



<http://www.diva-portal.org>

## Preprint

This is the submitted version of a chapter published in *Befolkningshistoriska perspektiv: Festskrift till Lars-Göran Tedebrand*.

Citation for the original published chapter:

Edvinsson, S. (2004)

Att ha omsorg om sina barn: Traditionens och miljöns betydelse för spädbarnsdödlighet.

In: Anders Brändström, Sören Edvinsson, Tom Ericsson och Peter Sköld (ed.),

*Befolkningshistoriska perspektiv: Festskrift till Lars-Göran Tedebrand* (pp. 59-84). Umeå:

Demografiska databasen, Umeå universitet

N.B. When citing this work, cite the original published chapter.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-36046>

## **Att ha omsorg om sina barn. Traditionens och miljöns betydelse för spädbarnsdödlighet**

### **Sören Edvinsson**

#### *Inledning<sup>1</sup>*

I död- och begravningsboken för Bjärträ församling 1811 återfinns en notering av prästen som avbryter den i övrigt så formella uppställningen av uppgifter i kyrkböckerna: ”Intet år finnes så stor mortalitet som detta år, och Gud nådeligen afvände sådant mer”.<sup>2</sup> Denna lilla anteckning ger oss en antydning om de upplevelser och känslor som uppfyllde människor i en verklighet där döden var betydligt mer närvarande än vad den är för oss nutida människor. Orsaken till den höga dödligheten i Bjärträ var en rödsotsepidemi som drabbade bygden under detta år. Prästens behov av att formulera dessa ord för eftervärlden får ses som förståelig mot bakgrund av att han själv förlorade tre barn under en månads tid.

Det är sannerligen en remarkabel förändring av hälsa och överlevnad som har skett under de senaste seklen. Förväntad livslängd från födelsen har ökat från knappt 37 år omkring år 1800 till drygt 82 för kvinnor och knappt 78 för män när detta skrivs.<sup>3</sup> En stor andel av den ökade livslängden förklaras av den kraftiga nedgången i dödligheten bland barn och i synnerhet den bland spädbarn. Kring denna hälsorevolution har många studier gjorts såväl i Sverige som i andra länder. Vad som framgått är komplexiteten i fenomenet – ingen faktor isolerad har visat sig vara tillfyllest för att förklara processen. Förutsättningarna för barns överlevnad står att finna i samspelet mellan biologi, socio-ekonomiska förhållanden och människors attityder och beteenden i förhållande till barn.

Studier av spädbarns- och barnadödlighetens utveckling kräver ett fruktbart analytiskt angreppssätt. En utgångspunkt är den uppdelning som gjorts av Mosley och Chen mellan ”proximate” (omedelbara) och ”socio-economic determinants” för undersökningar av dödlighet bland barn.<sup>4</sup> De kan konstatera att forskare från olika traditioner, inte överraskande, har använt skilda angreppssätt och att man därför inte alltid förstår varandra. De olika perspektiven har sitt berättigande och bör kunna sammanjämkas. De omedelbara determinanterna är faktorer relaterade till modern, barnens näringstillstånd, omgivningsfaktorer som leder till överförande av infektioner m m medan socio-ekonomiska relaterar skillnaderna på en mer allmän nivå till förhållanden i samhället, hushållet eller hos individen. De socio-ekonomiska förklaringarna måste dock kanaliseras genom de omedelbara determinanterna. Det är därför ytterst viktigt för den som studerar den historiska utvecklingen

att klarlägga hur de studerade aspekterna tänks påverka dödligheten. Social klass i sig orsakar inte barns död. I stället påverkar den sociala klassen riskerna för sjukdom och död, t ex genom att barnet inte kunde skyddas mot infektioner, att barnet blev undernärt osv.

I historiska arbeten är man i stor utsträckning hänvisade till förklaringar på den socio-ekonomiska nivån. Exakta uppgifter saknas om människors näringstillstånd, åtgärder vid sjukdom etc. I stället analyseras faktorer som ekonomisk ställning, kunskap i samhället eller hos den enskilde, samhällets åtgärder inom hälsovården etc. Analyserna indikerar dock på vilket sätt de sociala förhållandena ledde till sjukdom och död, och många gånger ger berättande källor vidare ledtrådar till förhållanden eller beteenden som påverkade hälsan. I den här undersökningen riktas intresset mot frågan i vilken mån traditioner, attityder och beteenden i fråga om vården och omsorgen om sina barn var avgörande eller om det i stället främst var de sociala förhållandena i miljön som bestämde förutsättningarna för barns överlevnad.

Från tidigare undersökningar vet vi att mönstren i spädbarns- och barnadödlighet inte är entydiga. Det har bl.a. konstaterats att spädbarnsdödlighetens nivå inte alltid är direkt relaterat till omfattningen av ekonomiska och andra materiella resurser. I många fall kunde lägre sociala skikt ha lägre spädbarnsdödlighet. Detta indikerar att det kan finnas beteendemässiga förklaringar till skillnaden.<sup>5</sup> Sådana beteenden kan vara t ex om barnen amrades eller gavs artificiell föda, eller andra beteenden som skyddade barnen för sjukdomar.<sup>6</sup> Omsorgen om barn är naturligtvis inte alltid knutet till beteenden format av övertagna traditioner, utan kan vara beroende av den socio-ekonomiska situationen. Så kan t ex artificiella uppfödningmönster vara betingat av såväl behovet av att kvinnan deltar i produktionen som tradition i dessa frågor. Möjligheten att ge en god omvårdnad till de sjuka barnen kan också ha begränsats av krav på deltagande i produktionen eller av boendesituationen. Att särskilja om beteenden är beroende av den sociala situationen eller om de förklaras av inlärd beteendemönster är svårt. Ett sätt är dock att undersöka om personer med olika geografisk bakgrund representerande olika nivåer på spädbarnsdödlighet uppvisar olika mönster, trots att de lever i samma miljö. Det är utifrån den utgångspunkten som spädbarnsdödligheten i Sundsvallsregionen under 1800-talet analyseras.<sup>7</sup> För att belysa denna fråga undersöks också regionala skillnader i dödlighet och i barnavård. Vidare så diskuteras vad dessa resultat säger oss om eventuella skillnader i synen på barn och barns hälsa. Indikerar en högre dödlighet att man hade mindre omsorg om sina barn, att man värdesatte dem mindre?

### *Vilken betydelse kan traditioner inom barnavård ha haft?*

Det finns flera olika aspekter inom barnavård som har betydelse för barns överlevnad. Först är det en skillnad mellan dels sådant som påverkade risken för att barnet skulle insjukna och dels sådant som rör barnets möjligheter att tillfriskna när de väl insjuknat. I 1800-talets samhälle var riskerna att bli utsatta för sjukdomar betydligt större än i nutid. Epidemiska sjukdomar florerade och de sanitära förhållandena var mycket dåliga, i synnerhet i städer. Åtgärder som skyddade barn för infektioner var därför centrala för barnens hälsa. Den allra viktigaste aspekten var förstås om barnet ammadades eller inte. En studie av spädbarnsdödligheten på Island i början av 1900-talet fann att det var en betydande överdödlighet bland barn som fick artificiell föda i förhållande till de som ammadades. Dödligheten var fyra gånger högre i den förra gruppen.<sup>8</sup> En annan viktig faktor var förekomsten av kompletterande föda tidigt i barns liv. I ett samhälle där de sanitära förhållandena var dåliga innebar detta ökade risker för barnet att drabbas av mag- och tarminfektioner. Modersmjölken gav dessutom barnen immunitetsskydd mot infektionssjukdomar. Andra beteenden som kunde påverka barns hälsa var att skydda sig mot infektioner, eller preventiva åtgärder som t ex vaccination. Vidare kunde det vara att ge det sjuka barnet en god omvårdnad. I vilken mån kontakter med läkare hade någon betydelse vid den här tiden kan dock diskuteras. Läkarna saknade effektiva terapier.<sup>9</sup> Det mesta tyder emellertid på att föräldrar endast undantagsvis uppsökte läkare när deras späda barn blev sjuka. Dels var tillgången till läkare begränsad och dels tycks tilltron till vad de kunde åstadkomma ha varit liten.

