
Rödsoten i Sverige, 1750-1900

Konferenspaper
Helene Castenbrandt

Ekonomisk-historiska mötet 2011

Session: Historiska perspektiv på ohälsa och handikapp

Göteborg 25-27 augusti 2011

Institutionen för historiska studier
Göteborgs universitet
helene.castenbrandt@history.gu.se

Introduktion

Denna text presenter resultat från mitt pågående avhandlingsprojekt som behandlar dödligheten i rödsot under perioden 1750-1900 i Sverige. Framförallt behandlar texten resultat från mina statistiska genomgångar. Texten avslutas med några reflektioner kring olika orsaksförklaringar bakom de kraftigaste rödsotsutbrotten.

Om rödsot

Rödsot (dysenteri) ger en inflammation i tjocktarmen, vilket ofta orsakar en lös blodig avföring hos den drabbade.¹ Detta har i Sverige tidigare gett sjukdomen benämningen rödsot och även namn som blodsot, men idag benämns sjukdomen vanligtvis dysenteri.² Förutom dessa blodiga diarréer förknippas sjukdomen med svåra buksmärter och feber. Symtomen hos både vuxna och barn kan variera från milda diarréer till svår dysenteri och efterföljande död.³ Vad gäller vård av sjuka idag så ges i milda fall av sjukdomen ingen behandling förutom att förhindra uttorkning eller allvarlig näringsbrist. I svåra fall ges dock antibiotika, men det har dock blivit vanligt med resistent bakterier. Bakterierna sprids vanligtvis via mat och vatten som blivit förorenade av bakterier från mänsklig avföring.⁴

Källmaterial

Statistiken över dödsfall och dödsorsaker genomgick flera förändringar under perioden 1750-1900, varför det inte är helt lätt att få fram data med jämförbara uppgifter för hela perioden. För att få så kontinuerliga uppgifter som möjligt har jag använt mig av Demografiska databasens (DDB:s) digitaliserade material. DDB har digitaliserat alla bevarade Tabellverksformulär och därmed innehåller detta material uppgifter på församlingsnivå för hela perioden 1749-1859.

En fördel med detta material är att församlingarna har fått samma länstillhörighet för hela perioden, vilket möjliggör att följa förändringar i dödlighet i rödsot för hela perioden 1749-1859 med uppgifter över samma territoriella gränser.

¹ Kenneth F. Kiple, *The Cambridge world history of human disease* (London: Cambridge Univ. Press, 1993), p. s.696.

² Sot är ett äldre ord för sjukdom.

³ David K. Patterson, 'Bacillary Dysentery', in *The Cambridge World History of Human Disease*, ed. by Kenneth F. Kiple, vols (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), pp. 604-606 (p. 605).

⁴ Kiple, *The Cambridge world history of human disease*, p. s.604.

En annan viktig fördel med detta material är att det även innehåller uppgifter om dödsorsaker för perioden 1831-1859. Perioden 1831-1859 har annars varit komplicerad, då tabellverksformulären inte längre innehöll en förtryckt dödsorsaksnomenklatur. Eftersom prästen under denna period själv angav sjukdomsnamn kom olika benämningar att användas för samma sjukdom och statistiken blev inte längre enhetlig. Därför saknas statistiska sammanställningar vad gäller specifika dödsorsaker under denna period och därmed har forskningen oftast tvingats förbise denna period. Däremot har DDB även digitaliserat prästernas fritextnoteringar om dödsorsaker. Vid genomgång av detta material visar det sig faktiskt möjligt att statistiskt bearbeta prästernas fritextnoteringar även av dödsfall i rödsot. Genomgången omfattar hela Sverige under perioden 1831-1859 och DDB:s databas innehåller för denna period uppgifter från 55 470 formulär, varav fem procent innehåller noteringar om dödsfall i rödsot. I dessa noteringar anges i de allra flesta fall klart och tydligt *rödsot* (med variationer som exempelvis *en slags rödsot*, *af rödsot*, *i rödsot*) som dödsorsak. Detta gäller för 98 procent av noteringarna. Vad gäller resterande två procent så har prästen i några fall angivit en mer tvetydig dödsorsak som *choleraartad rödsot*, *koleraartad rödsot*, *diarré rödsot*, *rödsotsdiarré* och i några fall har dödsfallen i rödsot summerats ihop med andra sjukdomar, t. ex. *rödsot och smittande farsoter*; *wattusot*, *lungshot*, *rödsot*; *bröstfeber*, *rödsot*; *rödsot och invertes sjuk*. Det är alltså ytterst få fall där det är oklar huruvida det är rödsot eller inte som avsågs och uppgifterna kan alltså i den statistiska analysen sorteras in under en och samma dödsorsak.

Men DDB:s material är självklart inte utan sina brister. De två viktigaste problemen berör luckor i materialet och att uppgifter har registrerats dubbelt. Vad gäller materialets luckor, så ger en jämförelse av folkmängdsuppgifter i DDBs digitaliserade material med jämförbara uppgifter i BiSOS att ca 20 procent av uppgifterna saknas i DDBs material. Vad gäller dubbelregistreringar är det främst för Jämtlands del som formulär både för enskilda församlingar och för sammandrag på pastoraten blivit inregistrerade. Inget av detta förtar dock fördelarna med detta källmaterial för denna studie.

