



Institutionen för historiska studier

## **Elakartade enigmatiska epidemier**

*En komparativ studie rörande den geografiska komponentens betydelse för sjukdomsincidens och dödlighet i epidemiska sjukdomar 1750–1810*

Adrian Petersson

Masteruppsats i historia

VT 2023

Handledare: Maria Sjöberg

## Abstract

The primary objective of this study has been to investigate whether geographical localization can be argued to be of significance for a community's predisposition to suffer epidemic outbreaks and furthermore, to evaluate what possible repercussions this may have on overall mortality over time. To enable such a study, a tentative presumption has been made, upon which a hypothesis subsequently has been formulated. This hypothesis asserts the idea that societies located along prominent fairways plausibly should have been more susceptible to epidemic disease outbreaks, compared to communities located in other types of environments. To put this hypothesis to the test eight parishes located in different parts of Sweden has been selected, including two parishes located along the prominent Swedish river Göta älv, two parishes located in Småland, two parishes located in Skåne and two parishes located in Dalarna. Regarding which epidemic diseases that are to be examined a limitation has been done including dysentery, smallpox, epidemic fevers and whooping cough. Furthermore a limitation in time has been conducted to include the years 1750-1810. Based on two variables in the form of *incidence* and *relative mortality* in relation to total mortality in the aforementioned diseases, this hypothesis has subsequently been put to the test.

Initially quantitative method has been utilized in order to establish a reliable statistical basis for further analysis. Regarding source material, the main source for collection of data has consisted of burial records originated from the investigated parishes church archives, and to some extent Tabellverket. Thereafter, based on the aforementioned variables incidence and relative mortality, comparative method has been used in order to elucidate and evaluate any potential differences between the parishes in terms of disease incidence and mortality patterns.

The outcome of the study indicates that the parishes located in the vicinity of Göta älv display the highest incidence levels for all the examined disease categories with the exception of whooping cough where they exhibit the second highest incidence levels. This is clearly manifested when taking into account the share all four examined diagnoses make up of the total death tolls during the investigated period. The probability of dying from one of the four investigated diseases is significantly higher among the parishes located in the vicinity of Göta Älv with an average value of 34.7 percent. This should be contrasted with the parishes located in Småland with an average value of 25.4 percent, the parishes located in Dalarna with an average value of 24.6 percent and finally the parishes located in Skåne with an average value of 24.4 percent.

Hence the evidence suggests that there in fact seems to be a correlation between a community's proximity to prominent fairways like Göta älv and an increased susceptibility to suffer outbreaks of epidemic disease. Consequently, all aspects considered, the hypothesis underlying this thesis can be argued to remain relevant.

Keywords: epidemic diseases, incidence, mortality, geography, early modern period, fairways

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	8
<b>2. Syftesformulering och frågeställningar</b> .....	9
<b>3. Bakgrund</b> .....	10
3.1 Rödsot.....	10
3.3 Epidemiska febrar.....	12
3.4 Kikhosta .....	14
3.5 Kort om de undersökta församlingarna .....	15
<b>4. Metod och material</b> .....	17
4.1 Källor och källkritik .....	17
4.2 Metod .....	19
<b>5. Teoretisk ansats och forskningsläge</b> .....	21
5.1 Teori .....	21
5.2 Forskningsläge.....	23
<b>6. Resultatredovisning</b> .....	27
6.1 Sjukdomsincidens i rödsot 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling .....	27
6.2 Sjukdomsincidens i smittkoppor 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling .....	35
6.3 Sjukdomsincidens i epidemisk feber 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling .....	43
6.4 Sjukdomsincidens i kikhosta 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling .....	51
6.5 Dödlighet i rödsot, smittkoppor epidemisk feber och kikhosta 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling .....	59
<b>7. Slutdiskussion</b> .....	69
<b>8. Sammanfattning</b> .....	78
<b>9. Käll- och litteraturförteckning</b> .....	80

## Figurförteckning

### Diagram:

Diagram 1. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810*

Diagram 2. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810*

Diagram 3. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810*

Diagram 4. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810*

Diagram 5. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810*

Diagram 6. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810*

Diagram 7. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810*

Diagram 8. *Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810*

Diagram 9. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810*

Diagram 10. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810*

Diagram 11. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810*

Diagram 12. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810*

Diagram 13. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810*

Diagram 14. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810*

Diagram 15. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810*

Diagram 16. *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810*

Diagram 17. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810*

Diagram 18. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810*

Diagram 19. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810*

Diagram 20. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810*

Diagram 21. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810*

Diagram 22. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810*

Diagram 23. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810*

Diagram 24. *Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810*

Diagram 25. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810*

Diagram 26. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810*

Diagram 27. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810*

Diagram 28. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810*

Diagram 29. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810*

Diagram 30. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810*

Diagram 31. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810*

Diagram 32. *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810*

#### **Tabeller:**

Tabell 1. *Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Skepplanda församling 1750–1810*

Tabell 2. *Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Starrkärr församling 1750–1810*

Tabell 3. *Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Agunnaryd församling 1750–1810*

Tabell 4. *Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Frödinge församling 1750–1810*

Tabell 5. *Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Kågeröd församling 1750–1810*

Tabell 6. *Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Hörby församling 1750–1810*

*Tabell 7. Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Sundborn församling 1750–1810*

*Tabell 8. Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Venjan församling 1750–1810*

## 1. Inledning

Före 1800-talets banbrytande medicinska framsteg med bland annat smittkoppsvaccin, bakteriologins genombrott och genomgripande sanitetsåtgärder så förorsakade epidemiska sjukdomsutbrott otaliga dödsfall i Sverige. Enbart smittkoppor beräknas under 1700-talets andra hälft ha skördat uppemot 300 000 svenskars liv.<sup>1</sup> Men hur såg egentligen risken för att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott ut? Spelade det exempelvis någon roll var du bodde någonstans? Avseende incidens och dödlighet i epidemiska sjukdomar finns det ett antal exempel på svenska forskare som utfört gedigna kartläggningar över enskilda sjukdomars utveckling över tid under tidigmodern tid. Bland dessa kan exempelvis historikern Helene Castenbrandts kartläggning av rödsoten under perioden 1750–1900 nämnas, liksom Peter Skölds kartläggning av smittkopporas utbredning i Sverige under 1700 och 1800-talet.<sup>2</sup> Beträffande fallstudier av epidemiska sjukdomsutbrott bör också medicinhistorikern Bodil Perssons kartläggning av farsoter i 1700-talets Skåne omnämnas, där hon utöver pesten kartlägger utbredningen och dödligheten i ett antal andra epidemiska sjukdomar i form av bland annat smittkoppor och kikhosta.<sup>3</sup> Utöver ovan nämnda så har även historikern Daniel Larsson behandlat incidens och dödlighet i bland annat rödsot, smittkoppor och epidemiska febrar.<sup>4</sup> Det råder däremot brist på en bredare genomlysning av den **geografiska komponentens** betydelse för risken att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott. Här figurerar således en forskningslucka vilket öppnar upp för möjligheten att närmare studera huruvida geografin spelade in för ett samhälles predisposition att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott.

I syfte att kunna studera detta har en hypotes formulerats vilken gör gällande att samhällen belägna längs betydelsefulla **farleder** över tid rimligtvis borde ha varit mer utsatta för epidemiska sjukdomsutbrott och i förlängningen därmed också uppvisa en högre dödlighet i denna typ av sjukdomar än samhällen belägna i andra typer av miljöer. För att kunna testa denna hypotes har åtta församlingar valts ut i form av dels Skepplanda och Starrkärr församling lokaliserade vid Göta älv, Agunnaryd och Frödinge församling lokaliserade i Småland, Kågeröd och Hörby församling lokaliserade i Skåne samt Sundborn och Venjan församling lokaliserade

---

<sup>1</sup> Sköld, Peter, *The two faces of smallpox: a disease and its prevention in eighteenth- and nineteenth-century Sweden*, Univ., Diss. Umeå: Univ., Umeå, 1996, s. 27.

<sup>2</sup> Castenbrandt, Helene, *Rödsot i Sverige 1750-1900: en sjukdoms demografiska och medicinska historia*, Institutionen för historiska studier, Göteborgs universitet, Diss. Göteborg: Göteborgs universitet, 2012, Göteborg, 2012,

<sup>3</sup> Persson, Bodil E. B., *Pestens gåta: farsoter i det tidiga 1700-talets Skåne*, Nordic Academic Press [distributör], Diss. Lund: Univ., 2001, Lund, 2001,

<sup>4</sup> Larsson, Daniel, *Den dolda transitionen: om ett demografiskt brytningsskede i det tidiga 1700-talets Sverige*, Historiska institutionen, Göteborgs universitet, Diss. Göteborg: Göteborgs universitet, 2006, Göteborg, 2006,



i Dalarna. Denna geografiska spridning inkluderandes församlingar lokaliserade över stora delar av södra och mellersta Sverige gör dessa församlingar till en god utgångspunkt för att studera och blottlägga potentiella geografiska diskrepanser avseende predispositionen att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott. Att inkludera två församlingar i respektive miljö minskar dessutom risken för att någon av de undersökta församlingarna skulle utgöra någon form av statistisk outlier som riskerar att påverka studiens kredibilitet. Vidare har en avgränsning i tid till perioden 1750-1810 vidtagits, samt en begränsning avseende antalet sjukdomar som ämnar undersökas innefattandes rödsot, smittkoppor, epidemiska febrar samt kikhosta.

## 2. Syftesformulering och frågeställningar

Studiens övergripande syfte blir därmed att undersöka huruvida samhällens geografiska lokalisering kan sägas vara av betydelse för en ords predisposition att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott, samt att utreda vilka potentiella implikationer detta kan tänkas medföra för den totala dödligheten. Detta med utgångspunkt i den hypotes som introducerades i samband med problemformuleringen. Är det så att samhällen lokaliserade vid betydelsefulla farleder likt Göta älv över tid löper större risk att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av miljöer och innebär det i sådana fall att dessa sjukdomar utgör en högre andel av den totala dödligheten på dessa orter?

I syfte att möjliggöra en studie av det här slaget kommer två variabler att undersökas i form av dels sjukdomsincidens i rödsot, smittkoppor, epidemiska febrar och kikhosta, samt relativ dödlighet i dessa diagnoskategorier i förhållande till den totala dödligheten. Med *sjukdomsincidens* avses hur ofta en sjukdom bryter ut i genomsnitt över tid. Med *relativ dödlighet* avses hur stor andel dödsfall i de utvalda epidemiska sjukdomarna utgör i förhållande till de totala dödstalen i respektive församling. I syfte att operationalisera de tilltänkta undersökningsvariablerna har det övergripande syftet kokats ner till följande mer konkretiserade frågeställningar:

1. Vilka skillnader beträffande incidens i rödsot kan identifieras i samhällena lokaliserade vid Göta älv i förhållande till samhällena belägna i Småland, Skåne respektive Dalarna?
2. Vilka skillnader beträffande incidens i smittkoppor kan identifieras i samhällena lokaliserade vid Göta älv i förhållande till samhällena belägna i Småland, Skåne respektive Dalarna?

3. Vilka skillnader beträffande incidens i epidemisk feber kan identifieras i samhällena lokaliserade vid Göta älv i förhållande till samhällena belägna i Småland, Skåne respektive Dalarna?

4. Vilka skillnader beträffande incidens i kikhosta kan identifieras i samhällena lokaliserade vid Göta älv i förhållande till samhällena belägna i Småland, Skåne respektive Dalarna?

5. Går det att identifiera några skillnader mellan de undersökta miljöerna beträffande hur stor andel dödsfall i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber och kikhosta utgör enskilt respektive sammantaget i förhållande till den aggregerade dödligheten på respektive ort?

### 3. Bakgrund

#### 3.1 Rödsot

Rödsot är en arkaisk benämning på det sjukdomstillstånd som inom modern medicinsk terminologi sorterar in under diagnosen dysenteri.<sup>5</sup> Dysenteri är en tarmrelaterad sjukdom vars främsta kännetecken likt den ålderdomliga beteckningen rödsot indikerar främst kännetecknas av intensiva och ofta mycket blodiga diarréer. Inom modern medicinsk nomenklatur delar man in sjukdomen i två separata kategorier i form av dels amöbadysenteri och dels bacillär dysenteri, baserat på vilken mikroorganism som föranleder sjukdomstillståndet.<sup>6</sup> Amöbadysenteri orsakas av en mikroorganism vid namn *Entamoeba histolytica* och utgör en parasitär form av dysenteri.<sup>7</sup> Bacillär dysenteri är istället precis som namnet antyder en bakteriell infektion som kan härröras till bakteriefamiljen *Shigella*. *Shigella* förekommer i fyra olika subvarianter förorsakade av bakterierna *Shigella boydii*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei* samt *Shigella dysenteriae*.<sup>8</sup> Historiskt har det varit svårt att särskilja dessa undergrupper men mer sofistikerade moderna studier indikerar att det endast är den sistnämnda av dessa varianter i form av *Shigella*

---

<sup>5</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om Shigellainfektion, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/shigellainfektion/> (Hämtad 2023-05-22).

<sup>6</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om Shigellainfektion, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/shigellainfektion/> (Hämtad 2023-05-22).

<sup>7</sup> Patterson KD, "Amebic Dysentery" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993) s. 568ff.

<sup>8</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om Shigellainfektion, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/shigellainfektion/> (Hämtad 2023-05-23).

*dysenteriae* som har förmågan att förorsaka mer storskaliga sjukdomsutbrott av epidemisk karaktär.<sup>9</sup>

Förutom de karaktäristiska blodiga diarréerna så kännetecknas sjukdomsförloppet också av symptom i form av kraftiga ihållande buksmärter, feber, samt kramp i mage och ändtarm.<sup>10</sup> Inkubationstiden för de olika varianterna varierar betänkligt och för den parasitära varianten kan det ta alltifrån ett fåtal dagar till många månader innan sjukdomen bryter ut. Den genomsnittliga inkubationstiden ligger dock inom intervallet två till fyra veckor.<sup>11</sup> Den bacillära varianten kännetecknas av ett betydligt mer intensivt sjukdomsförlopp med en genomsnittlig inkubationstid på två till tre dygn i genomsnitt.<sup>12</sup> Spridningen av dysenteri kan ske såväl direkt via mänsklig kontakt, som indirekt och smittvägen går då företrädesvis via vatten, födoämnen, alternativt flugor som kontaminerats med mänskliga fekalier.<sup>13</sup> Historiskt förefaller letaliteten ha varierat betänkligt beroende på externa faktorer och inte minst näringstillgången förfaller ha spelat en avgörande roll för överlevnadschanserna. Över tid så uppskattas dödlighetsgraden bland de insjuknade ha legat i intervallet 15-30%.<sup>14</sup>

### 3.2 Smittkoppor

Fram tills den förklarades utrotad år 1980 var smittkoppor en virussjukdom som historiskt sett tillhör de sjukdomar som drabbat mänskligheten allra hårdast.<sup>15</sup> Likt namnet antyder kännetecknades smittkoppor av dels en mycket hög smittsamhet, men kanske i än högre utsträckning av de mycket karaktäristiska hudutslagen som inte sällan lämnade svår ärrbildning efter sig. Smittkoppor tillhör gruppen poxvirus varifrån de erhållit sitt engelska namn smallpox och orsakas av en virusvariant vid namn variolavirus. Variolavirus delas i sin tur in i subgrupperna *Variola minor* och *Variola major*.<sup>16</sup>

---

<sup>9</sup> Castenbrandt 2012, s.16.

<sup>10</sup> Patterson KD, "Bacillary Dysentery" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993) s. 604ff.

<sup>11</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om amöbainfektion

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/amobainfektion/> (Hämtad 2023-05-22).

<sup>12</sup> Patterson 1993, s. 604f.

<sup>13</sup> Castenbrandt 2012, s. 16.

<sup>14</sup> Larsson 2006, s.105.

<sup>15</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om smittkoppor

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/smittkoppor/> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>16</sup> Crosby A, "Smallpox" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993) s. 1008f.

Signifikativt för sjukdomsförloppet vid en smittkoppsinfektion är en inledande fas med febersymptom, frossa och illamående som med tiden följs av de mycket karaktäristiska vätskefyllda hudutslagen.<sup>17</sup> Smittkoppor smittade företrädesvis via en form av droppsmitta men kunde också ske luftburet. Utöver dessa smittvägar kunde spridning dessutom ske indirekt genom att människor kom i kontakt med avlossade hudflagor från infekterade individers sårskorpor. Inkubationstiden låg i normalfallet inom ett intervall på 10-14 dagar och letaliteten för den aggressivare varianten *Variola major* uppskattas i normalfallet ha legat uppemot 25-30%, men kunde under enskilda epidemier nå en betydligt högre dödlighetsgrad än så.<sup>18</sup>

För europeiskt vidkommande förefaller 1700-talet ha varit en särskilt hårt drabbad period och Folkhälsomyndigheten anger på sin hemsida att uppemot 60 miljoner människor beräknas ha gått hädan till följd av smittkopps epidemier under detta århundrade varav 90% beräknas ha varit barn.<sup>19</sup> Bilden av 1700-talet som ett särskilt svårt drabbat sekel förstärks av den svenske historikern Peter Sköld som gör gällande att smittkoppor bara i Sverige under perioden 1750-1800 skördade uppemot 300 000 liv.<sup>20</sup> Sköld anför vidare att det var extremt ovanligt med individer över tio års ålder som ännu inte hade genomlidit sjukdomen och bekräftar bilden av smittkoppor som en utpräglad barnsjukdom då han gör gällande att uppemot 95% av alla dödsfall relaterade till smittkoppor beräknas ha utgjorts av barn.<sup>21</sup> Efter genomgången infektion erhöles emellertid livslång immunitet vilket också förklarar varför det var så sällsynt med dödsfall bland den vuxna populationen.<sup>22</sup>

### 3.3 Epidemiska febrar

Av de sjukdomar som agerar föremål för undersökning inom ramen för denna uppsats så utgör de epidemiska febrarna otvetydigt den mest svårdefinierade sjukdomskategorin. Med termen epidemiska febrar avses i detta fall de farsoter som historiskt sett gått under samlingsnamnet ”tyfus”. Inom modern läkarvetenskap innefattar begreppet tyfus tre skilda diagnoser i form av tyfoidfieber, epidemisk fläckfeber och återfallsfeber som var och en orsakas av en specifik mikrob. Utmärkande för samtliga dessa diagnoser är att de har just feber som huvudsakligt symptom. Den likartade sjukdomsbilden har fört med sig att dessa diagnoser historiskt sett varit

---

<sup>17</sup> Persson 2001, s.120.

<sup>18</sup> Persson 2001, s 120f.

<sup>19</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om smittkoppor, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/smittkoppor/> (Hämtad 2023-05-23)

<sup>20</sup> Sköld 1996, s. 27.

<sup>21</sup> Sköld 1996, s. 56, 85.

<sup>22</sup> Larsson 2006, s. 99.

svåra att åtskilja och i begravningslängderna gömmer de sig ofta bakom mycket vaga dödsnotiser i form av exempelvis ”hetsig feber”, ”huvudsot”, ”brännsjuka”, ”rötfeber” och ”fläckfeber”.<sup>23</sup> Vidare har avsaknaden av mer karaktäristiska symptom inneburit att det historiskt sett inte bara varit svårt att i dödsnotiserna särskilja vilken av de tre stora epidemiska febervarianterna som föranlett ett utbrott, utan att det dessutom föreligger en överhängande risk att det bakom begravningslängdernas diffusa diagnoser letat sig in ett okänt mörkertal av dödsorsaker som inte nödvändigtvis är relaterade till vad vi inom modern medicinsk vetenskap avser med begreppet epidemisk feber.

Granskar vi så de tre varianterna i mer detalj så har vi redan kunnat slå fast att det främsta symptomet utgörs av hög feber. Tar vi så utgångspunkt i epidemisk fläckfeber så orsakas den av en mikrob tillhörande släktet *rickettsia*.<sup>24</sup> Av de tre varianterna förefaller den epidemiska fläckfebern ha varit lättast att identifiera på ett stringent vis då den förutom hög feber likt namnet antyder också kännetecknas av säregna fläckiga hudutslag på bål och rygg. Utöver dessa symptom kännetecknas sjukdomsbilden av frossa, muskelvärk och huvudvärk. Smittspridningen sker företrädesvis via exkrementer från löss.<sup>25</sup> Inkubationstiden ligger i normalfallet inom ett spann på 6-15 dygn med ett medelvärde på 12 dagar.<sup>26</sup> Beträffande letaliteten så förefaller ålder vara essentiell för överlevnadschanserna. Bland barn och ungdomar har dödlighetsgraden uppskattats till cirka 5% av de insjuknade. Därefter stiger dödlighetsgraden dramatiskt med åren och för personer i 40-50 årsåldern har letaliteten beräknats ligga inom intervallet 15-50%, medan överlevnadschanserna för personer över 60 år synes vara närmast obefintliga med en dödlighetsgrad som i stort sett tangerar 100%.<sup>27</sup>

Avseende tyfoidfiebern så är det en bakteriell sjukdom orsakad av *salmonella* vars främsta kännetecken utgörs av hög feber. Smittspridningen kan ske såväl direkt via mänsklig kontakt som indirekt genom att individer smittas via vatten, livsmedel, eller flugor kontaminerade med mänsklig avföring.<sup>28</sup> Inkubationstiden ligger i normalfallet inom intervallet 10-14 dygn, men

---

<sup>23</sup> Larsson 2006, s. 109.