### *Hög- och lågmortalitetsområden*

Vad som här analyseras är spädbarns- och barnadödligheten i 18 församlingar i östra Medelpad under 1800-talet. I synnerhet under industrialiseringsskedet under seklets andra hälft var inflyttningen stor och människor från många olika håll och med skilda traditioner samlades. I studien ingår alla barn som fötts i de studerade församlingarna.

Barnen har kategoriserats efter moderns födelseförsamling, eftersom vi utgår ifrån att modern i större utsträckning överförde traditioner inom barnavård. För varje moder har vi identifierat födelseförsamling utifrån uppgifterna i kyrkböckerna. Vi har kategoriserat dessa utifrån spädbarnsdödligheten i deras bakgrundsmiljöer. Nivåerna i dessa ursprungsmiljöer är förstås beroende av en mängd olika faktorer, som t ex trångboddhet, dåliga sanitära förhållanden osv och vi kan därför inte renodla de beteendemässiga aspekterna. Idealet vore

att åstadkomma en sådan indelning efter regionala mönster i barnavård och särskilt amning. De samtida uppgifterna är dock problematiska att direkt överföra på det sättet. Därför har en enkel operationalisering gjorts genom att landet har delats upp i ett högmortalitetsområde, ett lågmortalitetsområde, samt ett område med moderata nivåer. Slutligen har de som var uppvuxna i undersökningsregionen (trots att nivån kvalificerar dessa fall till högmortalitetsgruppen) behandlats för sig eftersom det finns anledning anta att de uppvisar särskilda karaktäristika som t ex ett större socialt nätverk. Uppdelningen har i huvudsak gjorts på länsnivå, men med mer specifika indelningar för frekventa inflyttningsområden där stora skillnader fanns. Denna indelning kan dock relateras till vad vi känner till om regionala mönster av amning.

Huvudkällan för indelningen har varit en undersökning av spädbarnsdödlighet på länsnivå 1860-69.<sup>10</sup> Därifrån har de fem länen med de högsta respektive lägsta nivåerna identifierats. En genomgång av länssiffror för övriga 1800-talet har använts för att komplettera med några län som under större delen av seklet kännetecknats av hög respektive låg spädbarnsdödlighet. Vidare har det varit möjligt att utifrån uppgifter på lägre nivåer i områden med kraftig inflyttning till Sundsvallsområdet kunnat bryta upp länsgränser i några fall.<sup>11</sup>

Tabell 1. Antal barn födda till mödrar med ursprung i högmortalitetsområden

Område	Antal
Västernorrlands (hög)	7988
Stockholms stad	1232
Stockholms län	240
Uppsala län	293
Blekinge län	74
Norrbottens län	353
Södra Västerbotten	2098
Finland	1739

Källa: DDB, Umeå universitet

Högmortalitetsgruppen består av Västernorrland (med undantag för de födda i regionen och några församlingar i norra Ångermanland gränsande mot Jämtland), Stockholm stad, Stockholms län, Uppsala län, Blekinge och Norrbotten. Dessutom har delar av Västerbotten som sammanföll med Västernorrlands högmortalitetsbälte medtagits. Vidare ingår de vars

mödrar var födda i Finland. Majoriteten av dessa mödrar kom från Österbotten, ett län med hög spädbarnsdödlighet.<sup>12</sup> Fördelningen av antalet födselar på de olika områdena framgår av tabell 1. Som synes kom majoriteten av mödrarna från Västernorrland, men stora grupper kom också från södra Västerbotten, Finland och Stockholms stad.

Den identifierade lågmortalitetsgruppen består av Jämtland, Gotland, Värmland, Malmöhus, Kristiansstad och Jönköping, samt de delar av Västernorrland gränsande till Jämtland där dödligheten var låg. Den absoluta majoriteten härstammade från Värmland och Jämtland samt lågmortalitetsdelarna av Västernorrland.

Tabell 2. Antal barn födda till mödrar med ursprung i lågmortalitetsområden

Område	Antal
Jämtlands län	1278
Värmlands län	2872
Gotlands län	111
Malmöhus län	65
Kristianstads län	23
Jönköpings län	125
Västernorrlands (låg)	785

Källa: DDB, Umeå universitet

### *Spädbarnsdödligheten i Sverige – nationellt och regionalt*

Spädbarnsdödligheten i Sverige låg omkring 1800 på ca 200 promille. Därefter inleddes en kontinuerlig nedgång som har fortsatt in i nutid. På 1860-talet låg dödligheten på 139 promille för att vid seklets sista decennium ha sjunkit till 102. Nedgången därefter har varit mycket snabb. Tyvärr är statistiken över dödsorsaker bland spädbarn ofullständig, men vi vet från lokala studier att de i stor utsträckning drabbades av mag- och tarminfektioner, särskilt sommartid, och sjukdomar i andningsorganen. Dessutom drabbades barnen av olika epidemier som smittkoppor, mässling, kikhosta, rödsot m m.

Under lång tid var skillnaden i dödlighet mycket stor mellan stad och landsbygd, såväl bland spädbarn som i andra åldersgrupper. Även i de små svenska städerna var riskerna avsevärt högre än på landet. Befolkningstätheten var större i städerna liksom den utbredda trångboddheten, vilket ökade smittspridningen. Dessutom var de sanitära förhållandena dåliga och tillgången på mat av god kvalitet bristfällig för stora grupper. Under stora delar av 1800-

talet var spädbarnsdödligheten 40-60 % högre i städer. Ett trendbrott skedde omkring 1880 då dödligheten började sjunka i en snabbare takt i de urbana miljöerna så att skillnaderna i början av 1900-talet var betydligt mindre för att helt ha eliminerats på 1920-talet.<sup>13</sup>

Vi kan också konstatera stora regionala skillnader i Sverige.<sup>14</sup> Allra högst låg spädbarnsdödligheten i Stockholm, men även i länen närmast Stockholm samt i Norrbotten var den hög. Ett annat län med hög dödlighet var Västernorrland. Däremot var dödligheten uppseendeväckande låg i Jämtland, inte bara bland spädbarn utan även i andra åldersgrupper. Det finns inte enbart en faktor som kan förklara de regionala olikheterna. På samma sätt som i fråga om skillnaden mellan land och stad skedde en utjämning. Under mellankrigstiden var dessa skillnader små, även om det finns vissa skillnader också i nutid. Eftersom dessa regionala skillnader har varit styrande för den kategorisering som studien bygger på, finns det anledning att redovisa vad som är känt om omsorg och uppfödningssätt av barn i olika områden och då med en koncentration på de områden som framförallt dominerade bland mödrar i vår undersökningsgrupp.

För Stockholms del hade säkert den erkänt ohygieniska livsmiljön i den trångbodda storstaden avgörande betydelse för den höga dödligheten.<sup>15</sup> I andra fall hade skillnader i omsorgen om barnen större betydelse. De flesta aspekter av barnavård är svåra att komma åt. Endast i fråga om amning har vi bättre möjligheter att relatera detta till regionala skillnader. Amningens betydelse var ju något som uppmärksammades redan på 1700-talet i Sverige.<sup>16</sup> Från 1860-talet och framåt ägnades frågan ett förnyat intresse av medicinalstyrelsen som efterfrågade uppgifter om detta av provinsialläkarna. Det finns en risk att man alltför mycket koncentrerade sig just på den aspekten och därför kom att ignorera andra relevanta förhållanden. Ändå ger läkarnas uppmärksamhet på frågan oss en bild av amningens utbredning i olika delar av landet. Naturligtvis finns det en hel del osäkerhetsmoment i provinsialläkarnas redogörelser, som i stor utsträckning präglas av överhetens syn på den obildade allmogen, men de kan ändå användas som indikator. I detta sammanhang koncentrerar vi oss på de områden som bidrog med en större andel i den hög- respektive lågmortalitetsgrupp som definierats ovan.

