över tid. I samtliga analysdelar kommer jag att använda mig av tidigare forskning (mitt forskningsläge) för att väga och värdera mitt resultat.

5. Material och metod

Jag har i denna uppsats valt de församlingar som jag undersöker främst utifrån tre olika kriterier. Dels vill jag undersöka hur spädbarnsdödligheten ser ut i olika miljöer (*kust, stad* och *landsbygd*). Dels skulle de olika församlingarna ha ungefär samma storlek gällande befolkning, detta för att göra en jämförelse mellan födelse- och dödstal relevant. En viktig urvalsfaktor av mer praktisk natur är också att det skulle finnas demografiskt material i form av läsbara dödböcker att tillgå. Den uppmärksamme läsaren noterar här är att Karl Johans församling i Göteborgs stad utgör ett i jämförelse med de övriga församlingarna större underlag gällande födda och döda barn. Detta är svårt att komma runt då stadens församlingar innehöll ett större antal individer. Vilka följer detta får för min undersökning diskuteras i analysen.

5.1 Födelse- och dopböcker samt död- och begravningsböcker

De primära källorna i min undersökning är födelse- och dopböcker samt död- och begravningsböcker. I de förstnämnda finner man en mängd information om barnets födsel och dop. Den för min uppsats viktiga informationen är tidpunkt för barnets födsel samt barnet och föräldrarnas namn. Död- och begravningsböckerna innehåller information kring död- och begravning för avlidna individer i aktuell församling. De fall som jag intresserat mig för, är som sagt, de barn som dör inom det första levnadsåret. Data som jag använt mig av från död- och begravningsböckerna är: Datum för dödsfallet, barnets och föräldrarnas namn och hemvist, barnets kön, ålder vid dödsfallet (oftast angivet i månader och dagar) samt dödsorsak. Eftersom det visade sig att ålder vid dödsfall i flera fall i död- och begravningsböckerna anges inkorrekt har jag kontrollräknat de avlidna barnens ålder genom att jämföra datum för dödsfall och födsel.

5.2. Provinsialläkarrapporter

Provinsialläkarrapporterna är de årsberättelser som provinsialläkarna skulle sända in till sundhetskollegium och kan innehålla uppgifter om allt från väderlek till antalet barnmorskor i distriktet. Vissa gånger innehåller rapporterna ingående beskrivningar av sjukdomsförlopp och behandling av dessa. De innehåller många gånger också högst subjektiva utlåtanden om det allmänna tillståndet gällande såväl moral, livsstil och hygien. Dessa rapporter har jag använt dels vid den historiska kartläggningen, men även vid analys av det statistiska materialet. De källkritiska problem som ofta utpekats är att läkardistriktet var omfattande i omfång vilket gjorde det svårt för provinsialläkaren att ge en rättvisande bild av hela distriktet. Ett annat problem är att tillgången inte på något sätt är heltäckande. Vissa gånger har jag använt en rapport gällande t ex 1850 vid analys av mitt demografiska material för 1854-56 då någon rapport inte funnits att tillgå för de specifika åren. Även om det de gånger jag använt rapporterna på det viset ofta gäller utlåtande det om allmänna hälsoläget är detta inte oproblemiskt eftersom förhållandena mycket väl kan ha förändrats.

5.3. Säsongsfördelning

Här använder jag mig av den indelning som Marie C. Nelson och John Rogers presenterar. Istället för att dela upp året i kvartal med början i januari väljer de att analysera sitt material utifrån en metod som enligt dem själva passar bättre för det skandinaviska klimatet. Indelningens första kvartal (vinter) börjar i december och slutar i februari och representerar enligt Nelson och Rogers bättre en skandinavisk vinter än tidigare nämnd metod/uppdelning. Mars, april och maj är våren. Juni, juli och augusti är sommarmånaderna och slutligen är hösten det fjärde och sista kvartalet med månaderna september, oktober och november.⁵ Också här är mitt främsta argument för att använda den här metoden att jag på ett så givande sätt som möjligt ska kunna jämföra mitt material med tidigare forskning samt att metoden enligt Nelson och Rogers passar bra för det skandinaviska klimatet. Det kan emot detta invändas att det ”skandinaviska klimatet” är ett vagt uttryck och att de olika årstidernas längd skiljer sig mycket åt beroende på var i Skandinavien man befinner sig. Det skulle därför kunna anses olämpligt att använda sig av ovan nämnda uppdelning. Emellertid torde detta inte vara något problem för en undersökning i västsverige då

⁵ Marie C. Nelson och John Rogers, *Stockholm and Gothenburg and the Urban Mortality Puzzle*, i *Demography, Economy & Welfare – Scandinavian population studies vol.10*. Christer Lund (red.) (Lund: Studentlitteratur, 1995), s.297.

Nelson och Rogers själva fastslår och använder uppdelningen i en undersökning av spädbarnsdödlighet i Göteborg.

5.4. Dödsorsaker

Dödsorsaker för den svenska befolkningen finns att tillgå från mitten av 1700-talet och framåt. Till och med 1831 var prästerna ålagda att rapportera statistik kring de avlidnas dödsorsaker. Efter 1831 befriades prästerna något och var från och med nu endast tvungna att rapportera dödsfall ”som orsakats av missfall och barnsbörd av särskilda olyckshändelser och av smittkoppor. Dödlighet i smittsamma sjukdomar såsom exempelvis mässling, scharlakansfeber och rödsot skulle dock rapporteras i de fall den var omfattande”.⁶

Historikern Magdalena Bengtsson menar emellertid att prästerna mellan 1831 och 1860 ändå i de allra flesta fall kom att fortsätta att registrera dödsorsaker på samma sätt som de varit ålagda att göra före år 1831.⁷ Min undersökning hämtar sitt material från just perioden mellan 1831 och 1860, och i större omfattning än inte, är dödsorsaker angivna för de döda spädbarnen. I de fall där dödsorsaker angivits sparsamt noteras detta.

Källkritiska problem som måste nämnas gäller prästernas förmåga att avgöra dödsorsaker. Prästerna var personer med utbildning, i många fall kanske den enda utbildade personen i en församling vilket innebar att de i alla fall hade viss kunskap om sjukdomar. Det hölls också - medvetet för att prästerna skulle kunna göra en korrekt bedömning – föreläsningar i medicin för teologistuderande (*prästmicin*). Även om den medicinska kunskapen givetvis ökat ofantligt sedan 1800-talet så hade alltså prästerna för tiden relativt goda möjligheter att göra en kvalitativ bedömning. Bengtsson anser också att vi måste anta att den medicinska kunskapen ökar under 1800-talet, och därmed förmågan att se samband mellan symptom, och fysiologiska orsaker till symptomen. Detta innebär att de angivna dödsorsakernas källvärde torde ha ett stigande värde med tiden.⁸

En faktor som också måste tas med i värdering är under vilka omständigheter som prästen kunde bestämma dödsorsaken. Hade denne besökt den döende innan själva bortgången eller strax efter. Eller skedde fastställandet av orsaken endast efter besök en tid efter döden. Hade prästen

⁶ Magdalena Bengtsson, *Det hotade barnet – Tre generationers spädbarns- och spädbarnsdödlighet i Linköping* (Motala: Linköping tema, Linköpings univ. 1996), s.72.

⁷ Bengtsson, (1996), s.72.

⁸ Bengtsson, (1996), s.71ff.

möjlighet att närmare inspektera kroppen och tala med de anhöriga?⁹

Alla nämnda omständigheter är självfallet viktiga för källvärdet men också väldigt svårt att få någon information om i specifika fall. Prästerna anger i dödböckerna endast själva dödsorsaken. Troligt är dock att prästen inte kunnat göra någon direkt omfattande inspektion om denne gång på gång till exempel anger *ej angiven* som dödsorsak, något jag återkommer till senare i uppsatsen.

5.4.1. Klassificering av dödsorsaker

För att göra dödsorsakerna mer lättarbetade/överskådliga kommer jag använda mig av den indelning i grupper som Magdalena Bengtsson nyttjar i sin avhandling. Hon beskriver sin indelning dels som speciellt utformad för dödlighet bland barn, dels anpassad för att jämföra orsaker över tid. Det sistnämnda innebär att, eftersom tolkningar varierar över tid, har termer/orsaker som endast används under vissa begränsade tidsperioder tagits med i de olika kategorierna. Bengtssons indelning är också kronologiskt ordnad. Vilket innebär att den första gruppen med sjukdomar/dödsorsaker är den som i högst grad drabbade de allra minsta barnen. Desto högre gruppnummer desto äldre barn som oftast drabbas. Klassificeringens grupper ser ut som följer:

1/Medfödda defekter 2/Slag 3/Torsk 4/Mag- och tarmsjukdomar 5/Luftvägsinfektioner
6/Barnsjukdomar 7/Kontaktsmitta 8/Odefinierade febrar 9/Inflammationer 10/Tuberkulos
11/Avtyning 12/Bristsjukdomar 13/Kroniska sjukdomar 14/Olyckor 15/Mord 16/Övriga
17/Okända 18/Ej angivna.

Kategori 2 (slag), 3 (torsk) och 18 (ej angivna) är namngivna exakt efter de orsaker som anges i dödböckerna. Resten av kategorierna är samlingsnamn.¹⁰ Vilka sjukdomar som i min undersökning ingår i respektive kategori kan läsaren se i bilaga 1.

Förutom att indelningen ger mig en bättre överblick och struktur så är en given poäng med att "låna" Bengtssons klassificering att jag på ett rimligt sätt kan jämföra min undersökning med hennes.

⁹ Bengtsson, (1996), s.71ff.

¹⁰ Bengtsson, (1996), s.75.

5.5. Fördelning över första levnadsåret

En möjlighet att analysera spädbarnsdödlighet utgör en uppdelning av det första levnadsåret i åldersband, i föreliggande uppsats har jag gjort följande: Den första månaden utgör den *neonatala* fasen och den andra månaden upp till och med månad 12 är den *postneonatala* perioden. Av detta framgår att barn t o m 1 år räknas som spädbarn. Det som intresserar mig är framförallt skillnad mellan neonatal och postneonatal dödlighet. Ett antagande som här ofta görs är att barn som dör efter den första månaden (postneonatalt) gör detta på grund av yttre omständigheter (exogena faktorer) medan neonatal dödlighet främst anses bero på moderns tillstånd vid födseln vilket påverkar barnets möjlighet att överleva den tidigaste fasen i livet (exogena faktorer). Uppfostringsätt är en typisk exogen eller yttre faktor som framförallt påverkar barnets överlevnad i den postneonatala fasen.¹¹ Detta antagande kan dock inte lämnas helt onyanserat, det finns alternativa tankegångar, något som jag kommer in på senare i uppsatsen.

¹¹ Ulla Britt Lithell, *Små barn under knappa villkor – En studie av bakgrunden till minskningen av dödligheten bland spädbarn under förra hälften av 1800- och 1900-talet*. (Karlstad: Torsby Finnkulturcentrum, 1999), s. 15.

6. Forskningsläge

Merparten av tidigare forskning har relaterat sänkning av spädbarnsdödlighet under 1800-talet till förbättrade levnadsvillkor och ofta har forskare menat att nivån på spädbarnsdödligheten kan ses som ett mått på levnadsstandard. Detta är emellertid inte något som står helt oemotsagt då flertalet undersökningar visar på i stort sett diametrala förhållanden, där alltså spädbarnsdödligheten sjunker trots en sämre levnadsstandard. Faktum är i alla fall att spädbarnsdödligheten under detta sekel går från ca 200 ‰ till 100 ‰ vid århundradets slut.¹²

Överhuvudtaget så torde spädbarnsdödlighet vara något mycket problematiskt att undersöka om man går in med ambitionen att hitta en enda och avgörande orsak till dödligheten. Jag kommer på de närmast följande sidorna att gå igenom en del av den tidigare viktiga forskning som gjorts på området spädbarnsdödlighet. Det forskningsläge som jag här lyfter fram kommer jag sedan att förhålla mig till framförallt under min analys, men tjänar givetvis ett syfte också när de gäller utformandet av mina problemställningar. På det sättet är forskningsläget det som ger mig frågorna men samtidigt ska hjälpa mig att analysera mitt resultat (det vill säga svara på frågorna) på ett meningsfullt sätt.

6.1. Levnadsstandard och amningens påverkan

Ulla-Britt Lithells undersökning har som utgångspunkt att uppfödningssvanor har en avgörande betydelse för små barns chanser till överlevnad, vilket också styrks av en mängd litteratur. I områden och perioder av stor fattigdom har det visat sig klart överlägset med amning i jämförelse med artificiell uppfödning.¹³

Flertalet forskare har i liknande undersökningar relaterat en nedgång spädbarnsdödlighet till en förbättrad levnadsstandard. Lithells undersökning och analys av materialet ger vid handen en delvis annan slutsats. Lithell finner att den neonatala spädbarnsdödligheten under 1800-talet ökade medan den postneonatala spädbarnsdödligheten minskade. Detta under perioder då levnadsstandarden blir sämre. Den totala spädbarnsdödligheten under samma period minskar dock och därför blir hennes slutsats att en sjunkande spädbarnsdödlighet inte nödvändigtvis måste bero på en förbättrad allmän levnadsstandard.

I perioder då levnadsstandarden sjunker kan alltså spädbarnsdödligheten minska. Detta ser hon

¹² Bengtsson, (1996), s.24f.

som en produkt av att man inte hade råd att ersätta amningen med artificiella födoämnen. Att den neonatala dödligheten ökade under svåra tider är att förvänta sig enligt Lithell. En hög neonatal dödlighet hänger i Lithells material samman med att mödrarnas hälsotillstånd är sämre under svåra tider vilket får till följd att barnen föds med sämre förutsättningar att klara sjukdomar.

Lithell medger dock att fallet skulle kunna var det i stort sett omvända. En förbättrad levnadsstandard kan innebära att kvinnor med små barn frigörs från arbetet, ersätts med lejd arbetskraft, och har möjlighet att amma spädbarnen.¹⁴ Alltså kan en nedgång i spädbarnsdödlighet vara en produkt av både goda och mindre goda ekonomiska förhållanden. Lithell är emellertid fast övertygad om att förklaringen till den sjunkande spädbarnsdödligheten under 1800-talet är att finna i en sjunkande postneonatal dödlighet. Detta kopplar hon samman med förbättrad omsorg av de minsta barnen trots svåra tider. Med denna förbättrade omsorg avser hon framförallt den överlägsna nutrition som amning innebär.¹⁵

Detta är dock inte ett mönster som alla finner. I avhandlingen *Mot bättre hälsa* hävdar Hans Nilsson att den främsta anledningen till den allmänna nedgången i dödlighet är att finna i en minskad neonatal dödlighet. Han trycker framförallt på en förbättrad hygien, men nämner även mödrarnas förbättrade fysiska skick vid födseln, bättre kunskap om barnavård och en förbättrad kunskap om förlossning.¹⁶

Ulla-Britt Lithell menar att också amningen påverkar den neonatala dödligheten och inte som vanligtvis främst antas den postneonatala. Om ersättningskost används redan under spädbarnens första levnads månad anser hon att detta i en bristande hygienisk miljö kunde utgöra en allvarlig risk för ett nyfött spädbarn.¹⁷

Christer Ahlberger och Christer Winberg undersöker vilka faktorer som påverkade spädbarnsdödlighet i två västsvenska områden under 1700- och 1800-talen. Båda dessa områden ligger i en sammanhängande region (Västergötland, Bohuslän, Dalsland och norra Halland) som i provinsialläkares rapporter pekats ut som amningsfrekvent. De undersökningar som Ahlberger och Win-

¹³ Lithell, (1999), s.20.

¹⁴ Lithell, (1999), s.137.

¹⁵ Lithell, (1999), s.141f.

¹⁶ Hans Nilsson, *Mot bättre hälsa – Dödlighet och hälsoarbete i Linköping 1860-1894*. (Motala: Linköping tema, Linköpings univ. 1994) s.188.

berg gör pekar också tydligt på att kvinnorna ammade sina barn i de aktuella områdena.¹⁸ De kommer fram till detta, dels genom att provinsialläkarrapporter uttryckligen bekräftar detta, dels genom att den statistik, som undersökningen bygger på, ger vid handen ett resultat som indikerar amning. De finner en stor andel (2/5) döda spädbarn utan angiven orsak. En stor del av dessa dör under första månaden. Slutsatsen de drar av detta är att det oftast rör sig om antingen död orsakade av skador vid förlossning eller medfödda fysiska defekter. Det är enligt Ahlberger och Winberg knappast troligt att det finns någon stor dold dödlighet i magsjukdomar eller diarréer inom dessa *ej angivna* dödsorsaker. Magsjukdomar och diarréer antas då ofta vara den främsta dödsorsaken i områden där amning ej var utbredd.¹⁹ Ahlberger och Winberg menar att nivåskillnader i spädbarnsdödlighet mellan *ej* amningsfrekventa områden och de där amning är vanligt, ofta i stort sett uteslutande utgörs av dödsfall med dessa orsaker angivna.²⁰

Ahlberger och Winberg finner vidare i sin undersökning inte heller några tecken på ökad dödlighet under sommarmånaderna vilket enligt deras resonemang kan vara:

En annan indikator på amningssedvänjor är spädbarnsdödlighetens fördelning över kalenderåret. I områden där barnen inte ammas och där man inte har tillgång till modern hygien medför de varma sommarmånaderna en kraftigt ökad dödlighet på grund av att bröstmjölkens kvalitet försämraras.²¹

6.2. Miljöns påverkan och geografiska skillnader

Ett sätt att angripa problematiken kring spädbarnsdödlighet är att undersöka det utifrån ett kustinlandsperspektiv. Detta gjorde Johan Hellstenius på 1880-talet då han i en undersökning kring spädbarnsdödlighet i Norrland kom fram till att densamma avtog ju längre in i landet man kom.²²

Samma fenomen fann den norske sociologen Eilert Sundt i en undersökning presenterad 1855 gällande barnadödlighet i Norge under första halvan av 1800-talet. Han visade med sitt statistiska material att dödligheten avtog från norr till söder och från kust till inland. Sundt ämnade med sin undersökning inte göra någon detaljerad analys av varför det förhöll sig på detta sätt.

¹⁷ Lithell, (1999), s.36.

¹⁸ Christer Ahlberger och Christer Winberg, *Biologi, medvetet handlande och struktur*, (i Historisk tidskrift nr 3, 1987) s.365.

¹⁹ Ahlberger och Winberg, (1987), s.360.

²⁰ Ahlberger och Winberg, (1987) s.364f.

²¹ Ahlberger och Winberg, (1987) s.363.

²² Brändström, (1984), s. 5.

Han intog istället en försiktig position där han pekade på en rad möjliga orsaker såsom skilda närings- och bostadsförhållanden.²³

En omfattande artikel presenterad 1869 av 1800-talsstatistikern Fr. Th. Berg visar även den på samma mönster gällande spädbarnsdödlighet. Berg rangordnade i artikeln Sveriges län efter mortalitetens storlek och visade dels på städernas (i jämförelse med landsbygden) ogynnsamma miljö; dels på ett typiskt kust-, inlandsmönster med högre dödlighet i kustmiljöer.²⁴

Som vi ovan sett halveras spädbarnsdödligheten under 1800-talet och från 1850 till 1930 har dödstalen ytterligare en gång drastiskt sjunkit från 149 till 58 döda per 1000 födda. Nedgången i spädbarnsdödlighet var dock avsevärt snabbare på landsbygden jämfört med i städerna. Det är först kring 1880 som städerna börjar visa en extraordinär utveckling med sjunkande dödstal. Men det är emellertid inte förrän på 1920-talet som stadsmiljöernas dödstal på allvar närma sig de för landsbygden.²⁵

Magdalena Bengtsson placerar sin diskussion av spädbarnsdödlighet i förhållandet stad/landsbygd under rubriken *Miljörelaterade faktorer*. Hon påpekar även hon, att flertalet studier visar på en hög spädbarnsdödlighet i stadsmiljöer, i jämförelse med landsbygden. Vanliga orsaker till detta anses vara en i staden sämre sanitär miljö samt en hög befolkningstäthet vilket innebär att infektionssjukdomar kunde få en ökad spridning. En amerikansk studie har även visat att storleken på staden korrelerar med storleken på dödstalen för spädbarn. Men även mindre städer som här innebär 1000-5000 invånare visade en klart högre spädbarnsdödlighet än landsbygden. I de större städerna (5000-25000 invånare) var enligt samma undersökning dödstalen 20 procent högre än de minsta stadsmiljöerna.²⁶ Nyckelordet här är exponering. Exponering av ett smittoämne sker främst genom personlig kontakt men även via vatten och föda. Exponering, och därmed risken för spridning av infektionssjukdomar, torde rimligtvis öka i en mer tätbefolkad stadsmiljö.