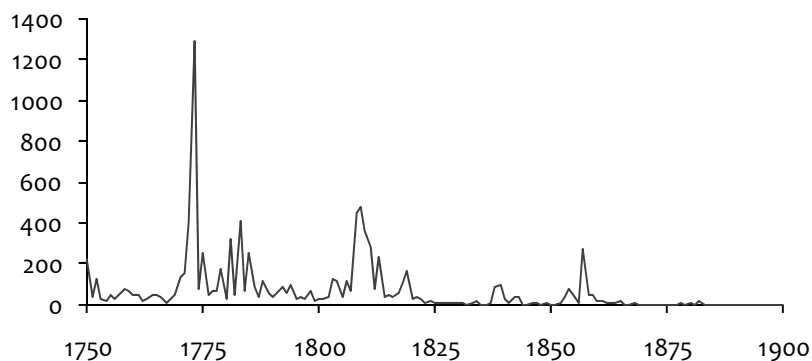
DDB:s digitaliserade tabellverksmaterial går alltså att nyttja för perioden 1750-1859, men studien omfattar ju även perioden 1860-1900. Det källmaterial som finns att tillgå för att studera dödsorsaker under perioden 1860-1900 är visserligen lättillgängligt, men inte lika detaljerat som för den tidigare perioden. Uppgifter om dödsorsaker

finns för denna period att tillgå i BiSOS. Här finns statistik över dödsfall i rödsot, men då bara på länsnivå.⁵ I detta material kan vi alltså följa rödsotsdödligheten på länsnivå för perioden 1860-1900.

Dödligheten i rödsot i Sverige

Dödligheten i rödsot fluktuerade mycket under perioden 1750-1900. Under långa perioder kunde sjukdomen vara nästintill borta, medan den under kortare perioder visade på mycket höga dödstal (se diagram 1). Till exempel utgjorde rödsot inte mer än 2 procent av alla dödsfall under femtonårsperioderna 1755-1770, 1790-1805, 1820-1835 och var därmed en mycket obetydlig dödsorsak under dessa perioder. Däremot utmärkte sig flera kortare perioder av hög dödlighet i sjukdomen; 1772-1773, 1781-1785, 1808-1813, 1819, 1838-1839 och 1857. Framförallt utmärker sig åren 1773, 1808-1809 och 1857. Exempelvis orsakades 1773 över 25 procent av alla dödsfall av rödsot och under den sista kraftiga epidemin 1857 var sjukdomen orsak till 13 procent av alla dödsfall.

Diagram 1 Dödligheten i rödsot, Sverige 1750-1900
(Dödstal per 100 000 av medelfolkmängden)



Källa: Demografiska databasen (DDB), Umeå universitet (1749-1859); *Bidrag till Sveriges officiella statistik* (BiSOS), serie A. Befolkningsstatistik (dödsfall i rödsot 1860-1900); *Historisk statistik för Sverige*, 1969 (befolkningstal 1860-1900).

Vad gäller sjukdomens minskande betydelse som dödsorsak så finns en tendens till minskad dödlighet i sjukdomen redan kring 1820.

⁵ John Rogers, 'Reporting Causes of Death in Sweden, 1750-1950', *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 54, no. 2 (1999), 201-202 och 209.

Dödligheten var låg under hela perioden 1820-1850, för att därefter åter stiga under perioden 1854-1859. Däremot miste sjukdomen definitivt sin betydelse som dödsorsak efter 1860. Mellan 1860 och 1900 utgör rödsot enbart 0,3 procent av all dödlighet och aldrig mer än drygt 1 procent av dödligheten under ett enskilt år.

Rödsotens betydelse som dödsorsak framkommer än tydligare vid en jämförelse med dödligheten i smittkoppor och kolera.

Dödsfallen i smittkoppor utgjorde under perioden 1750-1830 åtta procent av alla dödsfall i Sverige.⁶ Under samma period utgjorde dödsfallen i rödsot fyra procent av alla dödsfall. Vid en sådan jämförelse framstår rödsoten som en sjukdom med betydligt mindre inverkan på dödlighetsnivåerna än vad smittkoppor hade.

Denna bild förändras dock om vi istället studerar dödligheten för varje enskilt år under perioden 1750-1859. I diagram 2 används Jönköpings län som exempel för att jämföra dödligheten i rödsot, smittkoppor och kolera.

Epidemiska utbrott av smittkoppor återkom regelbundet, med ungefär 5 till 10 års mellanrum och epidemierna håller sig på en ganska jämn nivå för att sedan tydligt minska efter att vaccinet gjorts obligatoriskt på 1810-talet. Sjukdomen gav livslång immunitet, vilket påverkade både epidemiernas periodicitet och åldersstrukturen hos de drabbade.

Till skillnad från smittkoppor återkom inte epidemier av rödsot med någon regelbundenhet, men under enskilda år kunde utbrott av sjukdomen få katastrofala följder med långt högre dödstal än smittkoppor någonsin gav upphov till. Rödsot gav inte immunitet mot framtida utbrott, utan om sjukdomen fick spridning kunde personer som överlevt drabbas igen och därmed bidra till smittspridningen, vilket kan ha påverkat både sjukdomens spridningsmönster och inverkat på dödlighetsnivåerna.