Den utförligaste studien av lokala mönster i spädbarnsdödlighet och dess relation till uppfödningssvanor i Sverige har utförts av Anders Brändström. I sin studie av Nedertorneå i Norrbotten påvisar han en mycket hög spädbarnsdödlighet i området; i början av 1800-talet dog mer än vart tredje barn under det första levnadsåret. Den extremt höga nivån förklaras av att mödrarna inte alls ammade sina barn. I stället fick de artificiell föda redan från födelsen,

vilket ledde till en mycket hög dödlighet framförallt i spädbarnsdiarréer. Under 1800-talets lopp förändrades dock detta och överlevnaden bland barnen förbättrades också.<sup>17</sup>

Läkaren och förste chefen för SCB, Fredrik Th. Berg var den förste som mer systematiskt undersökte skillnaderna mellan olika landsdelar i en artikel från 1869.<sup>18</sup> Där uppmärksammades bland annat den stora skillnaden mellan de närliggande länen Jämtland, där dödligheten var mycket låg, och Västernorrland där den var högst i Sverige, undantaget Stockholms stad. Ett par decennier senare togs problematiken upp i en fördjupad studie av statistikern Johan Hellstenius, där dödligheten bland spädbarn i de två länen analyserades på församlingsnivå. Hellstenius framförde flera möjliga förklaringar - tidstypisk är hans hänvisningar till rasskillnader. Andra faktorer han föreslog var ett mer hälsosamt klimat i Jämtland, ekonomiska fördelar samt bättre tillgång på mjölk i de fall där ersättningsföda måste till. Den viktigaste orsaken var enligt honom skillnader i uppfödningssätt. I Jämtland dominerade amning, medan man i Västernorrlands kustförsamlingar i stor utsträckning avstod från att amma sina barn.<sup>19</sup>

Liknande slutsatser kom läkaren Emil Nilsson fram till i en avhandling från 1889. Det artificiella uppfödningssättet av barnen såg han som den främsta förklaringen till den höga dödligheten i Västernorrland. En orsak till detta var möjligheterna till arbetsförtjänst för kvinnor i sågverksdistrikten, vilket gjorde att barnen försumrades. Förutom detta framhöll han också diverse brister i levnadssätt som frodades i sågverksmiljöerna. Däri räknade han bl a fylleri och osedligt leverne. Men även de rent naturmässiga förutsättningarna ansåg han missgynnade Västernorrland.<sup>20</sup>

Dessa undersökningar fann stöd i provinsialläkarnas uppgifter. I synnerhet när den höga dödligheten i Västernorrland uppmärksammades, vittnade många läkare i länet om orsakerna därtill och då var den uteblivna amningen den faktor som oftast framhölls:

”Fördomar och fel vid späda barns uppfödande och vård finnas och florerar alltjemt.

Diflaskan med dertill hörande sudd och välling blifva allmännare med hvarje år; och om man frågar en bondqvinna, hvarföre hon ej låter sitt barn få dia, svarar hon helt uppriktigt: "flaskan är mycket bekvämare!"<sup>21</sup>

Detta var heller inget som endast präglade den industriella epoken. Redan 1799 rapporterade stadsläkare Medén i Härnösand om

”... Föräldrarnas förvända och onaturliga sätt att upföda sina Barn. Nästan aldrig, icke ens de första dagarna af sitt späda lif, få de den välgörande Modersmjölken, utan gemenligen en tjock Mjölvsälling, dem bibringad genom en så kallad Napp.”<sup>22</sup>



De mer sparsamma uppgifterna, kanske utifrån mottot ”hälsan tiger still”, från Jämtland talar ett helt annat språk. I linje med överhetens benägenhet att alltid påtala fel hos de lägre skikten beskrevs problem som: ”Modern ger merändels sjelf di, ofta nog alltför länge, ...”.<sup>23</sup> Att den långa amningen framställdes som ett problem stöder snarare uppgiften. Iakttagelsen får stöd av den tyske resenären Schubert när han hävdar att man ammade barnen upp till det att de var tre, fyra år.<sup>24</sup>

Skillnaderna i uppfödningmönster bekräftas också av skilda mönster i spädbarnsdödlighet i de två områdena Revsunds pastorat i Jämtland och Nora pastorat i Västernorrland, cirka tio mil fågelvägen.<sup>25</sup> I Revsund låg spädbarnsdödligheten under perioden 1800-1859 på 108 promille medan den i Nora låg dubbelt så högt - 211 promille. Det har tidigare observerats att artificiell uppfödning ger högre dödlighet under sommarmånader, särskilt sensommaren.<sup>26</sup> Under den årstiden var problemen större med mathantering vilket ökade riskerna för de barn som inte amrades. I Nora återfinns en topp under just juli och augusti. I Revsund däremot var dödligheten som lägst under sommaren. Dödligheten i mag –och tarmsjukdomar var avsevärt högre i Nora, medan skillnaderna i övriga sjukdomar var mindre. Under den första levnadsveckan (då endogen dödlighet var av störst betydelse) var skillnaderna mycket små. Från den andra veckan ökade skillnaderna till Norabarnens nackdel, men de stora skillnaderna uppträdde efter första levnadsmånaden då utebliven amning hade stor betydelse. En annan indikator på skillnader i amningsmönster är fruktsamhetsnivåerna. Om barn inte ammas, återkommer moderns ägglossning tidigare, vilket ger högre fruktsamhet. Församlingarna i Nora pastorat hade högre fruktsamhetstal än de i Revsund. Avslutningsvis uppvisade de två områdena olika mönster i sociala skillnader. I Revsund hade bönder lägre spädbarnsdödlighet än andra grupper - ca 60 promille, en mycket låg nivå för denna tid. I Nora kan inga skillnader noteras. Tillgång till större ekonomiska och sociala resurser tycks inte ha spelat någon roll i den senare miljön, vilket indikerar att andra faktorer spelade in.

Sedvänjan med artificiell uppfödning i Västernorrlands kustförsamlingar sträckte sig in i södra Västerbotten. Den höga spädbarnsdödligheten i detta område har Brändström förklarat med utebliven bröstuppfödning. Nordmalings församling kännetecknades av likartade mönster som Nedertorneå, och vittnesmålen från läkarna ger stöd åt slutsatsen att uppfödning med dihorn var orsaken.<sup>27</sup> Även provinsialläkaren för Umeå distrikt framhöll brister i barnens uppfödning som det stora problemet: ”Och första och förnämsta orsaken till detta missförhållande är att söka i mödrarnas oförmåga eller stundom ovilja att gifva barnen deras naturliga föda.”<sup>28</sup>

Beträffande mödrarna med finskt ursprung, kom majoriteten av dessa från det svensktalande Österbotten. Flyttningen över Bottenhavet blev i synnerhet under industrialiseringsskedet mycket stark. Detta län tillhörde ett område med mycket hög spädbarnsdödlighet - i nivå med Nedertorneås. Liksom i Nedertorneå fick de artificiell föda redan från födseln. De uppföddes på komjolk genom sk dihorn, som enligt upprädda läkare var snuskiga och ohygieniska.<sup>29</sup>

Enligt provinsialläkarberättelserna från Värmland, det län varifrån de flesta mödrar i lågmortalitetsgruppen härstammade, anges amning ha varit det dominerande sättet att uppföda sina barn. Liksom i beskrivningen från Jämtland, uttryckte man ändå missnöje med föräldrarnas omsorg om barnen, och då av samma skäl – man ammade för länge: ”Beträffande detta ärende har jag endast att anmärka den benägenhet, som finnes hos mödrarna att så länge som möjligt låta sina barn dia. Jag har iakttagit fall, der "dibarnet" varit nära 2 år.”<sup>30</sup>