Säsongsvariationer är ofta ett viktigt område när forskare analyserar spädbarnsdödlighet allmänt, likväl som gällande förhållandet stad/landsbygd. Nelson och Rogers finner följande mönster med

²³ Brändström, (1984), s.11.

²⁴ Brändström, (1984), s.72.

²⁵ Nelson och Rogers, (1995), s.293.

säsongsindelningen som jag beskriver ovan, i *Metod och material*:

The second method, more suited to Scandinavian climatic conditions, begins with a winter quarter from December through February. This method produces different results. Both rural and urban areas showed a mortality top in the spring with winter occupying second place. But for the towns and cities summer rates exceeded those of autumn, while the opposite was true for the countryside.²⁷

Även Anders Brändström ägnar sig något åt förhållandet stad/landsbygd. Han finner i motsats till den vanliga slutsatsen att spädbarnsdödligheten var högre på landsbygden än i staden i de områden han har undersökt, nämligen Haparanda stad och den omkringliggande landsbygden. Dödligheten i Haparanda stad var vid mitten av 1800-talet endast en åttondel av nivån för den omkringliggande landsbygden. Förklaringen till detta anmärkningsvärda resultat finner Brändström i att amning var vanligare i staden jämfört med i landsbygden och det närmande mellan de olika miljöerna under senare delen av 1800-talet som han identifierar förklarar han med att kvinnorna på landsbygden under denna period började amma sina barn i större utsträckning. Intressant är att samtidigt med landsbygdens sjunkande spädbarnsdödlighet stiger dödstalen i staden under samma period. Detta ser han som en följd av att staden växte och därmed trångboddheten, vilket innebar en försämrade sanitär miljö med ökad spridning av smittosamma sjukdomar, något som framförallt drabbade spädbarn över sex månader.²⁸ Denna senare utveckling med att dödstalen korrelerar med stadens ökande befolkning följer alltså de generella mönster för stadsmiljöer som flertalet forskare funnit i andra undersökningar.

En viktig aspekt av dödligheten blir då att undersöka dödsorsakerna vilket kan ge oss en vink om varför det var farligare för spädbarnen att födas i staden:

Epidemier som kolera, smittkoppor, scharlakansfeber mm drabbade i synnerhet den urbana befolkningen. Trångboddhet och dåliga sanitära förhållanden gynnade spridningen av olika infektionssjukdomar.²⁹

²⁶ Bengtsson, (1996), s.38f.

²⁷ Nelson och Rogers, (1995), s.296.

²⁸ Brändström, (1984), s.135.

²⁹ Brändström och Edvinsson, (2000) s.33.

Vidare på samma linje skriver Anders Brändström:

Bland städernas spädbarn år 1880 var dödligheten högst i matsmältningsorganens sjukdomar, d v s diarréer. I övrigt kännetecknades dödligheten bland spädbarn främst av medfödda sjukdomar samt lunginflammation och luftrörskatarr.³⁰

6.3. Skillnader mellan könen

Diskussioner gällande spädbarnsdödlighet förs ofta i termer av *biologiska faktorer* (jämför med *miljörelaterade faktorer*); en sådan är barnets biologiska kön. Könet är en biologisk faktor genom att barnen anses ha olika möjligheter att överleva det första levnadsåret beroende på vilket kön det har. Den allra mesta forskningen visar att pojkarna har en större spädbarnsdödlighet än flickorna. Detta beror enligt en hypotes på att pojkar och flickor har nått olika utvecklingsgrad som nyfödda vilket gör de mindre utvecklade pojkarna mer sårbara. Dels kommer sig detta av att pojkarna i regel föds tidigare men också på grund av att deras lungor i förhållande till åldern är mindre utvecklade än flickornas. Detta gör att pojkarnas allmänna motståndskraft är sämre samt att deras lungor ofta är mindre utvecklade vilket gjorde att de oftare dog i *luftvägsinfektioner*.³¹

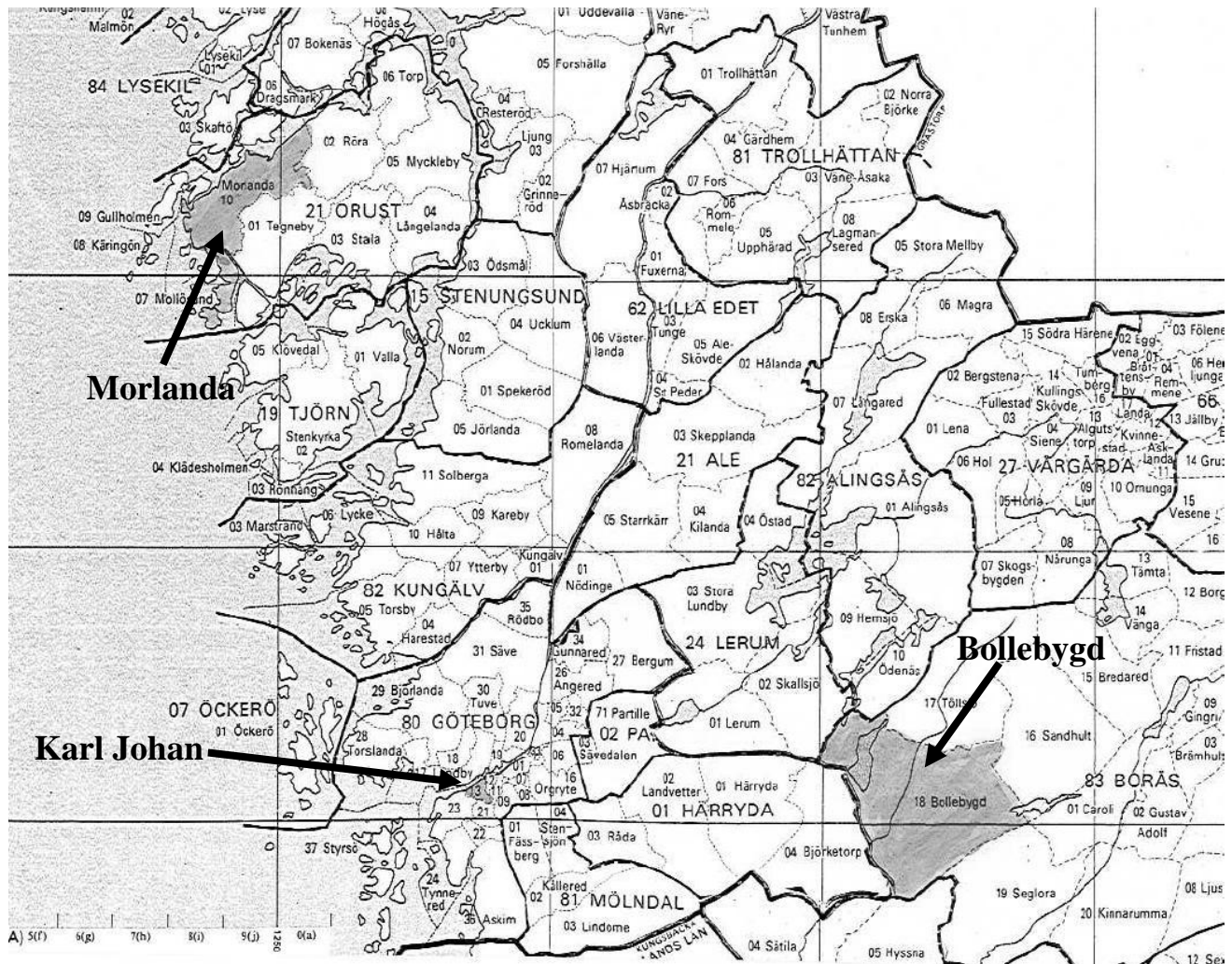
Henrik Moberg föreslår också han i *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv* att överdödlighet för pojkar ofta beror på att pojkarna har en mycket högre dödlighet i luftvägsinfektioner.³²

³⁰ Brändström och Edvinsson, (2000), s.34.

³¹ Bengtsson, (1996), s.255.

³² Henrik Moberg i *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, (Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005), s. 94.

7. Historisk bakgrund



Karta 1: Lokalisering av Bollebygd, Morlanda och Karl Johan i Göteborg (Landsarkivet Göteborg).

7.1. Bollebygd

En amerikan vid namn Charles Loring Brace som kring mitten av 1800-talet reste genom Bollebygd beskriver folket där som relativt välmående; även i den enklaste av hem. Detta i en tid då Sverige annars präglas av en stark befolkningsökning och en ökande proletarisering.³³

Överlag sker det i västra Sverige under min undersökningsperiod en snabbare befolkningsökning än i de östra delarna av landet och Bollebygd är inget undantag. Befolkningen nästan tre-

³³ Agneta Boqvist, *Den dolda ekonomin – En etnologisk studie av näringsstrukturen i Bollebygd 1850-1950*. (Lund: 1978), s.9.

dubblas mellan 1700 och 1880. År 1830 bestod Bollebygds församling av 2139 individer vilket under de nästföljande tjugofem åren ökar till 2665 personer.³⁴

Bollebygd utgör en utlöpare från det sydsvenska höglandet och den allmänna historiska uppfattningen är att området var missgynnat gällande naturbeskaffenheten;³⁵ något som vi kan utläsa av provinsialläkarens Sam Elmlunds årsberättelse för 1851 där vi finner en målande beskrivning av Boråsregionens (där Bollebygd ingår) geografiska förutsättningar:

Borås distrikt utgöres af en bergig och steril skogstrakt, betydligt upphöjd öfver hafvet samt genombruten af en mängd större och mindre vattendrag, innehålland därjämte många kärr och mossar. Den rådande bergarten är granit och gneiss, med anledningen till jernmalmer.³⁶

Hursomhelst var detta alltså inte något hinder för en kraftig befolkningstillväxt, invånarantalet var det högsta i Sjuhäradsbygden i förhållande till den odlade jorden.³⁷

Detta för med sig att stora delar av den nödvändiga spannmålen och livsmedlet måste köpas utifrån. Skogsbruket var viktigt och gav istället betydligt större avkastning. Näringsituationen i Bollebygd såväl som i hela sjuhäradsbygden kan under perioden beskrivas med termer som mångsidighet och komplexitet. Viktig framförallt, var träslöjden och övrigt hantverk såsom korgmakeri, bastbinding och den textila hemindustrin. Dessa varor avyttrades både inom Sveriges gränser men gick även på export. Det tydligaste draget i Bollebygds näringsmönster är att arbetsfördelningen och specialiseringen under 1800-talet - byar och bygder emellan - var mycket stark.³⁸

Provinsialläkare Sam Elmlund skriver vidare om Bollebygd och regionen i stort:

I Bollebygds härad, der den nordvestliga delen av distriktet, sysselsätter sig folk ävfen med transport av af handelsvaror från Götheborg till Borås, samt med öfverförande af skogseffekter till förstnämnde stad.³⁹

Intressant med Bollebygd är att näringsutrymmet ökade i korrespondens med befolkningen men inte till största delen genom en uppodling av mark eller intensifiering av jordbruket. Folket i

³⁴ Tabellverket. *Folk_410* och *Folk_620*. Bollebygd (1830 och 1855) Kod: 76860.

³⁵ Boqvist, (1978), s.22.

³⁶ Sam Elmlund, (1852), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås*, 1851 (Rapport 57/145).

³⁷ Boqvist, (1978), s. 22f.

³⁸ Boqvist, (1978) s. 25f.

³⁹ Sam Elmlund (1852), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås*, 1851 (Rapport 57/145)

bygden fann den rikaste avkastningen främst inom hantverket och hemindustrin. Vad som följer av detta i etnologen Agneta Boqvists analys är att: ”Förhållandet till jorden var inte avgörande för hushållets välstånd därför fanns det ingen anledning att hejda proletariseringen till exempel genom att nyodla”.⁴⁰ Mängden uppodlad mark och graden av proletarisering och därmed ekonomisk nivå blir alltså inte lika applicerbart på Bollebygd som i en ren jordbruksmiljö. Jag citerar återigen Sam Elmlund som har åsikter om folket i bygden:

En del af allmogen är mycket förmögen och väl mående, dricker mycket vin och kaffe, hvilket bruk derifrån spridt sig mer och mindre till de öfrige häranderne. Man kläder sig i allmänhet väl och afpassadt efter klimatet. Med afseende på sedlighet och nykterhet är folket här icke sämre än på andra orter inom Riket.⁴¹

Sam Elmlund har dock i samma rapport följande lite mer dystra omdöme om hälsoläget i bygden: ”Sundhetspolisen är i allmänhet dålig. Sockennämnder finns öfverallt, men deras verksamhet för allmänna helsovården förspörjes sällan. Något sockenapothek finnes icke”.⁴² Tilläggas kan här också att, det faktum att folket i Bollebygd sysslade med transport av handelsvaror till storstaden Göteborg borde ha inneburit en viss risk för smittospridning.

Barnmorskor är ett förekommande ämne i provinsialläkarnas rapporter. Elmlund anser att det på landsbygden är mycket dåligt ställt med tillgången till barnmorskor; i Bollebygd finns överhuvudtaget inte någon och gällande kringliggande landsbygd finns där endast en enda. I Borås stad 1851 finns det fyra, varav en är gammal, sjuk och inte förmögen att praktisera. De övriga barnmorskorna har inte någon ordinarie lön vilket medför att väldigt få inom distriktet varken har möjlighet eller råd att tillkalla någon kvalificerad hjälp vid födslar. Elmlund avslutar sin ganska ingående beskrivning av läget som följer:

De flesta får åtnöja sig med så kallade hjelperskor, hvilka till en del äro någorlunda bra; i vanliga fall, då en god natur hjälper sig sjelf och då något egentligt konstens biträde icke påfordras. Församlingarne äro många gånger för flere år tillbaka på allmänna sockenstämman alfvärligen uppmanade att förse sig med examinerade barnmorskor, men hafva hittills icke för någon del velat samtycka att erlægga något till sådanes aflöning.⁴³

⁴⁰ Boqvist, (1978), s.113.

⁴¹ Sam Elmlund, (1852), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1851* (Rapport 57/145).

⁴² Sam Elmlund, (1852), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1851* (Rapport 57/145).

År 1855 skriver Elmlund i provinsialläkarrapporten för föregående år att barnmorskesituationen knappast förbättrats, snarare tvärtom, då två av de fyra från året innan har avlidit utan att någon ersättare tillsatts.⁴⁴ Enligt en rapport gällande 1836 fanns inte heller under den första perioden i min undersökning fler barnmorskor att tillgå i distriktet, inga fanns i Bollebygd.⁴⁵

7.2. Morlanda

Morlanda utgör ett av tre pastorat på ön Orust i den Bohusländska skärgården. Morlandadalen är tydligt avgränsad av bergväggar i öster och av havet i väster och framförallt domineras denna del av Orust av större obrutna odlingsytor. Morlanda är inte den del av Orust där befolkningmängden skjuter snabbast i höjden under 1800-talet,⁴⁶ men också här ökar befolkningen emellertid; från att 1830 bestå av 3246 personer till att 1855 vara 4045 individer.⁴⁷

Sillfisket var fram till 1808 den stora näringen i den bohuslänska skärgården där Morlanda ligger. 1808 tog det rika sillfisket slut och befolkningen drabbades hårt. Prosten Beckeman som verkade i Morlanda under förra hälften av 1800-talet skrev på 1830-talet såhär om situationen i Morlanda:

Eländet i denna skärgård är nu ännu större än någonsin under min långa tjänstetid, således under 35 hela tjänsteår härstädes, och med förskräckelse emotser jag hungersnöden med dess rysliga följder. Den talrika fiskarehopen, som här utgör tre femtedelar af befolkningen, är stängd från sitt enda näringsfång, ty hafvet är med is belagt så långt ut som ögat når, och icke ens från högsta klippor kan öppet vatten upptäckas. Hela dagen ser man skaror af tiggare utströmma från de kringfrusna fiskelägena för att bettlande öfversvämna angränsande landet.⁴⁸

I och med att sillfisket avtog som betydande näring fick jordbruket ett nödvändigt uppsving. Viktiga förändringar såsom laga skifte (mellan 1836 och 1855 skiftades 57 % av Morlanda socken) potatisens intåg och förbättrade verktyg som till exempel den stålskodda plogen gjorde att produktionen ökade och kunde i viss mån ersätta det som man förlorat i och med sillkrisen. Den agrara revolutionen kunde till och med frambringa ett överskott på framförallt havre; som

⁴³ Sam Elmlund, (1852), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1851* (Rapport 57/145).

⁴⁴ Sam Elmlund, (1855), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1854* (Rapport 64/180).

⁴⁵ Sam Elmlund, (1837), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1836* (Rapport123-125/171).

⁴⁶ Viveka Overland, *Orust historia och miljö*, (Stenungssund: Bohusläns museum, 1994), s.59.

⁴⁷ Tabellverket. *Folk_410* och *Folk_610*. Morlanda (1830 och 1855) Kod: 76150.

exporterades till England vilket också medförde ett ökat behov av fraktfartyg. Båtbyggeri kom därför under första hälften av 1800-talet att bli en viktig näring för befolkningen i skärgården. Trots att nöden var stor ökade befolkningen i hela skärgårdsområdet, Morlanda inkluderat, under 1800-talet med kulmen kring 1880-talet.⁴⁹

Fornforskaren och prästen Axel Em. Holmberg skildring av Morlanda med omnejd i sin *Bohusläns historia och beskrivning* (utgiven i tre delar 1842-45) är en viktig, om än en i hög grad subjektiv källa. Västra Orust där Morlanda ingår har det enligt Holmbergs skildring, i förhållande till många övriga delar av Bohuslän, gott ställt. ”I Morlanda börjar fiskelägena höja sig ur sin lägervall, varjämte fraktfart blivit en tredje huvudnäring vid sidan av jordbruk och fiske.”⁵⁰ En ökad befolkning förutsätter att produktionen kan ökas men en risk är också att resurserna pressas så hårt att fattigdomen ökar. I många delar av Bohuslän blev det så, men enligt Holmbergs omdöme om Morlanda socken verkar allmän fattigdom och misär inte varit förekommande.⁵¹

Holmbergs beskrivning motsägs dock, dels vilket vi kan se ovan av prosten Beckeman, dels av en utsaga i provinsialläkarrapporten för 1857 som berättar om en mycket omfattande fattigdom och tiggeri. Olof Niclas Gammelin anser att detta är konstigt, framförallt i Morlanda där rika donationer har gjorts till de fattiga under flera år Detta har emellertid inte enligt rapporten fått något genomslag.⁵²

Samma Gammelin beskriver på nyårsafton 1854 nöden i området på följande sätt:

Som nämndes i förra årsrapporten är fattigdomen stor i detta distrikt och framträder starkast på fiskelägena. Nöden är här som på andra ställen märkbarast om vintren af 2:ne naturliga skäl: brist på bränne och ofta brist på mat.⁵³

Den ökade fraktfarten var å ena sidan en källa till försörjning men torde också ha medfört en ökad risk för smittospridning av infektionssjukdomar eftersom kontakten med omvärlden ökade. Något vi också kan utläsa av provinsialläkarrapporterna där på flera ställen, Morlandas fiskelä-

⁴⁸ Citerat från Viveka Overland, (1994), s.68.

⁴⁹ Viveka Overland, (1994) s. 68ff.

⁵⁰ Citerat från Åke Holmberg, *A. E. Holmbergs Bohuslän i Bohusläns historia*, Erik Lönnroth (red.), (Göteborg: Göteborg och Bohus läns landsting, 1963), s.323.

⁵¹ Holmberg, (1963) s.329.

⁵² Olof Niclas Gammelin, (1858), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1857* (Rapport 95/187).