<sup>24</sup> Larsson 2006, s. 110.

<sup>25</sup> Larsson 2006, s. 110.

<sup>26</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om fläckfeber,

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/flackfeber/> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>27</sup> Persson 2001, s. 208f.

<sup>28</sup> Larsson 2006, s. 110.

kan i enstaka fall överstiga fyra veckor.<sup>29</sup> Letaliteten kan variera en del men har i regel uppskattats ligga inom intervallet 10-25% av de insjuknade.<sup>30</sup>

Återfallsfebern orsakas i sin tur av en spiralformad bakterievariant som går under beteckningen *spiroket*. Kännetecknade för återfallsfebern är likt namnet indikerar recidiverande feberattacker som succesivt mildras i takt med att sjukdomsförloppet fortskrider. Utöver de återkommande feberepisoderna kännetecknas sjukdomsbilden av ihållande frossa och huvudvärk. Smittspridningen sker via lusbett och är således en form av blodsmitta.<sup>31</sup> Inkubationstiden ligger i allmänhet inom intervallet 5-15 dygn med ett snitt på åtta dagar.<sup>32</sup> Letalitetsgraden fluktuerar betänkligt och förefaller vara intimt sammankopplad med det allmänna näringsläget hos de drabbade individerna. I perioder av krig, kris och svält kan dödlighetsgraden nå svindlande nivåer på uppemot 60-70%, medan överlevnadsutsikten är betydligt bättre under mer gynnsamma förhållanden.<sup>33</sup>

### 3.4 Kikhosta

Kikhosta, även känd under den alternativa beteckningen pertussis, är en bakteriell och mycket smittosam sjukdom förorsakad av mikroorganismen *Bordella Pertussis*. Spridningen sker dels luftburet, men företrädesvis i form av en typ av droppsmitta i anslutning till de hostattacker som utgör en del av sjukdomsbilden.<sup>34</sup> Inkubationstiden är i normalfallet en till två veckor, men kan från fall till fall sträcka sig så långt som tre veckor.<sup>35</sup> Sjukdomsbilden präglas initialt av typiska förkylningssymptom med inslag av feber och hosta. Därefter följer en period kännetecknad av tilltagande och över tid allt intensivare episoder av hostattacker. Efter cirka två veckor går sjukdomen in i en ny fas och i samband med detta uppträder de för sjukdomen så karaktäristiska kikningarna. Detta stadiet utgör också det mest kritiska då kikningarna inte minst för små barn kan leda till betydande andningssvårigheter med syrebrist, vilket i förlängningen kan leda till medvetslöshet och i värsta fall döden. Över tid klingar sedermera hostattackerna av och hela

---

<sup>29</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om tyfoidfieber, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/tyfoidfieber/> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>30</sup> Persson 2001, s 208.

<sup>31</sup> Larsson 2006, s. 110.

<sup>32</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om lusburen återfallsfeber, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/lusburen-aterfallsfeber/> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>33</sup> Persson 2001, s. 209.

<sup>34</sup> Hardy A, "Whooping Cough" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993) s. 1094f.

<sup>35</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om kikhosta, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/kikhosta-/> (Hämtad 2023-05-23).

sjukdomsförloppet brukar i regel vara över inom en sexveckorsperiod. Efter genomgången infektion erhålls en långvarig immunitet på i genomsnitt cirka 15 år.<sup>36</sup>

Som framgår ovan så är kikhostan än idag och har inte minst historiskt varit en utpräglad barnsjukdom som i perioder slagit extremt hårt mot denna del av populationen. Exempelvis finns det uppskattningar om att så många som 43 000 barn kan ha avlidit till följd av kikhosta enbart i Sverige mellan åren 1749-1764.<sup>37</sup>

### 3.5 Kort om de undersökta församlingarna

Skepplanda församling är belägen vid Göta älv cirka 4 mil norr om Göteborg och hörde vid tiden för undersökningen till Älvsborgs län. År 1750 uppgick befolkningmängden till 1327 personer. Därefter sker en succesiv befolkningsökning fram till år 1800 då befolkningsnivån kulminerar på 2112 personer. Därefter dalar befolkningmängden något och år 1810 som markerar slutåret för föreliggande undersökning ligger befolkningsantalet på 1995 personer. För perioden som helhet ligger det genomsnittliga invånarantalet på 1659 personer.<sup>38</sup>

Starrkärr församling är belägen vid Göta älv cirka 30 kilometer norr om Göteborg och hörde vid 1700-talets mitt till Älvsborgs län. År 1750 uppgick befolkningmängden till 1076 personer och därefter genomgår församlingen en gradvis befolkningsökning som når sin kulmen år 1805 då befolkningen uppgår till 1447 personer. Vid undersökningens slut år 1810 uppgår befolkningmängden till 1422 personer. För perioden som helhet ligger den genomsnittliga befolkningmängden på 1237 personer.<sup>39</sup>

Agunnaryd församling är belägen i sydvästra Småland i närheten av Ljungby och tillhörde vid 1700-talets mitt Kronobergs län. År 1750 tangerade befolkningmängden 1155 individer och höll sig därefter relativt stabil fram till toppen nåddes år 1800 med 1250 personer. Vid tiden för undersökningens slut år 1810 uppgick den till 1217 personer och för perioden som helhet låg det genomsnittliga invånarantalet på 1210 personer.<sup>40</sup>

---

<sup>36</sup> Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om kikhosta, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/kikhosta/> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>37</sup> Persson 2001, s. 141f.

<sup>38</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Skepplanda församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>39</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Starrkärr församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>40</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Agunnaryd församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Frödinge församling är lokaliserat i östra Småland och tillhörde vid tiden för undersökningen Kalmar län. År 1750 uppgick befolkningmängden till 1098 personer. Därefter genomgick församlingen en gradvis befolkningsökning som når sin kulmen år 1810 då invånarantalet tangerar 1404 personer. Under åren 1750-1810 som helhet uppgick det genomsnittliga invånarantalet till 1198 personer.<sup>41</sup>

Kågeröd församling är beläget i västra Skåne och tillhörde vid 1700-talets mitt Malmöhus län. År 1750 tangerade befolkningen 1274 personer och genomgick därefter en gradvis tillväxt fram tills den nådde sin topp år 1810 med 1490 individer. För undersökningsperioden som helhet låg det genomsnittliga invånarantalet på 1218 personer.<sup>42</sup>

Hörby församling är beläget i centrala Skåne och hörde vid tiden för undersökningen till Malmöhus län. År 1750 uppgick invånarantalet till 1032 personer. Befolkningmängden når sin topp år 1805 med 1267 personer och år 1810 vid undersökningens slut uppgår befolkningmängden till 1242 personer. Sett över hela den undersökta perioden uppgår det genomsnittliga invånarantalet till 1140 individer.<sup>43</sup>

Sundborn församling är belägen i östra Dalarna och hörde vid 1700-talets mitt till Kopparberg län. År 1750 tangerade befolkningen 869 personer för att sedermera genomgå en gradvis befolkningsökning som kulminerar år 1805 då befolkningen når 1305 personer. År 1810, vid undersökningens slut, uppgick invånarantalet till 1273 individer. För perioden som helhet uppgår genomsnittet till 1003 personer.<sup>44</sup>

Venjan församling är belägen i centrala Dalarna och hörde vid tiden för undersökningen till Kopparberg län. År 1750 uppgick befolkningmängden till 698 personer. Därefter genomgår församlingen en succesiv befolkningsökning vilken når sin kulmen år 1810 då befolkningen uppgår till 1117 personer. Över perioden som helhet tangerar det genomsnittliga invånarantalet 844 personer.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningmängd 1750–1810, Frödinge församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>42</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningmängd 1750–1810, Kågeröd församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>43</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningmängd 1750–1810, Hörby församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>44</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningmängd 1750–1810, Sundborn församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

<sup>45</sup> Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningmängd 1750–1810, Venjan församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).



## 4. Metod och material

### 4.1 Källor och källkritik

Beträffande källmaterial så kommer undersökningsmaterialet huvudsakligen att utgöras av begravningslängder. Inom ramen för dessa kan information rörande de avlidnas kön, ålder, dödsdatum och inte minst dödsorsak erhållas, vilket av naturliga skäl är av särskilt intresse för en demografisk undersökning där sjukdomsincidens och dödlighet ska undersökas.<sup>46</sup> Begravningslängderna för de tilltänkta undersökningsorterna finns samtliga tillgängliga i form av digitaliserade fotokopior via den digitala resursen Arkiv digital.<sup>47</sup> Utöver begravningslängderna kommer också uppgifter från Tabellverket att nyttjas. Tabellverket inrättades år 1749 med syfte att på nationell nivå sammanställa statistik från den svenska kyrkobokföringen och utgjorde en tidigmodern föregångare till vad som sedermera skulle komma att utvecklas till dagens Statistiska Centralbyrån. Via denna resurs finns möjligheter att ända ner på församlingsbasis erhålla information om såväl mortalitet som befolkningens mängd, vilket gör Tabellverket till ett utmärkt komplement till begravningslängderna för att genomföra komparativa demografiska undersökningar under tidigmodern tid.<sup>48</sup> I likhet med begravningslängderna finns Tabellverket tillgängligt som digital resurs via sökverktyget ”Tabellverket på nätet”, tillhandahållen av Umeå universitet.<sup>49</sup>

Beträffande potentiella källkritiska dilemman man kan tänkas ställas inför så finns det ett antal faktorer värda att beakta när man arbetar med källmaterial av typen begravningslängder. Ett första och uppenbart sådant problem relaterar till diagnostiseringen av sjukdomarna och prästernas förmåga att ställa rätt diagnos och i förlängningen ange rätt dödsorsak i begravningslängderna. Beroende på den enskilde prästens medicinska kompetens och förmåga att ställa rätt diagnos föreligger en icke försumbar risk att fel dödsorsak nedtecknats i dödböckerna. Denna problematik är av naturliga skäl mycket förrädisk då felaktiga dödsnotiser innebär en risk att otillförlitliga uppgifter letar sig in i det statistiska underlaget för studien. Detta riskerar i förlängningen leda till att man drar långtgående slutsatser beträffande incidens och dödlighet utifrån ovederhäftiga uppgifter, vilket i slutändan riskerar att äventyra hela studiens kredibilitet. Detta gäller särskilt de notoriskt svårdiagnostiserade epidemiska febrarna som ofta tenderade att gömma sig bakom dunkla dödsnotiser likt ”feber”, ”hetsig feber”,

---

<sup>46</sup> Larsson 2006, s. 12f.

<sup>47</sup> Arkiv digital, <https://www.arkivdigital.se/> (Hämtad 2023-05-25).

<sup>48</sup> Larsson 2006, s. 1f.

<sup>49</sup> Tabellverket på nätet, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk> (Hämtad 2023-05-22).

”rötfeber”, ”huvudsot” och ”brännsjuka”.<sup>50</sup> Beträffande framförallt smittkopporna och rödsoten men även kikhostan förefaller denna problematik ha utgjort ett mindre bekymmer då dessa sjukdomars mycket karaktäristiska symptom gjorde dem lättare för prästerna att diagnosticera på ett stringent och konsekvent vis.<sup>51</sup> Ytterligare källkritiska problem man kan tänkas ställas inför relaterar till potentiellt bortfall av statistik där det till exempel saknas sidor i begravningslängderna. Hänsyn till detta har tagits vid rekognosceringen av källmaterial inför denna uppsats och dessbättre föreligger inte några bortfall av statistik för de tilltänkta undersökningsarterna under perioden 1750-1810. Ett sista källkritiskt dilemma som bör adresseras berör eventuella problem med transkribering av källmaterialet. När man arbetar med textmaterial från tidigmodern tid föreligger en mängd fallgropar som kan göra texten svårtydd och i värsta fall obegriplig. Bland potentiellt försvårande omständigheter som kan göra texten svårtranskriberad kan nämnas alltifrån att dokumenten kan vara i undermåligt skick till följd av skador eller långvarigt slitage och nednötning, till att enskilda skribenters handstil kan vara särskilt slarvig eller svårtydd. När man arbetar med digitaliserat material i fotoform tillkommer dessutom potentiella komplikationer relaterade till faktorer som exempelvis slarvigt tagna bilder och dålig ljussättning. Detta ställer följaktligen krav på minutiös noggrannhet vid transkriberingen av materialet som ligger till grund för uppsatsens statistiska underlag i syfte att minimera osystematiska fel som riskerar att underminera studiens framtida reliabilitet.<sup>52</sup>

Slutligen bör dock poängteras att ovan nämnda reservationer och brasklappar till trots så utgör de svenska begravningslängderna och Tabellverket ändå ett mycket gott källmaterial för att studera incidens och dödlighet i epidemiska sjukdomar under tidigmodern tid i Sverige. Implementeringen av 1686 års kyrkolag, vilken genom ett statligt dekret förpliktigade det svenska prästerskapet att föra befolkningsstatistik i kyrkobokföringen, i kombination med inrättandet av Tabellverket år 1749 som vid tiden för etableringen utgjorde en närmast världsunik institution för sammanställning av demografisk data på nationell nivå, gör att Sverige sett ur ett internationellt perspektiv förfogar över ett osedvanligt gott källmaterial för att genomföra demografiska undersökningar under den tidigmoderna perioden.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> Larsson 2006, s. 109f.

<sup>51</sup> Larsson 2006, s. 93. Persson 2001, s. 132f.

<sup>52</sup> Teorell, Jan & Svensson, Torsten, *Att fråga och att svara: samhällsvetenskaplig metod*, 1. uppl., Liber, Stockholm, 2007 s.55f.

<sup>53</sup> Persson 2001, s. 100ff.

## 4.2 Metod

Avseende metodologiskt förfarande så kommer inledningsvis kvantitativ metod att nyttjas för insamlande av data genom en noggrann genomgång av begravningslängderna där dödligheten i smittkoppor, rödsot, kikhosta och epidemiska febrar registreras på årsbasis för samtliga de undersökta församlingarna. Mer specifikt kommer varje enskilt dödsfall relaterade till de undersökta diagnoserna exciperas för varje enskilt år och undersökningssort. Utifrån dessa utdrag kommer sedermera en databas upprättas i Excel. Därefter kommer komparativ metod att nyttjas i syfte att undersöka och evaluera eventuella geografiska skillnader och mönster avseende incidens och dödlighet i de undersökta sjukdomarna över tid. Resultaten beträffande incidens kommer sedermera att presenteras tematiskt genom att följa den kronologiska ordning som frågeställningarna är rangerade efter under avsnittet ”Syftesformulering och frågeställningar”. Resultatutfallet som relaterar till incidens kommer att presenteras i form av stapeldiagram i syfte att på ett pedagogiskt vis synliggöra variationer och fluktuationer över tid. Statistiken över de undersökta sjukdomarnas andel av den totala dödligheten enskilt respektive sammantaget kommer att presenteras i form av summariska tabeller för att på ett enkelt och lättöverskådligt vis illustrera respektive diagnos andel av mortalitetstalen på respektive ort. Initialt analyseras incidens och dödlighet för varje enskild ort separat. Därefter slås de församlingar som tillhör samma miljö samman i syfte att erhålla ett medelvärde för respektive miljö (det vill säga de skånska församlingarna slås samman och de småländska och så vidare).

Beträffande metodologiska överväganden så bör också frågan om validitet adresseras. För att minimera risken för systematiska mätfel och säkerställa att undersökningen mäter det som eftersträvas krävs en god överensstämmelse mellan begreppsdefinition och operationalisering.<sup>54</sup> Detta säkerställs i föreliggande studie genom utformandet av de två tidigare nämnda undersökningsvariablerna *sjukdomsincidens* och *relativ dödlighet* i förhållande till total dödlighet. Genom att undersöka incidensen i de olika diagnoserna kommer vi därmed åt den första övergripande delen av syftet med studien, nämligen att utröna huruvida samhällen belägna längs Göta älv uppvisar en högre predisposition att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen lokaliserade i andra typer av miljöer. Mer konkret utförs detta genom att över tid jämföra den genomsnittliga utbrottsfrekvensen i respektive sjukdom i syfte att kunna utröna huruvida det de facto föreligger några geografiska diskrepanser. Den andra delen av det övergripande syftet som berör huruvida dödsfall i epidemiska sjukdomar utgör en

---

<sup>54</sup> Teorell & Svensson 2007, s. 55f. Esaiasson, Peter, Gilljam, Mikael, Oscarsson, Henrik, Towns, Ann E. & Wängnerud, Lena, *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Femte upplagan, Wolters Kluwer, Stockholm, 2017 s. 58f.

större andel av de totala dödsfallen i samhällen belägna längs betydelsefulla farleder likt Göta älv fångas i sin tur genom att antalet döda i epidemiska sjukdomar sätts i förhållande till den totala dödligheten på varje enskild ort. På så vis erhålls ett relativt dödlighetsmått vilket är att föredra vid komparativa demografiska studier. Detta då laborerande med absoluta tal riskerar att ge en förvrängd bild då små skillnader i exempelvis befolkningsmängd kan ge väldigt stora utslag när längre tidsperioder undersöks.

Ett par ord bör också avsättas för att diskutera den tidsmässiga avgränsningen och urvalet av diagnoser. Beträffande valet att förlägga undersökningsperioden till perioden 1750–1810 så motiveras denna avgränsning dels av inrättandet av Tabellverket 1749 vilket likt tidigare nämnts utgör en värdefull komplementär resurs till det huvudsakliga källmaterialet i form av begravningslängder.<sup>55</sup> Utöver detta så omfattar denna period dessutom två mycket omtalade krisperioder i svensk demografisk historia i form av perioderna 1772–1773 och 1808–1809. Krisåren 1772-1773 föranleddes företrädesvis av undermåliga skördar med efterföljande matbrist som följd, medan mortalitetskrisen 1808-1809 kan härledas till Finska krigets efterverkningar.<sup>56</sup> Beträffande valet av diagnoser så motiveras valet av smittkoppor, rödsot, epidemiska febrar och kikhosta utifrån det faktum att de tillhör de infektionssjukdomar som skördade flest liv i det tidigmoderna Sverige.<sup>57</sup> Sammantaget är förhoppningen att dödligheten i dessa fyra sjukdomar ska utgöra en god statistisk grund för att studera potentiella geografiska diskrepanser beträffande incidens och dödlighet i olika geografiska miljöer. Avseende de epidemiska febrarna bör kort nämnas att precis som framgick i samband med bakgrundsavsnittet så råder vissa oklarheter kring vilka av de stundtals mycket vaga dödsnotiserna som kan knytas till vad som inom den moderna läkarvetenskapen faller in under paraplybegreppet epidemisk feber. Jag har där beslutat mig för att inkludera diagnoserna ”feber”, ”hetsig feber”, ”brännsjuka”, ”huvudsot”, ”rötfeber” och ”fläckfeber” vilket motiveras utifrån det faktum att historikern Daniel Larsson gör gällande att dessa under tidigmodern var de vanligaste epiteten på vad som inom modern medicinsk terminologi avses med epidemisk feber.<sup>58</sup>

---

<sup>55</sup> Larsson 2006, s. 1ff. Persson 2001, s. 100f.

<sup>56</sup> Larsson 2006, s. 91f. Norman, Hans. "Svält och epidemier. Krisåren 1773 och 1808–1811 i Örebro, Stora Mellösa och Hällefors. Omfattning, dödsorsaker och demografiska följder." *Bebyggelsehistorisk tidskrift* 5 (1983): 5-20. s. 17.

<sup>57</sup> Larsson 2019, s. 409. Persson 2001, s. 141f.

<sup>58</sup> Larsson 2006, s. 109.