Mödrarna beskyldes vidare för att alltför lättvindigt lägga barnet till bröstet om barnet skrek efter tröst.<sup>31</sup> Emellertid antyder provinsialläkarrapporterna att barnen inte enbart fick bröstmjolk. Kompletterande föda gavs enligt läkarna även till de allra minsta barnen. ”Att barnen stundom få dia ända till 2 års ålder och derutöver samt att kaffe och "sudd" ofta ingår i dieten äfven för de allra spädaste.”<sup>32</sup>

Sammanfattningsvis kan vi utifrån denna genomgång av de regionala skillnaderna i dödlighet konstatera, att även om nivåerna inte på ett enkelt sätt kan relateras till en faktor, så tycks de områden som bidrar mest till hög- respektive lågmortalitetsgruppen ha karaktäriserats av olika uppfödningstraditioner. Beläggen är många och starka för att man i områden som Österbotten, Norrbotten, Västernorrland och delar av Västerbotten inte ammade sina barn eller ammade kort tid. I Jämtland däremot var amningen utbredd och långvarig, liksom i Värmland.

### *Sundsvallsregionen under 1800-talet*

Vid mitten av 1800-talet var Sundsvallsregionen fortfarande ett i huvudsak agrart och traditionellt område. Jordbruk och fiske dominerade. Runt om i distriktet fanns järnbruk och en del mindre sågar, men annars var den industriella verksamheten låg. Centralorten var Sundsvall - en mindre landsortsstad på några tusen invånare där man försörjde sig på handel och hantverk.

Allt detta kom att förändras under 1800-talets andra halvsekel. Marknaden för sågade varor ökade och eftersom man i Sundsvallsdistriktet hade goda hamnar och dessutom tillgång till stora skogar i inlandet längs älvdalarna var förutsättningarna goda. Den första ångsågen

anlades i Tunadal 1849 och under decennierna därefter växte sågverkindustrin fram längs kustbandet runt Sundsvallsfjärden (framförallt i Skön, Timrå, Alnö och Njurunda).

Den kraftiga utvecklingen skapade ett stort behov av arbetskraft som inte kunde tillfredsställas av den lokala befolkningen. Inflyttningen var därför mycket stor i distriktet och befolkningsökningen var stark. Dessutom fanns en mängd andra oregistrerade människor i området, i synnerhet under den tidigare perioden då sågverksarbetet var säsongbetonat. Arbetare kom till området från stora delar av Sverige när sågningssäsongen inleddes. Staden Sundsvall blev det affärsmässiga centrumet som blomstrade av den industriella utvecklingen. Stora förmögenheter skapades, men även för fattigare grupper erbjöds goda försörjningsmöjligheter. De sociala skillnaderna var emellertid stora.

Men industrialiseringen var inte enbart positiv. Den skapade också hälsoproblem och sociala problem. Det tryck som den kraftiga inflyttningen förde med sig satte det lokala samhället under press. De sanitära problemen ökade, och i synnerhet under sågningssäsongen trängdes arbetarfamiljerna i överbefolkade lägenheter.

### *Liv och död i sågverksmiljön*

För den följande analysen har Demografiska databasens digitalisering av kyrkböckerna för 18 församlingar i östra Medelpad använts. Styrkan med DDB:s digitaliserade kyrkböcker är att individuppgifterna är länkade, vilket innebär att det är möjligt att följa människor över tid. Undersökningsgruppen är alla barn som fötts i de tillgängliga församlingarna. Eftersom källorna är ofullständiga för Sundsvalls stad före 1860, ingår staden endast för perioden därefter. Alla barn har följts från födelsen till det datum som kommer först av död, utflyttning, femårsdagen eller registreringslut. Sammanlagt ingår 78 021 barn i undersökningen. Analysen har utförts på två perioder – en förindustriell fram till 1859 och en industriell från 1860 och framåt. För varje barn har ett antal relevanta variabler identifierats. Karaktären av födelseförsamling har kategoriserats i följande grupper: stad, jordbruksförsamling, industriförsamling och bruk. Vidare ingår variablerna mors ålder och paritet. En central variabel är familjens sociala ställning. De utomäktenskapliga barnen har avskiljts som en särskild kategori. Slutligen ingår den variabel som är av störst intresse i detta sammanhang, nämligen moders födelseförsamling, kategoriserad efter lågmortalitet, högmortalitet, moderata nivåer och slutligen de födda i regionen.

Tabell 3a. Dödligheten bland barn 0-4 år efter mors ursprung, Sundsvallsregionen 1800-1859. Döda/1000.

	<b>Låg</b>	<b>Hög</b>	<b>Moderat</b>	<b>Sundsvall</b>	<b>Okänt</b>
0 år	130	191	110	178	183
1 år	8	21	36	26	27
2 år	11	17	16	17	17
3 år	3	10	12	11	11
4 år	6	6	7	8	7

Tabell 3b. Dödligheten bland barn 0-4 år efter mors ursprung, Sundsvallsregionen 1860-1900. Döda/1000.

	<b>Låg</b>	<b>Hög</b>	<b>Moderat</b>	<b>Sundsvall</b>	<b>Okänt</b>
0 år	134	166	152	152	202
1 år	45	41	45	32	64
2 år	26	30	27	21	38
3 år	21	25	29	17	19
4 år	22	17	18	16	7

Källa: DDB, Umeå universitet.

Av tabellerna 3 a och b framgår vissa markanta skillnader i dödlighetsnivåerna beroende på moderns ursprung. Under det första levnadsåret finner vi de förväntade skillnaderna under båda tidsperioderna. Dödligheten var förhållandevis låg bland barn födda till mödrar från lågmortalitetsområden, medan de med högmortalitetsursprung hade den högsta dödligheten. I kohorten födda före 1860 där Sundsvalls stad inte ingår, finner vi den allra lägsta dödligheten i mellangruppen. Observera att den första perioden innehåller en stor andel utan uppgift om moderns ursprung, vilket gör slutsatserna osäkrare. I den senare kohorten är skillnaden mindre, men ordningsföljden på nivåerna mellan de olika områdena är de förväntade.

I de andra åldersgrupperna upp till fem års ålder var däremot mönstret inte lika enhetligt. Även för dessa åldersgrupper uppvisade barn till mödrar från lågmortalitetsområden avsevärt lägre dödlighet, faktiskt uppseendeväckande låg dödlighet under den första perioden. Överhuvudtaget var dödligheten i dessa åldrar förhållandevis låg i jämförelse med rikssnittet. Efter 1860 finner vi en kraftig ökning av dödligheten, något som också tidigare bekräftats för Sundsvalls stad.<sup>33</sup> I jämförelse med riksnivåerna var nu dödligheten högre. Industrialiseringen

tycks ha drabbat barn i denna åldersgrupp i stor utsträckning. Däremot är skillnaderna beroende på ursprung inte längre lika klara och pekar åt olika håll förutom en generellt lägre dödlighet bland de med föräldrar från distriktet.

I tabellerna 4 och 5 fördjupas analysen i en Cox-regressionsanalys, där vi kan undersöka om skillnaderna förklaras av andra variabler.<sup>34</sup> Separata analyser har utförts för neonatal dödlighet (upp till 28 dagar), postneonatal dödlighet (29-365 dagar) och barnadödlighet (1-4 år).

För den första perioden (tabell 4) ingår endast två kategorier av församlingar – jordbruksbygd och bruk. I ingen av de olika åldrarna var det emellertid någon signifikant skillnad mellan områdena. Som förväntat var dödligheten lägre bland flickor, i synnerhet under den neonatala perioden, men även under den postneonatala och i viss mån också i barnaåren. För den neonatala perioden var överlevnaden sämst hos de äldsta mödrarna och lägst bland dem under 30, medan det för de andra åldersgrupperna var sämst med yngre mödrar, kanske beroende på skillnader i erfarenhet och möjlighet till stöd från äldre barn eller tillgång till sociala nätverk.