⁵³ Olof Niclas Gammelin, (1854), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1854* (Rapport 155/180).

gen omtalas som särskilt utsatta för infektionssjukdomar; så till exempel i en rapport gällande 1837 där kikhosta och mässling utbröt allmänt och häftigt i framförallt Morlandas fiskelägen.⁵⁴

I en annan rapport, denna gång från 1850-talet kan vi läsa om ytterligare ett exempel på områdets utsatthet för epidemier: ”Nerffeber, flera fall häraf noterade i Februari hafva inträffat å Malön (Morlanda Socken) 16 personer sjuke, sjukdomen ditkommen genom en från sjön hemkommen sjuk matros, son till en af öborne”.⁵⁵

Denna kontakt innebar också att koleraepidemier utbröt i Morlanda under tre perioder under 1800-talet (1834, 1850-talet och 1872) i viss mån i hela pastoratet men främst i de utsatta fiskelägena. Detta fick till följd att en sundhetsnämnd sammanträdde i Morlanda pastorat 1832 där man beslutade att vidta vissa åtgärder som alla syftade till renlighet och noggrannhet för att smittspridningen skulle minimeras. Hotet verkar dock på landsbygden generellt sett ha tagits med litet allvar; men det kan ändå säga en del om att det i området vidtogs vissa åtgärder för förbättrad hygien för att i största möjliga mån undvika sjukdomar.⁵⁶ Olof Niclas Gammelins skriver i provinsialläkarrapporten för 1854 om en nonchalans (eller okunskap) hos allmogen gällande hygien och smittorisk:

En anmärkningsvärd och i högsta grad klandervärd osed existerar så väl på Orust som isynnerhet på Tjörn, att vid begrafningar äta i samma rum, som liket finnes, vanligast är väl locket till kistan påspikadt och på detsamma brinna ett par ljus, men stundom lära de till ock med hafva det aflyftadt under måltiden. Vanligen förvara de sina döda i 14 dagar innan de jordas.⁵⁷

De olika omdömena om folkets leverne är just mycket varierande. I mitten av 1800-talet anser landshövdingen att det bohuslänska folket har förbättrat sitt leverne avsevärt. Denna ökande sedlighet och skötsamhet kan i viss mån tillskrivas schartauanismens⁵⁸ folkuppfostran med sitt starka grepp om folket i Bohuslän; men framförallt kan denna förbättring tros bero på brännvinslagsstiftning som togs i bruk vid tiden. Schartauanismen anses också ha medfört en högt utvecklad arbetsgemenskap och en inbördes socialvård mellan människor i området.⁵⁹

⁵⁴ Joh. Boustedt, (1838), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1837* (Rapport 60/65).

⁵⁵ Olof Niclas Gammelins, (1858), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1857* (Rapport 95/187).

⁵⁶ Eric Jacobsson, *Koleran i Morlanda i Morlanda Hembygdsbok III*, Olof Brattö (red), (Uddevalla: 1989), s.150.

⁵⁷ Olof Niclas Gammelins, (1854), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1854* (Rapport 155/180).

⁵⁸ En väckelserörelse som utgår från Henric Schartaus förkunnelse som framförallt hade en mycket stark prägel på det västsvenska samhället. Utmärkande är ett starkt socialt engagemang utifrån den lutherska kallelsetanken och strikt fasthållande vid kyrkans ämbeten och ordningar. (*Nationalencyklopedin, band 16*, (1995) s.295.

⁵⁹ Holmberg, (1963), s.363.

Denna socialvård kan man skönja i de donationer till de fattiga som provinsialläkarrapporter talar om. Verkan av den nya brännsvinsordningen beskrivs i en rapport som mycket positiv och omfattande. Enligt Olof Niclas Gammelin förlikade sig folket med den nya förordningen då de såg den goda verkan på hälsan och ordningen i samhället som den förde med sig.⁶⁰

Slutligen några rader om barnmorskefrekvensen i Morlanda. I provinsialläkarrapporten för år 1836 kan vi läsa följande:

Oagtda Presterskapets å Socknestämmor flere gånger förnyade framställningar till församlingarne om antagande af Examinerade Barnmorskor, har allmogen icke kunnat förmås att dertill bidraga, utan biträdes Barnsängsquinorne af oexaminerade ”Jordegummor” hvarav dock, under förflutna året icke några skadliga följder för moder eller foster kommit till min kunskap.⁶¹

Närmare två decennier senare verkar inte mycket ha skett då Gammelin i en rapport skriver att:

Barnmorskeväsendet fortfar att vara i bedröfligt skick, vid förlossningar biträda endast oexaminerade och någon förändring häri är ej att emotse förän möjligen den i Göteborg beslutade undervisningsanstalten för barnmorskor hinner komma i verksamhet. Lättast blefvo saken afhulpen med om församlingarne blefvo ålagde att hafva examinerade barnmorskor.⁶²

Provinsialläkarrapporten för 1857 bekräftar att Gammelin fick sin önskan uppfylld kanske redan samma år som han skrev det alldeles ovan citerade stycket. I rapporten kan vi läsa att: ”De i förra årsrapporten omnämnde pastoraten fortfara att hafva sina barnmorskor, sålunda har Myckleby en, Tegneby en och Morlanda två”.⁶³ Av detta kan vi alltså dra den slutsatsen att Morlanda fick sina första barnmorskor senast år 1856. För år 1855 finns dessvärre ingen provinsialläkarrapport att tillgå. I samma rapport kan också utläsas att det i Morlanda fanns ett ”personellt previligeradt stamapothek”, det enda i distriktet.⁶⁴

7.3. Karl Johan i Göteborg

I början på 1700-talet hade Göteborg som vid tiden hade varit en stad i ca hundra år en befolkning på 7000 invånare, med andra ord en stad av inte alltför ansenlig storlek. År 1820 hade befolkningen ökat till 16000 med den kraftigaste accelerationen under de första årtiondena av detta

⁶⁰ Olof Niclas Gammelin, (1858), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1857* (Rapport 95/187).

⁶¹ Joh. Boustedt, (1837), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1836* (Rapport 164-165/171).

⁶² Olof Niclas Gammelin, (1854), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1854* (Rapport 155/180).

⁶³ Olof Niclas Gammelin, (1858), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1857* (Rapport 95/187).

sekel.⁶⁵ Karl Johans församling ligger rent tekniskt för den tidigare delen av 1800-talet i stadsdelen Majorna som hade en organiserad stadsbebyggelse och kan ses som förstad till det egentliga Göteborg. Karl Johan bildades 1820 genom en sammanslagning av Amiralitetsvarvsförsamlingen och Mariebergs församling och gick under namnet Förenade kustförsamlingen eller bara Kustförsamlingen fram till år 1828 då församlingen fick namnet Karl Johan. År 1883 förenades Karl Johan ecklesiastiskt med Göteborgs stad men borgerligt skedde denna förening redan år 1868. Tillhörigheten till de olika församlingarna i Göteborg avgjordes inte nödvändigtvis men oftast av var en person bodde i staden; möjligheten fanns för individer att istället ansluta sig till den församling han eller hon önskade.⁶⁶ Karl Johans församling bestod år 1830 av 5598 individer och hade år 1855 ökat till 7996 personer.⁶⁷

En viktig faktor i framförallt 1700-talets befolkningsökning kan tillskrivas den blomstrande sillindustrin. När sedan denna industri i det närmaste kraschade under tidigt 1800-tal kan man också utläsa en minskande acceleration i befolkningsökningen. Under perioden fram till 1820 växte Göteborgs befolkning tre gånger snabbare än Sveriges övriga städer, som jämförelse kan man nämna att Stockholms befolkningssituation under samma period i det närmaste står stilla. Som jag redan antytt ovan var den stora befolkningstillväxten i rikets storleksmässigt andra stad främst effekter av ett blomstrande näringsliv med en stor inflyttning som följd av detta uppsving.

För hela Göteborg var dödligheten i början av 1800-talet strax över 40 ‰ vilket kan jämföras med ett snitt på dryga 30 ‰ för övriga städer i landet, landsbygdens siffror var ännu lägre med knappa 25 ‰ år 1815. Som förklaringar till detta nämns de för städer vanliga omständigheter som ökad trångboddhet och bristande sanitära och hygieniska förhållande som underlättade spridning av olika smittosamma sjukdomar, med epidemiska sjukdomsförlopp som följd. Speciellt för Göteborg var också en bristande tillgång på friskt vatten framförallt under större delen av 1700-talet då vattnet ofta togs från kanaler och vallgravar.⁶⁸ Det material som kan styrka in- och utflyttning i Göteborg under perioden är ojämnt bevarat men slutsatsen som dras är given. Utan att gå in på exakta siffror kan ensamt det faktum att mortaliteten alltjämt var större än nativiteten, samtidigt som befolkningen ökar endast förklaras genom en inflyttning till staden, vilket också

⁶⁴ Olof Niclas Gammelin, (1858), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1857* (Rapport 95/187).

⁶⁵ Bertil Andersson, *Göteborgs historia – Näringsliv och samhällsutveckling. Från fästningsstad till handelsstad 1619-1820* (Göteborg: Nerenius & Santérus,1996). s.125.

⁶⁶ Andersson, (1996) s.128.

⁶⁷ Tabellverket. *Folk_410* och *Folk_620*. Karl Johan (1830 och 1855) Kod: 75450.

⁶⁸ Andersson, (1996) s.129-132.

de mer eller mindre bevarade in- och utflyttningslängderna styrker.⁶⁹

Ytterligare ett par för Göteborg specifika noteringar som påverkade befolkningssituationen kan göras. Antalet utomäktenskapliga barn var stort i städerna generellt. På landsbygden uppgick siffran under slutet av 1700-talet till knappa 4 procent och i början av 1800-talet till dryga sex procent. I Göteborg var motsvarande siffra drygt 10 procent under slutet av 1700-talet, andelen oäkta barn ökade sedan under nästföljande århundrades första årtionden till knappa 18 procent. Detta var främst en effekt av den höga inflyttningen. En vanlig situation i städer var en parallelitet mellan en stor andel utomäktenskapliga barn och hög barnadödlighet vilket också var utmärkande för Göteborg.⁷⁰

Under 1800-talet fortsatte befolkningsökningen med samma hastighet fram till mitten på århundradet då en ännu kraftigare tillväxt tog fart. Under mitten av 1800-talet stiger emellertid spädbarnsdödligheten i Göteborg kraftigt, mycket som en effekt av den stora inflyttningen och den trångboddhet och undermåliga sanitära och hygieniska situation som detta medförde. Till detta kommer också det faktum att antalet oäkta barn steg parallellt med spädbarnsdödligheten. Efter mitten av 1800-talet börjar dödligheten minska, också detta parallellt med att de oäkta barnen blir färre.⁷¹ En annan viktig faktor anses ha varit sanitära förbättringar och därmed allmänt förbättrade hälsoförhållande. Något som också spelade in är minskad dödlighet genom först smittkoppor (som ett obligatoriskt vaccin från och med 1816 i ganska stor utsträckning neutraliserade) samt koleran som ”tog över” efter smittkopporna första gången 1834 och vidare in under 1850-talet för att sedan i stort sett försvinna.

Vid mitten på 1800-talets ökade förståelsen för sambandet mellan undermålig hygien och sjukdomar och en sundhetsnämnd inrättades från och med 1831 framförallt för att komma till rätta med de flertalet svåra epidemier som drabbade staden under 1800-talet. Man pläderade för att de dåliga bostäderna var orsaken till kolerans spridning. Läkaren Charles Dickson uttryckte sig om det allmänna boendets inverkan på hälsotillståndet på detta sätt: ”I avseende på hälsan äro... dessa bostäder på många sätt skadligt inverkan. Göteborgs kända mortalitet kan väl till en betydande del skrivas på denna räkning.”⁷²

⁶⁹ Andersson, (1996) s.134.

⁷⁰ Andersson, (1996) s.133.

⁷¹ Martin Fritz, *Göteborgs historia – Näringsliv och samhällsutveckling, Från handelsstad till industristad 1820-1920* (Göteborg: Nerenius & Santérus, 1996), s.318-339.

⁷² Citerat från, Fritz, (1996) s.322.

Han menade vidare att det bästa sättet att komma åt koleran inte var genom karantänåtgärder, istället skulle de sanitära förhållandena i staden förbättras. Många av de problem som Dickson tog upp - såsom nya vattenkällor och ledningar, och kloakledningar i vissa delar av staden istället för att som innan bruka rännstenen för samma ändamål - var under senare delen av 1800-talet delvis åtgärdade.⁷³

Redan under 1850-talet kan vi i flertalet provinsialläkarrapporter finna utsagor som nästan lovprisar Göteborg som en ytterligt hälsosam miljö. C. G. Schönbeck skrev 1852:

Staden Götheborg är i sanitärt hänseende ej illa lottad. Dess läge vid Götha Elf och vestra kusten gör, att omvexlande vindar och i synnerhet hafsvinden ofta rena luften och befordra sundheten, så att svårare Epidemier sällan inträffa. Flera åtgärder hafva äfven blifvit vidtagna för att genom förbättrade boningar, kajen och gatan omläggning och ändamålsenliga vattenaflödnigar och afloppkanaler förbättra det bristfälliga i dess sumpiga läge.⁷⁴

Också H. J. Ewert håller med om detta och benämner läget i liknande ordalag med fokus på hälsosamma vindar. Men nämner också de problem som den stora inflyttningen och den begynnande industrialiseringen innebar:

Alfvarsamma bekymmer hafva i sednare tider upmärkts af den mängd fabriksinrättningar som här uppstått och dit föräldrar af vinningslystnad eller af behof sända sina ännu helt unga barn, som där kroppsligt försvagas och försumma såväl i moraliskt som intellectuellt hänseende - och äger detta förhållande isynnerhet rum, derest arbetet fortsätter äfven om nätterna.⁷⁵

Upplandet var en viktig faktor för den växande handelsstaden Göteborgs ekonomi. Där järn och trä - som framförallt hämtades från Värmland och Dalsland - låg som bas för exporten. Man drog också nytta av det mera nära upplandet i form av Bohuslän där det blomstrande sillfisket förde med sig upprättande av en beredningsindustri av stor omfattning. Göteborg var under 1700-talet en väl etablerad hamnstad med goda kontakter i västeuropeisk och atlantisk ekonomi. Till detta kan man också lägga en nedgång demografiskt och ekonomiskt för Stockholm vilket gjorde att Göteborg delvis tog över den viktiga Östersjöhandeln. Denna tid brukar betecknas som den ”briljanta” epoken i Göteborgs historia och den ekonomiska expansionen syntes på flera sätt. Kapital ackumulerades för till exempel framtida industriutveckling och produktion. Den tidigare,

⁷³ Citerat från, Fritz, (1996) s.321ff.

⁷⁴ C. G. Schönbeck, (1852), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1851* (Rapport 135/145).

⁷⁵ H. J. Ewert, (1852), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1851* (Rapport 136/145).

framförallt av trä bestående, bebyggelsen ersattes av stenhus. Men detta gällde ju självfallet endast de mer privilegierade i samhället.⁷⁶

Göteborg under 1700-talet kan ses som en möjligheternas period. Dessa möjligheter var emellertid tillgängliga endast om man tillhörde de mer lyckligt lottade kretsar av till exempel köpmän och hantverkare. De sociala klyftorna var stora och även om den ekonomiska utvecklingen skapade många nya försörjningsmöjligheter så var det många som stod utanför denna möjlighet och den sociala gemenskapen. En möjlighet var den *landerimark* som tilldelades de mindre lyckligt lottade som en möjlighet till försörjning. Denna mark var en donationsjord som låg utanför den egentliga staden. Nämnas kan att Göteborg hade en relativt sett stor andel donationsjord och den gav också under tidigt 1800-tal god avkastning. Vid sidan av detta var det stora antalet sysselsatta genom framförallt enklare arbeten vid till exempel hamnar och byggen samt som tjänstefolk hos de mer privilegierade. För dessa grupper som ofta också vid sidan av detta kunde ta del av landerimarkens avkastning erbjöd sysselsättningen en knapp försörjning och en bräcklig ekonomisk situation. 1750 beräknas denna grupp av arbetare med knapp försörjning vara ungefär två tredjedelar av stadens invånare och till detta kan man lägga 9 % som anses vara fattiga utan möjlighet att försörja sig själva. Vid 1800-talets början hade gruppen av arbetare med knapp försörjning ökat, medan andelen fattiga hade minskat något.⁷⁷

Under 1800-talet står sig denna bild av Göteborg som en ekonomiskt segregerad stad. Andelen fattiga ökade ytterligare som en följd av den alltmer omfattande inflyttningen av arbetskraft till den begynnande industrialiseringen. Många flyttade från en nöd, till en annan; från jordbrukets knappa avkastning till en lika otrygg ekonomisk situation i staden.⁷⁸

Faktum är att samtidigt som inflyttningen till Göteborg inte minskade utan tvärtom ökade försvann också många försörjningstillfällen i och med att stadens utveckling under de första årtiondena av 1800-talet var raka motsatsen till den briljanta period jag ovan beskrivit. Sillfiskets nedgång, ostindiska handelns upphörande och kontinentalsystemets⁷⁹ avskaffande gjorde att den större ekonomiska bilden radikalt försämrades.⁸⁰

I en stad av Göteborgs storlek fanns givetvis i förhållande till landsbygden en mer ordnad och utökad sjukvårdsapparat. I provinsialläkarrapporten för 1854 kan vi läsa följande:

⁷⁶ Andersson, (1996), s.120-123.

⁷⁷ Andersson, (1996), s.339f.

⁷⁸ Fritz, (1996), s. 299.

⁷⁹ Napoleons krav på handelsblockad mot England upprättades 1806.

⁸⁰ Fritz, (1996), s.14f.

Barnmorskeväsendet är i ordnad skick. Inom Stadens område antagas Barnmorskorna af Magistraten, sedan deras competence blifvit witsordad af undertecknad. Tvenne hafva lön af Stads-kassan med skyldighet att biträda vid mediocolegala förrättningar. Sistlidne år funnos i Staden Elfva och i Carl Johans Församling Fyra. Nu finnas i Staden Nio och i Carl Johans församling Fyra.⁸¹

För 1856 kan vi läsa att det också då som 1854 fanns fyra stycken barnmorskor anställda inom Karl Johans församling och elva i övriga staden. En upplärningsanstalt för barnmorskor inrättas också samma år.⁸² Före år 1851 finns inga provinsialläkarrapporter att tillgå för Göteborgs stad.

Doktor Christofer Carlander verkade som stads- och familjeläkare i Göteborg mellan åren 1793 och 1814 och var specialutbildad i förlossningskonst. Gudrun Nyberg ger i *Doktor Carlanders Göteborg* en bild av bland annat uppfödningssvanor genom sammanställning av uppgifter från Carlanders detaljerade sjukjournaler. Carlander var övertygad om amningens särställning som näringskälla för spädbarn och ansåg att det egentligen inte fanns någon fungerande ersättning. Amning var kring sekelskiftet 1800 på modet och det fanns en stark vilja att följa detta mode vilket får till följd att allt fler mödrar, även i de mer privilegierade skikten, gör försök att amma sina spädbarn. Vanligt var annars att man i de borgerliga skikten av staden anlidade ammor, något som också förekom bland hantverksklassen. Ofta förekommande är att mödrar i dessa skikt parallellt med egen amning anlitar en amma som komplement; detta kan dels bero på att mjölken ofta sinade eller att modern helt enkelt inte orkade med hela ansvaret själv.⁸³

Ammorna kom inte sällan in från landsbygden och arbetade extra som ammor för att klara hushållet. Även om det var bättre för de minsta barnen att få bröstmjölk som näring var ammorna inget oproblematiskt fenomen. Ofta skyldes sjukdomar som drabbade spädbarn som ammade av ammor på de inhyrda kvinnorna. Detta skapade i sin tur oro hos ammorna vilken enligt Carlander kunde överföras på spädbarnen. Det var inte heller ovanligt att ammorna drogs med samma svårigheter som de verkliga mödrarna; det vill säga problem med såriga bröstvårtor och sinande mjölkproduktion. Detta innebar att det många gånger under ett barns första år kunde passera flera ammor.⁸⁴

Ammorna ammade ibland sina egna barn parallellt med andras, men det var också vanligt att ammornas barn användes tidigare än vad som var idealt. Ofta förekom också ett tillägg av mat

⁸¹ C. G. Schönbeck, (1855), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1854* (Rapport 149/180).

⁸² C. G. Schönbeck, (1857), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1856* (Rapport 89/189).

⁸³ Gudrun Nyberg, *Doktor Carlanders Göteborg- Folkliv, sjukdom och död 1793-1814*, (Kristiansstad: Carlsson Bokförlag, 2007), s.186ff.

vid fortsatt amning. Särskilt vanligt var detta för de fattigare familjerna som inte hade råd att anlita någon amma till hjälp. Carlander skriver att ett barn normalt ammas i ungefär ett år men det var ändå inte ovanligt att barn ammas i femton månader. När han berättar om ett barn som helt avvändes från bröstmjölk vid sex månaders ålder, indikerar han med ett utropstecken i en av sina journaler, att det är alldeles för tidigt. Carlander betonade vidare att det visserligen var nödvändigt att avvänja barnen med di, men att vikten av att göra detta i lagom mängd var stor. Den mat som gavs som substitut var oftast någon form av välling, men också något som kallades *ölsupa* var populärt. Ölsupa var en blandning av varm mjölk, vetemjöl och lite svagdricka. Andra gånger nämns att barnen ges föda som bröd och potatis, och Carlander själv ordinerar vid vissa tillfällen till och med portvin eller porter som vid tiden ansågs allmänt nyttiga även för de minsta barnen.⁸⁵

⁸⁴ Nyberg, (2007), s.191f.