Avslutningsvis så bör också några ord avsättas för att adressera valet av undersökningsorter. Likt framgick i samband med inledningen så har åtta församlingar valts ut i form av dels Skepplanda och Starrkärr församling lokaliserade vid Göta älv, Agunnaryd och Frödinge församling lokaliserade i Småland, Kågeröd och Hörby församling lokaliserade i Skåne samt Sundborn och Venjan församling lokaliserade i Dalarna. Målet med denna geografiska spridning inkluderandes församlingar lokaliserade över stora delar av södra och mellersta Sverige syftar till att skapa en bred geografisk spännvidd, vilket i förlängningen förhoppningsvis ska utgöra en god utgångspunkt för att studera och blottlägga potentiella geografiska diskrepanser avseende predispositionen att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott. Att inkludera två församlingar i respektive miljö minskar dessutom risken för att någon av de undersökta församlingarna skulle utgöra någon form av statistisk outlier som riskerar att påverka studiens kredibilitet. Vid urvalet av orter har dessutom i den mån det varit möjligt en så likartad befolkningsstruktur som möjligt eftersträvat i syfte att förenkla och göra framtida jämförelser av resultatutfall så rättvisande som möjligt.

## 5. Teoretisk ansats och forskningsläge

### 5.1 Teori

Likt framgår av syftesformuleringen så utgår premissen för denna undersökning som bekant utifrån det presumtiva antagandet att samhällen lokaliserade vid framträdande farleder likt Göta älv över tid rimligen borde vara mer utsatta för epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av miljöer. En naturlig teoretisk utgångspunkt för föreliggande uppsats blir därför att dels knyta an till forskning som berör samband mellan framträdande vattenleder och en förhöjd incidens av epidemiska sjukdomsutbrott. Utöver detta så blir teoribildningar som relaterar till idéer om förhöjd smittspridning till följd av den ökade sociala rörlighet man kan förvänta sig vid en framträdande farled likt Göta älv av intresse. Utifrån denna infallsvinkel så utgör begreppet *social dissaray* myntat av den brittiske historikern John D. Post en god teoretisk utgångspunkt. I artikeln ”*The mortality crises of the Early 1770s and European Demographic Trends*” argumenterar Post för att social dissaray eller ”social oordning” i form av faktorer som arbetsmigration, lösdriveri och tiggare i kombination med en ineffektiv statsapparat oförmögen att på ett effektivt sätt hantera denna typ av problematik bör tillskrivas en avgörande betydelse för förhöjd incidens av epidemiska sjukdomsutbrott.<sup>59</sup> Posts teori utgör således en utmärkt

---

<sup>59</sup> Post, John D. ”*The mortality crises of the early 1770s and European demographic trends.*” *The Journal of interdisciplinary history* 21.1 (1990): 29–62. s. 61f.

teoretisk utgångspunkt då den relaterar väl till den hypotes som ligger till grund för denna uppsats. Det får trots allt anses vara ett plausibelt antagande att fenomen som lösdriveri, tiggeri och arbetsmigranter rimligtvis bör ha varit mer frekvent förekommande i samhällen belägna längs prominenta farleder likt Göta älv, än i andra typer av geografiska miljöer. En förhöjd incidens av epidemiska sjukdomsutbrott i samhällena belägna längs Göta älv i förhållande till de övriga undersökta miljöerna torde därför ge ökat stöd för Posts teori beträffande att *social dissaray* bör tillskrivas centralt förklaringsvärde vid förhöjd frekvens och dödlighet i epidemiska sjukdomar. Intressant att notera är också att Post i samband med framförandet av sin tes rörande social oordnings centrala betydelse vid förhöjd incidens och dödlighet i epidemiska sjukdomar tonar ned betydelsen av nedsatt motståndskraft till följd av försämrat näringsläge. Just näringsbrist i samband med perioder av matbrist och försörjningskriser har annars traditionellt lyfts som den troligaste förklaringsmodellen till episoder av förhöjd incidens och dödlighet.<sup>60</sup>

Ytterligare teoretisk inspiration står att finna i artikeln "*Navigable rivers facilitated the spread and recurrence of plague in pre-industrial Europe*". Yue et.al påvisar inom ramen för denna artikel att det föreligger en positiv korrelation mellan navigerbara floder och återkommande utbrott av pest. Genom en undersökning av 5559 bekräftade pestutbrott i Europa under perioden 1347-1760 gör de gällande att 95,5 procent av dessa utbrott ägde rum inom en radie av 10 kilometer från navigerbara floder.<sup>61</sup> Vidare gör de gällande att det förelåg en positiv korrelation mellan antal registrerade utbrott och flodens bredd. Utöver detta indikerade studien dessutom en negativ korrelation mellan pestutbrott och tilltagande avstånd till närmaste navigerbara flod.<sup>62</sup> Det ska dock betonas att denna studie inte innefattar några svenska observationer och att den likt titeln indikerar endast behandlar pestrelaterade utbrott. Oaktat detta faktum så utgör resultaten från denna studie ändå indicier väl värda att beakta inför förestående undersökning då en förhöjd incidens av epidemiska sjukdomsutbrott i samhällena belägna längs Göta älv skulle indikera dels att slutsatserna från Yue et.al inte är begränsade till enbart pest utan också kan utsträckas till att inkludera andra typer av diagnoser, men också att resultaten från denna studie i så fall är tillämpbara även i en svensk kontext under tidigmodern tid.

---

<sup>60</sup> Post 1990, s. 61f.

<sup>61</sup> Yue, Ricci PH, Harry F. Lee, and Connor YH Wu. "Navigable rivers facilitated the spread and recurrence of plague in pre-industrial Europe." *Scientific Reports* 6.1 (2016): s. 1f.

<sup>62</sup> Yue et.al 2016, s. 1f.

## 5.2 Forskningsläge

Så vad har då tidigare forskning att säga beträffande den geografiska komponentens betydelse för samhällets predisposition att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott? Likt framgår av inledningen så tycks det föreligga lite av en forskningslucka på detta område. Kartläggningar av epidemiska sjukdomar har förvisso avhandlats flitigt inom en mängd vetenskapliga arbeten, men fokus har ofta legat på en enskild diagnos och den geografiska komponenten har inte sällan fått agera bisats. Med detta sagt finns det ett antal vetenskapliga alster som i varierande grad knyter an till det tilltänkta undersökningsområdet. Som framgått av såväl syftesformuleringen som i samband med den metodologiska diskussionen så utgör incidens och dödlighet två centrala teoretiska begrepp för att kunna besvara det övergripande syftet med denna undersökning. Förutom fokus på den forskning som berör geografiska variationer rörande de tilltänkta undersökningsdiagnoserna blir därför alster som relaterar till *incidens* och *dödlighet* i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber och kikhosta särskilt intressanta att studera närmre. Avseende forskningsöversiktens disposition tänker jag mig ett pedagogiskt upplägg med en tematisk struktur där forskningsläget rörande rödsot, smittkoppor, epidemisk feber respektive kikhosta avhandlas i tur och ordning.

Tar vi så avstamp i rödsotens geografiska variationer så har historikern Helen Castenbrandt i en kartläggning av rödsotens utbredning i Sverige under perioden 1750-1900 slagit fast att det förelåg betydande geografiska variationer, där vissa regioner drabbades avsevärt hårdare än andra. Jönköping, Kopparberg, Skaraborg, Värmland och Älvsborgs län lyfts fram som exempel på regioner som drabbats särdeles hårt av rödsotsutbrott avseende såväl utbrottsfrekvens som dödlighetsnivåer.<sup>63</sup> Castenbrandt gör dock gällande att det är svårt att urskilja någon specifik faktor som enskilt kan tillskrivas högre förklaringsvärde än någon annan när det kommer till förhöjd risk för ett samhälle att drabbas av rödsotsutbrott.<sup>64</sup> Hon hävdar vidare att det inte föreligger något entydigt samband mellan fenomen som närhet till landsvägsnätet eller vattenleder och en ökad benägenhet för samhällen att drabbas av rödsotsutbrott.<sup>65</sup> Inte heller befolkningstäthet förefaller ha varit en säker indikator på en förhöjd risk att drabbas av rödsotsutbrott. Detta illustreras på ett tydligt sätt då Castenbrandt lyfter fram att bland de regioner som klarade sig lindrigast undan rödsotsutbrott under perioden 1750-1900 återfinns ett brett spektrum av områden som inkluderar alltifrån glest befolkade norrlandslän med låg befolkningsdensitet, till tätbefolkade områden i mellersta och södra Sverige som

---

<sup>63</sup> Castenbrandt 2012, s. 195f.

<sup>64</sup> Castenbrandt 2012, s. 195f.

<sup>65</sup> Castenbrandt 2012, s. 195f, 200.

exempelvis Malmöhus län och Stockholms län.<sup>66</sup> Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att Castenbrandt konstaterar att det föreligger betydande geografiska variationer när det kommer till rödsotens utbredning och med vilken intensitet den uppträder, men hon förmår inte blottlägga någon enskild faktor som på ett tydligt vis kan sägas äga större förklaringsvärde till varför dessa variationer uppstod. Här föreligger således en tydlig diskrepans till den hypotes som ligger till grund för denna uppsats vilken gör gällande att samhällen lokaliserade vid framträdande farleder likt Göta älv över tid rimligen borde löpa större risk att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott, än samhällen belägna i andra typer av miljöer. Detta motsatsförhållande utgör därmed en god utgångspunkt att kontrastera det kommande resultatutfallet mot för att testa ovan nämnda hypotes bärighet.

Riktat vi sedan om strålkastarljuset och fokuserar på incidens och dödlighet så argumenterar historikern Daniel Larsson för att rödsoten uppträder med närmast endemisk karaktär under stora delar av tidigmodern tid.<sup>67</sup> Detta leds i bevis bland annat genom att han kunnat påvisa att rödsot förekommer som dödsnotis under sammanlagt 97 av 118 år i Dalarna län under perioden 1749-1867.<sup>68</sup> Vidare tillskriver Larsson näringsläget central betydelse för dödligheten i rödsot och argumenterar för att rödsoten under vissa premisser i samband med ansträngt näringsläge till följd av missväxtår kunde anta epidemiska proportioner med kraftigt förhöjd dödlighet som följd. Som exempel på detta lyfts krisåren 1772-1773 där en signifikant förhöjd dödlighet i rödsot detekterats på nationell nivå till följd av undermåliga skördar.<sup>69</sup> Ytterligare ett exempel på en historiker som kopplar samman näringsläge och dödlighetsnivåer i rödsot är historikern Bodil Persson. I likhet med Larsson gör hon gällande att rödsoten ofta uppträdde endemiskt under tidigmodern tid, men att den under vissa omständigheter kunde blossa upp och anta epidemiska proportioner.<sup>70</sup> Det faktum att såväl Larsson som Persson kopplar samman intensifierad incidens och förhöjd dödlighet i rödsot med ett ansträngt näringsläge utgör också det en intressant utgångspunkt att ta spjärn emot och kontrastera mot resultaten från den kommande undersökningen.

Avseende smittkoppornas geografiska spridningsmönster så är forskningsrönen något motstridiga. Ett exempel på en historiker som berört smittkoppornas spridningsmönster utgörs av den finländske historikern Eino Jutikkala som studerat smittkoppornas utbredning i Finland

---

<sup>66</sup> Castenbrandt 2012, s. 195f.

<sup>67</sup> Larsson 2006, s. 105ff.

<sup>68</sup> Larsson 2006, s. 105ff.

<sup>69</sup> Larsson 2006, s. 105ff.

<sup>70</sup> Persson 2001, s. 145.



på församlingsnivå under perioden 1761-1799. Jutikkala lyckas inom ramen för denna studie inte fastlägga några tydliga generella spridningsmönster.<sup>71</sup> I kontrast till detta kan historikern Peter Skölds alster nämnas då han inom ramen för sin avhandling ”*The two faces of smallpox: a disease and its prevention in eighteenth- and nineteenth-century Sweden*” kunnat påvisa att det för svenskt vidkommande går att skönja såväl regionala som lokala skillnader avseende incidens och dödlighet i smittkoppor under 1700-talets senare hälft. Med utgångspunkt i en fallstudie av Uppsala län under perioden 1774-1810 kopplar Sköld samman fenomen som befolkningsdensitet, gruvbrytning och inte minst närhet till landsvägsnätet som bidragande faktorer till en förhöjd incidens och mortalitet i smittkoppor.<sup>72</sup>

Beträffande smittkopsincidensen för riket som helhet under tidigmodern tid så gör Larsson gällande att smittkoppsepidemier bröt ut i genomsnitt vart femte till vart sjunde år.<sup>73</sup> Som kontrast till denna uppskattning bör Perssons observationer av smittkoppsepidemier i ett antal sydsvenska församlingar under perioden 1690-1718 nämnas. Hon förfäktar att när ett smittkoppsutbrott väl etablerat sig och fått fäste i ett område så var det inte sällan mer regel än undantag att kopporna bet sig fast och cirkulerade mellan angränsande församlingar, alternativt att de strax efter att ett utbrott till synes bedarrat och börjat ebba ut plötsligt blossade upp och började grassera ånyo.<sup>74</sup> Persson betonar vidare det faktum att smittkopporna var en utpräglad barnsjukdom som en viktig faktor till att spridningen tenderade att arta sig på detta vis och argumenterar för att givet att det över tid fanns en tillräckligt stor mängd unga barn som ännu inte genomlidit sjukdomen och därmed erhållit den livslånga immunitet som följer av genomgången infektion, så kunde smittkoppsutbrott bli mycket seglivade och långdragna företeelser.<sup>75</sup> Här föreligger följaktligen en tydlig åsiktsskiljaktighet mellan Larsson och Persson avseende smittkoppornas generella incidensnivå där Larsson med sin uppskattade utbrottsfrekvens om vart femte till vart sjunde år får sägas stå för en betydligt mer moderat linje än Persson som gör gällande att det inte hörde till ovanligheterna med smittkoppsutbrott som bet sig fast och flammade upp med jämna mellanrum under flertalet år. Givet denna meningsmotsättning så utgör denna diskrepans således ytterligare ett exempel som kommer vara av intresse att pröva mot det framtida resultatutfallet för denna studie.

---

<sup>71</sup> Jutikkala, E. (1988). Spridningsmönstren hos smittkopporna under andra hälften av 1700-talet i Finland. Festskrift til Kristof Glamann. Odense, (213-33.) s. 230ff.

<sup>72</sup> Sköld 1996, s. 159.

<sup>73</sup> Larsson 2006, s. 103.

<sup>74</sup> Persson 2001, s. 134f.

<sup>75</sup> Persson 2001, s. 135ff.

Vidare till de epidemiska febrarna så är utbredningen desto mer svårfångad. Detta relaterar inte minst till det faktum att denna sjukdomskategori likt diskuterats i samband med bakgrundsavsnittet och metodavsnittet var notoriskt svårdiagnosticerad. Vad gäller incidensen av epidemisk feber kan dock nämnas att Larsson observerat att dödsnotisen ”brännsjuka” förekommer under ett 40-tal år mellan år 1700-1775 i församlingarna Lima och Transtrand i Dalarna län. Detta skulle motsvara en incidens motsvarande var 23:e månad och att epidemisk feber därmed grasserade dessa församlingar lite mer än vartannat år i genomsnitt.<sup>76</sup> Larsson betonar emellertid att det som inom modern läkarvetenskap faller in under samlingsnamnet epidemisk feber under 1700-talet doldes bakom högst nebulösa dödsnotiser likt ”hetsig feber”, ”fläckfeber”, ”brännsjuka” och ”rötfeber”.<sup>77</sup> Även Persson lyfter det faktum att det råder stor osäkerhet huruvida det enkom är epidemisk feber i modern mening (det vill säga tyfoidfieber, fläckfeber och återfallsfeber) som döljer sig bakom diffusa diagnoser likt ”brännsjuka”, ”hetsig feber” och ”rötfeber”.<sup>78</sup> Givet denna diagnostiska problematik föreligger det således en reell risk att det bakom dessa vaga dödsnotiser eventuellt skulle kunna dölja sig ett stort mörkertal med dödsfall som inte nödvändigtvis är kopplade till vad vi inom modern medicinsk nomenklatur avser med epidemisk feber. Givet detta faktum betonar Larsson att särskild reservation bör iakttas och att osäkerheten är att betrakta som extra påtaglig i samband med de år då endast något enstaka dödsfall i epidemisk feber rapporterats.<sup>79</sup> Avslutningsvis bör också nämnas att liksom var fallet med rödsoten så kopplar såväl Larsson som Persson ihop intensifierad incidens och förhöjd dödlighet i epidemisk feber med faktorer som kris, krig, missväxt och näringsbrist.<sup>80</sup>

Avseende kikhostans utbredning under tidigmodern tid så förefaller forskningsläget förhållandevis skralt. En av få som berört frågan i mer detalj är historikern Bodil Persson som i en fallstudie av sex sydsvenska församlingar under perioden 1690-1718 detekterat kikhosta bland dödsrubriceringarna under sammanlagt 13 år.<sup>81</sup> Detta skulle motsvara en genomsnittlig utbrottfrekvens motsvarande var 27:e månad eller lite drygt vartannat år. Här ska dock poängteras att denna siffra inkluderar dödsfall i kikhosta för alla sex församlingarna sammantaget. Den genomsnittliga incidensen för de enskilda församlingarna separat torde därför rimligtvis vara betydligt lägre. Det faktum att denna siffra berör incidensen för samtliga

---

<sup>76</sup> Larsson 2006, s. 113.

<sup>77</sup> Larsson 2006, s. 109.

<sup>78</sup> Larsson 2006, 109f. Persson 2001, 207f.

<sup>79</sup> Larsson 2006, s. 113.

<sup>80</sup> Larsson 2006, s. 109. Persson 2001, s. 208f.

<sup>81</sup> Persson 2001, s. 142f.

dessa församlingar sammantaget får naturligtvis till följd att en direkt jämförelse med enskilda församlingar i ett framtida resultatutfall blir problematisk, men den kan åtminstone fungera som en indikation beträffande incidensen i kikhosta. Värt att notera är också att Persson precis som med rödsoten och de epidemiska febrarna anför att kikhostan hör till de farsoter där näringsläget påverkar dödlighetsgraden.<sup>82</sup>

## 6. Resultatredovisning

Med utgångspunkt i syftesformuleringen och de konkretiserade frågeställningarna så kommer resultatutfallet att redovisas över de närmast löpande sidorna. Avseende disposition så kommer resultatredovisningen ske kronologiskt genom att följa den turordning utefter vilken frågeställningarna formulerats under avsnittet ”Syftesformulering och frågeställningar”.

Som läsare är det värt att notera att det under resultatdelen figurerar både absoluta och relativa tal. Med absoluta tal avses stycken där det faktiska antalet av något redovisas. Det kan exempelvis utgöras av antal döda i en viss sjukdom eller antal utbrott över en viss tidsperiod. Med relativa tal avses istället partier där en siffra sätts i förhållande till en annan. Det kan till exempel röra sig om antal döda i en viss diagnos i förhållande till det totala antalet dödsfall eller genomsnittlig utbrottsfrekvens över tid.

### 6.1 Sjukdomsincidens i rödsot 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling

Likt framgår av diagrammet nedan var rödsotsutbrott en frekvent återkommande företeelse i Skepplanda församling under perioden 1750-1810. Inom ramen för undersökningsåren förekommer rödsot som dödsorsak bland dödsnotiserna under sammantaget 22 år av de 61 år undersökningen innefattar. Detta resulterar i en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 33:e månad. Följaktligen härjades Skepplanda av rödsot lite mer än vart tredje år. Dödsfallen är dock inte jämnt fördelade över den undersökta perioden och vid närmare skärskådan framträder ett mönster där sjukdomen tidvis antagit förhållandevis modesta proportioner, för att emellanåt flamma upp och härja församlingen betydligt hårdare och under vissa perioder vara i stort sett frånvarande som dödsorsak. Exempelvis framgår av diagrammet nedan att under åren 1750-1765 så förekommer rödsot som dödsorsak under fyra av sammanlagt 16 år. Därefter följer en intensiv period mellan 1766-1783 då dödsfall i rödsot detekteras under 12 av 18 år. Denna period följs sedan av en mycket lugn episod åren 1784-1805 där enbart ett enskilt

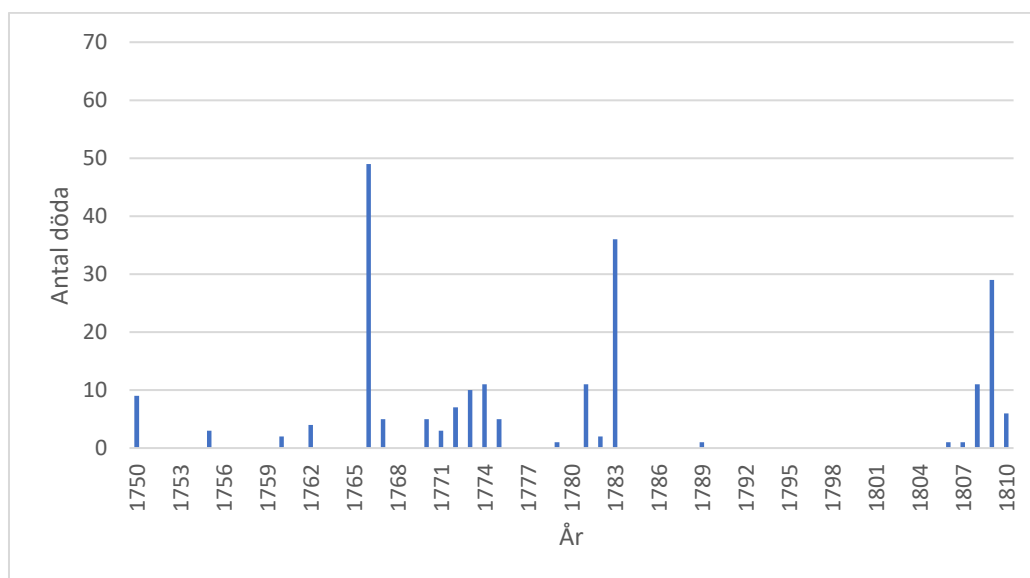
---

<sup>82</sup> Persson 2001, s. 142f.

dödsfall registreras år 1789. Med start år 1806 följer ytterligare en intensiv period där rödsot detekteras under samtliga kvarvarande fem år fram till undersökningens avslutning år 1810. Värda att notera är också de tre dödlighetstopparna år 1766, 1783 och 1809 med 49, 36 respektive 29 detekterade dödsfall i rödsot.