Även i fråga om var i barnaskaran man föds framträder intressanta skillnader mellan åldersgrupper. Under den neonatala perioden var riskerna störst för förstföderskor. För kvinnor som föder sitt första barn är en överrepresentation av riskfödslar förväntad, vilket i så fall ger störst utslag under den neonatala perioden. Under den postneonatala perioden är detta inte lika markant. I stället är det särskilt högt bland mångföderskor. Detta blir ännu mer markerat under barnaåren, då det var bäst att vara förstfödd och då riskerna ökade ju fler barn kvinnan fött. Det är svårt att tänka sig en biologisk förklaring. I stället kan riskerna för dessa barn ha varit högre på grund av ökad smittrisk i familjen när det finns många äldre syskon.<sup>35</sup> Trångboddheten bör dessutom ha varit större i de familjerna.

Beträffande sociala skillnader, finns inget som tyder på att tillgång till mer ekonomiska och sociala resurser var avgörande. De utomäktenskapliga barnen hade som förväntat en mycket högre dödlighet, i synnerhet under den neonatala perioden. Däremot var skillnaderna förhållandevis små under barnaåren. Den enda grupp som avviker är bondegruppen som hade en signifikant högre dödlighet under spädbarnsåret. Då visar sig moderns ursprung ha större betydelse. I jämförelse med mödrar från lågmortalitetsområde var dödligheten avsevärt högre bland barn födda till mödrar från högmortalitetsområdet. Under spädbarnsåret var emellertid dödligheten lägst bland de från moderata nivåer på dödlighet.

Tabell 4. Relativa risker i neonatal, postneonatal dödlighet samt barn 1-4 år, 1803-1859, Sundsvallsregionen utom staden.

		Neonatal		Postneonatal		Barn 1-4 år	
	N	Parameter- värde	Relativ risk	Parameter- värde	Relativ risk	Parameter- värde	Relativ risk
<i>Mors ursprung</i>			.151		.000		.060
Låg	494	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Hög	1670	.422	1.53	.359	1.43**	.702	2.02**
Moderata	849	-.046	0.96	-.236	0.79	.826	2.72***
Sundsvalls-regionen	16637	.305	1.36	.270	1.31*	.830	2.28***
Okänd region	2851	.345	1.41	.334	1.40**	.999	2.29**
<i>Församlings-karaktär</i>			.927		.264		.106
Jordbruk	21118	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Bruk	1383	.012	1.01	-.103	0.90	-.252	0.78
<i>Social ställning</i>			.000		.000		
Okvalificerade arbetare	9417	Ref	1.00	Ref	1.00	1.00	1.00
Kvalificerade arbetare	1393	-.095	1.10	.134	1.14	0.95	0.95
Lägre tjänstemän	571	-.049	0.95	.138	1.15	1.07	1.07
Bönder	8874	.259	1.30***	.259	1.30**	0.98	0.98
Småföretagare	201	-.041	0.96	.430	1.54**	0.85	0.85
Storföretagare, högre tjänstemän	344	-.134	0.88	.073	1.08	0.96	0.96
Utom äktenskap	1609	.504	1.66***	.363	1.44***	1.18	1.18
Okänt	92	-.287	0.75	.823	2.28***	2.80***	2.80***
<i>Paritet</i>			.000		.000		.106
1	5674	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
2-3	8711	-.382	0.68***	-.215	0.81***	.055	1.06
4-6	6226	-.367	0.69***	-.033	0.97	.112	1.12
7 och högre	1890	-.363	0.70***	.175	1.19**	.346	1.41**
<i>Mors ålder</i>			.530		.198		.021
15-19	270	-.300	0.74	.382	1.47**	.628	1.87**
20-24	3223	-.278	0.76**	.170	1.19*	-.152	0.86
25-29	6252	-.255	0.78**	.056	1.06	-.126	0.88
30-34	6155	-.178	0.84	.048	1.05	-.084	0.92
35-39	4385	-.136	0.87	.078	1.08	-.211	0.81*
40 och högre	2191	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Okänt	25	-.517	0.60	-.190	0.83	-7.925	0.00
<i>Kön</i>			.000		.011		.606
Pojke		Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Flicka		-.220	0.80***	-.098	0.91**	-.032	0.97

Källa: DDB, Umeå universitet. \*Signifikant på 10%-nivån, \*\*signifikant på 5%-nivån, \*\*\*signifikant på 1%-nivån

I vissa avseenden finner vi liknande resultat under industrialiseringsskedet (tabell 5), t ex i fråga om kön och moderns ålder, medan i andra har mönstret förändrats. Vår observation om var i barnskaran man föddes bekräftas också för denna tid. En viktig förändring är dock att skillnaderna inom regionen ökat. Delvis hör det samman med att staden är inkluderad i undersökningen. Dödsriskerna var mycket högre i den urbana miljön, utom för den neonatala perioden. Men även i de församlingar som industrialiserades finner vi avsevärda skillnader under barnåren. Detta tyder på att miljöförhållanden hade stor betydelse för skillnaderna, och att dessa visade sig under den postneonatala perioden och i synnerhet i åldern 1-4 år. En ny tendens är att de sociala skillnaderna ökat. De utomäktenskapliga barnen var fortfarande mest utsatta, men barn från det högsta sociala skiktet utmärker sig nu genom att ha betydligt bättre överlevnad i alla åldersgrupper. Under den neonatala perioden är det förhållandevis små skillnader mellan övriga grupper. I barnåren däremot ser vi en hierarki, där arbetargruppernas barn hade sämre överlevnad än andra grupper. Detta var ju en tid när barnadödligheten ökade i distriktet, något som drabbade arbetarbarnen hårdast.

Återigen finner vi att dödligheten var högre bland barn till mödrar från högmortalitetsområden, men denna gång endast under det första levnadsåret. Skillnaderna är något mindre än under den förra perioden, men större grupper ger bättre signifikans. Även från övriga områden var dödligheten högre under det första levnadsåret. Däremot kan ”lågmortalitets”-barnen inte längre uppvisa några fördelar under åldern 1-4 år. Här var det förmånligast för de med mödrar födda i området.

Tabell 5. Relativa risker i neonatal, postneonatal dödlighet samt barn 1-4 år, 1860-1900, Sundsvallsregionen.

		Neonatal		Postneonatal		Barn 1-4 år	
	N	Parameter- värde	Relativ risk	Parameter- värde	Relativ risk	Parameter- värde	Relativ risk
<i>Mors ursprung</i>			.082		.000		.000
Låg	4671	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Hög	12175	.186	1.20**	.246	1.28***	-.005	1.00
Moderata	8503	.067	1.07	.096	1.10	-.030	0.97
Sundsvalls-regionen	29824	.138	1.15*	.152	1.16***	-.177	0.84***
Okänd region	347	.469	1.60**	.373	1.45**	.108	1.11
<i>Församlings-karaktär</i>			.538		.000		.000
Jordbruk	21133	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Industriell	22952	.013	1.01	.048	1.05	.203	1.23***
Bruk	1876	.126	1.13	.025	1.03	-.080	0.92
Stad	9559	-.043	0.96	.382	1.47***	.566	1.76***
<i>Social ställning</i>			.000		.000		.000
Okvalificerade arbetare	30265	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Kvalificerade arbetare	5624	-.037	0.96	-.027	0.97	.016	1.02
Lägre tjänstemän	1948	-.169	0.85	-.257	0.77***	-.041	0.96
Bönder	7962	.042	1.04	.086	1.09**	-.095	0.91*
Småföretagare	2173	.012	1.01	-.015	0.99	-.192	0.83**
Storföretagare, elit	1101	-.386	0.68**	-.346	0.71***	-.266	0.77**
Utom äktenskap	6224	.352	1.42***	.423	1.53***	.198	1.21***
Okänt	223	.246	1.28	-.328	0.72	.206	1.23
<i>Paritet</i>			.000		.000		.000
1	11847	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
2-3	19543	-.342	0.71***	-.084	0.92**	.143	1.15***
4-6	17285	-.285	0.75***	.080	1.08*	.155	1.17***
7 och högre	6845	-.083	0.92	.286	1.33***	.419	1.52***
<i>Mors ålder</i>			.554		.000		.668
15-19	1318	-.069	0.93	.257	1.29***	.124	1.13
20-24	9979	-.151	0.86	-.029	0.97	.054	1.06
25-29	15018	-.111	0.90	-.054	0.95	.065	1.07
30-34	13882	-.144	0.87*	-.141	0.87***	.090	1.10
35-39	10199	-.161	0.85*	-.056	0.95	-.001	1.00
40 och högre	5090	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Okänt	34	.046	1.05	.815	2.23**	-.443	0.64