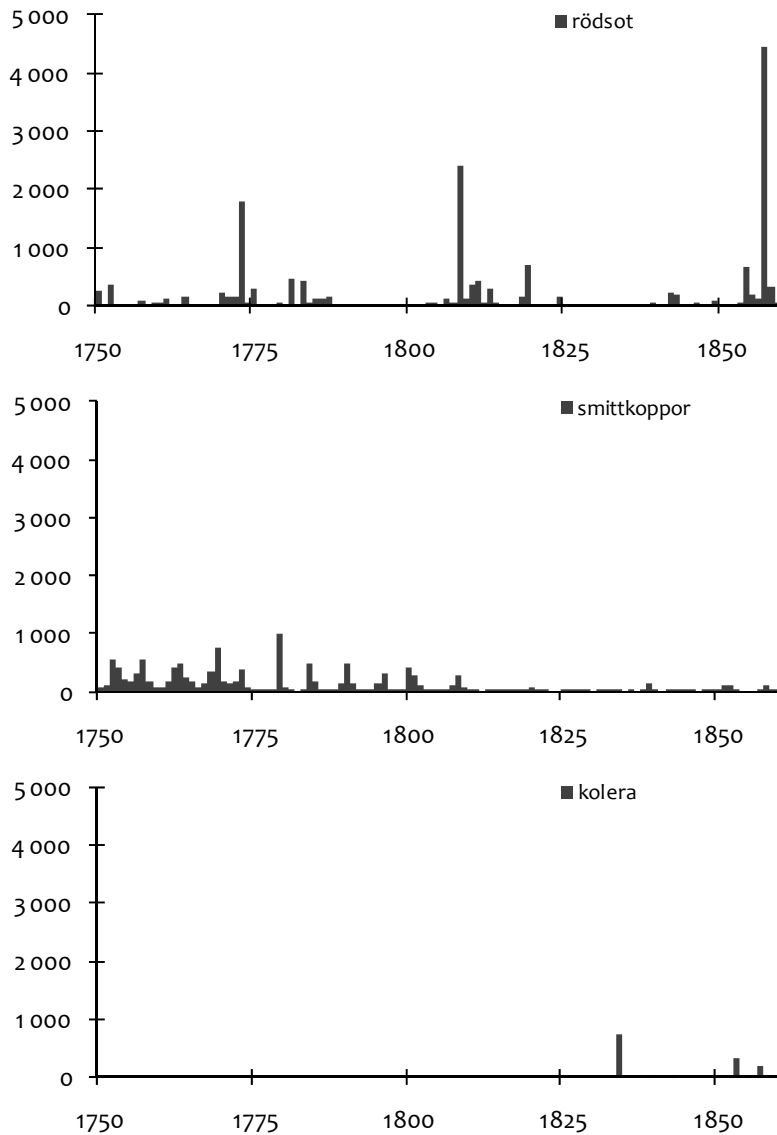
Vad gäller koleran så framgår tydligt att rödsot har varit mycket mer betydelsefullt för dödlighetsnivåerna. Endast under nio år rapporterades om dödsfall i kolera i Jönköpings län.⁷ För åren 1834,

⁶ Peter Sköld, 'The Two Faces of Smallpox: A Disease and its Prevention in Eighteenth- and Nineteenth-Century Sweden' (Umeå universitet, 1996), p. 52.

⁷ Visserligen rapporterades om dödsfall i kolera 1831 från Jönköpings län, men dessa dödsfall har inte skett inom länet. Ett dödsfall i kolera rapporterades från Forsheda pastorat och tre dödsfall i kolera från Villstad pastorat. Men för alla fallen anges att personen dött på utländsk ort.

1853 och 1857 är dödligheten som störst, med mellan 200 och 700 döda. För resterande sex år handlar det om maximalt tio dödsfall.

Diagram 2 Dödsfall i rödsot, smittkoppor och kolera, Jönköpings län 1750-1859⁸
(Absoluta tal)



Källa: Demografiska databasen (DDB), Umeå universitet, Tryckta utdragen av provinsialläkarrapporterna i ”Sundhets-collegii underdåniga berättelse om medicinalverket i riket 1857”⁹

⁸ Under perioden 1749-1773 registrerades dödsfall i smittkoppor och mässling under samma kategori.

⁹ Då uppgifter från tabellverket saknas från Jönköpings Östra och Västra stadsförsamlingar för 1857, har uppgift om antalet döda i kolera i Jönköpings stad för detta år hämtats ur de tryckta utdragen av provinsialläkarrapporterna i ”Sundhets-collegii underdåniga berättelse om medicinalverket i riket 1857”.

Både smittkoppor och kolera framställs ofta som exempel på våra historiskt sett mest förödande infektionssjukdomar. Men jämförelsen visar alltså att rödsot många gånger var en än mer betydande dödsorsak som under enskilda år hade mycket stor inverkan på dödlighetsnivåerna.

Trots detta har få historiska studier behandlat rödsot. För Sveriges vidkommande har två äldre avhandlingar behandlat sjukdomens historia i Sverige, varav den senaste publicerades 1937.¹⁰ Därutöver har några artiklar skrivits om ett enskilt epidemiskt utbrott eller om rödsoten i en viss stad.¹¹ I ytterligare några publikationer har rödsoten berörts.¹² Med tanke på det bristfälliga och mestadels föråldrade forskningsläget om rödsot och med hänsyn till sjukdomens periodvis mycket betydande inverkan på mortalitetsnivåerna i landet är sjukdomen väl värd att studeras mer ingående.

Regionala skillnader

Det mönster som framkom tydligt i riksstatistiken, med kraftigt fluktuerande dödstal med oregelbundet återkommande epidemiska utbrott kvarstår även om statistiken analyseras på länsnivå. Analysen på länsnivå blottlägger dock stora regionala skillnader.

Skillnaderna mellan regionerna framkommer tydligast i hur ofta de länen drabbas av kraftiga utbrott av rödsot. Exempelvis så drabbas Västerbottens, Västmanlands, Gotlands och Malmöhus län av tre eller färre kraftigare utbrott av rödsot, medan Älvsborgs, Värmlands, Jönköpings och Kopparbergs län drabbades av fler än 15 kraftigare utbrott.¹³ Förutom att drabbas oftare blev dessutom epidemierna oftast kraftigare i de värst drabbade länen.