Sammanfattningsvis kan vi således slå fast att rödsoten grasserade i Skepplanda församling i genomsnitt var 33:e månad. Vid en närmare analys framgår dock att dödsnotiserna i rödsot i huvudsak är koncentrerade till två urskiljbara perioder i form av åren 1766-1783 samt 1806-1810. Inom ramen för dessa båda tidsperioder förekommer dödlighet i rödsot under sammantaget 17 av 23 år, motsvarande var 16:e månad. Beaktansvärt är också att åtminstone en av de tre dödlighetstopparna i form av år 1809 med 29 registrerade dödsfall infaller i samband med den uppmärksamade försörjningskrisen år 1808-1809.<sup>83</sup>

**Diagram 1.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810



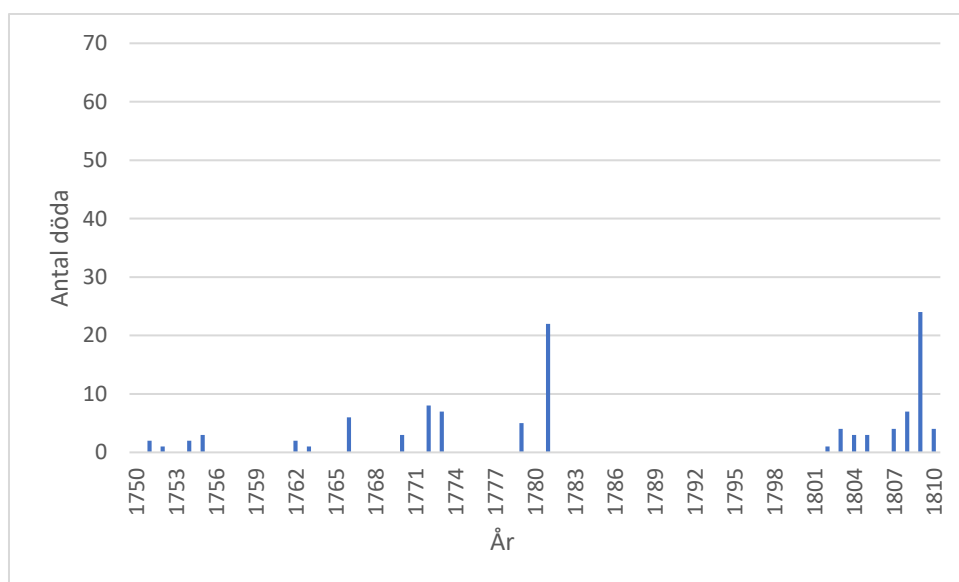
*Källa: Skepplanda församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4, C:5. N: 212*

Beträffande rödsotens utbredning i Starrkärr församling så förefaller det i likhet med Skepplanda församling ha varit ett frekvent återkommande fenomen. Likt framgår av diagrammet nedan förekommer rödsot bland dödsnotiserna under sammantaget 20 av de 61 år undersökningen omfattar. Detta motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 36:e månad. Med andra ord drabbades Starrkärr församling av rödsotsutbrott vart tredje år under

<sup>83</sup> Norman 1983, s. 17.

perioden 1750-1810. Noterbart är också att inte heller i Starrkärr så är dödligheten i rödsot jämnt fördelad över tid. Vid närmare skärskådan framgår att under perioden 1750-1781 förekommer rödsot som dödsorsak under sammanlagt 12 av 32 år vilket medför en genomsnittlig utbrottsfrekvens som ligger relativt väl i linje med perioden som helhet. Därefter är rödsot helt frånvarande som dödsorsak i Starrkärr församling under 20 år fram till år 1802. I och med utbrottet 1802 sker ett tydligt trendbrott där dödsfall i rödsot registreras under sammanlagt åtta av nio år under perioden 1802-1810. Beaktansvärda är också de dödlighetstoppar som inträffar 1781 och 1809 med 22 respektive 24 registrerade dödsfall i rödsot. Även i Starrkärr infaller således en av dödlighetstopparna i anslutning till uppmärksammade krisår.<sup>84</sup>

**Diagram 2.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810



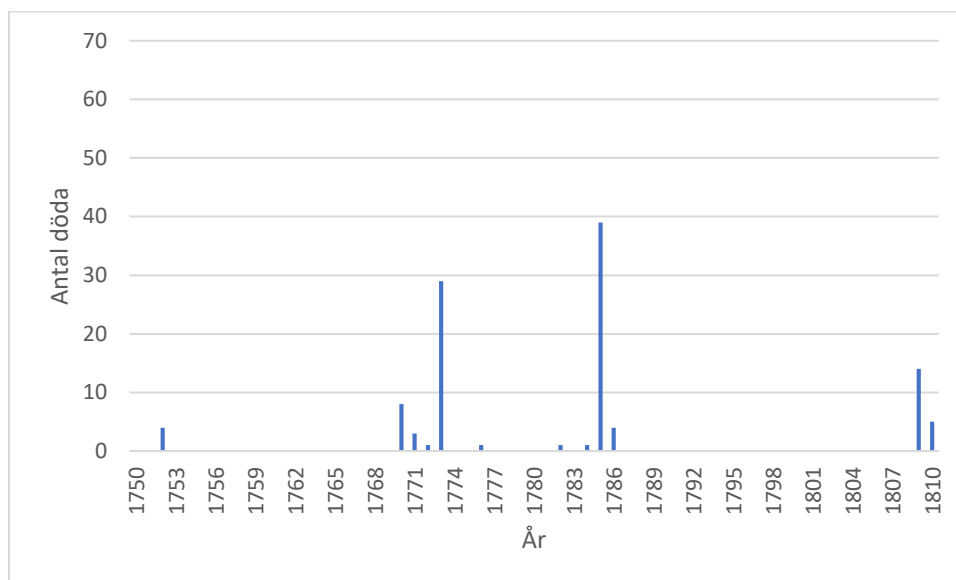
*Källa: Starrkärr församling död och begravningsböcker. Serie C:1, C:3, C:4. N: 112*

Vad gäller rödsotens förekomst i Agunnaryd församling så förfaller den ha varit mer sporadiskt förekommande. Likt framgår av diagrammet nedan så förekommer dödsfall i rödsot under sammanlagt tolv av 61 undersökta år under perioden 1750-1810. Detta motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens ekvivalent till var 61:a månad. Agunnaryd församling drabbades följaktligen av rödsotsutbrott lite drygt vart femte år i genomsnitt. Värt att notera är de tre dödlighetstopparna år 1773, 1785 och 1809 med 29, 39 respektive 14 registrerade dödsfall i

<sup>84</sup> Norman 1983, s. 17.

rödsot. Åtminstone två av dessa dödlighetstoppar i form av år 1773 och år 1809 infaller i anslutning till två allmänt etablerade försörjningskriser i svensk historia i form av krisåren 1772-1773 och 1808-1809.<sup>85</sup>

**Diagram 3.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810



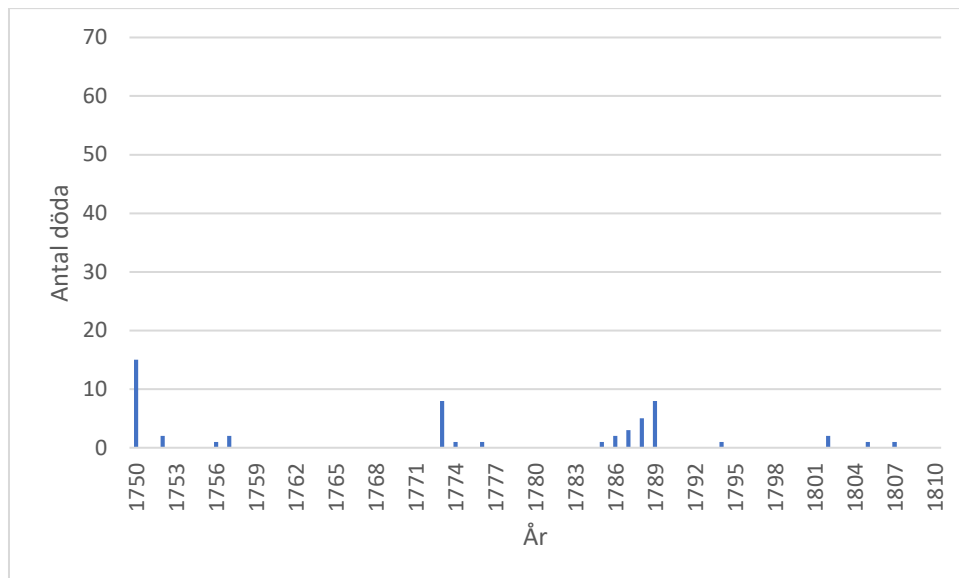
*Källa: Agunnaryd församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4. N: 110*

Avseende rödsotens utbredning i Frödinge församling under perioden 1750-1810 förefaller den ha tagit sig förhållandevis modesta proportioner. Rödsot förekommer som dödsorsak under sammantaget 16 av de 61 undersökta åren. Detta motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 46:e månad och Frödinge församling drabbades följaktligen av rödsotsutbrott nästintill vart fjärde år inom ramen för den undersökta perioden. Noterbar är dödlighetstoppen år 1750 då elva personer med dödsorsaken rödsot detekterats i begravningslängden. Värt att notera är också att även i Frödinge församling tillhör år 1773 de hårdast drabbade åren med åtta registrerade dödsfall, vilket ligger väl i linje med Larssons observationer som gör gällande att krisåren 1772-1773 förorsakade särskilt svåra rödsotsutbrott.<sup>86</sup>

<sup>85</sup> Larsson 2006, 108. Norman 1983, s. 17.

<sup>86</sup> Larsson 2006, s. 108.

**Diagram 4.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810

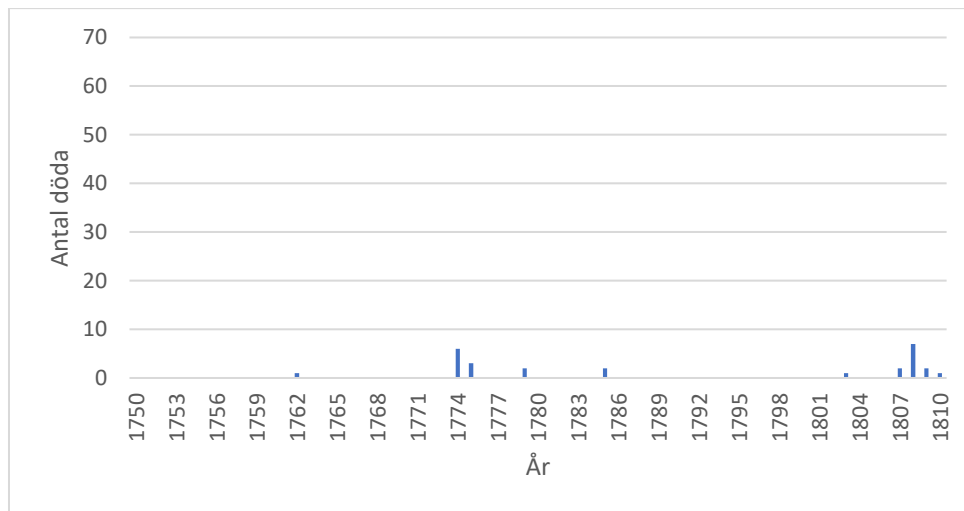


*Källa: Frödinge församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3. N: 54*

Avseende rödsotens uppträdande i Kågeröd församling under perioden 1750-1810 så förefaller det ha varit en i förhållandevis ovanlig förekomst. Likt framgår av diagrammet nedan så är rödsot registrerad som dödsorsak under sammantaget tio av de 61 undersökta åren, vilket motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 73:e månad. Rödsoten grasserade således Kågeröd församling lite drygt vart sjunde år. Bland de tio år där rödsot återfinns som dödsorsak skiljer år 1774 och 1809 ut sig med sex respektive sju registrerade dödsfall. Det är således svårt att tala om några direkta dödlighetstoppar i Kågeröds fall, men det är ändå värt att notera att också här inträffar flest antal dödsfall i nära anslutning till de tidigare uppmärksammade krisåren 1772-1773 respektive 1808-1809.<sup>87</sup>

<sup>87</sup> Larsson 2006, s. 108. Norman 1983, s. 17.

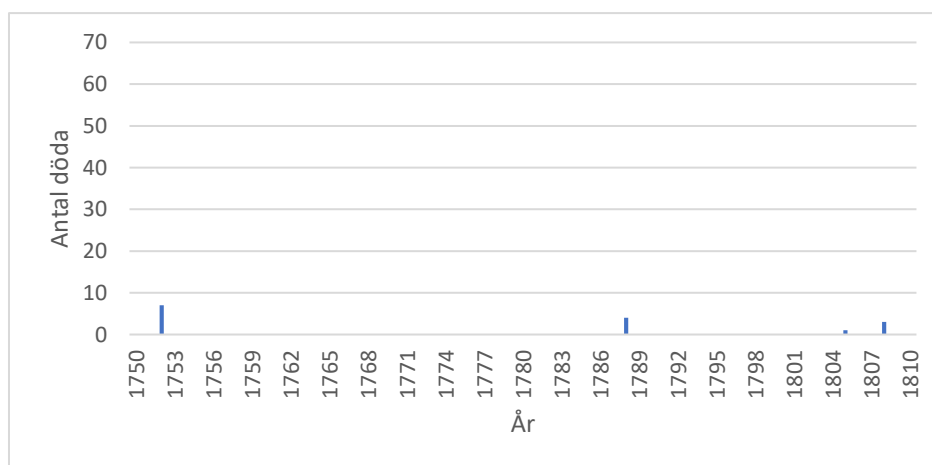
**Diagram 5.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810



*Källa: Kågeröd församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3, CI:4. N: 27*

Vad rödsotens utbredning i Hörby församling anbelangar så förefaller det ha varit en mycket ovanlig förekomst under perioden 1750-1810. Likt illustreras av diagrammet nedan förekommer dödsfall i rödsot under sammantaget fyra av de 61 år som är föremål för undersökning. Detta ger vid handen en genomsnittlig utbrottsfrekvens på var 183:e månad och Hörby församling drabbades följaktligen av rödsotsutbrott med lite drygt 15 års intervall. I likhet med Kågeröd församling så är det följaktligen även i Hörbys fall svårt att tala om några egentliga dödlighetstoppar eller tydliga mönster med förhöjd dödlighet.

**Diagram 6.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810

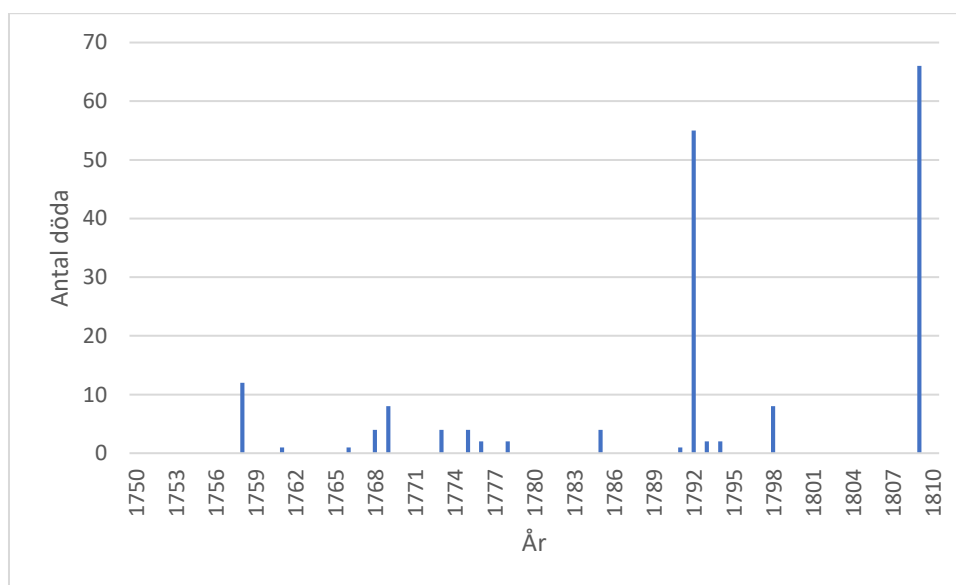


*Källa: Hörby församling död och begravningsböcker. Serie CI:3, CI:4. N: 15*



Beträffande rödsotens utbredning i Sundborn församling under perioden 1750-1810 så finns rödsot registrerad som dödsorsak under sammanlagt 16 av de 61 undersökta åren, vilket motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens på var 46:e månad. Sundborn församling drabbades således av rödsotsutbrott med cirka tre och ett halvt års intervall i genomsnitt. Givet den förhållandevis moderata utbrottsfrekvensen kan Sundborn sålunda förefalla ha varit förhållandevis lindrigt drabbat av rödsotsutbrott. Vid en närmare analys av de båda dödlighetstopparna år 1792 och 1809 utkristalliserar sig dock en annan bild som vittnar om att Sundborn tvärtom tycks ha drabbats särdeles hårt av rödsotsutbrott. Likt illustreras av diagrammet nedan avlider hela 55 personer i rödsot år 1792. Detta trumfas i sin tur av år 1809 med 66 detekterade fall av rödsot i dödsnotiserna. Värt att notera är också att denna dödlighetstopp infaller i samband med tidigare diskuterade krisår 1808-1809.<sup>88</sup>

**Diagram 7.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810



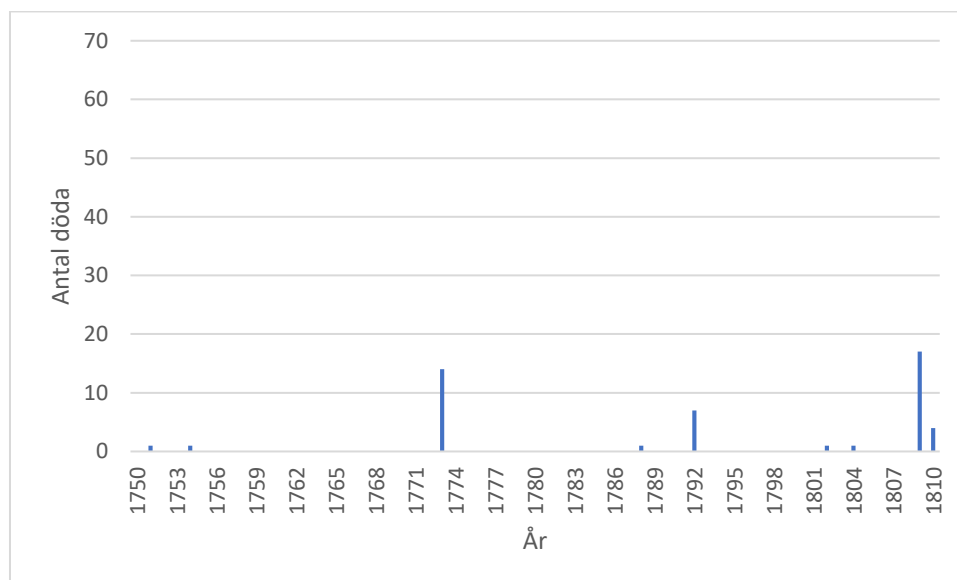
*Källa: Sundborn församling död och begravningsböcker. Serie F:2, F:3, F:4. N: 176*

Rörande rödsotens närvaro i Venjan församling under perioden 1750-1810 så finns rödsot registrerat som dödsorsak under sammanlagt nio av de 61 år som omfattas av undersökningen. Detta medför en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 81:a månad. Beaktansvärt är att i likhet med ett flertal av de föregående undersökta församlingarna så inträffar dödlighetstopparna även i Venjan församling i anslutning till krisåren 1772-1773 och 1808-

<sup>88</sup> Norman 1983, s. 17.