<i>Kön</i>			<i>.000</i>		<i>.000</i>		<i>.242</i>
Pojke		Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00
Flicka		-.214	0.81***	-.117	0.89***	-.034	0.96

Källa: DDB, Umeå universitet. Signifikansnivåer, se tabell 4

Vi kan således konstatera att mödrarnas bakgrund hade betydelse för barnens överlevnad. Däremot bör det poängteras att det inte innebär att den lokala kontexten helt saknade betydelse. Tvärtom antyder de observerade nivåerna att så kan vara fallet. I de två län varifrån majoriteten av lågmortalitetsgruppen kom – Värmland och Jämtland - låg spädbarnsdödligheten under 1830-talet på ca 130 respektive ca 100 promille och för perioden 1860-69 var den 106 respektive 92 promille.

Vad som ytterst orsakade skillnaderna är svårt att uttala sig om enbart utifrån resultaten av analysen, men de styrker åtminstone antagandena om att skillnaderna i uppfödningssvanor fortlevde i den nya miljön och där bidragit till en högre eller lägre dödlighet bland barnen. Ett sätt att prova en sådan hypotes är att undersöka skillnader i mönster i dödligheten i de olika grupperna. De kan röra sig om födelseintervall och dödsorsaker.

En effekt av utebliven eller kort amning är att modern snabbare blir fertil efter graviditeten. När modern ammar dröjer det längre tid innan ägglossningen kommer igång. Detta har antagligen varit känt av många kvinnor och det finns antydningar att detta kan ha varit ett skäl att amma. På det sättet har man kunnat hålla ner antalet barn eller åtminstone förlänga intervallen mellan barns födelse. Vid en jämförelse av de genomsnittliga intervallerna (här oberoende av paritet) från andra barnet och uppåt för barn födda inom äktenskap, finner vi att födelseintervallen var 37,4 månader i lågmortalitetsgruppen före 1860 och 33,9 i högmortalitetsgruppen. Efter 1860 ökade barnafödandet i distriktet, vilket också tog sig uttryck i kortare födelseintervall.<sup>36</sup> I lågmortalitetsgruppen låg den nu på 31,3 månader, medan den i högmortalitetsgruppen låg på 30,3. Särskilt efter 1860 var skillnaderna inte så kraftiga, men tendensen stämmer ändå med vad man skulle kunna förvänta sig om amning var mindre utbredd i den senare gruppen.

För tiden före 1860 var endast få dödsorsaker angivna och det är därför mycket osäkra resultat. Emellertid antyder siffrorna för denna tid att de från lågmortalitetsgruppen hade lägre dödlighet framförallt i mag- och tarmsjukdomar samt i luftburna epidemiska sjukdomar. En säkrare analys av dödsorsakerna kan emellertid endast erbjudas för tiden efter 1860 och enbart för staden. Det var först då som stadsläkarna blev ålagda att skriva dödsbevis med angiven dödsorsak. Vi har därför tillgång till förhållandevis fullständig dödsorsaksregistrering för städer från den tidpunkten, om än inte alltid så lätthanterlig och lättåtkomlig.

Tabell 6. Dödsorsaker bland spädbarn, Sundsvalls stad 1860-92. Döda/1000

	Andningsorganens sjukdomar	Luftburna epid. sjukdomar	Mag- och tarminfektioner
Låg	37	13	39
Hög	40	15	66
Sundsvallsregionen	36	18	53
Moderat	36	11	46

Källa: DDB, Umeå universitet

Det visar sig att skillnaderna var tydligt markerade för mag- och tarminfektionerna. De stod för en betydande del av den högre dödligheten bland barn till mödrar från högmortalitetsområden. Det här antyder att dessa barn var mer utsatta för ohälsosam och olämplig föda, antingen genom att deras föda behandlades på ett sämre sätt, eller troligare, att de tidigare än barn ur lågmortalitetsgruppen utsattes för annan föda än modersmjölken. De risker som detta innebar orsakade ohälsa och sämre överlevnad. Det här tycks också ha varit mönster som mödrarna tagit med sig från sin bakgrund.

### *Omsorg om barn*

Som konstaterats ovan var omsorgen om sina barn en väsentlig aspekt, om än inte den enda, för barnens överlevnadschanser. Det fanns också stora skillnader i sättet att ta hand om de små, något som också tycks ha förts vidare in i nya miljöer. I vilken mån kan detta hänga ihop med skilda uppfattningar om barns värde, att man i stor utsträckning var likgiltiga för sina barns öde eller att man hade en fatalistisk inställning? Denna avslutande del ägnas en diskussion kring varför man inte kan dra sådana slutsatser.<sup>37</sup>

I detta sammanhang kan det vara lämpligt att reflektera kring vad som styr människors handlande. Max Weber har framställt en klassisk indelning av olika typer av rationalitet. Målrationalitet är när man utformar sitt beteende efter vissa mål som man vill uppnå. Värderationalitet innebär att man ser ett egenvärde i handlingen, de är önskvärda i sig. Vidare identifierar Weber affektiv rationalitet, samt slutligen traditionsrationalitet.<sup>38</sup>

Ofta fokuseras intresset mot målrationalitet. Det kan dock ifrågasättas om vårt vardagliga agerande är präglad av den typen av rationalitet. I de flesta situationer agerar vi människor inte på ett sånt sätt att vi gör upp rationalitetskalkyler. I stället är de flesta beteenden oreflekterade och följer inlärd mönster. Den som kanske mest intresserat sig för vardagslivets handlingsmönster var den österrikisk-amerikanske sociologen Alfred Schütz.

Han tog sin utgångspunkt i Husserls fenomenologi. Människor formas in i en vardagsvärld, där vi tar världen som given utifrån tidigare erfarenheter. Dessa erfarenheter uppfattas som typiska. De införlivas i vårt tänkande och ifrågasätts i allmänhet inte om de inte ställs inför tryck av omständigheter som tvingar oss att omvärdera våra oreflekterade uppfattningar.<sup>39</sup>

Vad har då detta resonemang för betydelse för denna studie? Det finns all anledning att tro att sättet att ta hand om sina barn är format i personers livsvärld, och främst i den egna familjen under uppväxten. Kvinnor observerade som barn hur modern tog hand om yngre syskon. Det kan ske genom hennes exempel, men också genom uttryck som barnet hör.