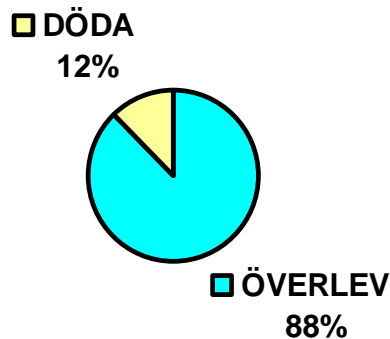
⁸⁵ Nyberg, (2007), s.193ff.

8. Spädbarnsdödlighet 1836 till 1838

8.1. Allmän spädbarnsdödlighet

Under de aktuella åren föds i Bollebygd 187 barn av vilka 23 spädbarn inte överlever första levnadsåret. Fördelningen på de tre åren som följer är: 1836 föds 66 barn varav 7 dör innan ett år (106 ‰), 1837 föds 69 barn varav 11 dör inom första levnadsåret (159 ‰) och slutligen så 1838 då 5 spädbarn dör av 52 födda (96 ‰). Sammanlagt för de tre åren ligger då spädbarnsdödligheten på 123 ‰ eller 12 procents dödlighet.⁸⁶

Diagram 1: Spädbarnsdödlighet totalt, Bollebygd 1836-1838.



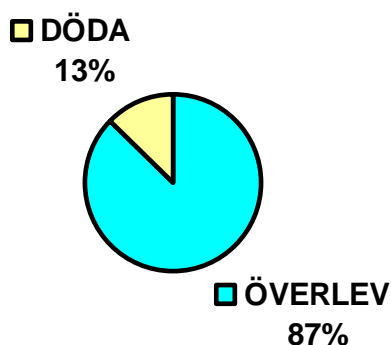
Källa: Födelse- och dopbok C:5 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:5 1836-1838 för Bollebygds församling.

I Morlanda församling föds samma period 287 barn varav 37 stycken dör innan ett års uppnådd ålder, vilket ger 250 överlevande spädbarn. I ‰ räknat är spädbarnsdödligheten 129 och motsvarande siffra i procent blir då 13 %. År 1836 föds hela 111 barn varav endast 8 dör inom första levnadsåret vilket ger en spädbarnsdödlighet på låga 72 ‰. För 1837 är dödligheten uppe i mer än det dubbla med 16 döda spädbarn på 98 födda (163 ‰). Till sist kan vi konstatera att spädbarnsdödligheten för 1838 nästan är lika hög med 12 döda under 1 år av 78 födda (154 ‰).⁸⁷

Diagram 2: Spädbarnsdödlighet totalt, Morlanda 1836-1838.

⁸⁶ Födelse- och dopbok C:5 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:5 1836-1838 för Bollebygds församling.

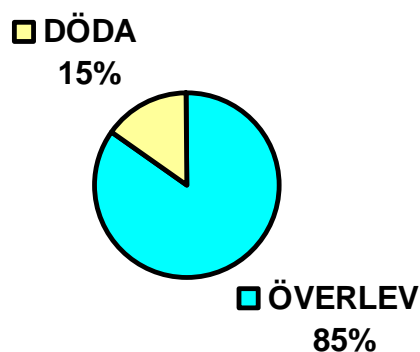
⁸⁷ Födelse- och dopbok C:4 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.



Källa: Födelse- och dopbok C:4 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

För Karl Johan är spädbarnsdödligheten i jämförelse (med Bollebygd och Morlanda) något högre. Dödligheten ligger på 153 ‰ eller 15 % för de tre åren tillsammans. Det föds 563 barn och endast 477 av dessa blir äldre än ett år; 86 barn dör alltså under det första levnadsåret. Fördelningen på de olika åren är förhållandevis jämn. År 1836 föds 190 barn och 23 av dessa dör innan de uppnått ett år, vilket ger en spädbarnsdödlighet på 121 ‰. 1837 sker en ökning till en spädbarnsdödlighet på 157 ‰ då det föds 178 barn varav 28 dör inom första året. Slutligen kan vi också se att en liten ökning också skedde år 1838 då 35 barn dör inom första året, 1838 föds det 195 barn vilket genererar en spädbarnsdödlighet på 179 ‰.⁸⁸

Diagram 3: Spädbarnsdödlighet totalt, Karl Johan 1836-1838.



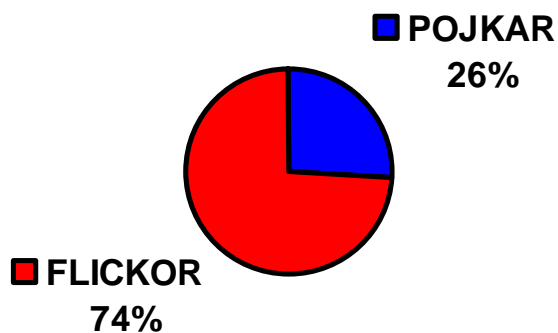
Källa: Födelse- och dopbok C:1 1836-1837 och C:2 1838, samt död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

⁸⁸ Födelse- och dopbok C:1 1836-1837 och C:2 1838, samt död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

8.2. Spädbarnsdödlighet per kön

Bollebygd har under perioden en mycket ojämn fördelning mellan könen. Under de tre åren dör endast 6 pojkar inom första året vilket endast utgör $\frac{1}{4}$ av den sammanlagda spädbarnsdödligheten, då 17 flickor dör inom första levnadsåret under åren; fördelningen blir följaktligen 74 % flickor och 26 % pojkar. Det måste tilläggas att den lilla mängd data jag haft att arbeta med gällande Bollebygd gör att en viss överdödlighet för ett av könen ger ett extra stort utslag relativt sett. Å andra sidan tål det också att nämnas att överdödligheten för flickor inte är något resultat av ett enstaka års extrem överdödlighet. Alla de tre åren uppvisar en överdödlighet för spädbarn av kvinnligt kön. 1836 dör 2 spädbarn av manligt kön och 5 av kvinnligt, 1837 dör 3 pojkar och 8 flickor under 1 år och slutligen är fördelningen år 1838 den att 1 och pojke och 4 flickor dör inom första levnadsåret.⁸⁹

Diagram 4: Spädbarnsdödlighet per kön, Bollebygd 1836-1838.



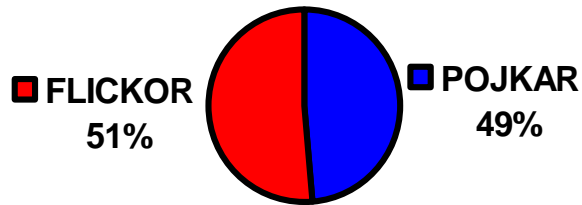
Källa: Födelse- och dopbok C:5 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

För Morlanda församling ser vi för samma period en nästan alldeles jämn fördelning av spädbarnsdödligheten mellan könen. 19 flickor och 18 pojkar döda under 1 år ger oss den procentuella fördelningen som cirkeldiagrammet nedan åskådliggör, det vill säga att flickorna utgör 51 % av den totala spädbarnsdödligheten och pojkarna sålunda 49 %. Fördelningen över de i perioden ingående åren är som följer: 1836 dör 4 flickor och 5 pojkar, 1837 dör 7 flickor och 9 pojkar och 1838 dör 8 flickor och 4 pojkar.⁹⁰

⁸⁹ Födelse- och dopbok C:5 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

⁹⁰ Död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

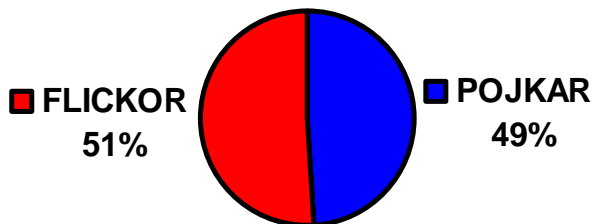
Diagram 5: Spädbarnsdödlighet per kön, Morlanda 1836-1838.



Källa: Död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

En identisk procentuell fördelning ser vi också om vi undersöker samma år i Göteborgs Karl Johan. Flickorna drar det tyngsta lasset med 51 % (44 stycken) av den totala spädbarnsdödligheten i församlingen, vilket lämnar 49 % (42 stycken) av den totala summan åt pojkarna. Fördelningen över de enskilda åren i perioden är i stort sett helt jämn med ett dödsfalls övervikt för pojkarna både 1836 och 1837.⁹¹

Diagram 6: Spädbarnsdödlighet per kön, Karl Johan 1836-1838.



Källa: Död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

Det faktum att jag i jämförelse med Morlanda men framförallt Bollebygd har en mycket större mängd data att arbeta med gör att fördelningen för Karl Johan på ett sätt kan anses ha ett större källvärde och ge en mer korrekt bild att jämföra med de allmänna förhållandena i Sverige. Överdödlighet för ett kön (eller för den delen allmän överdödlighet eller överdödlighet under en viss period på året) när en liten mängd data endast finns att tillgå kan göra att skillnaden blir stor och resultatet i viss mån missvisande i ett försök att åskådliggöra allmänna förhållanden och mönster.

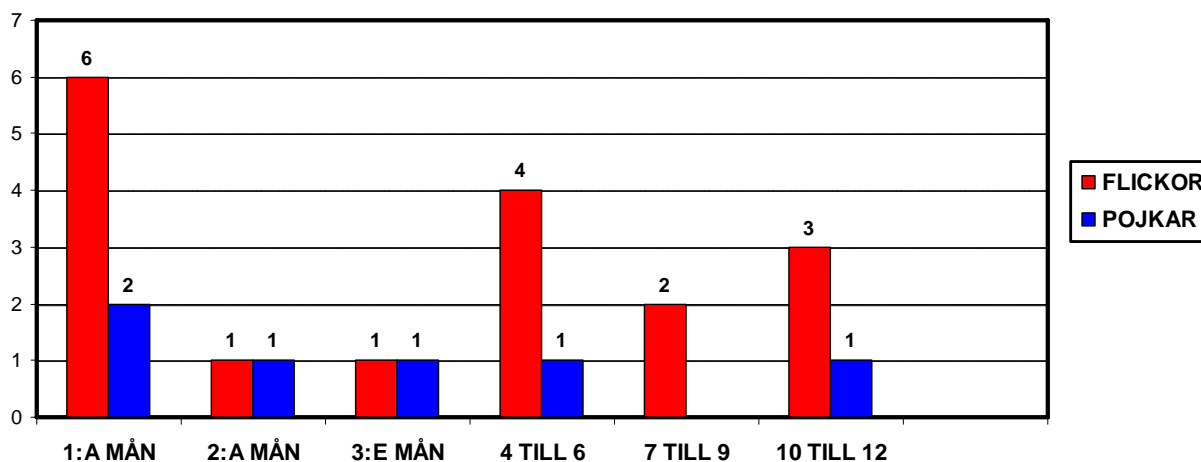
⁹¹ Död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

8.3. Fördelning över första levnadsåret

I Bollebygd förekommer knappa 35 % av spädbarnsdödligheten under den första månaden. Vid sidan av detta sker de andra toppnoteringarna under perioden: fjärde till och med sjätte levnads-månaden med knappa 22 % och 10:e till 12:e levnads-månaden med dryga 17 % av den totala spädbarnsdödligheten för perioden 1836-38. Av störst intresse för denna uppsats är den stora neonatala dödligheten, vilket jag nedan kommer att utveckla genom att se på den neonatala dödlighetens fördelning över årstiderna.

Om vi till sist också tar en titt på könsfördelningen så kan vi se att både flickor och pojkar har en procentuellt dominerande dödlighet under den första månaden och en i alla fall för pojkarna annars jämn fördelning över levnads-månaderna. 33 % av pojkarna som dör gör detta under den första månaden och 35 % av flickorna under samma månad. Sätter vi detta i relation till den totala spädbarnsdödligheten så är det för flickorna 26 % som dör i den neonatala fasen och 9 % av pojkarna.⁹²

Tabell 1: Spädbarnsdödlighet fördelat över första levnadsåret, Bollebygd 1836-1838.



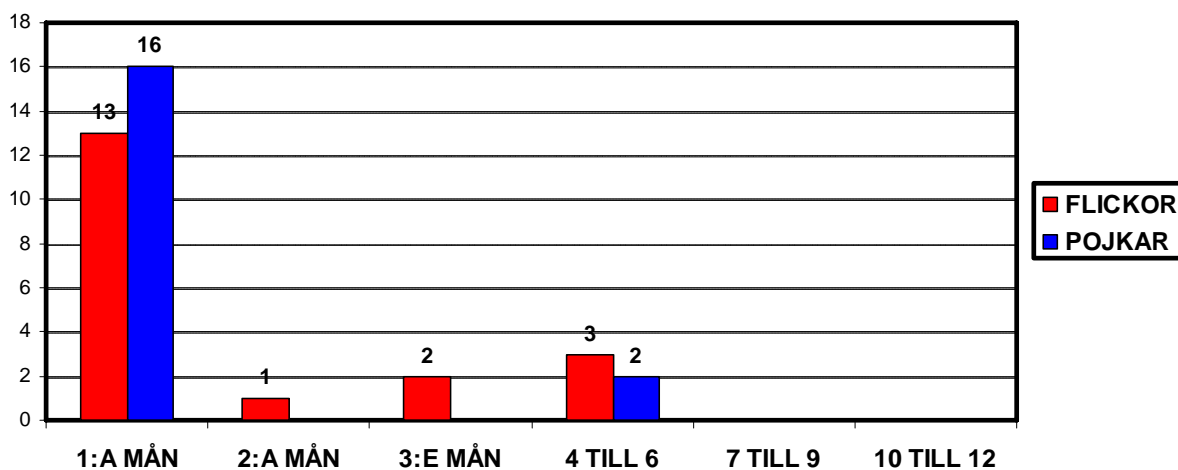
Källa: Födelse- och dopbok C:5 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

I Morlanda dör hela 78 % av spädbarnen under den första månaden. 35 % av flickorna dör i den neonatala fasen och 43 % av pojkarna. Av alla pojkar som dör under ett års ålder gör 89 % det under första levnads-månaden och motsvarande förhållande för flickorna är 68 %. Under levnads-månaderna 4-6 finner vi en andra topp, med 14 % av spädbarnsdödligheten. Det råder

⁹² Födelse- och dopbok C:5 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

emellertid inget tvivel om att det är ett väldigt stor antal barn som dör under den neonatala fasen i Morlanda vilket jag återkommer till i min analys. Det tydliga mönstret som diagrammet nedan visar är intressant inte bara för att det är tydligt utan också för att mönstret baseras på en relativt stor mängd data vilket torde ge undersökningen en större bäring.⁹³

Tabell 2: Spädbarnsdödlighet fördelat över första levnadsåret, Morlanda 1836-1838.

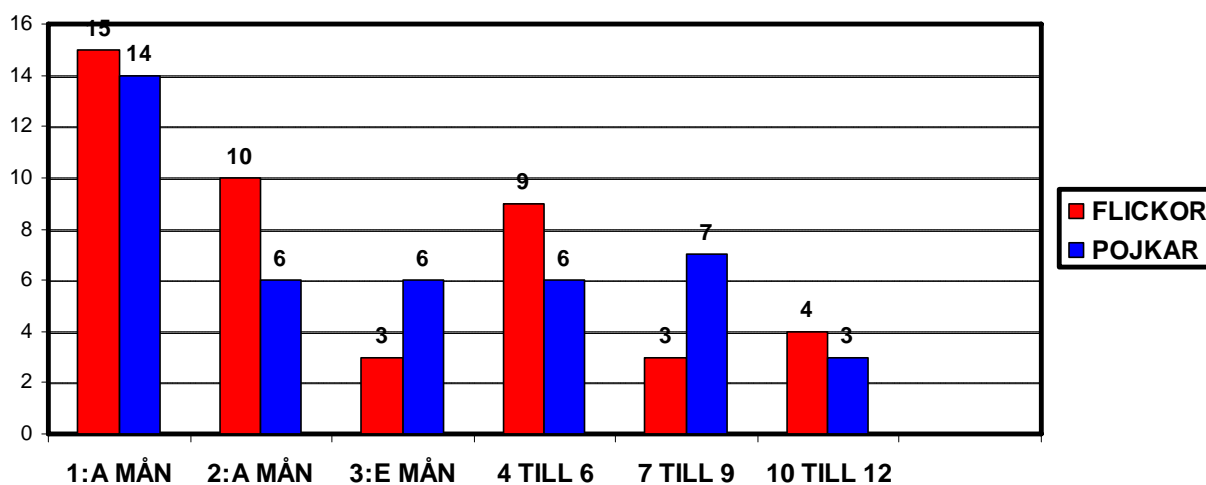


Källa: Födelse- och dopbok C:4 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

⁹³ Födelse- och dopbok C:4 1836-1838, samt död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

För Karl Johan finner vi inte ett lika entydigt mönster som i Morlanda. Här är fördelningen över levnadsåret jämnare men ändå med en topp under den första månaden i vilken knappa 34 % av spädbarnen dör. Under den andra månaden dör 19 % och under månad 4-6 hittar vi dryga 17 % av spädbarnsdödligheten. Några större skillnader mellan flickor och pojkar finns inte när det gäller den neonatala dödligheten. 34 % av alla flickor som dör under 1 år gör detta under den första månaden och motsvarande siffra för pojkarna är 33 %.⁹⁴

Tabell 3: Spädbarnsdödlighet fördelat över första levnadsåret, Karl Johan 1836-1838.



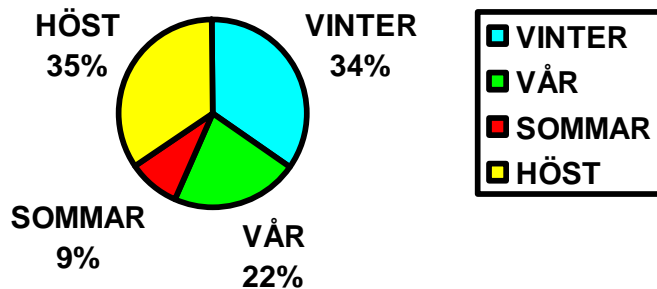
Källa: Födelse- och dopbok C:1 1836-1837 och C:2 1838, samt död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

⁹⁴ Födelse- och dopbok C:1 1836-1837 och C:2 1838, samt död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

8.4. Säsongsfördelning

I Bollebygd dör det flest spädbarn under vintern (8 stycken) och höst (8 stycken). Men även våren (5 stycken) - som nämns som den vanligast förekommande toppperioden för spädbarnsdödlighet – står för en ganska stor andel. Viktig är emellertid att märka att sommaren är en period med låg dödsfrekvens med endast 2 döda spädbarn.⁹⁵ Vad detta ger för analysmöjligheter återkommer jag till i analysavsnittet.

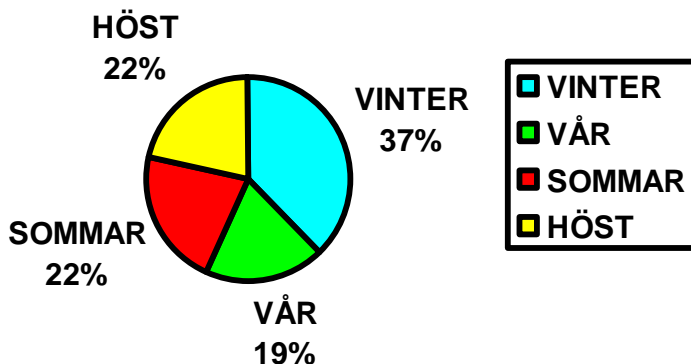
Diagram 7: Spädbarnsdödlighet fördelat över årstiderna, Bollebygd 1836-1838.



Källa: Död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

Morlanda har en något annorlunda fördelning med vintern (14 dödsfall under 1 år) som den period med klart högst frekvens av spädbarnsdödlighet. Höst (8 dödsfall), vår (7 dito) och sommar (8 dito) är så nära varandra att det knappt är värt att nämna skillnaden som någon skillnad.⁹⁶

Diagram 8: Spädbarnsdödlighet fördelat över årstiderna, Morlanda 1836-1838.