1809 med 14 avlidna 1773 och 17 avlidna 1809. Detta ligger således väl i linje med Larssons och Normans observationer rörande förhöjd dödlighet i rödsot i samband med krisåren 1772-1773 och 1808-1809.<sup>89</sup>

**Diagram 8.** Antal döda med diagnosen rödsot i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810



Källa: Venjan församling död och begravningsböcker. Serie F:1, F:2, F:3. N: 47

## Konklusion:

Sätter vi så de undersökta församlingarna i komparation till varandra så finner vi att incidensen i rödsot skiljer sig åt markant orterna emellan. Högst incidens uppvisar Skepplanda församling med en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 33:e månad följt av Starrkärr på var 36:e månad. Därefter följer i fallande ordning Frödinge, Sundborn, Agunnaryd, Kågeröd och slutligen Hörby församling med utbrott i genomsnitt var 46:e, 46:e, 61:a, 73:e och 183:e månad. Slår vi sedan samman församlingarna belägna längs Göta älv uppvisar de ett snitt på rödsotsutbrott var 35:e månad. För församlingarna belägna i Småland blir motsvarande siffra var 54:e månad och för de skånska församlingarna landar den genomsnittliga utbrottsfrekvensen på var 128:e månad. För församlingarna belägna i Dalarna landar den genomsnittliga utbrottsfrekvensen på var 64:e månad. Risken att drabbas av rödsotsutbrott i församlingarna belägna längs Göta älv är följaktligen cirka 54 procent högre än för samhällena belägna i Småland och cirka 83 procent högre än samhällena belägna i Dalarna. I jämförelse med de skånska församlingarna är

<sup>89</sup> Larsson 2006, s. 108. Norman 1983, s. 17.

diskrepansen än mer påtaglig där risken att drabbas av rödsotsutbrott är cirka 266 procent högre för samhällena belägna längs Göta älv.

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att sjukdomsincidensen i rödsot under perioden 1750-1810 är klart högre i församlingarna belägna längs med Göta älv med utbrott i genomsnitt var 35:e månad i jämförelse med de småländska, dalska och skånska församlingarnas snitt om var 54:e, 64:e respektive 128:e månad. Detta resultat ligger således väl i linje med den hypotes som formulerats vilken gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering längs Göta älv rimligen borde varit hårdare drabbade av epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av miljöer.

#### 6.2 Sjukdomsincidens i smittkoppor 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling

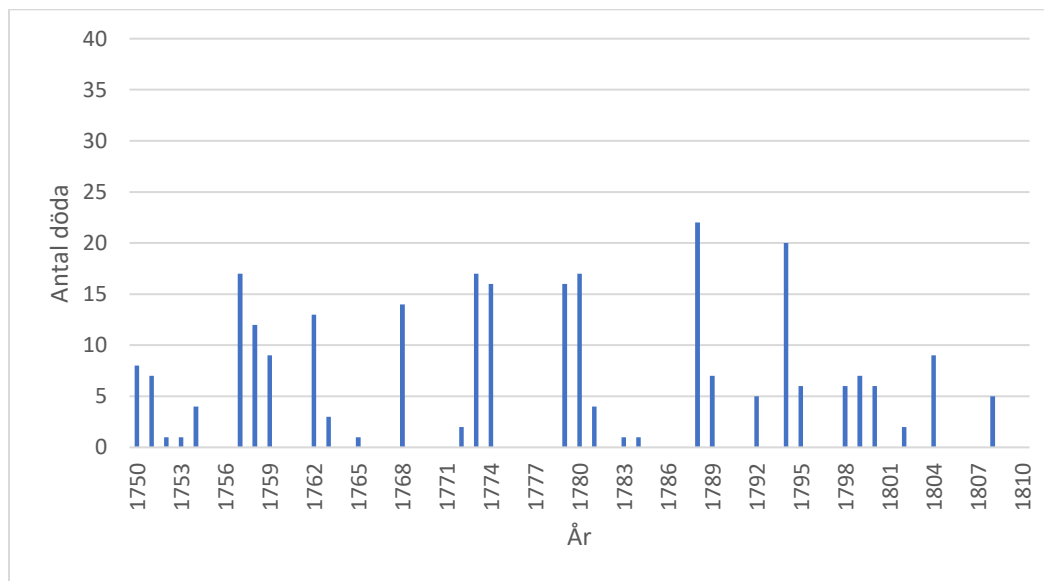
Avseende smittkoppornas utbredning i Skepplanda församling så förefaller de ha varit en frekvent återkommande företeelse under perioden 1750-1810. Likt illustreras av diagrammet nedan drabbades Skepplanda av smittkoppsutbrott under sammanlagt 31 av de 61 år undersökningen omfattar vilket genererar en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 24:e månad. Med andra ord härjades Skepplanda församling av smittkoppsutbrott i genomsnitt vartannat år. Det är följaktligen påtagligt mer frekvent än det genomsnitt om vart femte till vart sjunde år som Larsson anger som normalvärde för Sverige som helhet under 1700-talet.<sup>90</sup> Mönstret i Skepplanda församling ligger mer i linje med Perssons position vilken gör gällande att smittkoppsutbrott ofta var segdragna företeelser som inte sällan tenderade att florerat ett antal år när de väl fått fäste i ett samhälle.<sup>91</sup> Av de totalt 31 åren med registrerad dödlighet i smittkoppor i Skepplanda församling återfinns tolv stycken inom spannet 1-5 döda. Ytterligare tolv av utbrotten faller inom spannet 6-15 döda och 7 av åren uppvisar dödstal i smittkoppor på över 15 personer. Av dessa sju dödlighetstoppar skiljer år 1788 och 1794 ut sig något med 22 respektive 20 registrerade dödsfall.

---

<sup>90</sup> Larsson 2006, s. 103.

<sup>91</sup> Persson 2001, s. 134ff.

**Diagram 9.** Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810

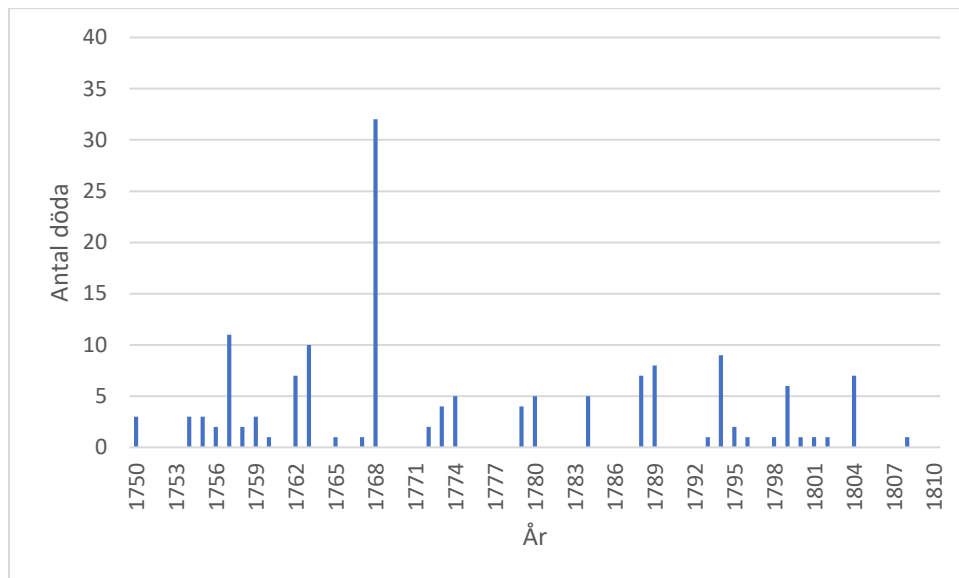


Källa: Skepplanda församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4, C:5. N: 259

Beträffande smittkopporas förekomst i Starrkärr församling så finns smittkoppor registrerat som dödsorsak under sammanlagt 32 av de 61 år som innefattas av undersökningen, vilket motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 23:e månad. Således grasserade smittkopporna i Starrkärr församling i snitt vartannat år under perioden 1750-1810. Därmed uppvisar också Starrkärr en betydligt högre incidens i smittkoppor än de vart femte till vart sjunde år som Larsson angett som normalintervall.<sup>92</sup> Värt att notera är att en stor majoritet av utbrotten i Starrkärr skördar förhållandevis få liv. Av de sammanlagt 32 åren med registrerad dödlighet i smittkoppor faller 23 av dessa inom spannet 1-5 döda. Därefter följer åtta år inom intervallet 6-15 döda. Beaktansvärd är också dödlighetstoppen år 1768 som skiljer ut sig betänkligt med hela 32 registrerade dödsfall och år 1768 är också det enda året i Starrkärr församling med över 15 registrerade dödsfall i smittkoppor.

<sup>92</sup> Larsson 2006, s. 103.

**Diagram 10.** Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810

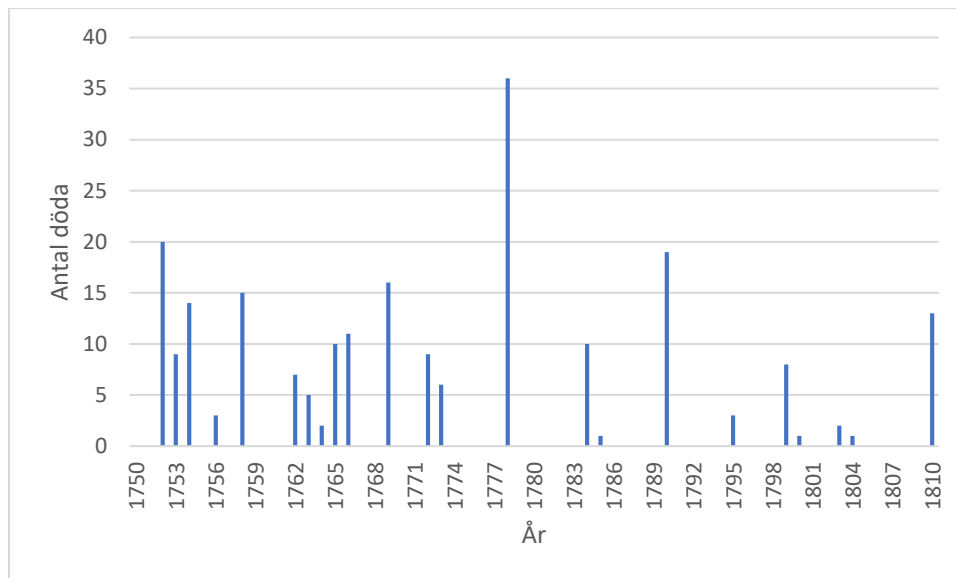


*Källa: Starrkärr församling död och begravningsböcker. Serie C:1, C:3, C:4. N: 150*

Rörande smittkopporas utbredning i Agunnaryd församling så utgjorde de också här ett återkommande inslag i sjukdomspanoramata. Som belyses i diagrammet nedan återfinns smittkoppor som dödsorsak under sammanlagt 23 av de 61 undersökta åren. Detta renderar en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 32:a månad. Smittkopporna grasserade därmed Agunnaryd församling med i snitt lite drygt två och ett halvt års mellanrum under perioden 1750-1810. Sålunda uppvisar också Agunnaryd en markant högre incidens än de vart femte till vart sjunde år Larsson angett som genomsnitt för riket i sin helhet under tidigmodern tid.<sup>93</sup> Av de totalt 23 utbrotten återfinns åtta av dessa inom spannet 1-5 döda. Elva av åren och således en majoritet återfinns inom intervallet 6-15 döda och fyra av åren med registrerad dödlighet i smittkoppor skördar över 15 liv. Bland dessa dödlighetstoppar skiljer år 1778 ut sig betänkligt med hela 36 registrerade dödsfall i smittkoppor.

<sup>93</sup> Larsson 2006, s. 103.

**Diagram 11.** Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810

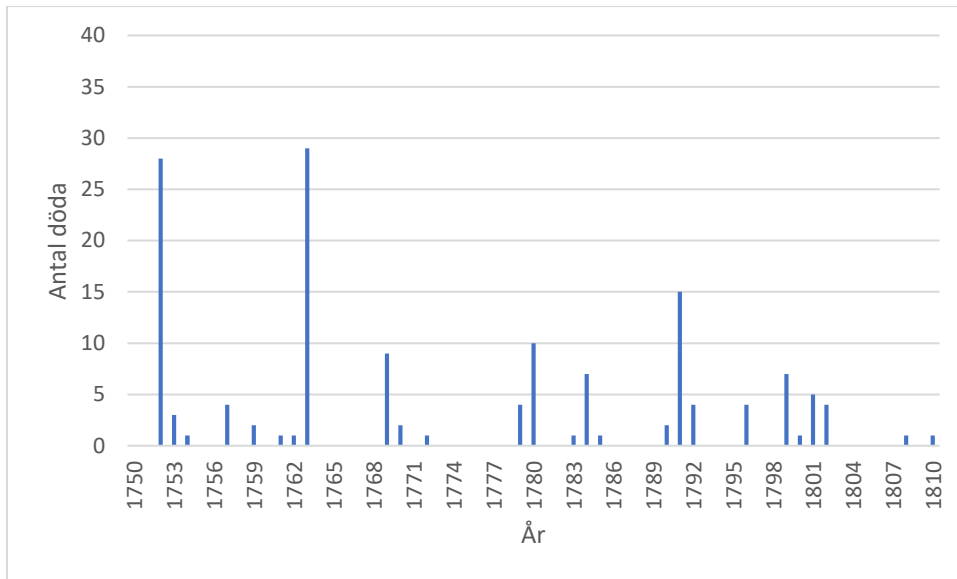


*Källa: Agunnaryd församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4. N: 221*

Rörande smittkopporas förefintlighet i Frödinge församling under perioden 1750-1810 så florerade de under sammanlagt 26 av de 61 år som är föremål för studium. Detta generar en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 28:e månad. I likhet med de andra undersökta församlingarna uppvisar således också Frödinge en markant högre incidens i smittkoppor än de vart femte till vart sjunde år som Larsson lyft fram som genomsnittligt för Sverige i stort under 1700-talet.<sup>94</sup> Som åskådliggörs i diagrammet nedan återfinns lejonparten av åren med registrerad smittkoppsdödlighet inom intervallet 1-5 döda då 19 av åren faller inom ramen för detta spann. Beaktansvärda är de två dödlighetstoppar som infinner sig år 1752 och 1763 då 28 respektive 29 personer avlider med diagnosen smittkoppor. Dessa år är också de enda där dödstaten i smittkoppor överstiger 15 döda och resterande fem utbrott återfinns inom spannet 6-15 döda.

<sup>94</sup> Larsson 2006, s. 103.

**Diagram 12.** Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810

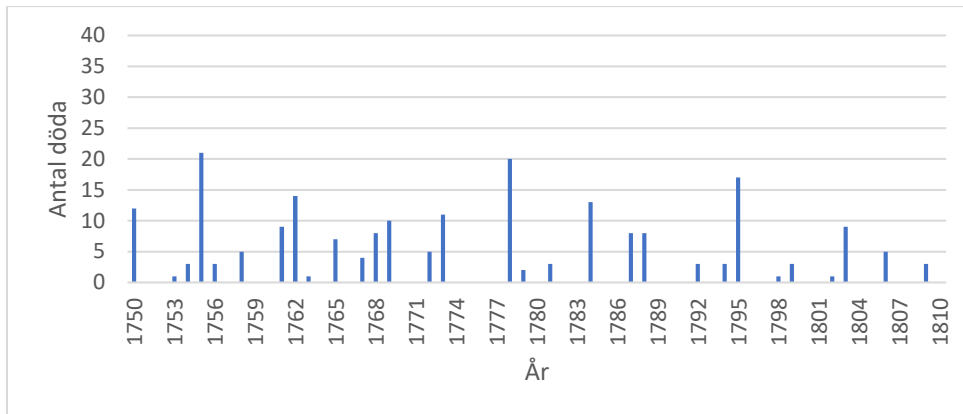


*Källa: Frödinge församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3. N: 148*

När det kommer till Kågeröd församling så tycks smittkoppsutbrott ha utgjort ett frekvent återkommande fenomen också här. Som demonstreras i diagrammet nedan detekteras smittkoppsdödlighet under sammantaget 30 av de 61 år som är föremål för undersökning. Smittkopporna grasserade följaktligen Kågeröd församling i genomsnitt var 24:e månad eller om man så vill vartannat år under perioden 1750-1810. Liksom övriga undersökta församlingar uppvisar Kågeröd därmed en väsentligt högre incidens än vad exempelvis Larsson angett som riksgenomsnitt under svensk tidigmodern tid.<sup>95</sup> Av de 30 år då smittkoppor återfinns bland dödsnotiserna faller lite drygt hälften, närmare bestämt 16 stycken inom intervallet 1-5 döda medan elva av åren skördar mellan 6-15 liv. Tre dödlighetstoppar i form av 1755, 1778, och 1795 skiljer ut sig något med 21, 20 respektive 17 döda.

<sup>95</sup> Larsson 2006, s. 103.

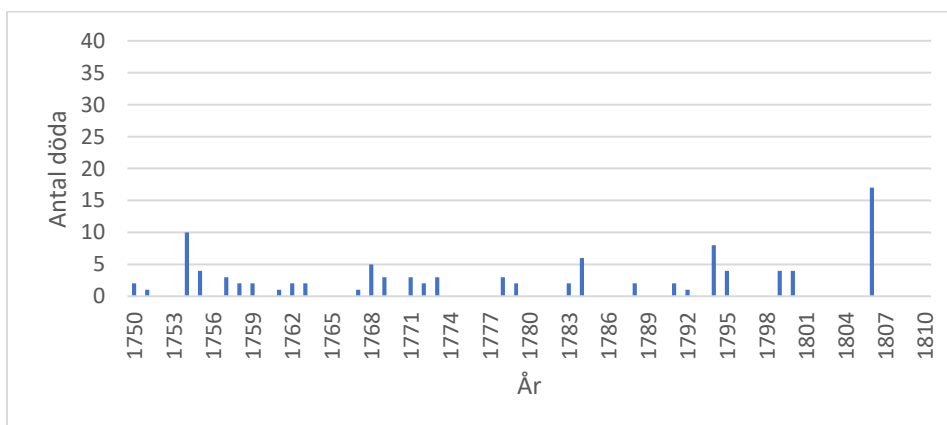
**Diagram 13.** Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810



Källa: Kågeröd församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3, CI:4. N: 213

Beträffande Hörby så grasserade smittkopporna denna församling under sammanlagt 28 år under perioden 1750-1810. Detta renderar en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 26:e månad, det vill säga lite drygt vartannat år. Likt illustreras av diagrammet nedan så skördade en stor majoritet av smittkoppsutbrotten förhållandevis få liv då 24 av 30 år återfinns inom intervallet 1-5 döda medan tre av åren faller inom spannet 6-15 döda. Endast ett enskilt år skördar mer än 15 liv och det i form av år 1806 då 17 personer omkommer av smittkoppor. Noterbart är också att denna dödlighetstopp återfinns under en i övrigt till synes förskonad period, då detta år är det enda under en tioårsperiod mellan 1801-1810 då smittkoppor noteras som dödsorsak i begravningslängden.