I de flesta fall finns ingen anledning att ifrågasätta dessa beteenden. Vi kan i efterhand konstatera att vissa områden eller vissa grupper hade högre dödlighet som kanske kan förklaras av deras sätt att sköta barn. För människorna själva i sin samtid kunde det säkert inte upptäckas. Detta gäller såväl skillnader mellan olika delar av ett land som mellan olika sociala skikt eller i familjer med olika förhållningssätt till barnen. Förutsättningarna för upptäckt föreligger först när någon gjort en statistisk analys av frågan. Då kan man upptäcka att i vissa grupper dör vart fjärde barn, medan i andra grupper bara vart sjätte. Först när detta observerats och gjorts som en del i en kampanj ges anledning till att rationellt överväga bästa omvårdnaden av barn.<sup>40</sup> I Sverige var detta något som inleddes tidigt. Redan under 1700-talet uppmärksammades spädbarnsdödligheten och kampanjer för god barnavård genomfördes. Även under de sista decennierna på 1800-talet var, som visats ovan, frågan om varför det var stora skillnader i spädbarnsdödligheten en viktig fråga för läkarna.

En annan förutsättning som kan diskuteras är naturligheten hos amning. Vi uppfattar lätt amning som det naturliga sättet att föda upp sina barn, och vi söker därför förklaringar till det avvikande. Men även detta är något som formas i människors vardagsvärld, något som där ses som naturligt och inte ifrågasätts. Kanske vi lite hårddraget lika gärna skulle kunna fråga oss varför mödrar ammar. Visst, man borde ha observerat barnets behov och i ett samhälle där var och varannan hade direktkontakt med djur, var man förstås medveten om att t ex nyfödda kalvar borde dia. De fysiska effekterna av barnafödande i form av igångsatt mjölkproduktion borde också tala för att man föredrog att amma. Det finns dock själ att inte ta det för helt givet.

Men kan det ha varit så att man hade en mer fatalistisk och kanske likgiltig inställning till barns överlevnad i ett samhälle där man trots allt måste ha varit medveten om att många barn inte skulle överleva till vuxen ålder? Detta hävdas ibland i en del samtida källor: ”Då det är jembörelsevis sällan, som läkaren rådfrågas för sjukdomar hos späda barn, ..., och det ej räknas så noga, om ett spädt barn dör...”<sup>41</sup>

Det var svårare att investera känslomässigt i liv som var så osäkra. I Ariès efterföljd har det diskuterats huruvida ett mindre känslomässigt engagemang kunde förklara hög dödlighet och uppenbara brister i omsorgen om barnen. Svagheterna i sådana argument har tydligt påvisats.<sup>42</sup> Frågan är vad förklaringar utifrån fatalistiska grunder tillför. Här kan en distinktion av Schütz vara belysande, nämligen hans uppdelning av motiv i ”för att (in order to) och ”därför att” (because). För att-motiv är något som styr människors beteende före en händelse, och tar sin utgångspunkt i aktörens kunskapsförråd och subjektiva meningsuppfattning. Aktören har ett syfte som bestämmer varför något görs. Därför att-motiv är i stället den mening som man i efterhand ger för att skapa förståelse av en händelse.<sup>43</sup> Aktörers subjektiva uttalanden som kan tolkas som fatalistiska kan snarare ses som därför att-motiv, något som dessutom kan ha funktionen att göra en svår situation begriplig.

I studier av sjukdom, död och hälsa finns det en tendens att renodla hälsomotivet. Vi förutsätter att detta är önskvärt, och det är det nog svårt att betvivla utom under särskilda omständigheter. Men vårt agerande styrs inte enbart av *ett* värde. Även om föräldrar önskar sina barn god hälsa, så präglas agerandet också av andra värden, t ex kärlek, närhet, behovet av att delta i produktionen osv. I många fall stod dessa värden säkert inte i vägen för hälsa, utan kunde snarare förstärka den, t ex att kärleken till sina barn gör att man är beredd att göra allt för att de ska hålla sig friska. Men det är inte givet att så alltid är fallet. Om det sågs som ett stort värde att modern så snart som möjligt skulle delta i produktionen, kunde det öka riskerna för barnens hälsa. I vissa fall var sådant av nödtvång, som t ex bland ogifta mödrar, men det kan också ha varit styrt av konventioner och krav på modern i ett samhälle. Och när överklassens barn på många håll i Europa skickade iväg sina barn till ammor, var det heller inte något som var optimalt för dessa barns hälsa. Det kan tolkas som dålig omsorg om sina barn, men det kan knappast tolkas som om man inte brydde sig om barnen. I vissa fall är det tydligt hur värden kunde komma i konflikt. I det sena 1800-talets Sundsvall klagade provinsialläkarna på att mödrar inte meddelade att deras barn insjuknat i epidemiska sjukdomar och vägrade dessutom skicka iväg dem till epidemisjukhuset, något som de tolkade som bristande omsorg.<sup>44</sup> Föräldrarna såg detta på ett annat sätt. Att skicka iväg sitt scharlakanssjuka barn till epidemisjukhuset, för ett osäkert öde där effektiva terapier egentligen inte kunde erbjudas, måste ha varit motbjudande. Att de i det läget valde att själva ta hand om sina barn i familjen och i deras kända miljö var därför inte så konstigt, trots att det ökade riskerna för att smitta övriga barn i familjen. Samhällets behov var att isolera de sjuka, för att begränsa smittan, men för den enskilda familjen var det viktigast att ge den sjuke så mycket omtanke som möjligt i hemmet. Omsorg kan utformas på olika sätt.

### Slutord

När man vandrar kring i den vackra stenstaden i Sundsvall med sin genuina 1890-talsmiljö, kan det vara svårt att föreställa sig att riskerna för barn kunde vara så stora som de var. Det är ju trots allt inte så avlägset i tid. Dödligheten bland spädbarn var på nivåer som i nutid endast krigshärjade länder i tredje världen når upp till. Förutsättningarna har förändrats enormt. Människorna levde i en miljö där sjukdomar härjade och där trångboddhet, dåliga sanitära förhållanden, tillgången till föda av god kvalitet samt begränsad medicinsk kapacitet ökade riskerna. Utifrån dessa förutsättningar kunde föräldrarnas och särskilt mödrarnas sätt att ta hand om sina barn och ge dem god omsorg vara avgörande, faktiskt mer avgörande än i ett samhälle där omgivningsriskerna har kunnat hanteras. Riskerna med artificiell uppfödning av spädbarn är betydligt större när alternativen är dåliga och ohygieniska. Därför kunde också skilda traditioner i barnavård ge tydliga skillnader i dödlighet, något som denna studie påvisat. Tyvärr är det mycket svårt eller kanske omöjligt att verkligen komma åt hur människor agerade och tänkte när det gällde omsorgen om sina barn. Det är ändå en aspekt som är nödvändig att inkludera om vi vill nå en bättre förståelse av hälsosituationen och hälsoutvecklingen för barn under 1800-talet.

<sup>1</sup> Denna uppsats är skriven inom det av Riksbankens jubileumsfond stödda projektet "Mot ett bättre samhälle. Orsakerna till regionala skillnader i spädbarns- och barnadödlighet i Sverige efter 1750", lett av John Rogers, Historiska institutionen, Uppsala universitet.

<sup>2</sup> Död- och begravningsbok, Bjärträ församling, Bjärträ kyrkoarkiv, HLA.

<sup>3</sup> Historisk statistik för Sverige. Del 1. Befolkning 1720-1967. SCB 1969, Internet, www.scb.se.

<sup>4</sup> W. H. Mosley & L. C. Chen, "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Population and Development Review*, Supplement to vol 10, 1984, s 25-45.

<sup>5</sup> En sammanställning av resultat rörande sociala skillnader i spädbarns- och barnadödlighet har redovisats i Anders Brändström, Sören Edvinsson & John Rogers, "Illegitimacy, Infant Feeding Practises and Infant Survival in Sweden, 1750-1950: A Regional Analysis", *Hygiea Internationalis*, 3, 2002, s 13-52.

<sup>6</sup> Anders Brändström, *De kärlekslösa mödrarna. Spädbarnsdödlighet i Sverige under 1800-talet med särskild hänsyn till Nedertorneå*, Umeå 1984; Christer Ahlberger & Christer Winberg, "Biologi, medvetet handlande och struktur. En studie av amning, spädbarnsdödlighet och fruktsamhet i två västsvenska samhällen", *Historisk tidskrift* 1987:3, s 357-382.