¹⁰ Frans Anton Gustaf Bergman, *Om rödsoten i Sverige* (Uppsala: 1869), Hugo Engleson, *Dysenteriestudien: Eine Historisch-epidemiologische Untersuchung über die Dysenterie in Kronobergs län und Blekinge, sowie in teilen von Kristianstads och Hallands län in Schwede in den Jahren 1749-1830 mit besonderer berücksichtigung der sterblichkeit und verbreitungsweise* (Lund: Håkan Ohlssons buchdruckerei, 1937).

¹¹ Alfred Pettersson, 'Rödsotepidemien i Sverige åren 1808-1811', *Hygienisk tidskrift*, no. 3 (1911), Hugo Engleson and Ragnar Huss, *Rödsotepidemien i Malmö åren 1880-1882* (Göteborg: 1927), Mats Greiff and Lars Berggren, 'Rödsot och tuberkulos: om dödlighet och dödsorsaker i olika yrkesgrupper och bostadskvarter i Malmö 1860-1920', *Elbogen (Årsskrift)*, 581990).

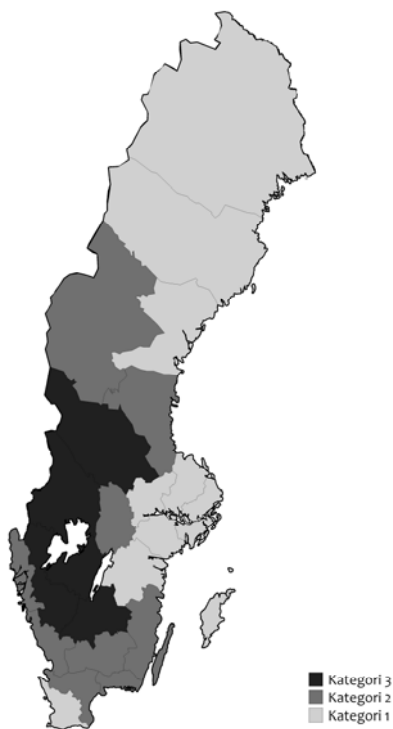
¹² Rolf Bergman, 'De epidemiska sjukdomarna och deras bekämpande', in *Medicinalväsendet i Sverige 1813-1962*, ed. by W. Kock, vols (Stockholm: 1963), pp. 329-404 pp. 355-358), Folke Henschen, *Sjukdomarnas historia och geografi* (Stockholm: Bonniers, 1962), pp. 79-80. Bodil E. B. Persson, *Pestens gåta: Farsoter i det tidiga 1700-talets Skåne* (Lund: 2001), pp. 145-148., Daniel Larsson, *Den dolda transitionen: Om ett demografiskt brytningskede i det tidiga 1700-talets Sverige* (Göteborg: 2005), pp. 105-109.

¹³ Här räknas ett utbrott som kraftigare om rödsot utgjorde över 10 procent av alla dödsfall.

Trots de stora regionala skillnaderna hade inget av länen en konstant hög dödlighet i rödsot utan dödligheten fluktuerade kraftigt och ojämnt och var periodvis väldigt låg även i de värst drabbade länen. Exempelvis utgjorde rödsot inte mer än drygt 1 procent av alla dödsfall i Jönköpings län mellan 1788 och 1807. Därefter drabbas länet av en mycket kraftig rödsotsepidemi 1808, med närmare 50 procent av alla dödsfall orsakade av rödsot.

I karta 1 framgår hur de län som var minst och de som var värst drabbade av rödsotsepidemier fördelade sig över landet. Kategori 1 omfattar de län som drabbats av fem eller färre kraftiga utbrott av rödsot, kategori 2 av de län som drabbats av mellan sex och tio kraftiga utbrott och kategori 3 av de med fler än tio kraftiga utbrott. I kategori 1 hittar vi både glest befolkade län i norra Sverige och tätbefolkade områden som Malmöhus län. Intressant att notera är dock att alla län i kategori 3 är inlandslän. Sammantaget är det svårt att med statistik på länsnivå förklara dessa regionala skillnader.

Karta 1 Den geografiska fördelningen av kategori 1-3
(Kategorisering av länen efter antal kraftiga rödsotsepidemier, där kategori 3 innefattar de län som drabbades av flest kraftiga utbrott.)



Källa: Demografiska databasen (DDB), Umeå universitet (1749-1859); *Bidrag till Sveriges officiella statistik* (BiSOS), serie A. Befolkningsstatistik (1860-1900).

De epidemiska utbrott som inträffade i en de län som sällan drabbades inträffade först och främst under de kraftiga utbrotten av rödsot under åren 1773 och 1808-1809. Till exempel drabbades Västmanlands län hårt av rödsoten 1773 med över 31 procent av dödsfallen registrerades som orsakade av rödsot. Västerbottens län drabbades av en mycket svår rödsotsepidemi 1809 med över 42 procent av alla dödsfall orsakade av rödsot.

Även mellan de kraftiga utbrotten som är noterbara på nationell nivå kunde enstaka län drabbas mycket svårt av sjukdomen, utan att epidemin spred sig vidare. Undantagsvis skedde detta även i de län som sällan drabbades svårt av sjukdomen. Gotland, som vanligtvis hade mycket låg dödlighet i rödsot, drabbades 1779 av en svår rödsotepidemi, med 29 procent av alla dödsfall orsakade av rödsot. Särdeles svår var epidemin i Gothems församling där 54 dödsfall registrerades det året, varav 43 av rödsot. Men sådana utbrott var trots allt inte vanliga, utan dödsfall i rödsot var framförallt märkbara i de hårt drabbade länen förutom under de riktigt kraftiga epidemierna.