**Diagram 14.** Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810

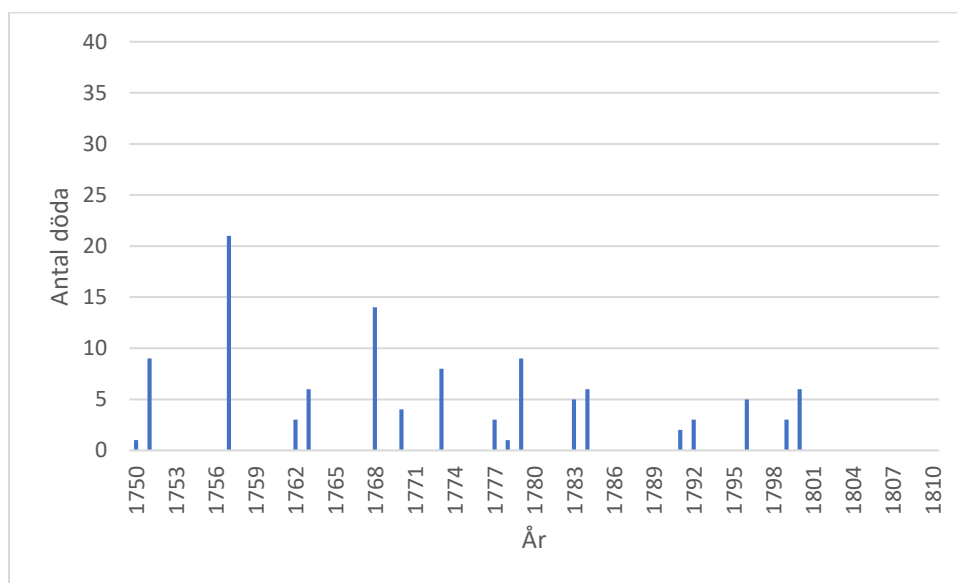


Källa: Hörby församling död och begravningsböcker. Serie CI:3, CI:4. N: 101



Avseende smittkoppornas utbredning i Sundborn så tycks denna församling ha varit något mer förskonad från smittkoppsutbrott än tidigare studerade församlingar under perioden 1750-1810. Av de 61 år som är föremål för undersökning finns smittkoppor noterat som dödsorsak under i sammanhanget förhållandevis blygsamma 18 år vilket motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 41:a månad. Således drabbades Sundborn av smittkoppsutbrott med lite drygt tre och ett halvt års mellanrum i genomsnitt och här börjar vi således närma oss de vart femte till vart sjunde år som Larsson angett som riksgenomsnitt under 1700-talet som helhet.<sup>96</sup> Beaktansvärd är dödlighetstoppen som infinner sig år 1757 då 21 personer registreras omkomna i smittkoppor. Tio av åren med detekterad smittkoppsdödlighet återfinns inom intervallet 1-5 döda och sju av åren placerar sig i spannet 6-15 döda. Noterbart är också att från och med år 1801 upphör smittkoppsdödligheten i Sundborn församling och registreras från och med då inte som dödsorsak fram till undersökningens avslutning år 1810.

**Diagram 15.** Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810



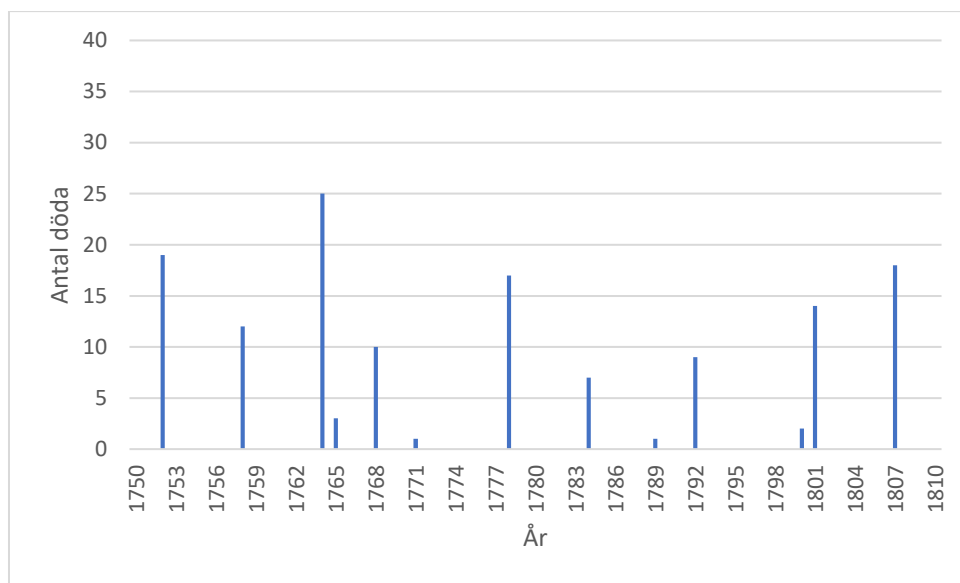
*Källa: Sundborn församling död och begravningsböcker. Serie F:2, F:3, F:4. N: 109*

Avseende smittkoppornas förekomst i Venjan församling så registreras dödlighet i smittkoppor under sammanlagt 13 av de 61 år som är föremål för undersökning vilket motsvarar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 56:e månad. Noterbart är att Venjan församling därmed till skillnad från majoriteten av de övriga undersökta församlingarna ligger mer i linje med de

<sup>96</sup> Larsson 2006, s.103.

vart femte till vart sjunde år som Larsson angett som normalintervall för riket som helhet under tidigmodern tid.<sup>97</sup> Noterbart är också att närmare en tredjedel av dödsfallen skördar mer än 15 liv då fyra av åren återfinns inom detta intervall. Bland dödlighetstopparna skiljer år 1764 ut sig som hårdast drabbat med 25 registrerade dödsfall i smittkoppor. Bland resterande 9 år med noterad dödlighet i smittkoppor återfinns fem stycken inom spannet 6-15 döda medan fyra av åren placerar sig i spannet 1-5 döda.

**Diagram 16.** *Antal döda med diagnosen smittkoppor i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810*



*Källa: Venjan församling död och begravningsböcker. Serie F:1, F:2, F:3. N: 138*

## Konklusion:

Sätter vi så de undersökta församlingarna i komparation till varandra så är skillnaderna avseende smittkoppsincidens inte lika påtaglig som var fallet med rödsoten. Sex av åtta församlingar återfinns inom spannet var 23:e till 32:a månad. Högst incidens uppvisar Starrkärr församling med utbrott i genomsnitt var 23:e månad följt av Skepplanda och Kågeröd med ett snitt på var 24:e månad. Därefter följer i fallande ordning Hörby, Frödinge och Agunnaryd med en genomsnittlig utbrottsfrekvens på var 26:e, 28:e respektive 32:a månad. I andra änden av spektrumet återfinns de båda dalska församlingarna där Sundborn uppvisar ett genomsnitt med smittkoppsutbrott var 41:a månad och Venjan var 56:e månad. Slår vi sedermera samman församlingarna belägna längs Göta älv uppvisar de ett genomsnitt på smittkoppsutbrott var 24:e

<sup>97</sup> Larsson 2006, s. 103.

månad. För församlingarna belägna i Småland landar motsvarande siffra på var 30:e månad och för de skånska församlingarna var 25:e månad. Beträffande församlingarna belägna i Dalarna landar den genomsnittliga utbrottsfrekvensen på var 49:e månad.

Risken att drabbas av smittkoppsutbrott för samhällena belägna längs Göta älv är följaktligen cirka 25 procent högre än för samhällena belägna i Småland. I jämförelse med församlingarna belägna i Dalarna är diskrepansen än större då risken att drabbas av smittkoppsutbrott är cirka 104 procent högre för församlingarna lokaliserade vid Göta älv. I komparation till församlingarna belägna i Skåne är dock skillnaden försumbar med cirka 4 procent högre risk för församlingarna belägna längs Göta älv.

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att sjukdomsincidensen i smittkoppor under perioden 1750-1810 är något högre i församlingarna belägna längs Göta älv med utbrott i genomsnitt var 24:e månad i jämförelse med de skånska, småländska, och dalska församlingarnas snitt om var 25:e, 30:e respektive 49:e månad. Detta resultat ligger således väl i linje med den hypotes som formulerats vilken gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering vid Göta älv rimligen borde varit hårdare drabbade av epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av miljöer. Det ska dock poängteras att skillnaderna jämt mot de skånska församlingarnas snitt är så pass små att de får betraktas som närmast försumbara.

### 6.3 Sjukdomsincidens i epidemisk feber 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling

Vandrar vi så vidare till de epidemiska febrarna så står det klart att utbrott av epidemisk feber utgjorde ett stadigvarande inslag i sjukdomspanoramata i Skepplanda församling. Likt framgår av diagrammet nedan så registreras dödlighet i epidemisk feber under 45 av de 61 år som innefattas av undersökningen, vilket renderar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 16:e månad. För att sätta denna siffra i perspektiv kan nämnas att Larsson i Lima och Transtrand församling noterat att diagnosen ”brännsjuka” (vilket under tidigmodern tid var en av de vanligaste beteckningarna för vad vi inom modern medicinsk terminologi klassificerar som epidemisk feber) förekommer under ett 40-tal år under perioden 1700-1775.<sup>98</sup> Detta skulle innebära ett snitt om utbrott var 23:e månad och ligger således klart lägre än i Skepplanda

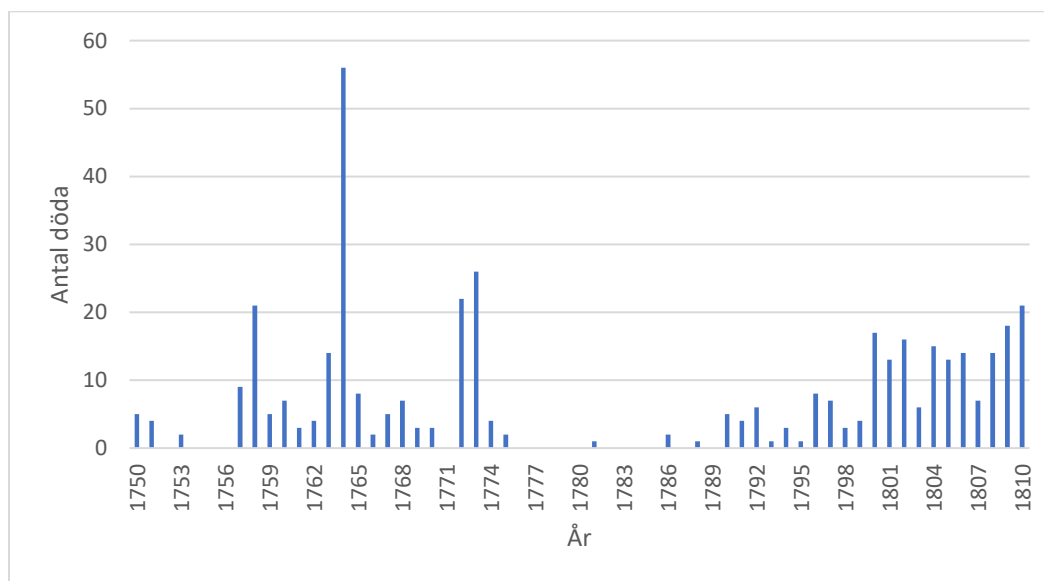
---

<sup>98</sup> Larsson 2006, s. 112.

församling. Vid dessa jämförelser är det dock essentiellt att ta i beaktan de betydande svårigheter som diagnosticeringen av de epidemiska febrarna ofrånkomligen är behäftade med.

Beaktansvärt är också att utbrotten inte är jämnt fördelade över perioden som helhet och vid en närmare analys utkristalliserar sig två tydligt urskiljbara perioder i form av dels 1757-1775 samt 1790-1810 då endemisk feber antar endemisk karaktär och uppträder varje enskilt år med undantag för år 1772. Värt att notera är också perioden 1776-1789 då de frekventa utbrotten plötsligt upphör och under denna 14-årsperiod registreras endast tre år med dödsfall i epidemisk feber. Notabel är också den dödlighetstopp som infaller år 1764 med hela 56 dödsfall vilket förorsakas av ett mycket stort utbrott av fläckfeber. Värt att belysa är också att utöver toppnoteringen 1764 så infaller de dödligaste åren 1772 och 1773 med 22 respektive 26 registrerade dödsfall och sammanfaller således med tidigare diskuterade krisår 1772-1773. Detta resultat ligger också väl i linje med Larssons observation att förhöjd dödlighet i epidemisk feber tenderat att sammanfalla med ansträngt näringsläge och matbrist.<sup>99</sup>

**Diagram 17.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810



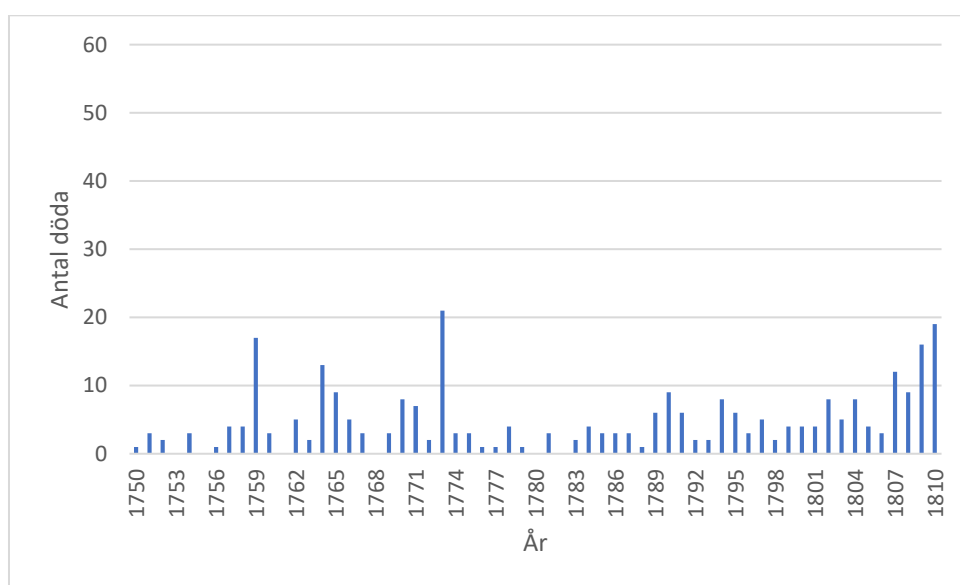
Källa: Skepplanda församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4, C:5. N: 412

Starrkärr församling uppvisar å sin sida en än högre förekomst av epidemisk feber än Skepplanda. Likt framgår av diagrammet nedan har epidemisk feber observerats som dödsorsak under totalt 55 år och tycks således ha antagit endemiska proportioner. Detta motsvarar en

<sup>99</sup> Larsson 2006, s. 109.

genomsnittlig utbrottfrekvens om var 13:e månad och sålunda uppvisar också Starrkärr församling en signifikant högre utbrottsfrekvens än de var 23:e månad som Larsson noterat i Lima och Transtrand.<sup>100</sup> Noterbart är också att två av dödlighetstopparna i form av 1773 med 21 döda och 1810 med 19 döda infaller i anslutning till tidigare nämnda försörjningskriser i form av år 1772-1773 och 1808-1809. Det ligger således väl i linje med Larssons observation att förhöjd dödlighet i epidemisk feber tenderat att sammanfalla med fenomen som missväxt och matbrist.<sup>101</sup>

**Diagram 18.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810



*Källa: Starrkärr församling död och begravningsböcker. Serie C:1, C:3, C:4. N: 293*

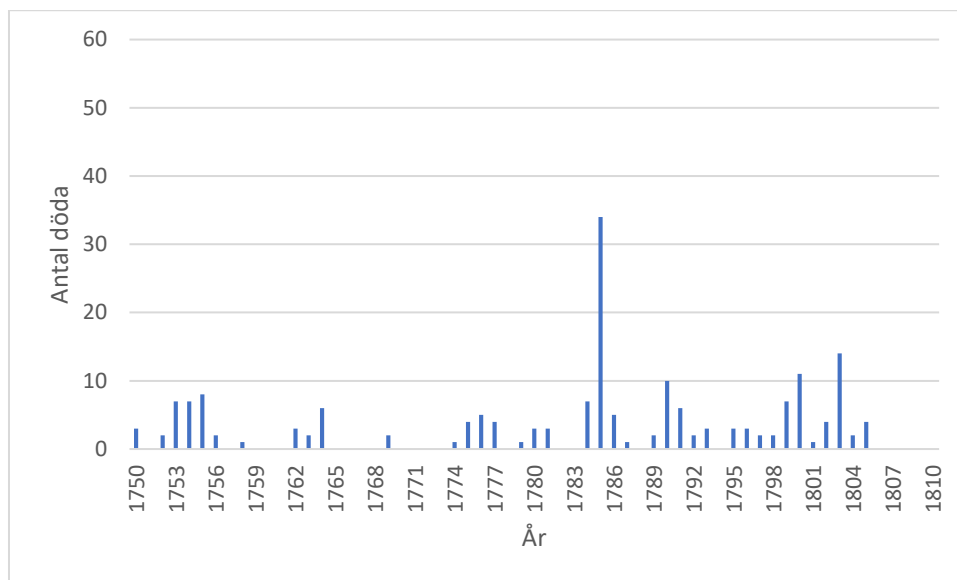
Beträffande epidemisk febers förekomst i Agunnaryd församling under perioden 1750-1810 så utgjorde de ett återkommande fenomen också här. Av de 61 år som är föremål för undersökning så figurerar epidemisk feber under sammanlagt 38 av dessa vilket motsvarar utbrott i genomsnitt var 19:e månad. Således inte fullt lika regelbundet som i Skepplanda och Starrkärr församling men ändå mer än vartannat år i snitt. Värde att uppmärksamma är också dödlighetstoppen som inträffar 1785 vilken skiljer ut sig betänkligt med hela 34 registrerade dödsfall. Det ska också poängteras att denna dödlighetstopp i Agunnaryds fall ackompanjeras av ett mycket stort rödsotsutbrott samma år med 39 dödsfall. Givet Larssons observation att förhöjd dödlighet i såväl rödsot som epidemisk feber tenderat att korrelera med försörjningskris

<sup>100</sup> Larsson 2006, s. 112

<sup>101</sup> Larsson 2006, s. 109.

och ett ansträngt näringsläge föranleder detta onekligen en misstanke kring huruvida detta krisår måhända kan tänkas ha föranletts av lokal missväxt.<sup>102</sup>

**Diagram 19.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810



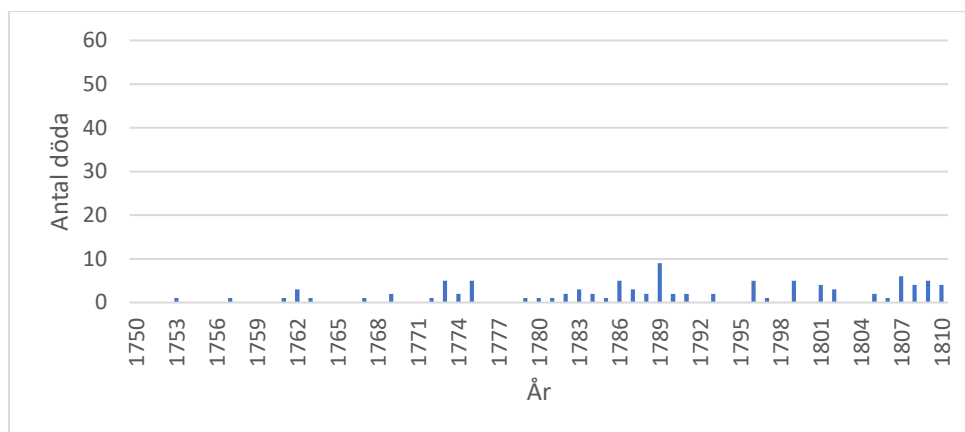
*Källa: Agunnaryd församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4. N: 187*

Vad gäller de epidemiska febrarnas förefintlighet i Frödinge församling under perioden 1750-1810 så förefaller de ha utgjort ett frekvent förekommande fenomen också här. I diagrammet nedan kan utläsas att epidemisk feber noterats som dödsorsak under sammanlagt 36 år. Detta medför en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 20:e månad och ligger således väl i linje med det snitt om var 23:e månad som Larsson identifierat i Lima och Transtrand.<sup>103</sup> Anmärkningsvärt är också att den förhållandevis höga incidensen till trots så överstiger dödstaten i epidemisk feber aldrig nio personer under hela den undersökta perioden.

<sup>102</sup> Larsson 2006, s. 105ff, 109.

<sup>103</sup> Larsson 2006, s. 112.