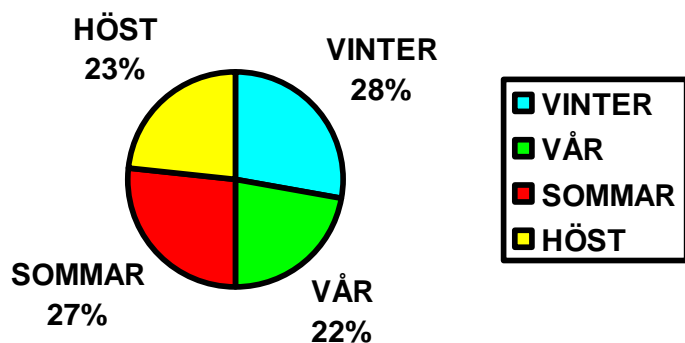
Källa: Död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

⁹⁵ Död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

⁹⁶ Död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

Fördelningen i Karl Johans församling är tämligen jämn med vintern (24 dödsfall under 1 år) och sommaren (23 dito) där spädbarnsdödligheten toppar. Höst (20 dito) och vår (19 dito) ligger inte långt därefter.⁹⁷

Diagram 9: Spädbarnsdödlighet fördelat över årstiderna, Karl Johan 1836-1838.



Källa; Död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

⁹⁷ Död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

8.5. Dödsorsaker

Här kommer jag att presentera de förekommande dödsorsakerna. Jag kommer sedan i min analys främst att koncentrera mig på de vanligast förekommande dödsorsakerna. Detta är rimligt därför att mitt syfte är att dels kartlägga dödligheten, men främst att påvisa eventuella mönster gällande dödligheten. Vissa sjukdomar, såsom luftvägsinfektioner tas med även om det inte finns några dödsfall registrerade i denna kategori, detta för att de ofta finns med som en viktig post i andra undersökningar eller i den senare perioden i min egen undersökning. Att ta med dessa dödsorsaker utan förekomster i respektive period blir en intressant jämförelsepunkt. Resultatet presenteras efter kön och totalt för att också där se om något mönster är tydligt. I tabellerna har jag dels tagit med antal dödsfall per kön och totalt, men även procentuell fördelning av total dödlighet och per kön.

För Bollebygd har vi under den här första undersökningsperioden en klar överdödlighet för flickorna. Märkbart när vi nu analyserar de angivna dödsorsakerna är att denna överdödlighet främst manifesterar sig i *medfödda defekter*; där dör 8 flickor men bara 2 pojkar. Totalt utgör medfödda defekter 43 % av spädbarnsdödligheten totalt. I dödlighet i slag ser vi å andra sidan en överdödlighet för pojkarna (4 dödsfall mot 1), slag utgör 22 % av dödligheten. Ingen pojke dör i någon *barnsjukdom* medan 3 dödsfall för flickor är rapporterat i denna kategori som utgör 13 % av den totala spädbarnsdödligheten. Alla dessa tre dödsfall är angivna som *kikhosta* och sker hösten och tidig vinter 1837. Värt att notera är även att spädbarnen i Bollebygd är förskonade från dödsfall i luftvägsinfektioner. För ett av dödsfallen har det i dödboken inte angivits någon orsak överhuvudtaget.

Tabell 4: Angivna dödsorsaker, Bollebygd 1836-1838.

	FLICKOR	%	POJKAR	%	TOTALT	%
MEDFÖDDA DEF.	8	47	2	33	10	43
SLAG	1	6	4	67	5	22
MAG & TARMSJUK.	1	6	0	0	1	4
LUFTVÄGSINFEKTION	1	6	0	0	1	4
BARNSJUKDOMAR	3	18	0	0	3	13
ODEF. FEBRAR	2	12	0	0	2	9
UTAN UPPGIFT	1	6	0	0	1	4

Källa: Död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

Magdalena Bengtsson menar att en indikator på vilka uppfödningssvanor som var förhärskande är säsongsfördelningen av dödlighet i slag. Hon kopplar då samman slag med dödlighet i mag- och tarmsjukdomar.⁹⁸ Tanken är att man sätter dödsfall i slag totalt i relation till säsongsfördelning av denna dödsorsak. Om en stor andel av den totala dödligheten i slag förekommer under sommarmånaderna kan detta tyda på att artificiell uppfödning hade en inte så liten utbredning. Om fördelningen i slag istället är jämnt fördelad över kalenderåret kan man istället anta att amning var mer vanligt förekommande. Förklaringen till detta är att artificiell uppfödning i kombination med dålig hygien (vilket vi i stor utsträckning och på goda grunder kan anta är en verklighet i 1800-talets Sverige) och varma somrar ökar risken för mag- tarmsjukdomar och därmed trolig ökad dödlighet i slag.⁹⁹

Gällande dödligheten i slag för Bollebygd finner jag inget direkt tydligt mönster. Ett sker på vintern, tre på våren och ett på sommaren.¹⁰⁰

För Morlanda finns knappt några uppgifter om dödsorsaker noterade i dödböckerna. Vad detta kan tänkas bero kan vi förstas bara spekulera kring. Men värt att ha i åtanke kan ändå vara att, som jag nämnt tidigare, prästerna efter 1831 inte var tvingade att registrera dödsorsaker i dödböckerna. Hela 84 % procent av dödsfallen har ingen dödsorsak angiven överhuvudtaget, i tabellen nedan visad som *utan uppgift*. Vad som kan noteras gällande registrering för Morlanda 1836 till 1838 är att de få gånger en dödsorsak finns angiven är det med ett undantag (ett dödsfall registrerat som feber) endast barnsjukdomar (mässling och kikhosta) som förekommer. Fem dödsfall av totalt 37 döda spädbarn är registrerat som något av mässling (2 förekomster) och kikhosta (3 förekomster) och utgör 14 % av den totala spädbarnsdödligheten.¹⁰¹

⁹⁸ Denna tolkning bygger bland annat på det faktum att slag under 1800-talets första hälft utgör en stor del av spädbarnsdödligheten, samtidigt som mag- och tarmsjukdomar sällan förekom. Efter 1860 är förhållandet i stort sett det omvända vilket talar för att en stor del av dödsfallen med diagnosen slag egentligen orsakades av diarréer. (Bengtsson, 1996, s.77.)

⁹⁹ Bengtsson, (1996), s.102.

¹⁰⁰ Död- och begravningsbok C:5 1836-38 för Bollebygds församling.

¹⁰¹ Död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

Tabell 5: Angivna dödsorsaker, Morlanda 1836-1838.

	FLICKOR	%	POJKAR	%	TOTALT	%
MEDFÖDDA DEF.	0	0	0	0	0	0
SLAG	0	0	0	0	0	0
MAG & TARMSJUK.	0	0	0	0	0	0
BARNSJUKDOMAR	3	16	2	11	5	14
ODEF. FEBRAR	1	5	0	0	1	3
UTAN UPPGIFT	15	79	16	89	31	84

Källa: Död- och begravningsbok C:4 1836-1838 för Morlanda församling.

Karl Johan bjuder på en fördelning där medfödda defekter är en stor post med en klar övervikt som dödsorsak för pojkar. Det mest intressanta torde vara att slag är den klart vanligaste angivna dödsorsaken med 42 % av spädbarnsdödligheten, här med en ganska jämn fördelning mellan pojkar och flickor. Intressant att notera är också att luftvägsinfektioner är en obefintligt angiven dödsorsak.

Barnsjukdomar är den tredje största posten med 17 % av dödligheten totalt. Dessa dödsfall är alla utom ett dödsfall i mässling, fördelat på kikhosta (7 förekomster) och smittkoppor (8 förekomster). Alla dödsfall i kikhosta och smittkoppor äger rum mellan april och december månad 1838 med smittkoppor endast förekommande under sen vår och sommarmånaderna. Kikhosta har istället en topp under vintern 1838 med 4 dödsfall inom kort. I kategorin övriga gömmer sig ett dödsfall rubricerat som *kramp*.

Tabell 6: Angivna dödsorsaker, Karl Johan 1836-1838.

	FLICKOR	%	POJKAR	%	TOTALT	%
MEDFÖDDA DEF.	7	16	14	33	21	24
SLAG	21	48	15	36	36	42
MAG & TARMSJUK.	0	0	0	0	0	0
LUFTVÄGSINFEKTION	0	0	0	0	0	0
BARNSJUKDOMAR	10	23	6	14	16	17
ODEF. FEBRAR	5	11	5	12	10	12
ÖVRIGA	0	0	1	2	1	1
AVTYNING	1	2	1	2	2	2

Källa: Död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

Slag utgör nästan hälften av spädbarnsdödligheten vilket gör att fördelningen på kalenderåret är intressant. Den största dödligheten i slag sker under sommarmånaderna med 31 % av den totala dödligheten i slag (11 döda). Näst efter kommer vinter med 28 % (10 döda), därefter höst

med 22 % (8 döda) och vår 19 % (7 döda). Vad dessa siffror kan säga om förhållandena för de späda barnen kommer jag att gå in närmare på i min analys nedan.¹⁰²

8.6. Analys 1836 till 1838

Under 1830-talet ligger den genomsnittliga spädbarnsdödligheten på 167 ‰ för hela riket och 161 ‰ för landsbygden och på hela 229 ‰ för städerna.¹⁰³ Med dessa siffror som jämförelse ser vi att alla de områden jag undersökt ligger under detta riksgenomsnitt. Karl Johan har en spädbarnsdödlighet på 153 ‰, Bollebygd ligger på 123 ‰ och slutligen Morlanda på 129 ‰. Framförallt uppvisar Karl Johan en anmärkningsvärt låg siffra med tanke på den genomsnittliga dödligheten i de svenska städerna. Även Morlanda och Bollebygd ligger avsevärt lägre om än inte i paritet med Karl Johans församling. Skillnaden mellan Bollebygd och Morlanda är försumbar, och jag anser mig inte kunna dra några direkta slutsatser om huruvida det faktum att Morlanda är en kustmiljö avgör att det har en högre spädbarnsdödlighet. De generella mönster som i tidigare forskning identifieras visar på att spädbarnsdödligheten avtar ju längre in i landet från kusten man kommer.

Tydligt är emellertid att Karl Johan och därmed staden gav de allra minsta barnen något sämre förutsättningar att överleva. Intressant är här att se hur säsongsfördelningen av spädbarnsdödligheten eventuellt skiljer sig åt.

Sommaren är en något känsligare period för spädbarnen i staden (Karl Johan) i jämförelse med de övriga områdena. Detta stämmer överens med de generella säsongsmönster som Nelson och Rogers pekar på, där den varma sommaren och stadens sämre hygien ger en högre dödlighet under sommarmånaderna i en stadsmiljö kontra landsbygd.

Den främst angivna dödsorsaken för Karl Johan är slag, vilket mer än 1/3 (42 %) av spädbarnen dör av. Säsongsfördelningen är här också intressant då de flesta dödsfallen rubricerade som slag, sker under sommarmånaderna (31 %) medan den generella spädbarnsdödligheten under sommaren för Karl Johan utgör 27 %. Samma mönster går inte alls att finna i vare sig Bollebygd eller Morlanda. För Morlanda finns nästan inga dödsorsaker angivna överhuvudtaget, vilket jag återkommer till längre ner. I Bollebygd utgör slag 22 % av spädbarnsdödligheten

¹⁰² Död- och begravningsbok C:1 1836-1837 och C:2 1838 för Karl Johans församling.

¹⁰³ Eva Lis Bjurman m.fl., i *Barnhistoria: Om barns villkor förr*, (Nacka: Esselte Herzogs, 1981), s.47.

totalt. Ofta tolkas dödlighet i slag som dödlighet i mag- och tarmsjukdomar och diarréer och om vi gör så även här så kan man dra slutsatsen att stadens förmodade sämre hygien i kombination med sommarens varma temperatur utgjorde en risk för spädbarnens hälsa.

Ytterligare analysmöjlighet gällande stadens, i jämförelse med landsbygdens, farlighet gäller dödlighet i barnsjukdomar. Barnsjukdomar är en procentuellt sett större post i Karl Johans församling (17 %) än i Morlanda (14 %) och Bollebygd (13 %). Vi finner för Karl Johan också en hög koncentration av dessa dödsfall. De förekommer, undantaget ett dödsfall, endast mellan april och december månad 1838 vilket visar på stadens utsatthet för epidemiska sjukdomar och hur detta alltså också drabbade spädbarnen. Staden innebar i detta fall troligen en sämre miljö att födas i på grund av trångboddhet och den många gånger, i jämförelse med landsbygden, sämre sanitära situationen. Allt detta torde bidra till att smittorisken i staden var högre. Även om det från och med 1815 enligt lag var obligatoriskt att vaccinera barn mot smittkoppsviruset - och en dramatisk minskning skedde under de följande decennierna¹⁰⁴ - så ger mitt resultat vid handen att viruset fortfarande vid 1830-talets slut var en faktor att räkna med.

Skillnaden mellan de olika områdena är dock inte särskilt stor gällande dödlighet i barnsjukdomar. Enligt provinsialläkarrapporter (se *Historisk bakgrund*) kan vi se att för Morlanda innebar den sjöväga kontakten en ökad smittorisk, vilket kan förklara att dödligheten i barnsjukdomar för Morlanda inte ligger långt efter den för Karl Johan. För Bollebygd kan den etablerade handelskontakten med staden Göteborg också antas ha utgjort en risk vid spridning av epidemiska sjukdomar. Annars kan kanske det faktum att Karl Johan inte ligger långt över de andra områdena i vare sig spädbarnsdödlighet totalt, eller dödlighet i barnsjukdomar förklaras med att Göteborg ändå - i jämförelse med andra svenska städer - var en hälsosam stad. Det är också troligt att det fanns en större tillgång till barnmorskor och läkare i staden jämfört med landsbygden; något som jag i och för sig inte finner något belegg för i denna min första period, utan först senare under 1800-talet.

I alla tre områden jag undersökt är det fler flickor än pojkar som dör inom det första levnadsåret. Mest anmärkningsvärt är flickornas stora överdödlighet i Bollebygd där hela 74 % av de döda spädbarnen är flickor. Tidigare forskning har visat att pojkar alltid haft en högre dödlighet än flickor, under 1830-talet låg spädbarnsdödligheten i Sverige bland pojkar på 179 ‰ och bland

¹⁰⁴ Lithell, (1999), s.13.

flickor på 154 %. Den procentuella fördelningen för detta riksmedel blir 54 % pojkar och 46 % flickor.¹⁰⁵

Den största skillnaden mellan könen i Bollebygd går att finna i en överdödlighet eller snarare kanske underdödlighet för pojkar under den första månaden. Under aktuella år dör endast två pojkar under den första månaden jämfört med sex flickor, något som inte alls stämmer överens med tidigare forskning som påvisat en överdödlighet för pojkar under just den första levnadsmånaden.¹⁰⁶ Morlanda är det enda område i min undersökning som följer detta mönster.

Tidigare forskning har också ofta kopplat överdödligheten för pojkar till en stor dödlighet i luftvägsinfektioner. Intressant med mitt resultat är att jag dels finner ett så att säga omvänt könsmonster, och samtidigt med detta en i stort sett obefintlig dödlighet i luftvägsinfektioner (en död flicka i Bollebygd).

Två intressanta iakttaganden gällande Morlanda är dels att vintermånaderna står för 37 % av spädbarnsdödligheten, dels att den neonatala dödligheten uppgår till hela 78 %. Detta kan antyda två saker om situationen i Morlanda församling. Dels att barnen förmodligen föds i dåligt skick, vilket i sin tur kan antas bero på att mödrarnas fysiska kondition vid födseln var dåligt. Dels kan vi anta att detta särskilt var ett problem under vintermånaderna. Om vi sneglar på tidigare forskning så menar Hans Nilsson att den främsta anledningen till en minskad spädbarnsdödlighet låg i en minskning i den neonatala fasen till följd av bland annat mödrarnas förbättrade fysiska skick vid födseln.¹⁰⁷ Jag har tidigare under den historiska bakgrunden målat upp 1830-talets Morlanda som en bygd i kris på flera sätt, speciellt utsatt var Morlanda under vintrarna då fisket av förklarliga skäl låg nere.¹⁰⁸ Det är därför tänkbart att dels den stora neonatala dödligheten, dels den stora dödligheten under vintermånaderna kan förklaras av kristider och en dålig näringssituation.

Den neonatala dödligheten utgör i alla mina undersökningsområden den period med störst dödlighet; för Karl Johan och Bollebygd ligger den emellertid på mer normala nivåer med 34 % respektive 35 % av den totala spädbarnsdödligheten.

Förutom den första levnadsmånaden är det påtagligt att månad fyra till sex är en problematisk tid. I både Morlanda och Bollebygd är det den del av första levnadsåret med näst störst spädbarnsdödlighet, medan den i Karl Johan är den tredje största. Vad detta kan tänkas bero på? En

¹⁰⁵ Bjurman m.fl., (1981), s.47.

¹⁰⁶ Bengtsson, (1996), s.107.

¹⁰⁷ Hans Nilsson, (1994) s.188.

tänkbar förklaring är att det var då som många spädbarn vänjs av med amning och går över till annan föda. Att detta är en rimlig tolkning och var förekommande, om än inte önskvärt, styrker de uppgifter som Gudrun Nyberg hämtat från doktor Carlanders sjukjournaler, där doktor Carlander inser nödvändigheten att vänja av barnen med di men att inte göra det för tidigt och i lagom takt. Att göra det i sjätte månaden tycker Carlander är för tidigt.¹⁰⁹ Även om Carlander ansåg att det var för tidigt så är det emellertid möjligt att mödrarna ändå inte orkade med bördan med alla de problem som amning innebar och därför kan den ökade dödligheten under månad 4 till 6 möjligtvis antyda att avvänjning påbörjades då.

Jag finner i mina resultat inte något som definitivt indikerar att amning inte skulle ha varit vanligt förekommande som uppfödning den första tiden. Med ett undantag i det faktum att Karl Johan uppvisar dels en stor dödlighet i slag, dels en något ojämn säsongsfördelning gällande dessa dödsfall med sommaren som den årstid med högst notering. Alla mina församlingar ingår också i ett större område där amningen var utbredd åtminstone kring 1870. Detta enligt de noteringar som provinsialläkarna, av sundhetskollegium, ombads göra mellan åren 1869 och 1874.¹¹⁰ Undersökning som då gjordes innebär självfallet inte med någon nödvändighet att amning förekom i slutet på 1830-talet eller ens vid mitten på 1850-talet där min undersökning senare fortsätter. Men redan vid mitten på 1700-talet påbörjades idoga kampanjer för att få kvinnor att amma sina barn. Det är alltså troligt att amning förekom i alla mina undersökningsområden redan på 1830-talet, vilket också mitt resultat indikerar.

Ytterligare en pusselbit kan läggas genom att titta på de angivna dödsorsakerna. Christer Ahlberger och Christer Winberg finner i amningsfrekventa områden en stor andel döda spädbarn utan angiven orsak. En stor del av dessa dör också under den första levnadsmånaden. Dödsorsaker är vidare i dessa fall förmodligen antingen, död orsakad av skador vid förlossning eller medfödda fysiska brister. Det viktigaste är att det knappast är troligt att det finns någon stor dold dödlighet i magsjukdomar eller diarréer inom dessa *ej angivna* dödsorsaker. Detta därför att de var så pass påtagliga sjukdomar att de troligtvis inte borde ha vållat några större problem att fastställa. Magsjukdomar och diarréer antas vidare då vara den främsta dödsorsaken i områden där amning ej var utbredd.¹¹¹ Morlanda är ett tydligt exempel på det som Ahlberger och Winberg beskriver. En stor andel av de döda spädbarnen har ej någon angiven dödsorsak, samtidigt som

¹⁰⁸ Viveka Overland, (1994), s.68.

¹⁰⁹ Nyberg, (2007), s.193ff.

¹¹⁰ Brändström och Edvinsson, (2000), s. 31.

området uppvisar en mycket hög dödlighet under första levnadsmånaden. Det är enligt Ahlberger och Winbergs analysmodell alltså mycket troligt att Morlanda var ett amningsfrekvent område.