Lokala skillnader

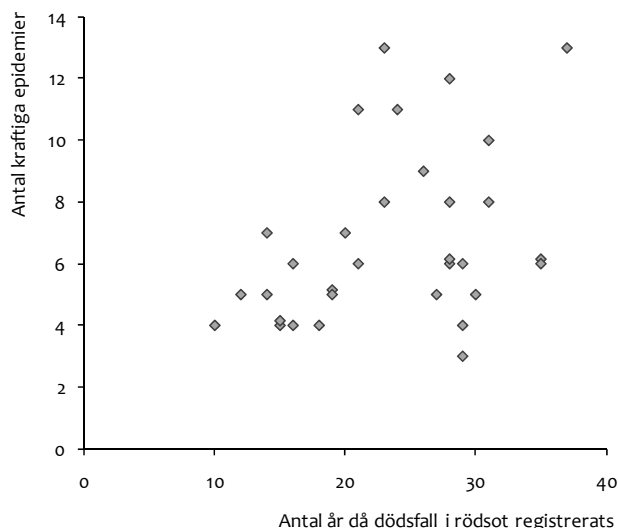
Förflyttas sedan analysen till pastoratsnivån, för att ytterligare studera de geografiska skillnaderna, framkommer fortsatt stora skillnader.

För denna del av studien har Jönköpings län valts ut som studieobjekt. Jönköping har valt ut av två anledningar. Dels för att länet var ett av de som drabbades värst av rödsotsutbrott och dels för att länet drabbades mycket hårt under den sista riktigt kraftiga epidemin 1857. För att kunna analysera områden med en kontinuerlig källserie har 32 av länets pastorat valts ut, vilka omfattar 58 församlingar som tillsammans utgör drygt 40 procent av länets församlingar.

Stora skillnader framkommer mellan pastoraten både vad gäller hur ofta dödsfall i rödsot registrerades och hur många kraftiga epidemier pastoraten drabbades av. Diagram 3 visar på sambandet mellan hur ofta ett pastorat registrerade ett eller flera dödsfall och hur ofta samma pastorat drabbades av kraftiga epidemier under perioden 1750-1859.

Diagram 3 Antal år med dödsfall i rödsot och antal år med kraftiga utbrott av rödsot, pastoraten i urvalet 1750-1859

(x-axel: antal år då dödsfall i rödsot registrerats; y-axel: antal kraftiga epidemier, då rödsot utgjorde 20 procent eller mer av samtliga dödsfall)¹⁴



Källa: Demografiska databasen (DDB), Umeå universitet

Diagrammet visar på ett visst positivt samband mellan antal år dödsfall i rödsot registrerades i ett pastorat och hur ofta det drabbades av kraftiga rödsotsutbrott. Sambandet är däremot långt ifrån entydigt, och det var inte självklart att ett pastorat som ofta registrerade dödsfall i sjukdomen även var hårt drabbat av kraftiga epidemier. Som exempel kan nämnas det pastorat med minst antal kraftiga epidemier: Säby. I Säby pastorat registrerades dödsfall i rödsot under 29 år, men ändå drabbades pastoratet enbart av tre kraftiga utbrott av sjukdomen. Jämförelsevis drabbades Södra Hestra pastorat av 13 kraftiga utbrott, men pastoratet registrerade dödsfall i sjukdomen under endast 23 år. Ett samhälles utsatthet för smittspridning behövde alltså inte vara avgörande för dödlighetsnivån.

Det är dessutom tydligt att även i det värst drabbade pastoratet var sjukdomen frånvarande som dödsorsak under två tredjedelar av perioden.¹⁵ Även vid en analys på pastoratsnivå visar det sig alltså att det inte finns något område med ihållande hög dödlighet i rödsot. Sjukdomen hade alltså ett tydligt epidemiskt uppträdande.

¹⁴ Här har gränsen för vad som räknas som ett kraftigt utbrott satts till att rödsoten ska ha utgjort 20 procent eller mer av samtliga dödsfall till skillnad från i föregående kapitel där gränsen var satt till 10 procent.

¹⁵ Tofteryds pastorat: 13 kraftiga rödsotsepidemier, rödsot registrerades som dödsorsak under 37 av periodens 111 år.

Dessutom gick inga pastorat helt fria från rödsotsutbrott. Ett pastorat, som under normala år sällan registrerade rödsot, kunde under kraftiga epidemiutbrott drabbas lika illa som ett pastorat som ofta registrerade utbrott av rödsot. Till exempel drabbades Skärstads pastorat sällan av varken enstaka dödsfall i rödsot eller större epidemier, men ändå var pastoratet ett av de värst drabbade under 1808 med 83 dödsfall i rödsot motsvarande 70 procent av alla dödsfall detta år.

Det kan konstateras att det fanns stora skillnader mellan pastoraten vad gäller dödligheten i rödsot, men att dessa skillnader inte är lätta att tolka. Dessa svårtolkade skillnader gör det troligt att sjukdomens förekomst i ett område påverkades av yttre omständigheter som svält, krig m.m.

Missväxt, krig och vattenbrist?