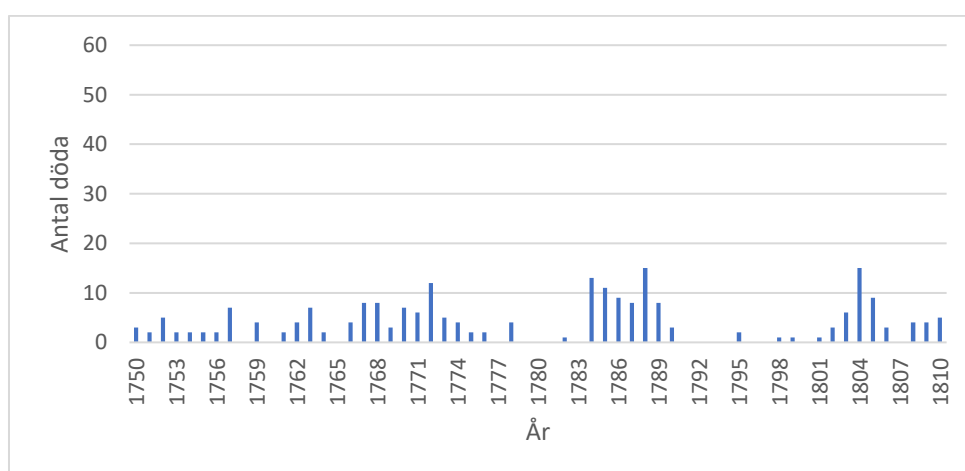
**Diagram 20.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810



Källa: Frödinge församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3. N: 99

Vad gäller de epidemiska febrarnas utbredning i Kågeröd församling så var de även här en stadigt recidiverande företeelse. Som framgår av diagrammet nedan observeras dödsfall i epidemisk feber under sammanlagt 45 år, vilket resulterar i utbrott i genomsnitt var 16:e månad. I likhet med ett flertal av de övriga undersökta församlingarna uppvisar även Kågeröd således en signifikant högre incidens av epidemisk feber än vad Larsson observerat i Lima och Transtrand församlingar under perioden 1700-1775.<sup>104</sup>

**Diagram 21.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810

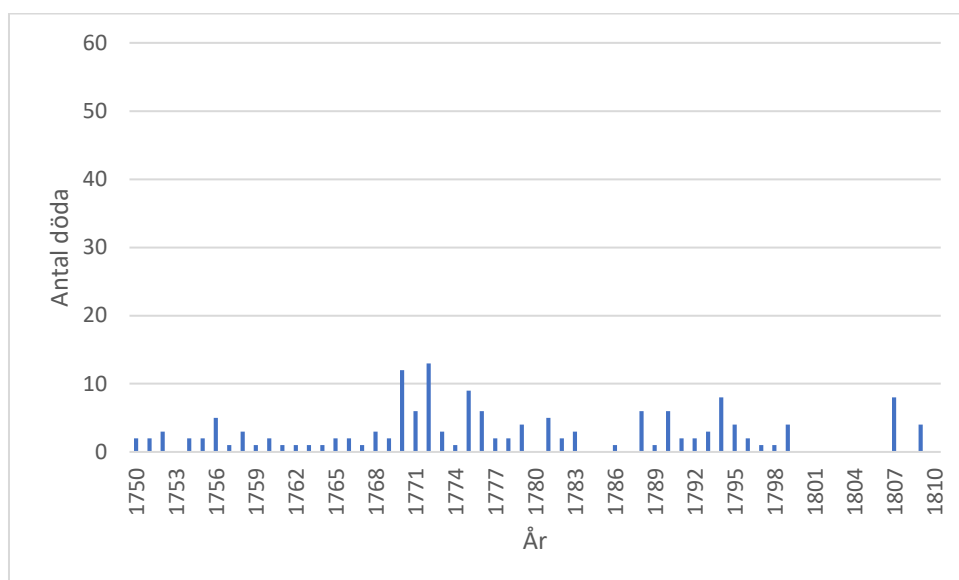


Källa: Kågeröd församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3, CI:4. N: 231

<sup>104</sup> Larsson 2006, s. 112.

Avseende epidemisk feber i Hörby församling så utgjorde de ett ständigt återkommande inslag i sjukdomspanoramata även här. Med sammanlagt 47 utbrott grasserade epidemisk feber Hörby församling i genomsnitt var 16:e månad under perioden 1750-1810 och således klart mer frekvent än Larssons estimat på uppskattningsvis var 23:e månad för Lima och Transtrand församling 1700-1775.<sup>105</sup> Beaktansvärt är också att dödlighetstoppen 1772 med 13 registrerade dödsfall inträffar i samband med de tidigare flitigt diskuterade krisåren 1772-1773. 1772 utgör också tillsammans med år 1770 då tolv personer registrerats avlidna i epidemisk feber de enda två åren som överstiger tio dödsfall.

**Diagram 22.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810



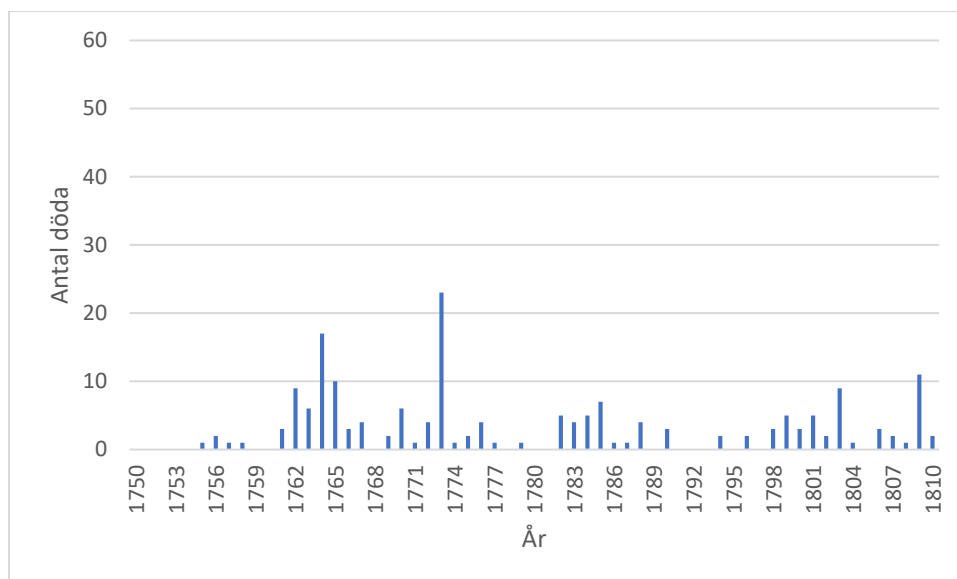
*Källa: Hörby församling död och begravningsböcker. Serie CI:3, CI:4. N: 158*

Vidare till Sundborn församling så framgår med all önskvärd tydlighet att epidemisk feber på intet sätt utgjorde något främmande inslag för befolkningen här heller. I diagrammet nedan kan utläsas att dödsfall i epidemisk feber registrerats under sammanlagt 43 av de 61 år som är föremål för undersökning. Epidemisk feber florerade således i Sundborn i genomsnitt var 17:e månad under perioden 1750-1810. Intressant att notera är också att dödlighetstoppen i likhet med ett flertal av de övriga undersökta församlingarna infaller i samband med de uppmärksammade krisåren 1772-1773, då 23 personer avlider i epidemisk feber år 1773.

<sup>105</sup> Larsson 2006, s. 112.



**Diagram 23.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810

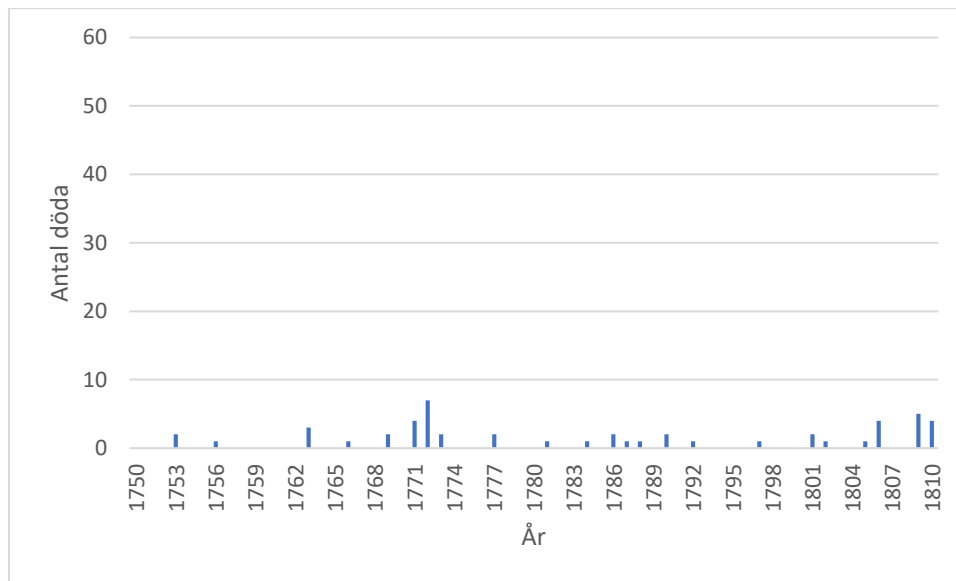


*Källa: Sundborn församling död och begravningsböcker. Serie F:2, F:3, F:4. N: 183*

Granskar vi så de epidemiska febrarnas utbredning i Venjan så tycks denna församling ha varit förhållandevis förskonad från utbrott av epidemisk feber i jämförelse med de övriga undersökta församlingarna. Som belyses i diagrammet nedan har 23 utbrott av epidemisk feber noterats under den undersökta perioden, vilket mynnar ut i en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 32:a månad. Venjan församling utgör följaktligen den enda av de undersökta församlingarna som uppvisar en lägre incidens av epidemisk feber än de uppskattningsvis var 23:e månad som Larsson observerat i Lima och Transtrand perioden 1700-1775.<sup>106</sup> Även om det är svårt att tala om några egentliga dödlighetstoppar i Venjan församlings fall är det dock värt att notera att 1772 utgör det år med flest observationer, med sammantaget sju dödsfall i epidemisk feber.

<sup>106</sup> Larsson 2006, s. 112.

**Diagram 24.** Antal döda med diagnosen epidemisk feber i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810



*Källa: Venjan församling död och begravningsböcker. Serie F:1, F:2, F:3. N: 51*

### **Konklusion:**

Jämför vi så incidensen av epidemisk feber i de undersökta församlingarna så finner vi att sju av de åtta undersökta församlingarna återfinns inom intervallet var 13:e till var 20:e månad. Det stora undantaget utgörs av Venjan församling som uppvisar en klart lägre incidens än övriga undersökta församlingar med en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 32:a månad. I andra änden av spektrumet återfinns Starrkärr församling med utbrott i genomsnitt var 13:e månad. Därefter följer i fallande ordning Skepplanda, Kågeröd, Hörby, Sundborn, Agunnaryd och Frödinge församling med utbrott i genomsnitt var 16:e, 16:e, 16:e, 17:e, 19:e respektive var 20:e månad. Slår vi sedan samman de båda församlingarna belägna längs med Göta älv uppvisar de en genomsnittlig utbrottsfrekvens i epidemisk feber om var 15:e månad. För församlingarna lokaliserade i Småland landar motsvarande siffra på var 20:e månad och för de belägna i Skåne på var 16:e månad. Beträffande församlingarna lokaliserade i Dalarna så uppvisar de en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 27:e månad.

Risken att drabbas av utbrott i epidemisk feber för samhällena belägna längs Göta älv är följaktligen cirka 33% högre än för samhällena belägna i Småland. I jämförelse med församlingarna belägna i Dalarna är diskrepansen än större då risken att drabbas av smittkoppsutbrott är cirka 80% högre för församlingarna lokaliserade längs Göta älv. I

komparation till församlingarna belägna i Skåne är differensen dock betydligt mer blygsam med cirka 7% högre risk för församlingarna belägna längs Göta älv. Vid analysen av dessa resultat rörande incidens av epidemisk feber är det dock essentiellt att ta i beaktande erkända svårigheter och den bristfälliga stringens som diagnosticeringen av denna sjukdomskategori ofrånkomligen är behäftad med. Som framgår i forskningsläget har såväl Larsson som Persson lyft det faktum att det råder stor osäkerhet huruvida det enkom är epidemisk feber i modern mening (det vill säga tyfoidfeber, fläckfeber och återfallsfeber) som döljer sig bakom diffusa diagnoser likt ”brännsjuka”, ”hetsig feber” och ”rötfeber”.<sup>107</sup> Givet denna diagnostiska problematik föreligger det således en reell risk att det bakom dessa nebulösa dödsnotiser eventuellt skulle kunna dölja sig ett stort mörkertal, där dödsfall som inte nödvändigtvis är kopplade till vad vi inom modern medicinsk terminologi förknippar med epidemisk feber letat sig in i det statistiska underlaget för denna studie. Larsson betonar också att särskild reservation bör iaktas och att osäkerheten är att betrakta som extra påtaglig i samband med de år då endast något enstaka dödsfall i epidemisk feber rapporterats.<sup>108</sup>

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att församlingarna lokaliserade nära Göta älv uppvisar högst incidens i epidemisk feber under perioden 1750-1810 med utbrott i genomsnitt var 15:e månad. Därefter följer de skånska församlingarna med ett snitt på var 16:e månad följt av de småländska församlingarnas på var 20:e månad och slutligen de dalska församlingarna med utbrott i genomsnitt var 27:e månad. Detta resultat ligger således väl i linje med den hypotes som formulerats vilken gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering längs Göta älv rimligen borde varit hårdare drabbade av epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av miljöer. Det ska dock poängteras att liksom var fallet med smittkoppsincidensen så är differensen rörande incidensen i epidemisk feber mellan församlingarna lokaliserade längs Göta älv och de skånska församlingarnas av mycket modest magnitud.

#### 6.4 Sjukdomsincidens i kikhosta 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling

Gällande kikhostans förekomst i Skepplanda församling så utgjorde den en återkommande förekomst under perioden 1750-1810. Likt manifesteras i diagrammet nedan registreras dödlighet i kikhosta under sammanlagt 28 år, vilket motsvarar ett snitt om var 26:e månad. Kikhosta grasserade således i Skepplanda lite drygt vartannat år i genomsnitt. Av de

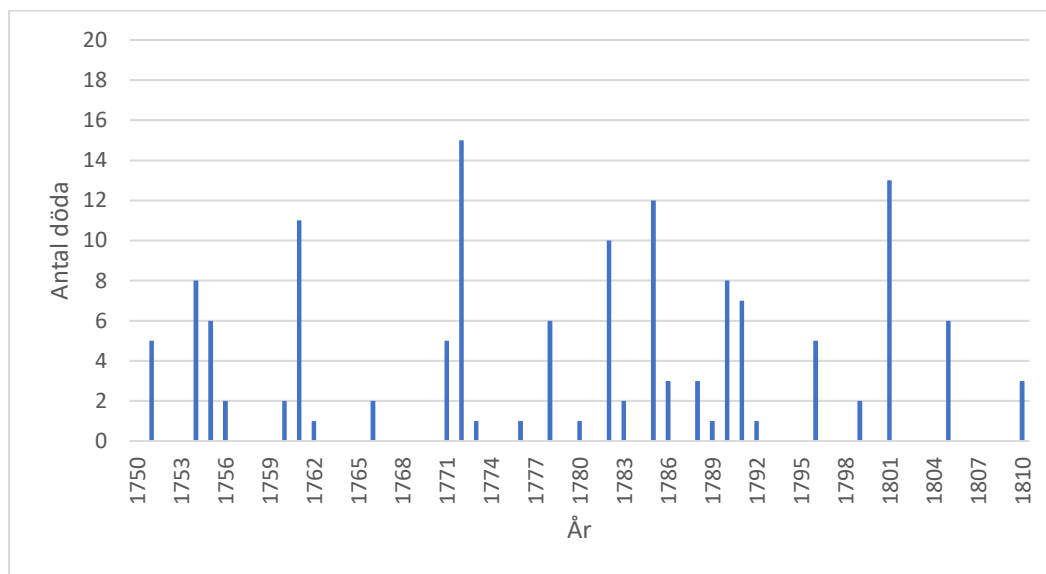
---

<sup>107</sup> Larsson 2006, 109f. Persson 2001, 207f.

<sup>108</sup> Larsson 2006, s. 113.

sammanlagt 28 åren med registrerad dödlighet i kikhosta återfinns 17 av dessa inom intervallet 1-5 döda. Resterande elva år faller inom intervallet 6-15 döda. Värt att notera är att dödlighetstoppen 1772 med 15 registrerade dödsfall infaller i samband med krisåren 1772-1773.

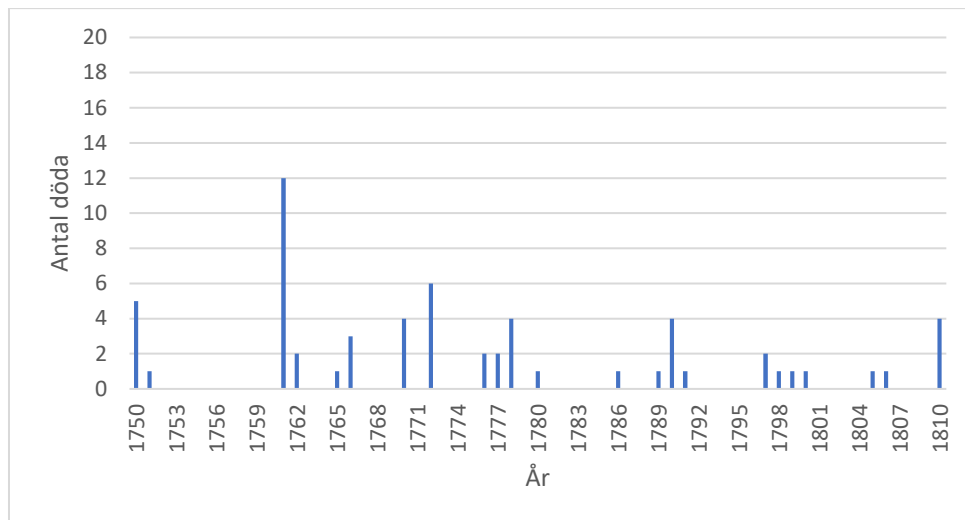
**Diagram 25.** Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Skepplanda församling 1750-1810



*Källa: Skepplanda församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4, C:5. N: 142*

I Starrkärr församling finns kikhosta noterad som dödsorsak under sammanlagt 23 av de 61 år som omfattas av denna undersökning. Detta motsvarar ett genomsnittligt utbrottsintervall om var 32:a månad. Av de totalt 23 åren med registrerad dödlighet i kikhosta så återfinns 21 av dessa inom intervallet 1-5 döda. Endast två av åren överstiger fem dödsfall i form av dels 1772 med sex dödsfall, samt 1761 med tolv registrerade dödsfall.

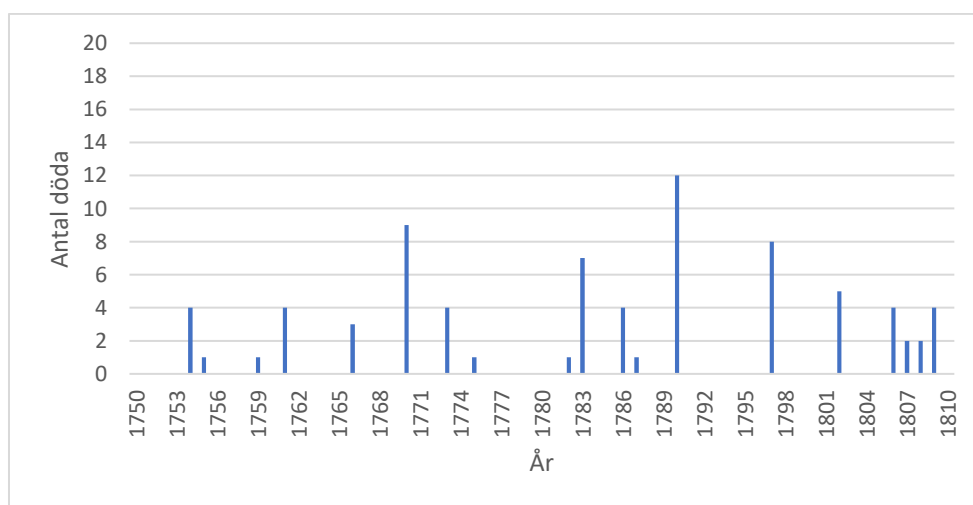
**Diagram 26.** Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Starrkärr församling 1750-1810



Källa: Starrkärr församling död och begravningsböcker. Serie C:1, C:3, C:4. N: 61

Agunnaryd församling å sin sida uppvisar dödlighet i kikhosta under sammantaget 19 år under perioden 1750-1810. Detta resulterar i ett genomsnitt på utbrott var 39:e månad. Agunnaryd drabbas således av kikhostutbrott lite drygt vart tredje år över tid. Lejonparten återfinns inom intervallet 1-5 döda, då 15 av åren placerar sig inom detta spann. Fyra av åren skördar sex liv eller mer och bland dessa skiljer år 1790 ut sig som det dödligaste året med tolv registrerade dödsfall i kikhosta.