Det är givetvis ett problem i min undersökning att det är väldigt få dödsfall med angiven dödsorsak i Morlanda församlings dödböcker; de som finns angivna var med ett undantag bara dödsorsaker i kategorin barnsjukdomar. Vad kan detta bero på? En förklaring kan vara att symptomen för dessa var lätta att känna igen, vilket i så fall innebar att prästen inte behövde lägga ner något större jobb - eller för den delen besitta någon diger medicinsk kunskap eller talang - för att avge diagnosen. För att belysa detta ytterligare en aning vänder jag mig till provinsialläkarrapporterna som jag presenterat mer i detalj under den historiska bakgrunden. Det verkar som att man allmänt i Morlanda var orolig för smittorisken i framförallt fiskelägena¹¹² och därför är det troligt att rapportering av smittosamma sjukdomar som mässling och kikhosta ansågs vara extra relevant. Prästen visste helt enkelt att dess sjukdomar var väldigt smittsamma och la extra vikt vid rapportering av dödsfall orsakade av dessa sjukdomar. Det är också ett faktum att prästerna trots att de, från och med 1831, numera delvis var befriade från att ange dödsorsaker ändå var ålagda att rapportera omfattande dödlighet i smittosamma sjukdomar.¹¹³

Om vi som avslutning tittar på fördelning av dödsorsaker generellt för Karl Johan och Bollebygd kan vi se att de fyra största kategorierna är de samma för båda områdena. Medfödda defekter är störst i Bollebygd med 43 % av den totala spädbarnsdödligheten och slag är den näst största kategorin med 22 %. För Karl Johan har vi redan noterat att slag var den vanligaste diagnosen med 42 % och medfödda defekter den näst största med 24 % av spädbarnsdödligheten totalt. Barnsjukdomar utgör i båda områdena den tredje vanligaste kategorin av dödsorsaker. Och slutligen odefinierade febrar som den fjärde största. Vad kan man dra för slutsatser av detta? Det intressanta här torde vara just likheten mellan stad och landsbygd, men även återigen det faktum att slag är en större post i staden än på landsbygden. Det kan vara så att staden var en mindre hälsosam miljö för barn att födas i på grund av den sanitära situationen som ofta förmodligen orsakade dödlighet i mag- och tarmsjukdomar och diarréer.

¹¹¹ Ahlberger och Winberg, (1987), s.360.

¹¹² Joh. Boustedt, (1838), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1837* (Rapport 60/65).

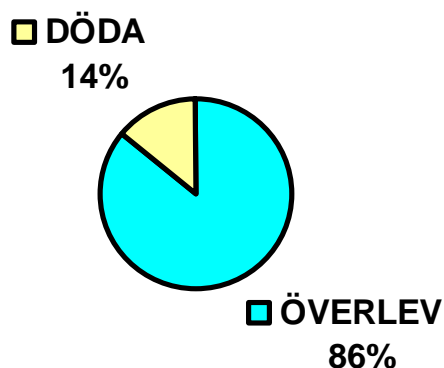
¹¹³ Magdalena Bengtsson, (1996), s.72.

9. Spädbarnsdödlighet 1854 till 1856

9.1. Allmän spädbarnsdödlighet

I Bollebygd föds åren 1854 till 1856, 267 barn varav 38 dör inom det första levnadsåret vilket ger en spädbarnsdödlighet på 14 % eller 142 ‰. Fördelade på de enskilda åren är födelse och dödstalen som följer: 1854 föds 97 barn varav 8 dör inom första året (82 ‰), 1855 föds 89 barn varav 17 dör en spädbarnsdöd (191 ‰) och slutligen föds det 91 barn 1856 varav 13 (142 ‰) dör under det första levnadsåret. Alltså är det en ganska ojämn fördelning då vi kan se att spädbarnsdödligheten 1854 är mer än dubbelt så hög som nästföljande år.¹¹⁴

Diagram 10: Spädbarnsdödlighet totalt, Bollebygd 1854-1856.



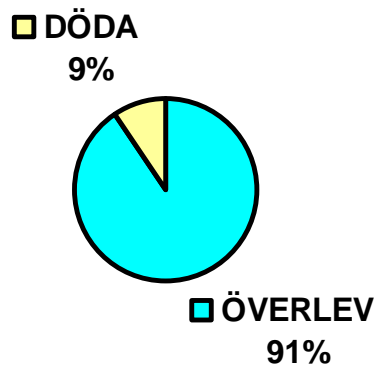
Källa: Födelse- och dopbok C:5 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

Under de aktuella åren föds det 372 barn i Morlanda varav 35 stycken dör innan de uppnått ett års ålder vilket ger en spädbarnsdödlighet på 9 % eller 94 ‰. Av 131 födda dör 15 spädbarn år 1854 (114 ‰), 13 döda spädbarn barn av 134 födda gäller för 1855 (97 ‰) och 7 barn av 107 födda (65 ‰), dör inom första levnadsåret år 1856.¹¹⁵

¹¹⁴ Födelse- och dopbok C:5 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

¹¹⁵ Födelse- och dopbok C:6 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

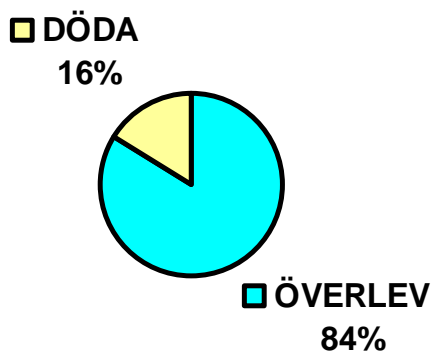
Diagram 11: Spädbarnsdödlighet totalt, Morlanda 1854-1856.



Källa: Födelse- och dopbok C:6 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

I Karl Johans församling är dödligheten högre då 130 individer av 808 födda dör under det första levnadsåret. Detta ger en spädbarnsdödlighet på 16 % eller 162 ‰. Fördelningen över de enskilda åren är som följer: 1854 föds 280 barn varav 41 dör inom första levnadsåret (146 ‰), 1855 dör 36 spädbarn av 318 födda (113 ‰) och så slutligen 1856 föds 210 barn varav hela 53 dör (252 ‰) innan de hunnit bli ett år. Detta är anmärkningsvärt ojämna dödssiffror då spädbarnsdödligheten 1856 procentuellt sett är nästan lika stor som spädbarnsdödligheten för åren 1854 och 1855 tillsammans.¹¹⁶

Diagram 12: Spädbarnsdödlighet totalt, Karl Johan 1854-1856.



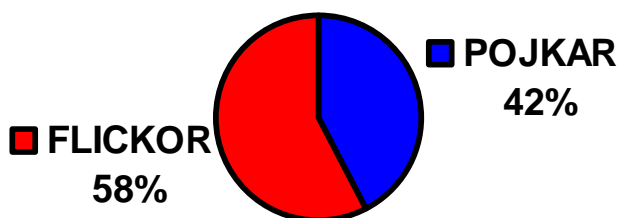
Källa: Födelse- och dopbok C:2 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

¹¹⁶ Födelse- och dopbok C:2 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

9.2. Spädbarnsdödlighet per kön

Bollebygd har en fördelning på 22 flickor och 16 pojkar av totalt 38 döda inom det första levnadsåret. Procentuellt sett innebär detta att flickorna utgör 58 % och pojkarna 42 % av spädbarnsdödligheten. Hela skillnaden och lite till gör könsfördelningen för 1855 då 12 flickor jämfört med 5 pojkar dör inom första levnadsåret. De andra åren visar på en nära nog jämn fördelning.¹¹⁷

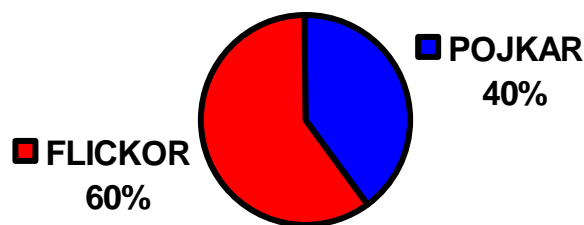
Diagram 13: Spädbarnsdödlighet per kön, Bollebygd 1854-1856.



Källa: Död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

Morlanda visar likaså på en överdödlighet för flickorna. Under de tre åren dör 21 flickor och 14 pojkar, vilket ger en procentuell fördelning på 60 % för flickorna och 40 % för pojkarna. Här är fördelningen också ojämn, med år 1855 som en verklig vågmästare där det dör 10 flickor och 3 pojkar under 1 års ålder. De två övriga åren visar på en jämn fördelning med ett dödsfall övervikt åt pojkarna 1856 och ett dödsfalls övervikt för flickorna år 1854.¹¹⁸

Diagram 14: Spädbarnsdödlighet per kön, Morlanda 1854-1856.



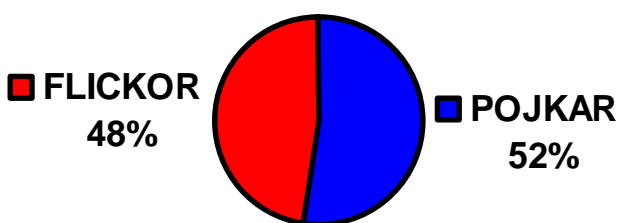
Källa: Död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

¹¹⁷ Död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

¹¹⁸ Död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

I Karl Johans församling dör de aktuella åren 62 flickor och 68 pojkar en spädbarnsdöd. Detta ger en fördelning på 48 % flickor och 52 % pojkar av den totala spädbarnsdödligheten. 1854 dör 25 pojkar, att jämföra med 16 flickor. 1855 är fördelningen liknande med 22 döda pojkar och 14 flickor. 1856 har istället flickorna en högre dödlighet med 32 döda spädbarn av kvinnligt kön att ställa mot 21 döda pojkar under 1 år. Pojkarna dör i större utsträckning under sommarmånaderna (17 stycken pojkar mot 9 flickor).¹¹⁹

Diagram 15: Spädbarnsdödlighet per kön, Karl Johan 1854-1856.



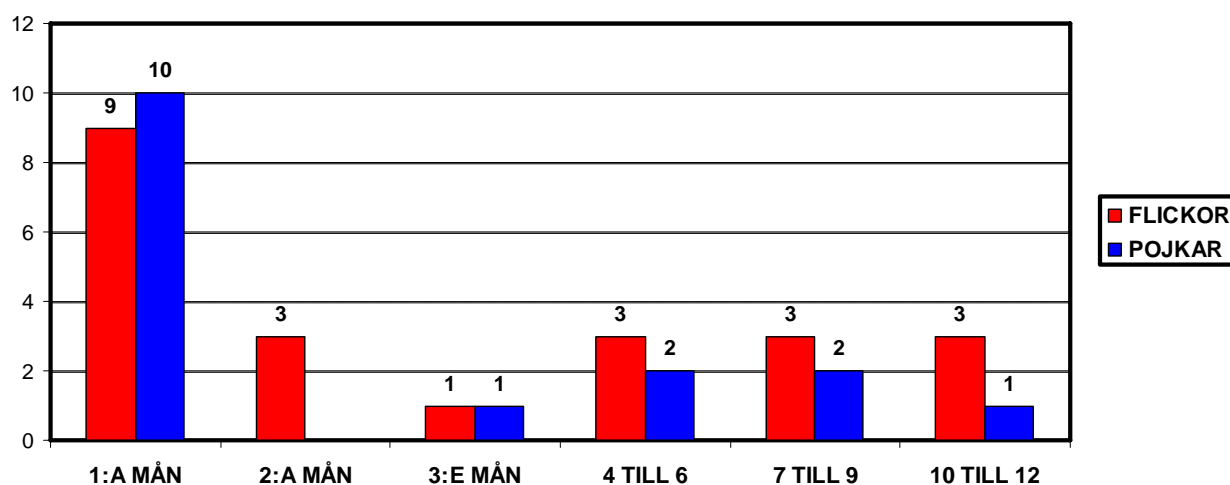
Källa: Död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

¹¹⁹ Död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

9.3. Fördelning över första levnadsåret

För Bollebygd finner vi en stor dödlighet inom den första levnadsmånaden med hela 50 % av den totala spädbarnsdödligheten. De övriga månaderna visar på en, med undantag för månad 2 och 3, nästan helt jämn fördelning. Könsfördelningen är nästan alldeles jämn, med månad 2 och månad 10 till 12 som undantag då endast spädbarn av kvinnligt kön avlider. Intressant är att trots att det totalt dör fler flickor i Bollebygds församling under perioden så dör fler pojkar än flickor neonatalt.¹²⁰ Något som stämmer överens med det ofta av flera andra undersökningar påvisade könsmönstret.

Tabell 7: Spädbarnsdödlighet fördelat över första levnadsåret, Bollebygd 1854-1856.



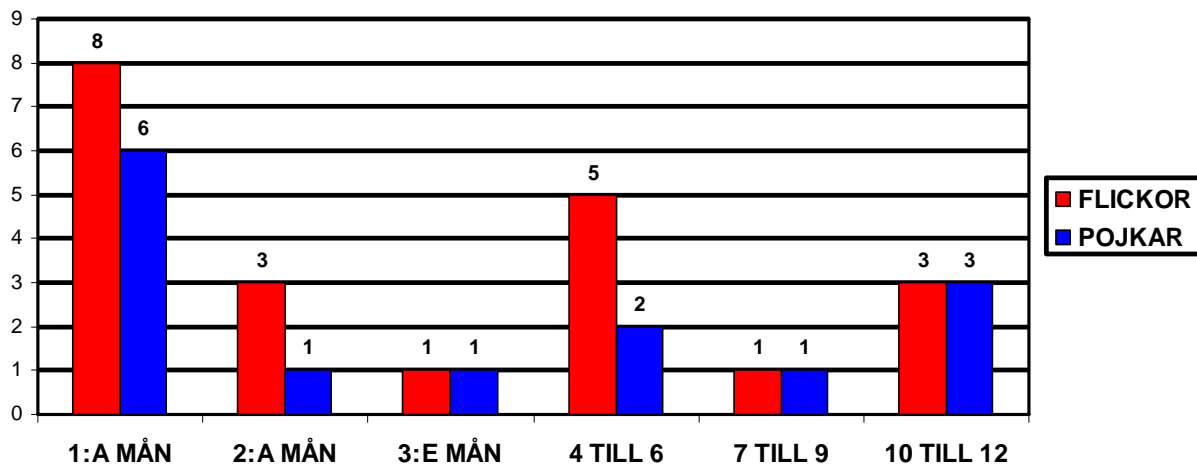
Källa: Födelse- och dopbok C:5 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

För Morlanda ser vi en relativt hög neonatal dödlighet med 40 % av den totala spädbarnsdödligheten (14 av 35 dödsfall). Fler flickor dör under första månaden vilket visserligen korrelerar med dödligheten per kön över hela första levnadsåret, men bryter mot de ofta funna könsmönstren för spädbarnsdödlighet. Den procentuellt sett största skillnaden mellan könen finner vi annars under månad 2 och månad 4 till 6. För de andra månaderna är fördelningen helt jämn.¹²¹

Tabell 8: Spädbarnsdödlighet fördelat över första levnadsåret, Morlanda 1854-1856.

¹²⁰ Födelse- och dopbok C:5 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

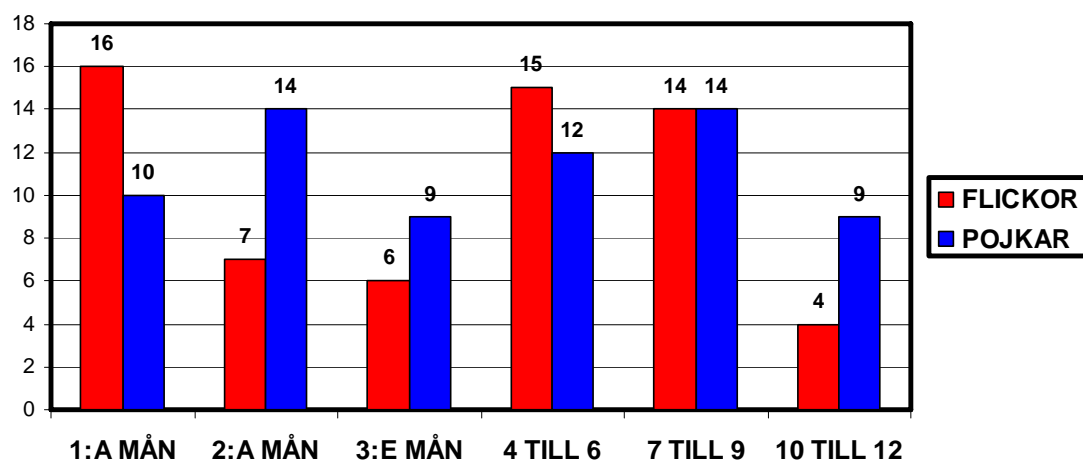
¹²¹ Födelse- och dopbok C:6 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.



Källa: Födelse- och dopbok C:6 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

I Karl Johans församling ligger den neonatala dödligheten på 20 % men överskuggas, om än knappt, av dödlighet i månad 7 till 9 och 4 till 6. Mer än hälften av de döda spädbarnen var pojkar, men den neonatala dödligheten är ändå klart större för flickorna. Visserligen kan vi samtidigt se att det dör fler pojkar än flickor under de två första månaderna tillsammans. Men könsfördelningen över hela levnadsåret är mycket diffus. Det mönster som är värt att påpeka är att dödligheten som väntat är stor neonatalt men mindre månad två och tre, för att sedan månad 4 till 6 och 7 till 9 öka igen.¹²²

Tabell 9: Spädbarnsdödlighet fördelat över första levnadsåret, Karl Johan 1854-1856.



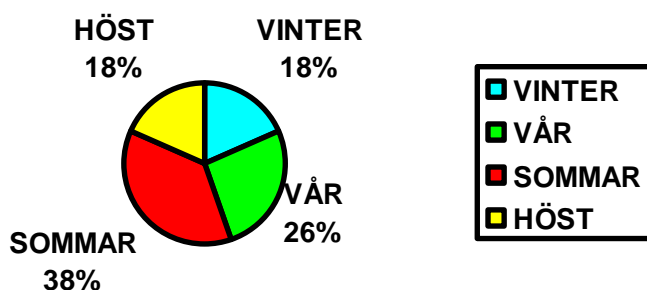
Källa: Födelse- och dopbok C:2 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

¹²² Födelse- och dopbok C:2 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

9.4. Säsongsfördelning

För Bollebygd perioden 1854-56 är sommaren den årstid med högst spädbarnsdödlighet (14 dödsfall) och utgör 38 % av den totala spädbarnsdödligheten. Våren kommer där näst med 10 dödsfall under 1 år. Fördelningen på höst och vinter är alldeles jämn med 7 dödsfall under ett år vardera.¹²³

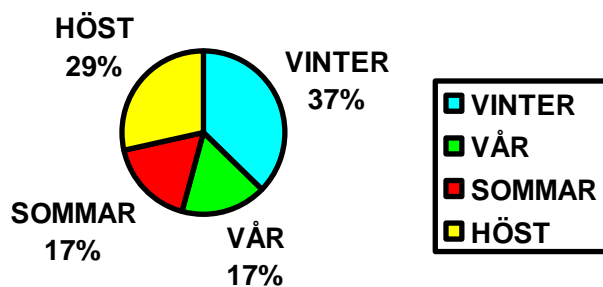
Diagram 16: Spädbarnsdödlighet fördelat över årstiderna, Bollebygd 1854-1856.



Källa: Död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

Morlanda visar för perioden på en klar överdödlighet under vintermånaderna med 13 dödsfall under 1 år och utgör 37 % av den totala dödligheten. Höst är den för spädbarn näst farligaste perioden med 10 dödsfall. Sommar och vår har lika många dödsfall, sex stycken vardera.¹²⁴

Diagram 17: Spädbarnsdödlighet fördelat över årstiderna, Morlanda 1854-1856.



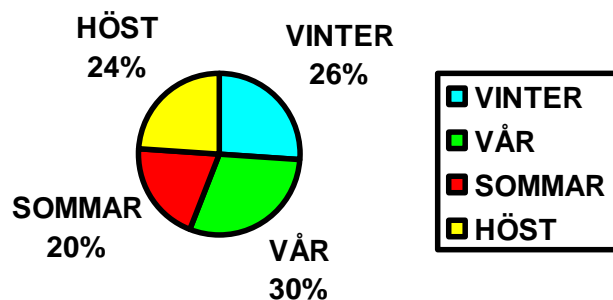
Källa: Död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

¹²³ Död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

¹²⁴ Död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

Spädbarnsdödligheten i Karl Johans församling är förhållandevis jämnt fördelad över årstiderna. Våren är den period med flest dödsfall, 39 stycken. Därefter kommer vintern med 34 döda spädbarn och sedan hösten med 31 dödsfall. Den för de späda barnen minst vanskliga tid på året är sommaren med 26 stycken döda spädbarn.¹²⁵

Diagram 18: Spädbarnsdödlighet fördelat över årstiderna, Karl Johan 1854-1856.