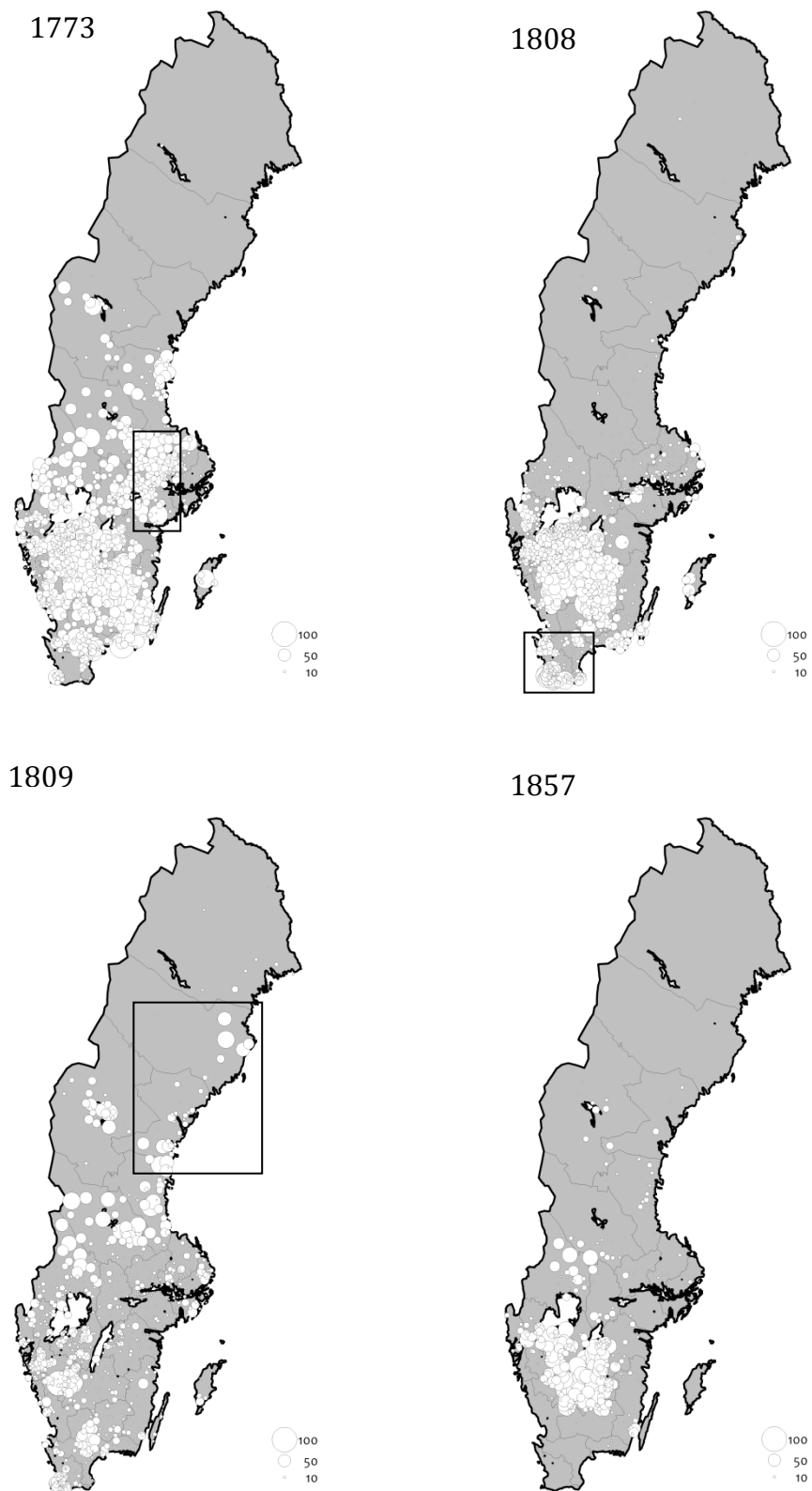
I karta 2 ser vi spridningen av dödsfallen i rödsot under de kraftiga utbrotten 1773, 1808-1809 och 1857 över hela Sverige.

Rödsoten var väl spridd över landet under dessa år, men skillnaderna mellan församlingarna var stora. I vissa församlingar tillskrevs majoriteten av alla dödsfall rödsot. Till exempel dog år 1773 i Sunne församling 212 personer av rödsot, vilket motsvarade 55 procent av alla dödsfall detta år, medan andra församlingar klarade sig helt undan dödsfall i sjukdomen. Skillnaden var lika stor under åren 1808-1809 och 1857.

Även under dessa år då rödsoten var väl spridd över landet var det de län som oftast drabbades av kraftiga utbrott som drabbades värst. Dock finns några undantag. Av karta 2 framgår att Västmanlands och Södermanlands län, två län som generellt drabbades mycket lite av rödsot, år 1773 drabbas hårt av rödsoten. 1808-1809 drabbas de annars så förskonade länen, Västernorrland, Västerbotten och Malmöhus.

Större delen av Sverige drabbas inte alls under epidemin 1857. Fyra län drabbas däremot mycket hårt: Värmlands, Skaraborgs, Älvsborgs och Jönköpings län. Utbrottet är alltså mer begränsat men mycket kraftigt i de områden som drabbas. I större delen av landet minskade därmed sjukdomen i betydelse redan på 1820-talet. Det är svårt att hitta någon förklaring till att sjukdomen försvinner så tidigt i stora delar av landet.