<sup>7</sup> Tidigare undersökningar av spädbarns- och barnadödlighet i regionen har utförts av bl a Sören Edvinsson, *Den osunda staden. Sociala skillnader i dödlighet i 1800-talets Sundsvall*, Umeå 1992 samt Katherine A Lynch & Joel B Greenhouse, "Risk Factors for Infant Mortality in Nineteenth-Century, Sweden", *Population Studies*, 48, 1994, s 117-133.

<sup>8</sup> Olöf Gardarsdóttir, *Saving the Child. Regional, cultural and social aspects of the infant mortality decline in Iceland, 1770-1920*, Umeå 2002, s 196.

<sup>9</sup> Preston och Haines fann att läkares barn inte hade bättre överlevnad än andras barn i det tidiga 1900-talets USA. Detta förklarar de med att kunskapen om relevanta åtgärder för barns hälsa i stor utsträckning saknades i den tidens amerikanska läkarvetenskap. Samuel H Preston & Michael R. Haines, *Fatal Years. Child Mortality in Late Nineteenth-Century America*, Princeton University Press 1991, s 206.

<sup>10</sup> Fredrik Th Berg, "Om dödligheten i första lefnadsåret", *Statistisk tidskrift* 1869, s 435-493. Denna uppsats gav anledning till uppmaningen till provinsialläkarna att lämna uppgifter om spädbarnsvård och amningsvanor i deras distrikt, och är i mycket en inledning till en ökad uppmärksamhet mot slutet av 1800-talet på orsakerna till den höga spädbarnsdödligheten.

- <sup>11</sup> För dessa uppgifter, se Johan Hellstenius, ”Barnadödligheten i Västernorrlands och Jemtlands län”, *Statistisk tidskrift* 1884, häfte 73; Brändström 1984, s 193-201.
- <sup>12</sup> Ulla-Britt Lithell, *Breast-feeding and Reproduction. Studies on marital fertility and infant mortality in 19th century Finland and Sweden*, Uppsala 1981, s 18-22.
- <sup>13</sup> Edvinsson 1992, s 50-57; Sören Edvinsson & John Rogers, ”Hälsa och hälsoreformer i svenska städer kring sekelskiftet 1900”, *Historisk tidskrift* 2001:4.
- <sup>14</sup> Anders Brändström, Sören Edvinsson & John Rogers, ”Infant Mortality in Sweden: Creating Regions from Nineteenth-Century Parish Data, *Historical Methods* 2000:2, s 105-114.
- <sup>15</sup> Beträffande spädbarnsdödlighet i Stockholm, se Johan Söderberg, Ulf Jonsson & Christer Persson, *A stagnating metropolis: the economy and demography of Stockholm, 1750-1850*, Cambridge 1991; Susanna Hedenborg, *Reproduktionens resurser. Spädbarnsvård i Stockholm 1750-1850*, Studentlitteratur, Lund 2004; Bo Burström, *Risk Factors for Measles Mortality. Studies from Kenya and 19th century Stockholm*, Sundbyberg 1996.
- <sup>16</sup> Brändström 1984, s 42-52.
- <sup>17</sup> Brändström 1984, kap 4.
- <sup>18</sup> Berg 1869.
- <sup>19</sup> Hellstenius 1884.
- <sup>20</sup> Emil Nilsson, *Om orsakerna till och botemedlen mot den stora barnadödligheten i Västernorrlands län*, Stockholm 1889.
- <sup>21</sup> Provinsialläkarens årsberättelser, Skogs provinsialläkardistrikt 1885, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.
- <sup>22</sup> Stadsläkarens årsberättelser, Härnösand 1799, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.
- <sup>23</sup> Sundhetscollegii underdåniga berättelse 1851, s 22.
- <sup>24</sup> F W Schubert, *Resa genom Sverige, Norrige, Lappland, Finland o Ingermanland*, band 2 Stockholm 1825, s 644.
- <sup>25</sup> Detta avsnitt är en sammanfattning av huvudresultaten i Sören Edvinsson, *Spädbarnsdödligheten i Revsunds och Nora pastorat 1800-1860*, opublicerad uppsats, Umeå universitet 1984.
- <sup>26</sup> Lithell 1982, s 47-49; Brändström 1984, s 95.
- <sup>27</sup> Brändström 1984, s 193-201.
- <sup>28</sup> Stadsläkarens årsberättelser, Umeå 1869 och 1885, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.
- <sup>29</sup> Lithell 1982, s 21 f.
- <sup>30</sup> Provinsialläkarens årsberättelser, Dalby 1891, Medicinalstyrelsens arkiv, RA. Liknande klagomål återfinns i rapporterna från provinsialläkaren i Karlstad 1885 och 1892, samt provinsialläkaren i Arvika 1894 och 1896.
- <sup>31</sup> Provinsialläkarens årsberättelser, Arvika 1896, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.
- <sup>32</sup> Provinsialläkarens årsberättelser, Nedre Fryksdalen 1891, Medicinalstyrelsens arkiv, RA. Se även Provinsialläkarens årsberättelser, Övre Fryksdalen 1896, Arvika 1894 och Karlstad 1896, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.
- <sup>33</sup> Edvinsson 1992, s 179-183.
- <sup>34</sup> I en Cox regression utförs regressionerna på dödsriskerna. Dessa risker förutsätts vara proportionella. Ur analysen framgår de relativa riskerna, alltså hur högre eller lägre dödligheten var i en grupp i jämförelse med referensgruppen.
- <sup>35</sup> Dessutom kan effekterna av smitta ha ökat när den skedde i familjen. Peter Aaby, ”Lessons of the past: Third World evidence and the reinterpretation of developed world mortality declines”, *Health Transition Review*, vol 2, 1992 s 155-183; Burström 1996.
- <sup>36</sup> Gun Alm Stenflo, *Demographic Description of the Skellefteå and Sundsvall regions during the 19th century*, Information from the Demographic Data Base, Umeå 1994, s 69-72.
- <sup>37</sup> Denna fråga som i Ariès’ och andras efterföljd framhölls har senast granskats av bland annat Robert Woods, ”Did Montaigne Love His Children? Demography and the Hypothesis of Parental Indifference”, *Journal of Interdisciplinary History*, XXXIII:3 (Winter 2003), 421-442.
- <sup>38</sup> Max Weber, *Ekonomi och samhälle. Förståendesociologins grunder*. Del 1, Argos 1983, s 18f.
- <sup>39</sup> Alfred Schütz, *Collected Papers. I. The Problem of Social Reality*, The Hague 1967, s 74-76.
- <sup>40</sup> För diskussion kring statistikens roll för att ifrågasätta ”naturligheten” i nivåerna på spädbarnsdödlighet, se Ann Lökke, *Döden i barndommen. Spädbarnsdödelighet og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920*, Gyldendal 1998, 107-111.
- <sup>41</sup> Provinsialläkarens årsberättelser, Örnsköldsvik 1881, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.
- <sup>42</sup> Arthur E. Imhof, ”The Amazing Simultaneousness of the Big Differences and the Boom in the 19<sup>th</sup> Century – Some Facts and Hypotheses about Infant and Maternal Mortality in Germany, 18<sup>th</sup> to 20<sup>th</sup> Century”, i Tommy Bengtsson, Gunnar Fridlitzius & Rolf Ohlsson (eds), *Pre-Industrial Population Change. The Mortality Decline and Short-Term Population Movements*, Almquist and Wiksell International, Stockholm 1984, 191-222; Brändström 1984, Woods 2003.

---

<sup>43</sup> Schütz 1967, s 69-72.

<sup>44</sup> Se t ex Hälsovårdsnämndens årsberättelse, Sundsvall 1875, Medicinalstyrelsens arkiv, RA; Stadsläkarens årsberättelse, Sundsvall 1875, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.