Källa: Död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

¹²⁵ Död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

9.5. Dödsorsaker

Dödböckerna för Bollebygd bjuder väl förda uppgifter om dödsorsaker. Endast vid 3 tillfällen är inte någon dödsorsak (Utan uppgift) alls angiven i dödboken. *Ej angivet*¹²⁶ (10 förekomster) och okända (4 förekomster) är för min undersökning nya kategorier. *Ej angivet* står för den största andelen av dödligheten med 26 % av den totala dödligheten. Luftvägsinfektioner utgör den nästa största andelen med 7 dödsfall eller 18 % av den totala spädbarnsdödligheten i Bollebygd. Att märka gällande luftvägsinfektioner är också att 5 av 7 döda spädbarn med denna diagnos är av manligt kön. Ett fall av tuberkulos dyker upp som, en för min undersökning, ny dödsorsak. De spädbarn som dör i barnsjukdomar gör detta i mässling (3 förekomster) och scharlakansfeber (1 förekomst). Övriga innefattar här 2 dödsfall rubricerade som *svulst* och ett dödsfall rubricerat som utslag. Anmärkningsvärt här är annars att medfödda defekter helt upphört som angiven dödsorsak. Vidare utgör slag den tredje största posten med sammanlagt 5 dödsfall (4 flickor och en pojke). Säsongsfördelningen i dödlighet i slag är 3 dödsfalls på vintern och 2 på våren, men inga registrerade på sommaren eller hösten.¹²⁷

Tabell 10: Angivna dödsorsaker, Bollebygd 1854-1856.

	FLICKOR	%	POJKAR	%	TOTALT	%
MEDFÖDDA DEF.	0	0	0	0	0	0
SLAG	4	18	1	6	5	13
MAG & TARMSJUK.	1	5	0	0	1	3
LUFTVÄGSINFEKTION	2	9	5	31	7	18
BARNSJUKDOMAR	3	14	1	6	4	11
ODEF. FEBRAR	0	0	0	0	0	0
TUBERKULOS	1	5	0	0	1	3
ÖVRIGA	3	14	0	0	3	8
OKÄNDA	2	9	2	13	4	11
EJ ANGIVET	5	22	5	31	10	26
UTAN UPPGIFT	1	5	2	13	3	8

Källa: Död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

¹²⁶ *Ej angivet* är det som faktiskt står i dödböckerna, vilket ej är att förväxla med kategorin *Utan uppgift* som innebär att någon dödsorsak överhuvudtaget inte finns angiven för ett dödsfall. *Obekant* är på samma sätt (som *ej angivet*) också en term som faktiskt står skriven i dödböckerna.

¹²⁷ Död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

Även under perioden 1854 till 1856 är dödsorsaker sparsamt angivna i Morlandas dödböcker. 24 av 35, eller 69 % av de döda spädbarnen har alls ingen dödsorsak angiven. Slag utgör den näst största posten (14 % av spädbarnsdödligheten) med fyra döda flickor och en död pojke. Barnsjukdomar är under perioden en dödsorsak som är noterad vid några tillfällen, med fördelningen: 3 kikhosta, 1 mässling och 1 scharlakansfeber. För en död pojke har dödsorsaken Kolera noterats (medtagen under mag & tarmsjukdomar).¹²⁸

Tabell 11: Angivna dödsorsaker, Morlanda 1854-1856.

	FLICKOR	%	POJKAR	%	TOTALT	%
<i>MEDFÖDDA DEF.</i>	0	0	0	0	0	0
<i>SLAG</i>	4	19	1	7	5	14
<i>MAG & TARMSJUK.</i>	0	0	1	7	1	3
<i>BARNSJUKDOMAR</i>	1	5	4	29	5	14
<i>ODEF. FEBRAR</i>	0	0	0	0	0	0
<i>UTAN UPPGIFT</i>	16	76	8	57	24	69

Källa: Död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

¹²⁸ Död- och begravningsbok C:6 1854-1856 för Morlanda församling.

För Karl Johan 1854-56 är dödsorsakerna i dödböckerna väl angivna. Endast 3 dödsfall av 130 saknar angiven dödsorsak. Slag är här den stora posten med 44 % av spädbarnsdödligheten fördelad på 24 flickor och 33 pojkar. Därefter finner vi medfödda defekter på 21 % med en nästan jämn könsfördelning (14 flickor och 13 pojkar). Barnsjukdomar är en för en stadsmiljö anmärkningsvärd liten andel med endast 4 % procent (5 förekomster) av spädbarnsdödligheten, alla dessa är i dödböckerna angivna som kikhosta. Det kan vara värt att nämna att 3 av dessa sker under sommaren 1856. Vidare står både luftvägsinfektioner och odefinierade febrar för 10 % av spädbarnsdödligheten vardera. En för min undersökning ny kategori, torsk finns nu medtagen i den ringa omfattningen av två dödsfall.¹²⁹

Tabell 12: Angivna dödsorsaker, Karl Johan 1854-1856.

	FLICKOR	%	POJKAR	%	TOTALT	%
<i>MEDFÖDDA DEF.</i>	14	23	13	19	27	21
<i>SLAG</i>	24	39	33	49	57	44
<i>MAG & TARMSJUK.</i>	3	5	1	1	4	3
<i>LUFTVÄGSINFEKTION</i>	7	11	6	9	13	10
<i>BARNSJUKDOMAR</i>	3	5	2	3	5	4
<i>ODEF. FEBRAR</i>	5	8	8	12	13	10
<i>TORSK</i>	2	3	0	0	2	2
<i>AVTYNING</i>	4	6	2	3	6	5
<i>UTAN UPPGIFT</i>	0	0	3	4	3	2

Källa: Död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

I och med att slag utgör en så stor andel av spädbarnsdödligheten så är också fördelningen över kalenderåret intressant. Våren har den största andelen med knappa 37 % av den totala spädbarnsdödligheten i slag (21 döda). Därefter kommer vintern med knappa 25 % (14 döda), hösten med knappa 23 % (13 dödsfall) och till sist sommaren som är den period på året med lägst dödlighet i slag med knappa 16 % (9 döda spädbarn).

¹²⁹ Död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

9.6. Analys 1854 till 1856

Under 1850-talet uppgår den genomsnittliga spädbarnsdödligheten i Sverige till 167 ‰. Städerna har ett högre snitt med 219 ‰, att jämföra med landsbygdens 137 ‰.¹³⁰ Bollebygd finner vi på en för perioden tämligen normal spädbarnsdödlighet med 142 ‰. Karl Johan har en spädbarnsdödlighet på 162 ‰ vilket ligger långt under riksgenomsnittet för städerna. Morlandas uppvisar å sin sida mellan åren 1854 till 1856 en spädbarnsdödlighet på endast 94 ‰. Morlandas mycket låga spädbarnsdödlighet skulle eventuellt kunna förklaras med en förbättrad näringssituation och därför bättre hälsa hos mödrarna; även om detta är mycket svårt att finna några direkt bevis för det i mina källor. En provinsialläkarrapport belägger dock att Morlanda senast, men inte otroligt tidigare, 1856 fick sina två första barnmorskor.¹³¹ Hans Nilsson menar att den främsta anledningen till en nedgång i spädbarnsdödligheten är att finna i en nedgång i neonatal dödlighet, vilken han anser beror på mödrarnas förbättrade hälsa samt förbättrad kunskap om förlossning och barnvård.¹³² De två sistnämnda förbättringar är i allra högsta grad troliga för Morlanda då vi under år 1856 endast finner en dödlighet på mycket låga 65 ‰.

Att döma av de rapporter jag presenterat under min historiska bakgrund var fattigdomen faktiskt alltjämt ihållande under 1850-talet i Morlanda; trots detta sjunker alltså spädbarnsdödligheten. Detta stämmer å andra sidan överens med Ulla-Britt Lithells resonemang (som jag presenterat tidigare) om att spädbarnsdödligheten kan vara låg i tider av lägre levnadsstandard. Detta skulle enligt hennes resonemang kunna bero på att man i knappa tider inte hade ekonomiska möjligheter att nära de minsta barnen på annat sätt än genom amning.¹³³ Stick i stäv går detta med det faktum att vintern är den årstid med störst dödlighet för Morlanda (under vintermånaderna dör fler spädbarn än på sommaren och våren räknat tillsammans) och en provinsialläkarrapport från 1854 ger oss här viss belysning. Provinsialläkaren Olof Niclas Gammelin beskriver nöden och fattigdomen i Morlanda som allmänt stor men allra märkbarast på vintern, detta på grund av brist på mat och ved att elda med.¹³⁴

Det typiska kust/inlandsmönster som ofta påträffats finner jag inte alls då Morlanda med sin spädbarnsdödlighet på 94 ‰ ligger långt under Bollebygds 142 ‰. Tidigare forskning har haft

¹³⁰ Bjurman m.fl., (1981), s.47

¹³¹ Olof Niclas Gammelin, (1854), *Årsberättelse från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1857* (Rapport 95/187).

¹³² Nilsson, (1994), s.188.

¹³³ Lithell, (1999), s.137.

¹³⁴ Olof Niclas Gammelin, (1854), *Årsberättelse från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1854* (Rapport 155/180).

svårt att finna någon förklaring till det typiska kust/inlandsmönstret, vilket även jag har till mitt så att säga motsatta mönster. Detta mycket på grund av att Morlanda och till viss del Bollebygd har mycket knapphändig förda uppgifter om dödsorsaker. Men denna knapphändighet kan ändå indirekt säga oss någonting.

Bollebygd har en stor dödlighet under sommarmånaderna, närmare bestämt 38 % vilket skulle kunna innebära att artificiell uppfödning var en utbredd företeelse. En vidare analysmöjlighet är då att se på vilka dödsorsaker som finns angivna. Läget är här helt klart komplicerat då *ej angivna* är en stor post med 30 % av spädbarnsdödligheten. Likaså har vi några dödsfall som inte har någon uppgift överhuvudtaget. Dessa *ej angivna*, som ofta i dödböckerna benämns oangiven kan direkt självfallet inte säga oss så mycket. Men indirekt kan en undersökning av åldern på spädbarnen som får denna diagnos säga oss något om vilka dödsorsaker som troligtvis döljer sig bakom dessa. Av de *ej angivna* finner jag 7 neonatala dödsfall, 2 dödsfall under andra månaden och 1 under månad 10 till 12. Av de *utan uppgift* fördelas dessa på 2 dödsfall neonatalt och 1 dödsfall i den tredje månaden.¹³⁵

Enligt Ahlberger och Winberg är dödsfall med diagnosen *ej angivna* eller de som helt saknar uppgift troligen inte dödsfall i slag (tolkat som diarréer) då dessa var lätta att avge diagnos för, utan om sjukdom orsakad av medfödda fysiska brister och dödsorsaker relaterade till födseln. Detta styrks också enligt deras analysmodell av det faktum att de flesta spädbarnen med dessa dödsorsaker angivna i Bollebygd dör i den neonatala fasen.

Dödligheten i slag i Bollebygd (det vill säga faktiskt angivna som slag) var vidare relativt låg, med 13 % av den totala spädbarnsdödligheten, att jämföra med slag i Karl Johans församling som anges som dödsorsak för 44 % av de döda spädbarnen. För Bollebygd fanns det alltså initialt vissa skäl att misstänka en stor dödlighet i diarréer eller mag- och tarmsjukdomar med den höga dödligheten under sommaren, men då inte korrelationen mellan stor dödlighet i slag, och säsongsfördelningen med störst dödlighet på sommaren finns, suddas den misstanken ut. Den lilla dödlighet i slag som trots allt finns är också fördelad på enbart vintern och våren.

I Karl Johans församling har vi alltså nästan hälften av dödsfallen med diagnosen slag. Om vi återigen tolkar dödlighet i slag som orsakad av mag- och tarmsjukdomar och/eller diarréer så drar jag slutsatsen att stadsmiljön var en mindre hälsosam miljö med sämre sanitär nivå. Säsongsfördelningen ger emellertid en indikation om att det inte är troligt att detta berodde på en

¹³⁵ Födelse- och dopbok C:5 1854-1856, samt död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

utbredd artificiell uppfödning. Säsongsfördelningen totalt var för Karl Johans församling tämligen jämn med sommaren som den årstid med minst dödlighet, 20 %. Säsongsfördelningen för dödlighet i slag följer samma mönster med sommaren som den med minst dödlighet, nämligen endast 16 %. Detta ger vid handen att amning ändå troligen var den vanligaste uppfödningen.

En intressant iakttagelse gällande angivna dödsorsaker är att Karl Johan har en mycket liten andel dödsfall orsakade av barnsjukdomar; kategorin utgör 4 % av den totala spädbarnsdödligheten. Detta att jämföra med 10 % i Bollebygds församling och 14 % i Morlanda. Omfattningen är mycket mindre än väntat för Karl Johan då staden ansågs utgöra en stor risk för smittospridning på grund av trångboddhet och dålig hygien. Det finns i den litteratur jag använder emellertid en del information som kan belysa detta. För det första är det tänkbart att det smittkoppsvaccin som togs i bruk första gången 1816 nu fick sin fulla verkan. Koleran var också något som ”tog över” efter smittkopporna ju längre 1800-talet led.¹³⁶ Kolera drabbade också Morlanda, med flera epidemier under 1800-talet.¹³⁷ Intressant är då att jag i min undersökning endast funnit ett enda avlidit spädbarn med dödsangivelsen kolera. Smittkoppor är också en obefintlig post i alla mina undersökningsområden mellan åren 1854 och 1856. Detta torde ge vid handen att smittkoppsviruset verkar vara eliminerat, men också kanske att kolera inte tycks drabba spädbarn i lika hög utsträckning som andra epidemiska sjukdomar. För göteborgska Karl Johan kan en provinsialläkarrapport belysa frånvaron av dödsfall med angivelsen kolera. Provinsialläkare A. Montén skriver angående den epidemiska sjukdomssituationen 1854 följande: ”Eget nog var det också, att Götheborg detta år alldeles förskonades ifrån kolera, under det den hemsökte så ovanligt många orter i Sverige och andra länder, med hvilka communicationen aldrig var afbruten”.¹³⁸

Bollebygd har en klar överdödlighet för flickorna vilket är anmärkningsvärt i sig. Under 1850-talet ligger spädbarnsdödligheten för pojkar på 157 % att jämföra med flickornas 134 % vilket i en procentuell fördelning blir 52 % pojkar och 48 % flickor.¹³⁹ Eftersom pojkars överdödlighet ofta sammankopplas med dödlighet i luftvägsinfektioner är det intressant att jag faktiskt i Bollebygd finner en sådan med 5 döda pojkar mot 2 flickor. Det är svårt att finna något mönster i

¹³⁶ Fritz, (1996), s.322.

¹³⁷ Jacobsson, (1989), s.150.

¹³⁸ A. Montén, (1855), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1854* (Rapport 147/180).

flickornas totala överdödlighet men de uppvisar en överdödlighet under alla årstiderna utom vintern, då pojkarna dör i klart större utsträckning på vintern, 7 dödsfall mot 2 för flickorna. Gällande dödsfallen i luftvägsinfektioner för pojkarna, påträffas 2 på vintern och 3 på våren, medan flickornas fördelas: ett på hösten och ett på våren. Det är inte främst de allra yngsta pojkarna som dör i denna sjukdom då två dödsfall infaller den första månaden, ett dödsfall finns registrerat i månad 4 till 6 och så slutligen två dödsfall för månad 7 till 9.¹⁴⁰ Dels kan detta, som en del tidigare forskning föreslagit, bero på att pojkarnas lungor var mindre utvecklade från födseln, dels att vintrarna utgjorde en ohälsosam miljö för dessa.

Också i Karl Johan finns en inte så liten mängd dödsfall angivna som luftvägsinfektioner, närmare bestämt 10 % vilket innebär att det är den tredje vanligast angivna dödsorsaken. Intressant här är att pojkarna i Karl Johan, till skillnad från Bollebygd, har en förväntad total överdödlighet. Men det är ändå flest flickor som dör i luftvägsinfektioner, 7 mot 6. Fördelning över årstiderna är diffus men flest dödsfall har vintern (4 pojkar och 1 flicka) och sen vår (1 pojke och 2 flickor), höst (3 flickor) och sist sommaren (1 pojke och en flicka).¹⁴¹ Mitt resultat är knappast särskilt tydligt, men faktum är i alla fall att pojkarna i både Bollebygd och Karl Johan är känsligare för luftvägsinfektioner under vintermånaderna. Detta mönster med vintern som den årstid med högst dödlighet i luftvägsinfektioner finner också Magdalena Bengtsson i sin undersökning av spädbarnsdödlighet i Linköping.¹⁴²

Morlanda visar likt Bollebygd upp en klar överdödlighet för flickorna. Vad denna överdödlighet kan tänkas bero på är svårt att sja om, mycket på grund av att dödsorsakerna är knapphändigt angivna. Men också för att antalet döda spädbarn är mycket litet för perioden, vilket gör resultatet extra känsligt för enskilda dödsfalls påverkan. Vad som i alla fall går att utläsa är att flickorna i både Bollebygd och Morlanda har en större dödlighet under de båda första månaderna vilket inte följer den gängse uppfattningen att pojkarna dör på grund av sin medfödda större fysiska svaghet.

Bollebygd som visserligen hade en överdödlighet för flickorna följer annars det vanligt funna mönstret med pojkarnas neonatala överdödlighet (dock bara ett dödsfall mer än flickorna). Men flickorna har i alla andra levnadsmånader en högre dödlighet, förutom månad 3 där resultatet är alldeles jämnt. I Karl Johans församling har flickorna istället en högre dödlighet under första

¹³⁹ Bjurman m.fl., (1981), s.47.

¹⁴⁰ Död- och begravningsbok C:5 1854-1856 för Bollebygds församling.

¹⁴¹ Död- och begravningsbok C:2 1854-1856 för Karl Johans församling.

levnads månaden (16 flickor mot 10 pojkar) medan pojkarna har en dubbelt så hög dödlighet under den andra levnads månaden (14 pojkar mot 7 flickor). Det går ej att finna något tydligt mönster i dessa resultat. Det som ligger närmast till hands är helt enkelt att konstatera att de regionala skillnaderna kunde vara mycket stora.

Som väntat finner jag en stor neonatal dödlighet i Morlanda och Bollebygd, medan det för Karl Johan är väldigt utspritt över hela första levnadsåret. En viktig iakttagelse som går att göra för alla församlingar är emellertid att dödligheten avtar månad 2 och månad 3 för att sedan öka igen från och med månad 4 till 6. I Karl Johans församling är till och med månaderna 4 till 6 och 7 till 9 den period med högst dödlighet. En rimlig tolkning är att det var då man började vänja av barnen med amning och gå över till artificiell föda. Detta kan man rimligen anta dels därför att jag för alla områden funnit vissa indikationer på att amning troligen förekom. Dels därför att som jag tidigare föreslagit, månad 4 till 6 är en trolig, om än för barnens hälsa något för tidig ålder för övergång till ersättningsföda.

¹⁴² Bengtsson, (1996), s.221.

10. Avslutande diskussion

Inte i något av mina undersökningsområden eller perioder finner jag en relativt sett hög spädbarnsdödlighet. Det enda område som uppvisar en spädbarnsdödlighet som ligger över riksgenomsnittet är Bollebygd under perioden 1854 till 1856. Bollebygds spädbarnsdödlighet går från 123 ‰ till 142 ‰. Under 1850-talet ligger riksgenomsnittet för landsbygden på 137 ‰ och för landet totalt sett på 146 ‰. Bollebygd ligger alltså något, men mycket lite över snittet för landsbygden men under snittet för riket som en helhet. I Morlanda sjunker spädbarnsdödligheten från 129 ‰ till 94 ‰ och har för båda perioderna en spädbarnsdödlighet som ligger mer än 3 ‰ under riksgenomsnittet. I Karl Johans församling finner vi en något ökande spädbarnsdödlighet, med en ökning från 153 ‰ till 162 ‰ för den senare perioden. Denna dödlighet är emellertid inte hög för en stadsmiljö räknat, då riksgenomsnittet under 1850-talet ligger på 219 ‰.¹⁴³ Även om det sker en ökning för Karl Johan är den också mycket liten med tanke på den stora befolkningsökning som staden Göteborg hade under mitten av 1800-talet. Detta med tanke på att dödstalen för spädbarn ofta korrelerar med storleken på staden.