Karta 2 Dödsfall i rödsot efter församling, Sverige 1773, 1808-1809 och 1857
(i procent av alla dödsfall)



Källa: Demografiska databasen (DDB), Umeå universitet

Tre olika orsaksförklaringar kan tas upp till dessa tre utbrott. Rödsotsepidemin 1773 har kopplats samman med den svåra missväxten 1771 och 1772. Epidemin 1808-1809 har förknippats med krigssituationen. Däremot har epidemin 1857 studerats mycket lite, varför inga förklaringar tidigare framkommit. Provinsialläkarna i de drabbade länen skriver dock om svår torra under sommaren 1857. Torkan ska ha varit så svår att dricksvattnet sinat och människor tvingats dricka otjänligt vatten, och dessutom gå långa omvägar för att hämta vatten. Exempelvis skriver provinsialläkaren i Vrigstads distrikt (Jönköpings län):

”Väderleken var under hela året ovanligt torr, så att källor på de flesta ställen, och der i mannaminne aldrig någon förminskning egt rum, uttorrkade, hvilket äfven var förhållandet med vattendragen och sjöarna, så att stora sträckor förvandlades till kärr, som, under de, för det mästa kalla aftnarne allstrade en pestilentialisk sumplukt; sannolikt hufvud orsak till rödsotens duration och häftighet.”¹⁶

Liknande rapporter om den torra väderleken 1857 och hur detta påverkade rödsotsepidemin inkom från alla de drabbade länen.

Svårigheten är dock att närmare reda ut vari detta samband mellan dessa krissituationer (missväxt, krig och vattenbrist) och rödsotsdödligheten består.

John D. Post har vid studier av de europeiska mortalitetskriserna under 1740- och 1770-talen fört fram teorin att det är de ökade möjligheterna till smittspridning och inte näringsläget i sig som avgör den ökade dödligheten i infektionssjukdomar som rödsot i samband med missväxter. Den främsta avgörande faktorn för nivån på den eventuellt efterföljande mortalitetskrisen är därför förändringar i människors beteenden. Det vill säga om människor börjar röra på sig i sin jakt på föda så ökar smittspridningen och därmed förvärras mortalitetskrisen. Svältens påverkan var därmed indirekt och att det var den sociala krisen som följde i svältens spår som ökade dödligheten.

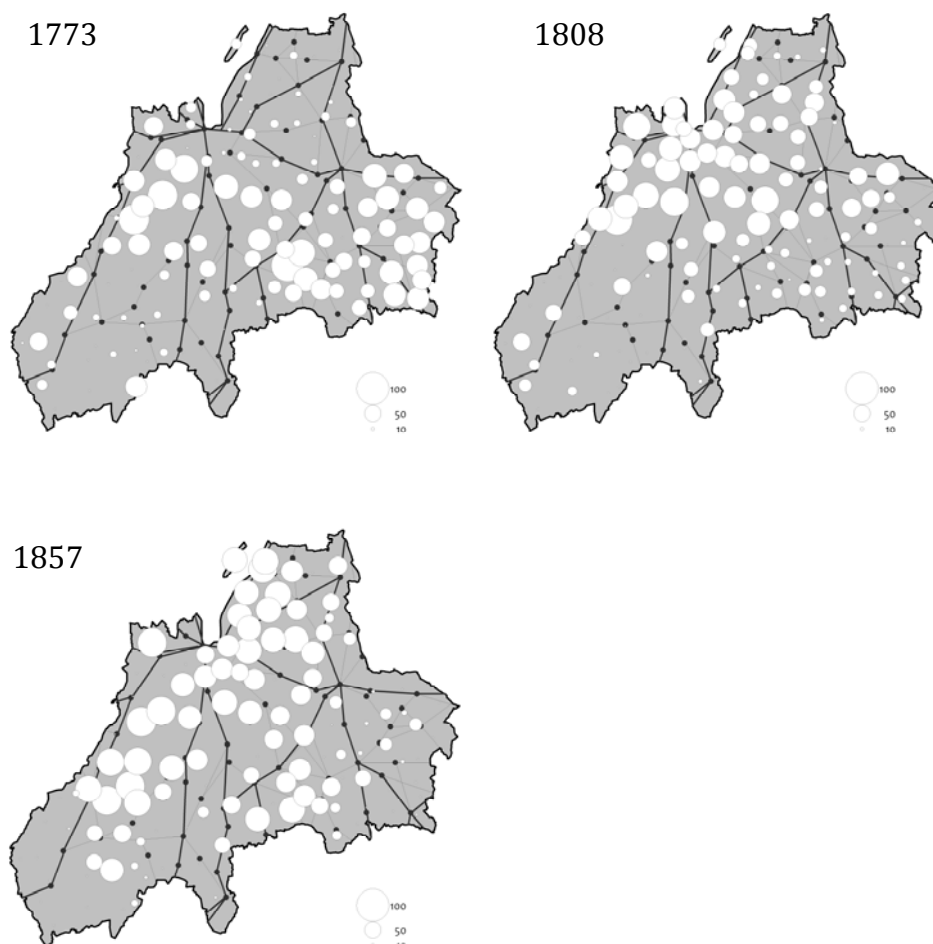
På så sätt borde det finnas ett samband mellan områden med hög dödlighet i rödsot, landsvägar och gästgiverier. Alltså ett samband mellan dödligheten och de ställen där smittspridningen underlättas. Ett sådant samband bör särskilt framkomma under epidemin 1773, som ju Post nämner som exempel, men även för epidemin 1808. Har epidemin detta år ett direkt samband med krigssituationen, så bör ett samband

¹⁶ Sundhetskollégium, Årsberättelser från provinsialläkare, SE/RA/420608/E 5 A/27 (1857), bildid: A0009132_00715 (Vrigstads provinsialläkardistrikt, Jönköpings län)

framträda mellan hög dödlighet och de truppförflyttningar som skedde över landsvägarna.