Den mesta tidigare forskning har kopplat samman en minskad spädbarnsdödlighet med en framförallt minskad postneonatal dödlighet. I Bollebygd och Morlanda finner jag inte detta mönster. I Bollebygd visar perioden 1856-56 en ökad total spädbarnsdödlighet, samtidigt som den neonatala dödligheten går från 35 ‰ till 50 ‰. I Morlanda har spädbarnsdödligheten sjunkit markant, vilket också korrelerar med en kraftigt minskad neonatal dödlighet.

Varför den neonatala dödligheten minskat så mycket i just Morlanda är svårt att finna en direkt förklaring till. Enligt tidigare forskning så kan en minskad neonatal dödlighet bero på en förbättrad allmän näringsituation vilket innebär att mödrarna var i bättre fysiskt skick och därför föder barn med ökad medfödd motståndskraft. Gällande Morlanda finner jag i mina källor vissa indikationer på hur situationen var. Dels har vi prosten Beckeman som berättar om en utbredd hungersnöd under 1830-talet då den neonatala dödligheten var mycket omfattande. Dels nämner källor som jag presenterat vid den historiska bakgrunden att nöden fortfarande var mycket stor under 1850-talet, framförallt under vintermånaderna. Trots detta sjunker alltså spädbarnsdödligheten från den tidigare till den senare perioden både totalt och neonatalt. Intressant här är att just vintern, som beskrivs som den årstid med störst nöd, för båda perioderna är den årstid med klart

¹⁴³ Bjurman m.fl., (1981), s.47.

störst dödlighet. En annan möjlig, om än något spekulativ, analys av den minskade dödligheten och den kraftigt minskade neonatala dödligheten är att tillskriva denna till en ökad kunskap om förlossningskonst och vård av de minsta barnen, då Morlanda vid tiden för min senare undersökningsperiod fick sina första examinerade barnmorskor.

Intressant är att Karl Johan har den lägsta neonatala dödligheten under båda perioderna. Genomsnittligt för riket utgör den neonatala dödligheten ca 22 % av spädbarnsdödligheten mellan åren 1860 och 1866. På landsbygden är den neonatala dödligheten 26 % av spädbarnsdödligheten totalt under samma period, att jämföra med städernas neonatala dödlighet som ligger på 22 %.¹⁴⁴ Detta samtidigt som städernas totala spädbarnsdödlighet fortfarande var högre än landsbygdens. Detta mönster finner jag också i min undersökning, framförallt mellan åren 1854 och 1856. Karl Johan har där en neonatal dödlighet på 20 %, vilket i stort sett är det samma som riksgenomsnittet. Bollebygd och Morlanda har en - om man jämför med riksgenomsnittet - hög neonatal dödlighet med sina 50 % respektive 40 %. Att Karl Johan i båda kohorterna har den lägsta neonatala dödligheten kan kanske tillskrivas det faktum att där i jämförelse med landsbygden fanns ett mer utvecklat barnmorskeväsende.

En annan tänkbar analys av Bollebygds och Morlandas höga neonatala dödlighet men förhållandevis låga spädbarnsdödlighet är att använda Ulla Britt Lithells förklaringsmodell angående levnadsstandard och förhållandet postneonatal dödlighet. Den höga neonatala dödligheten i Bollebygd och Morlanda kan förklaras med att barnen föds svaga på grund av mödrarnas relativt sett dåliga fysiska kondition. Den låga postneonatala dödligheten kan då förklaras med att man faktiskt inte hade något ekonomiskt utrymme för artificiella födoämnen utan av ekonomiska skäl tvingades att amma barnen.

Att Karl Johan i Göteborg har en i förhållande till Bollebygd och Morlanda hög postneonatal dödlighet kan förmodligen tänkas bero på att Göteborg under mitten av 1800-talet var en stad med kraftigt växande befolkning, vilket innebar att den sanitära situationen troligen många gånger var undermålig, i alla fall i jämförelse med situationen i Bollebygd och Morlanda. Detta borde framförallt ha påverkat den postneonatala dödligheten. Till detta kan vi också lägga det faktum att dödligheten i slag höjs något från första till andra undersökningsperioden, vilket ofta

¹⁴⁴ Bjurman m.fl., (1981), s.47.

anses bero på en ökad dödlighet i magsjukdomar och diarréer till följd av en sämre hygien. Men det faktum att Karl Johan har en för en stadsmiljö låg spädbarnsdödlighet kvarstår emellertid. Kanske var den sanitära situationen i staden Göteborg inte så illa som man kan förvänta sig av den växande staden i en begynnande industrialisering. I de provinsialläkarrapporter som jag presenterade vid den historiska bakgrunden styrks detta också i viss mån då staden Göteborg beskrivs som inte så illa lottat ur hälsosynpunkt.

Ett intressant mönster finner jag genom att titta på fördelningen totalt över första levnadsåret. Den är relativt hög under den första månaden (med Karl Johan som undantag), och låg under månad två och tre för att sedan öka månad fyra till sex och sju till nio. Detta kan vara ett tecken på att det var vid denna ålder som avvänjningen från bröstuppfödning tog vid med en förhöjd känslighet och dödlighet som följd. Detta mönster finner jag tydligt för alla mina undersökningsområden under båda perioderna, med visst undantag för Karl Johan 1836 till 1838 som inte uppvisar samma tydlighet. En liknande förhöjd dödlighet, men då från och med månad tre finner Magdalena Bengtsson i sin undersökning av Linköping under 1840-talet. Hon föreslår där också att det skulle kunna vara en följd av komplikationer med avvänjning.¹⁴⁵ Av detta torde det också vara möjligt att med viss försiktighet anta att amning faktiskt förekom under barnens första tid och då utgjorde ett gott skydd för dessa. Detta antagande styrks också av de övriga indikationer på att amning förekom som jag presenterat tidigare i uppsatsen och som jag också kommer att ta upp i viss mån nedan. Regionen beskrivs också i tidigare forskning som amningsfrekvent.¹⁴⁶

Den förväntade sommartoppen i dödlighet i framförallt städerna finner jag inte i Karl Johan. Där är säsongfördelningen under den första undersökningsperioden tämligen jämn med sommaren som den årstid med näst högst dödlighet, för att i den senare perioden vara den årstid med lägst spädbarnsdödlighet. Detta stämmer också överens med det resultat som Marie C. Nelson och John Rogers kom fram till i sin undersökning av Göteborg under senare delen av 1800-talet.¹⁴⁷ Dock ger det faktum att dödligheten i slag för Karl Johan förekommer mest under sommaren 1836 till 1838 en viss indikation på att artificiell uppfödning kan ha förekommit. Mönstret är emellertid inte särskilt tydligt och slag tolkat som dödlighet i mag- tarmsjukdomar och diarréer

¹⁴⁵ Bengtsson, (1996), s.160.

¹⁴⁶ Ahlberger och Winberg, (1987), s.365.

¹⁴⁷ Nelson och Rogers, (1995), s.299f.

var vanligt förekommande i städerna överhuvudtaget.¹⁴⁸

Anmärkningsvärt i min undersökning är att Karl Johan som representerar en urban miljö har en spädbarnsdödlighet som inte ligger mycket över den för Bollebygd som representerar en rural miljö. Den med lägst dödlighet är Morlanda, det vill säga, en kustmiljö vilken enligt av tidigare forskning identifierade mönster uppvisar en högre spädbarnsdödlighet än inlandet. Av det faktum, att Bollebygds spädbarnsdödlighet ökar i den senare perioden medan Morlandas minskar, bör man kanske inte dra alltför stora växlar. I fallen Bollebygd och Morlanda är materialet (födda och döda spädbarn) ganska litet, vilket torde göra undersökningen mer känslig för slumpens inverkan än vad fallet är för Karl Johan där jag har ett betydligt större material att analysera. Detta kan vi också se på hur siffrorna för Karl Johan gällande total spädbarnsdödlighet, fördelning över kön och säsong och till exempel graden av neonatal dödlighet inte skiljer sig särskilt mycket åt mellan de två undersökningsperioderna. I Bollebygd och Morlanda finner jag i vissa fall våldsamma förändringar som troligen i viss mån kan till skrivas det som vi kan kalla slumpen inverkan.

Om vi ur ett jämförande perspektiv ser på fördelningen per kön är det mest sensationella att det endast i ett undersökningsområde och period finns en större dödlighet för pojkarna (Karl Johan 1854 till 1856). I Bollebygd är siffrorna anmärkningsvärda med en stor överdödlighet för flickorna i båda perioderna.

Intressant gällande spädbarnsdödlighet per kön är att pojkarnas överdödlighet enligt tidigare forskning ofta kan spåras i en stor neonatal överdödlighet, vilket anses bero på att pojkarna föds mindre fysiskt utvecklade. Den neonatala könsfördelningen totalt för mina olika undersökningsområden visar en överdödlighet för flickorna. Flickornas överdödlighet totalt och under den första månaden är anmärkningsvärt med tanke på att de flesta undersökningar visar på motsatt mönster. En annan faktor som brukar knytas samman med pojkarnas ofta förekommande överdödlighet är deras större dödlighet i luftvägsinfektioner. Detta gör både Magdalena Bengtsson och Henrik Moberg. I min undersökning sammantaget är inte luftvägsinfektioner någon stor post alls. Och i de fall dessa orsaker förekommer drabbar de inte alltid pojkarna i störst utsträckning.

¹⁴⁸ Brändström och Edvinsson, (2000), s.34.

Dödsorsakskategorin medfödda defekter i Bollebygd helt har försvunnit som angiven dödsorsak i perioden 1854-56. Denna kategori som under min första undersökningsperiod var den klart dominerande i Bollebygd. Dödsfall med angivelsen medfödda defekter gällde under den tidigare perioden oftast spädbarn i den neonatala fasen och just dödligheten neonatalt har dessutom för Bollebygd åren 1854 till 1856 ökat. I Bollebygd finner vi istället för den senare perioden en stor andel dödsfall med orsaken *ej angiven*, en stor del av dessa är också i den neonatala fasen. Det är alltså troligen så att kategorin *ej angiven* så att säga tagit kategorin medfödda defekters plats som den något diffusa diagnosen för de allra minsta barnen. En stor andel döda spädbarn utan angiven orsak samt en stor neonatal dödlighet är enligt en del forskning som jag presenterat tidigare i analysen utmärkande för ett amningsfrekvent område. Detta resonemang är i min undersökning applicerbart på både Bollebygd och Morlanda för båda mina undersökningsperioder.

Stor dödlighet i barnsjukdomar anses av Brändström vara en av anledningarna till att staden ofta kunde vara en farligare miljö att födas i, detta på grund av att spridningen av dessa gynnades av trångboddhet och missgynnsamma sanitära förhållanden, exponering var här nyckelordet. I Karl Johans första kohort ser vi en dödlighet på 17 % i barnsjukdomar som i den andra kohorten har sjunkit till 4 % av den totala spädbarnsdödligheten. Jag finner där merparten av dödsfallen under den första perioden framförallt gällande kikhosta koncentrerade till en kort tidsperiod vilket torde innebära att smittorisken var överhängande. Också i Bollebygd och Morlanda sker en minskning gällande dödlighet i barnsjukdomar, men inte lika påtaglig som den i Karl Johan. Både Morlanda och Bollebygd var miljöer där man direkt oroades över smittorisken. Morlanda var utsatt på grund av dess kontakter genom sjöfarten. Bollebygd i och med sin kontakt med staden i utbytet av handelsvaror. Min analys av detta är dels, återigen att den sanitära situationen i Göteborg möjligtvis inte var fullt så dålig som man kan förvänta sig och möjligtvis då att den faktiskt mot alla odds förbättrades trots den stora inflyttningen, exponeringen under den senare undersökningsperioden möjligen inte var så hög som man kan förvänta sig.

11. Sammanfattning

Syftet med uppsatsen var att undersöka spädbarnsdödligheten i tre olika västsvenska församlingar (Morlanda, Bollebygd och Karl Johan i Göteborg) under perioderna 1836 till 1838 och 1854 till 1856. Mitt överordnade syfte var att undersöka hur de yttre omständigheterna påverkade spädbarn att överleva sitt första levnadsår. Min uppsats är främst allmänt en studie i skillnader gällande spädbarnsdödlighet mellan de olika områdena som representerar tre olika miljöer (Bollebygd – landsbygd, Morlanda – kustmiljö, Karl Johan – stadsmiljö) där spädbarnsdödligheten enligt tidigare forskning varit av olika omfattning och karaktär, men även en studie av spädbarnsdödligheten över tid. Ett specifikt men något sekundärt tema var även att undersöka om källmaterialet kan säga något om amning förekom eller ej.

Spädbarnsdödligheten för mina olika undersökningsområden var generellt sett låg då blott en församling, Bollebygd, under den senare perioden ligger över den riksgenomsnittliga spädbarnsdödligheten för landsbygden men då endast marginellt. Karl Johans församling har den i förhållande till riksgenomsnittet mest anmärkningsvärt låga dödligheten. Likaså uppvisar Morlanda en mycket låg dödlighet under den senare perioden. I Karl Johan och Bollebygd sker en viss ökad spädbarnsdödlighet i den senare perioden, men den är endast marginell och kan eventuellt tillskrivas det faktum att de regionala skillnaderna torde vara den minsta gemensamma nämnaren för spädbarnsdödligheten under 1800-talet.

Ett i min uppsats anmärkningsvärt resultat är att pojkarna i alla undersökningsområden och perioder utom ett uppvisar en lägre dödlighet än flickorna vilket är diametralt motsatt det som den mesta tidigare forskning visat på.

Staden är den miljö med högst spädbarnsdödlighet, men ändå inte så hög som man kan förvänta sig av en stad av Göteborgs storlek, i en begynnande industrialisering och en omfattande inflyttning och trångboddhet och därmed förmodad sanitärt dålig situation som följd. Jag finner dock ingenting som direkt talar mot att amning här skulle ha varit den vanligaste uppfödningformen. Detta gäller också för Morlanda och Bollebygd. Detta kommer jag fram till dels genom att se under vilken del av det första levnadsåret som barnen dör samt att se på hur dödligheten fördelar sig över årstiderna samt vilka dödsorsaker som är angivna. Dödligheten under första levnads månaden är vidare för alla områden stor för att sedan avta månad två och tre för att sedan återigen öka. Detta tolkar jag som möjligt kopplat till att barnen ammades under den första tiden för att sedan avvänjning påbörjades från och med kring månad fyra.

Käll- och litteraturförteckning

Källor

Landsarkivet i Göteborg.

Födelse- och dopböcker från Bollebygd församling:

1836-1838, C:5

1854-1856, C:5

Död- och begravningsböcker från Bollebygd församling:

1836-1838, C:5

1854-1856, C:5

Födelse- och dopböcker från Morlanda församling:

1836-1838, C:4

1854-1856, C:6

Död- och begravningsböcker från Morlanda församling:

1836-1838, C:4

1854-1856, C:6

Födelse- och dopböcker från Karl Johan församling:

1836-1837, C:1

1838, C:2

1854-1856, C:2

Död- och begravningsböcker från Karl Johan församling:

1836-1837, C:1

1838, C:2

1854-1856, C:2

Provinsialläkarrapporter

Bollebygd:

Sam Elmlund, (1837), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1836* (Rapport123-125/171).

<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1836/P8361583.htm>

Sam Elmlund, (1852), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1851* (Rapport 57/145).

<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1851/P8511583.htm>

Sam Elmlund, (1855), *Årsberättelse från Provinsialläkare Borås, 1854* (Rapport 64/180).

<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1854/P8541583.htm>

Morlanda:

Joh. Boustedt, (1837), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1836* (Rapport 164-165/171).
<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1836/P83614OR.htm>

Joh. Boustedt, (1838), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1837* (Rapport 60/65).
<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1837/P83714OR.htm>

Olof Niclas Gammelin, (1854), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1854* (Rapport 155/180).
<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1854/P8541421.htm>

Olof Niclas Gammelin, (1858), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Orust och Tjörn, 1857* (Rapport 95/187).
<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1857/P85714OR.htm>

Karl Johan:

H. J. Ewert, (1852), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1851* (Rapport 136/145).
<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1851/P8511480b.htm>

C. G. Schönbeck, (1852), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1851* (Rapport 135/145).
<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1851/P8511480.htm>

A. Montén, (1855), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1854* (Rapport 147/180).
<http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1854/P8541480.htm>

C. G. Schönbeck, (1855), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1854* (Rapport 149/180).
http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1854/P8541480_4.htm

C. G. Schönbeck, (1857), *Årsberättelser från Provinsialläkare, Göteborgs Stad, 1856* (Rapport 89/189).
http://www2.ep.liu.se/dokument/provlak/1856/P8561480_2.htm

Tabellverket på nätet

<http://www.ddb.umu.se/visualisering/Tabverk/Start>

Bollebygd:

Folk_410 och *Folk_620*, (1830 och 1855) Kod: 76860.

Morlanda:

Folk_410 och *Folk_610*, (1830 och 1855) Kod: 76150.

Karl Johan:

Folk_410 och *Folk_620*, (1830 och 1855) Kod: 75450.

Litteratur

Andersson, Bertil, (1996), *Göteborgs historia – Näringsliv och samhällsutveckling. Från fästningsstad till handelsstad 1619-1820*, Göteborg: Nerenius & Santérus.

Ahlberger, Christer och Winberg, Christer, (1987), *Biologi, medvetet handlande och struktur*, (i Historisk tidskrift nr 3).

Bengtsson, Magdalena, (1996), *Det hotade barnet – Tre generationers spädbarns- och spädbarnsdödlighet i Linköping*, Motala: Linköping tema, Linköpings univ.

Bjurma, Eva Lis m.fl., (1981), i *Barnhistoria: Om barns villkor förr*, Nacka: Esselte Herzogs.

Boqvist, Agneta, (1978), *Den dolda ekonomin – En etnologisk studie av näringsstrukturen i Bollebygd 1850-1950*, Lund.

Brändström, Anders, (1984), *De kärlekslösa mödrarna*, Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Brändström, Anders och Edvinsson, Sören, (2000), *Från dåtid till nutid – dramatiska förbättringar i folkhälsan, i Sveriges nationalatlas*, Uppsala: Almqvist & Wiksell.

Fritz, Martin, (1996), *Göteborgs historia – Näringsliv och samhällsutveckling, Från handelsstad till industristad 1820-1920*, Göteborg: Nerenius & Santérus.

Jacobsson, Eric, (1989), *Koleran i Morlanda i Morlanda Hembygdsbok III*, Olof Brattö (red), Uddevalla.

Lithell, Ulla Britt, (1999), *Små barn under knappa villkor – En studie av bakgrunden till minskningen av dödligheten bland spädbarn under förra hälften av 1800- och 1900-talet*, Karlstad: Torsby Finnkulturcentrum.

Lönroth, Erik (red.), (1963), *Bohusläns historia*, Göteborg: Göteborg och Bohus läns landsting.

Moberg, Henrik. Sundin, Jan. Hogstedt, Christer. Lindberg, Jakob, (2005), *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Nationalencyklopedin, band 16 (1995), Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.

Nelson, Marie C, och Rogers, John, (1995), *Stockholm and Gothenburg and the Urban Mortality Puzzle, i Demography, Economy & Welfare – Scandinavian population studies vol.10*. Christer Lund (red.), Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, Hans, (1994), *Mot bättre hälsa – Dödlighet och hälsoarbete i Linköping 1860-1894*, Motala: Linköping tema, Linköpings univ.

Nyberg, Gudrun, (2007), *Doktor Carlanders Göteborg- Folkliv, sjukdom och död 1793-1814*, Kristiansstad: Carlsson Bokförlag.

Overland, Viveka, (1994), *Orust historia och miljö*, Stenungssund: Bohusläns museum.

Bilaga 1

Klassificering av dödsorsaker enligt Magdalena Bengtsson. Ursprungliga termer inom parentes.
Jag har i förteckningen nedan endast tagit med de orsaker som jag funnit i mina undersökningar.

1. Medfödda defekter

Svaghet,

2. Slag

Slag, hjärtsprång, Invärtes slag

3. Torsk

4. Mag- och tarmsjukdomar

Magplågor, rödsot, kolera

5. Luftvägsinfektioner

Bröstsjuka, hosta

6. Barnsjukdomar

Kikhosta, scharlakansfeber, mässling, smittkoppor

7. Kontaktsmitta

8. Odefinierade febrar

Feber, Tandfeber

9. Inflammationer

10. Tuberkulos

Lungsot

11. Avtyning

Tärande

12. Bristsjukdomar

13. Kroniska sjukdomar

14. Olyckor

15. Mord

16. Övriga

Svulst, Utslag, Kramp

17. Okända

Obekant

18. Ej angivna

Oangiven