Kartorna nedan visar dödligheten i rödsot för de tre kraftigaste epidemiåren i Jönköpings län för samtliga församlingar med uppgifter bevarade. I kartorna är även landsvägar och gästgiverier utritade. Landsvägar är utmärkta med svarta streck och gästgiverier är markerade med svarta punkter.

Karta 3 Dödsfall i rödsot efter socken, Jönköpings län 1773, 1808 och 1857
(i procent av alla dödsfall)



Källa: Demografiska databasen (DDB), Umeå universitet; Carl Akrell, *Karta öfver landsvägarna i Sverige*, 1811; Lantmäteriet, *Sverigekartan*; *Generalstabens karta över Sverige* (Jönköpings län 1871-1887)

Kartorna visar inte på något samband mellan landsvägar, gästgiverier och dödligheten i rödsot. Flera socknar helt utan kontakt med

landsvägarna hade mycket hög dödlighet i sjukdomen, medan andra socknar som landsvägen går rakt igenom, och som dessutom har gästgiverier, klarade sig helt utan dödsfall. 1773 var de kraftigaste utbrotten koncentrerade till ett bälte sydväst om Jönköping till de sydöstra delarna av länet. 1808 var sjukdomen framförallt vara koncentrerad till området kring Jönköping, medan södra delarna av länet kom lindrigt undan. Även 1857 ser spridningsmönstret delvis annorlunda ut.

Vägnätet och gästgiveriverksamheten verkar alltså inte ha haft någon som helst inverkan på dödlighetsnivåerna. Vilket indikerar att sambanden är mycket mer komplexa än vad John D. Post framställer dem som.

Vad gäller åren 1808-1809 framkommer ur provinsialläkarberättelserna att provinsialläkaren i Härnösand (Västernorrlands län) såg ett direkt samband mellan truppförflyttningar och inkvarteringar och rödsotsepidemin 1809.¹⁷ För honom var det uppenbart att dessa händelser var sammankopplade. Provinsialläkarberättelsen från Eksjö distrikt (Jönköpings län) år 1808 ger en delvis annan bild. Här är inte kopplingen mellan detta års mycket kraftiga utbrott av rödsot och krigssituationen lika tydlig.¹⁸ Kanske är det i dessa skilda reflektioner om orsakssambanden vi kan förstå hur komplexa dessa samband är. I ett län som Jönköpings län, där rödsotsepidemier återkom relativt ofta, var inte kopplingen mellan epidemin och kriget lika direkt. Trupperna, och andra som färdades längs med landsvägarna, förde säkerligen med sig rödsot och andra sjukdomar, men sjukdomen fann sig även andra spridningsvägar i detta län. För ett län som Västernorrland, där sjukdomen generellt inte spreds lika lätt, höll sig smittspridningen till de områden där trupperna förflyttade sig och inkvarterades. Krissituationernas direkta eller indirekta påverkan på dödlighetsnivåerna skilde alltså mellan olika regioner och därmed blir orsaksförklaringarna väldigt komplexa och svåra att i mer detalj fastställa.

¹⁷ Collegium medicum, Årsberättelser från provinsialläkare, SE/RA/420606/E 3/6 (1809-1811), bildid: A0009106_00095 - A0009106_00096

¹⁸ Collegium medicum, Årsberättelser från provinsialläkare, SE/RA/420606/E 3/5 (1807-1808), bildid: A0009105_00351- A0009105_00355

Litteratur

- Bergman, Frans Anton Gustaf, *Om rödsoten i Sverige* (Uppsala, 1869).
- Bergman, Rolf, 'De epidemiska sjukdomarna och deras bekämpande', in *Medicinalväsendet i Sverige 1813-1962*, ed. by W. Kock, (Stockholm, 1963), pp. 329-404.
- Engleson, Hugo, *Dysenteriestudien: Eine Historisch-epidemiologische Untersuchung über die Dysenterie in Kronobergs län und Blekinge, sowie in teilen von Kristianstads och Hallands län in Schwede in den Jahren 1749-1830 mit besonderer berücksichtigung der sterblichkeit und verbreitungsweise* (Lund: Håkan Ohlssons buchdruckerei, 1937).
- Engleson, Hugo, and Ragnar Huss, *Rödsotsepidemien i Malmö åren 1880-1882* (Göteborg, 1927).
- Greiff, Mats, and Lars Berggren, 'Rödsot och tuberkulos: om dödlighet och dödsorsaker i olika yrkesgrupper och bostadskvarter i Malmö 1860-1920', *Elbogen (Årsskrift)*, 58 (1990), 154-172.
- Henschen, Folke, *Sjukdomarnas historia och geografi* (Stockholm: Bonniers, 1962).
- Kiple, Kenneth F., *The Cambridge world history of human disease* (London: Cambridge Univ. Press, 1993).
- Larsson, Daniel, *Den dolda transitionen: Om ett demografiskt brytningsskede i det tidiga 1700-talets Sverige* (Göteborg, 2005).
- Patterson, David K., 'Bacillary Dysentery', in *The Cambridge World History of Human Disease*, ed. by Kenneth F. Kiple, (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), pp. 604-606.
- Persson, Bodil E. B., *Pestens gåta: Farsoter i det tidiga 1700-talets Skåne* (Lund, 2001).
- Pettersson, Alfred, 'Rödsotsepidemien i Sverige åren 1808-1811', *Hygienisk tidskrift*, no. 3 (1911), 30-50.
- Rogers, John, 'Reporting Causes of Death in Sweden, 1750-1950', *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 54, no. 2 (1999), 190-209.
- Sköld, Peter, 'The Two Faces of Smallpox: A Disease and its Prevention in Eighteenth- and Nineteenth-Century Sweden' (Umeå universitet, 1996).