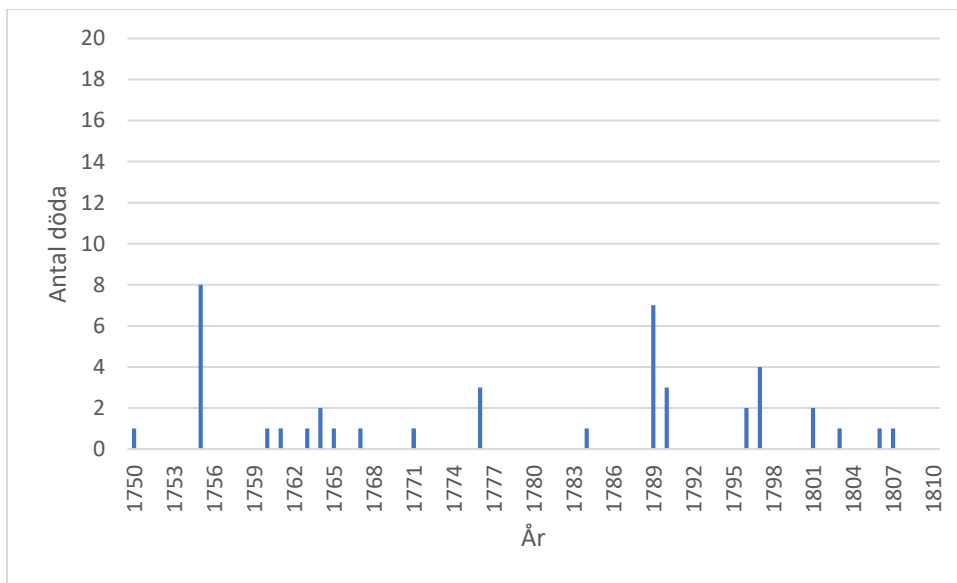
**Diagram 27.** Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Agunnaryd församling 1750-1810



Källa: Agunnaryd församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4. N: 77

Vad Frödinge församling anbelangar så finns kikhosta registrerad som dödsorsak vid totalt 19 tillfällen. Detta utmynnar i en genomsnittlig utbrottsfrekvens på var 39:e månad. Liksom var fallet med Agunnaryd församling så drabbas Frödinge således av kikhostutbrott lite drygt vart tredje år i snitt under perioden 1750-1810. Merparten av dessa, närmare bestämt 17 av åren, återfinns inom intervallet 1-5 döda. Två av åren skördar sex liv eller fler och bland dessa utmärker sig 1758 som det dödligaste året med sammanlagt åtta registrerade dödsfall i kikhosta.

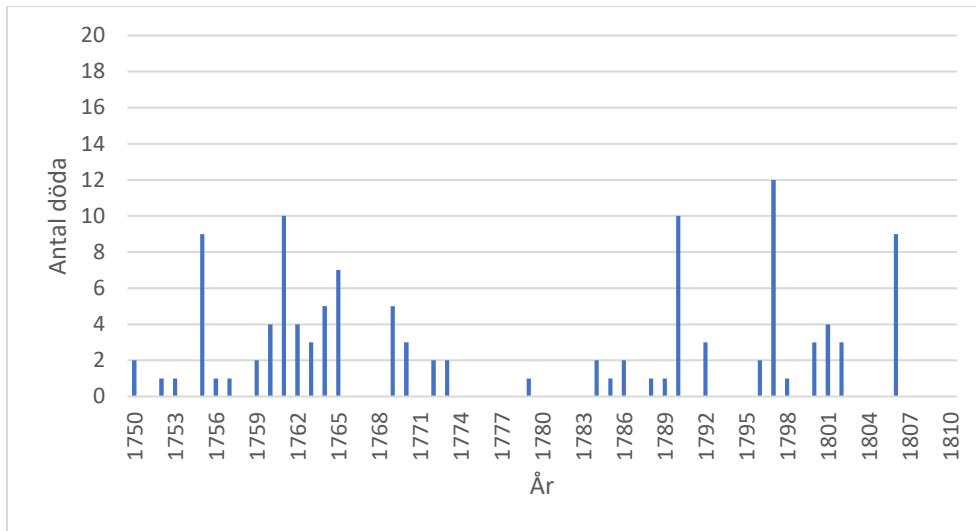
**Diagram 28.** Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Frödinge församling 1750-1810



*Källa: Frödinge församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3. N: 42*

Vidare till Kågeröd församling så visar sig kikhostan ha utgjort ett gängse inslag i det lokala sjukdomspanoramata. Likt illustreras av diagrammet nedan registreras dödlighet i kikhosta under 32 av de undersökta åren vilket medför en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 23:e månad. Kikhosta florerade således i Kågeröd församling lite mer än vartannat år under perioden 1750-1810. Av de totalt 32 åren med registrerad dödlighet i kikhosta faller 26 av dessa inom intervallet 1-5 döda medan sex av åren skördar fler än sex liv. Bland dessa skiljer 1797 ut sig som det år med högst dödstal då tolv personer avlider till följd av kikhosta.

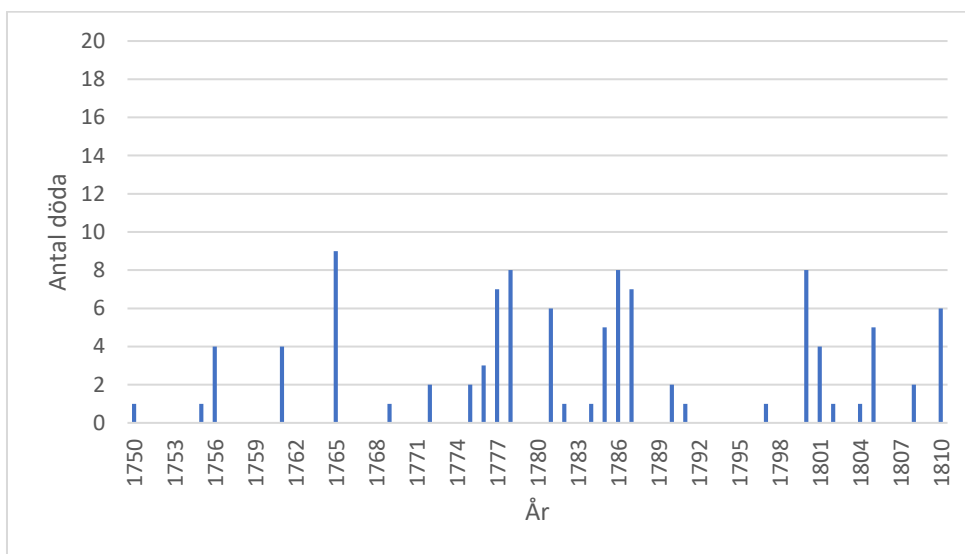
**Diagram 29.** Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Kågeröd församling 1750-1810



*Källa: Kågeröd församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3, CI:4. N: 117*

Granskar vi så kikhostans förekomst i Hörby församling så framgår att kikhosta finns registrerad som dödsorsak under sammanlagt 27 år under perioden 1750-1810, vilket resulterar i ett snitt på utbrott var 27:e månad. Likt illustreras i diagram 30 så återfinns 19 av åren inom intervallet 1-5 döda, medan 8 av åren faller inom intervallet 6-15 döda. De högsta dödstalen återfinns år 1765 då nio personer går hädan till följd av kikhosta.

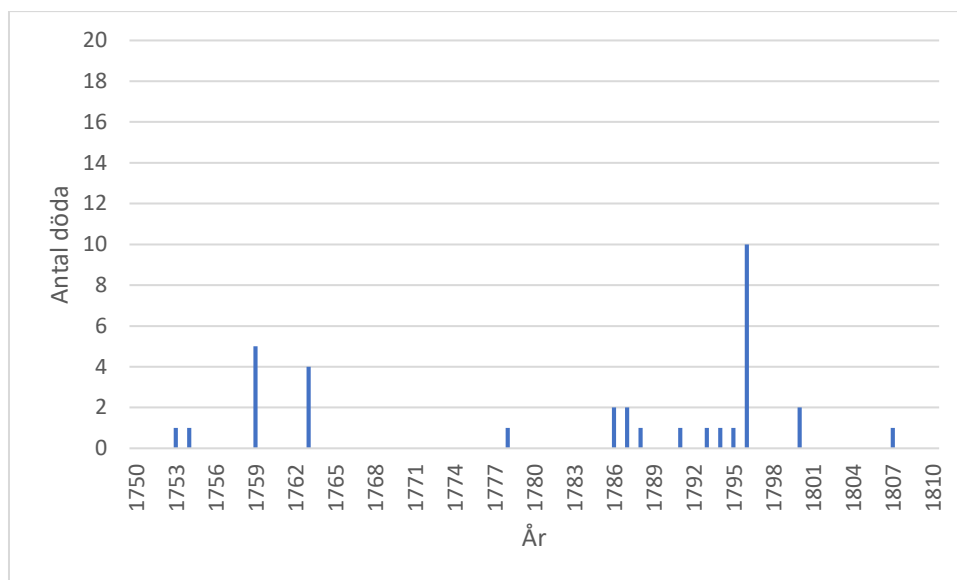
**Diagram 30.** Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Hörby församling 1750-1810



*Källa: Hörby församling död och begravningsböcker. Serie CI:3, CI:4. N: 101*

Beträffande Sundborn församling så förefaller kikhosta ha varit en mer sällsynt förekomst. Under perioden 1750-1810 noteras kikhosta som dödsorsak under totalt 15 år, vilket renderar en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 49:e månad. Därvidlag florerade kikhosta i Sundborn församling lite drygt vart fjärde år. Noterbart är också att samtliga år med registrerad dödlighet i kikhosta faller inom intervallet 1-5 döda med undantag för dödlighetstoppen 1796 då tio personer går hädan till följd av kikhosta i Sundborn församling.

**Diagram 31.** *Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Sundborn församling 1750-1810*

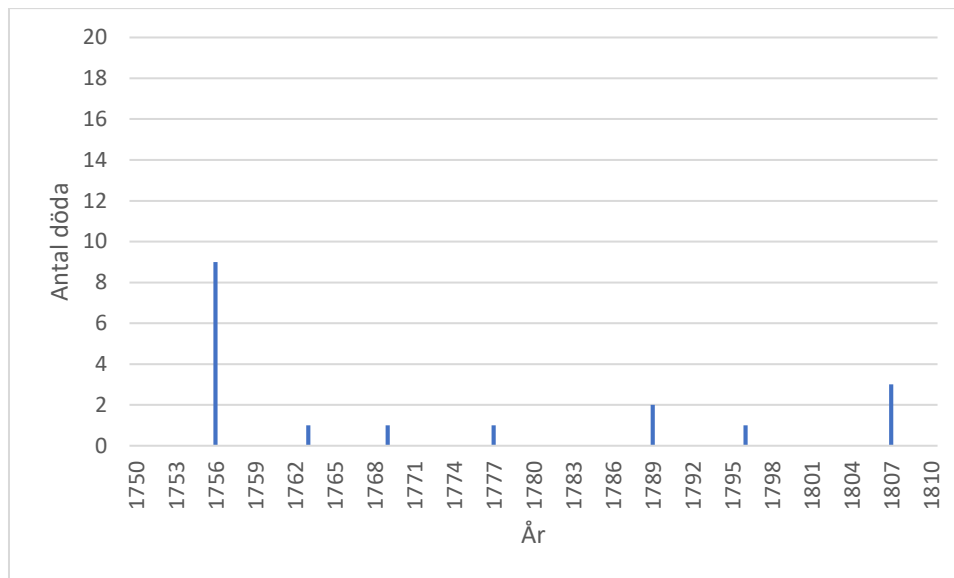


*Källa: Sundborn församling död och begravningsböcker. Serie F:2, F:3, F:4. N: 34*

Avslutningsvis så ska ett par ord viggas åt kikhostans förekomst i Venjan församling. Likt framgår av diagrammet nedan så förefaller Venjan ha varit betydligt mer förskonat från kikhostutbrott än övriga undersökta församlingar. Under perioden 1750-1810 registreras kikhosta som dödsorsak under sammanlagt sju år, vilket renderar en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 105:e månad. Det passerade följaktligen närmare nio år i genomsnitt mellan kikhostutbrotten i Venjan församling. År 1756 skiljer ut sig som det enda året med fler än sex dödsfall, då nio personer avlider till följd av kikhosta. Resterande sex år faller samtliga inom intervallet 1-5 döda.



**Diagram 32.** Antal döda med diagnosen kikhosta i begravningslängden årsvis, Venjan församling 1750-1810



*Källa: Venjan församling död och begravningsböcker. Serie F:1, F:2, F:3. N: 18*

### **Konklusion:**

Sätter vi så de undersökta församlingarna i komparation till varandra finner vi att Kågeröd uppvisar högst kikhostincidens med utbrott i genomsnitt var 23:e månad, följt av Skepplanda på var 26:e månad. Därefter följer Hörby på var 27:e månad, Starrkärr på var 32:a månad, samt Agunnaryd och Frödinge som båda uppvisar ett snitt på var 39:e månad. I andra änden av spektrumet finner vi Sundborn och Venjan med utbrott i genomsnitt var 49:e respektive var 105:e månad. Slår vi sedermera samman församlingarna lokaliserade vid Göta älv så uppvisar de en genomsnittlig utbrottsfrekvens på var 29:e månad. Motsvarande siffra för de småländska församlingarna landar på var 39:e månad, medan de skånska församlingarna uppvisar ett snitt på var 25:e månad. De dalska församlingarna å sin sida drabbas av kikhostutbrott i genomsnitt var 77:e månad. Risken att drabbas av kikhostutbrott är således högst i de skånska församlingarna. Närmare bestämt 16 procent högre i jämförelse med församlingarna lokaliserade längs Göta älv och 56 procent högre än för församlingarna belägna i Småland. Skillnaden är än mer påtaglig i förhållande till församlingarna belägna i Dalarna med en diskrepans på 208 procent.

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att de skånska församlingarna uppvisar högst incidens i kikhosta med utbrott i genomsnitt var 25:e månad under perioden 1750-1810, följt

av församlingarna belägna längs Göta älv med ett snitt på var 29:e månad. Därefter följer de småländska församlingarna med ett snitt på var 39:e månad. Lägst incidens uppvisar församlingarna belägna i Dalarna med ett snitt på var 77:e månad. Det faktum att de skånska församlingarna uppvisar högst incidens i kikhosta är således oförenlig med den hypotes som formulerats, vilken gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering vid Göta älv, över tid rimligen torde ha varit mer utsatta för epidemiska sjukdomsutbrott än församlingar belägna i andra typer av miljöer. Det ska dock poängteras att församlingarna belägna vid Göta älv beträffande incidens ändock trumfar såväl de småländska som de dalska församlingarna avseende incidensnivå och kan på det stora hela sålunda på intet vis sägas ha varit lindrigt drabbade av kikhostutbrott i komparation till de övriga församlingarna.

## 6.5 Dödlighet i rödsot, smittkoppor epidemisk feber och kikhosta 1750–1810 i Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Frödinge, Kågeröd, Hörby, Sundborn respektive Venjan församling

Utifrån undersökningen av incidens har vi sedan tidigare kunnat konstatera att såväl rödsot som smittkoppor, epidemiska febrar och kikhosta florerat återkommande i Skepplanda församling under perioden 1750-1810. Detta har också lämnat tydliga spår i mortalitetstalen på orten vilket illustreras i tabellen nedan. Av totalt 3025 omkomna personer under perioden går sammanlagt 1025 personer hädan till följd av endera rödsot, smittkoppor, epidemisk feber alternativt kikhosta, vilket motsvarar 33,9 procent av det totala antalet döda. Följaktligen utgjorde dödsfall i någon av de fyra undersökta sjukdomskategorierna lite drygt en tredjedel av alla dödsfall i Skepplanda under den undersökta perioden. Av dessa 1025 dödsfall utgör epidemisk feber den enskilt största dödsorsaken med 412 registrerade fall, motsvarande 13,6 procent av de totala mortalitetstalen. Därefter följer smittkopporna med 259 dödsfall, följt av rödsoten med 212 dödsfall, motsvarande 8,6 respektive 7 procent av de sammanräknade dödstalen. Slutligen återfinns kikhostan med 142 observerade fall motsvarande 4,7 procent av de totala dödstalen.

**Tabell 1.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Skepplanda församling 1750–1810

Skepplanda	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	212	259	412	142	1025	3025
Procentuell fördelning	7,0%	8,6%	13,6%	4,7%	33,9%	100%

Källa: Skepplanda församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4, C:5, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Skepplanda församling.<sup>109</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 3025

<sup>109</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Skepplanda församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

Vidare till Starrkärr församling så har vi sedan tidigare kunnat konstatera att de fyra sjukdomskategorierna varit frekvent förekommande även här och liksom i Skepplanda har detta satt tydliga avtryck i mortalitetsstatistiken. Mellan 1750-1810 avlider sammanlagt 1740 personer i Starrkärr och av dessa är 616 kopplade till endera rödsot, smittkoppor, epidemisk feber alternativt kikhosta, vilket motsvarar 35,4 procent av de totala dödstalen för perioden. Av dessa 616 dödsfall utgör epidemisk feber den klart vanligaste dödsorsaken med 293 registrerade fall, vilket motsvarar 16,8 procent av de sammanräknade mortalitetstalen. Därefter följer smittkoppor med 150 dödsfall, följt av rödsoten med 112 dödsfall, motsvarande 8,6 respektive 6,4 procent av de totala dödstalen. Avslutningsvis återfinns kikhostan med 61 registrerade dödsfall motsvarande 3,5 procent av den totala mortaliteten.

**Tabell 2.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Starrkärr församling 1750–1810

Starrkärr	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	112	150	293	61	616	1740
Procentuell fördelning	6,4%	8,6%	16,8%	3,5%	35,4%	100%

*Källa: Starrkärr församling död och begravningsböcker. Serie C:1, C:3, C:4, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Starrkärr församling.<sup>110</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 1740*

Vad sjukdomspanoramata i Agunnaryd församling anbelangar så har föregående resultatredovisning demonstrerat att epidemiska sjukdomar florerade flitigt även här under den undersökta perioden. Av sammanlagt 2027 dödsfall åren 1750-1810 utgörs 595 av dessa av dödsfall i endera rödsot, smittkoppor, epidemisk feber eller kikhosta, vilket motsvarar 29,3 procent av den totala mortaliteten under perioden som helhet. Den enskilt största dödsorsaken utgjordes av smittkoppor med 221 dödsfall, följt av epidemisk feber med 187 dödsfall,

<sup>110</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Starrkärr församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

motsvarande 10,9 respektive 9,2 procent av de totala dödstalen. Därefter följer rödsoten med 110 noterade dödsfall motsvarande 5,4 procent av den totala mortaliteten. Slutligen återfinns kikhostan som skördade 77 liv, ekvivalent till 3,8 procent av de totala dödstalen under den undersökta perioden.

**Tabell 3.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Agunnaryd församling 1750–1810

Agunnaryd	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	110	221	187	77	595	2027
Procentuell fördelning	5,4%	10,9%	9,2%	3,8%	29,3%	100%

Källa: Agunnaryd församling död och begravningsböcker. Serie C:3, C:4, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Agunnaryd församling.<sup>111</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 2027

Ägnar vi så Frödinge församling en närmare anblick så framgår att epidemiska sjukdomsbrott även här lämnat tydliga spår i dödsstatistiken. Som illustreras i tabell 4 nedan drabbades Frödinge av sammanlagt 1600 dödsfall under den undersökta perioden. Av dessa 1600 dödsfall kan 343 stycken tillskrivas någondera av sjukdomarna rödsot, smittkoppor, epidemisk feber alternativt kikhosta, vilket motsvarar 21,4 procent av den totala mortaliteten under åren 1750–1810. Den enskilt största dödsorsaken utgörs av smittkopporna med 148 dödsfall, följt av epidemisk feber med 99 dödsfall, motsvarande 9,2 respektive 6,2 procent av de totala dödstalen. Därefter följer rödsoten med 54 registrerade dödsfall ekvivalent till 3,4 procent av den totala mortaliteten. Avslutningsvis återfinns kikhostan med 42 observerade dödsfall, motsvarande 2,6 procent av de sammanlagda dödstalen för perioden.

<sup>111</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Agunnaryd församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

**Tabell 4.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Frödinge församling 1750–1810

Frödinge	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	54	148	99	42	343	1600
Procentuell fördelning	3,4%	9,2%	6,2%	2,6%	21,4%	100%

Källa: Frödinge församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Frödinge församling.<sup>112</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 1600

Vänder vi så blicken till Kågeröd församling så framgår att epidemiernas framfart lämnat tydliga avtryck i mortaliteten också på denna ort. Likt framgår av tabell 5 nedan drabbades Kågeröd av sammanlagt 2204 dödsfall under perioden 1750-1810 varav 588 av dessa kan tillskrivas någondera av farsoterna rödsot, smittkoppor, kikhosta alternativt epidemisk feber. Detta motsvarar 26,7 procent av de totala dödstalen. Sålunda utgjorde dödsfall i någon av dessa fyra sjukdomskategorier drygt vart fjärde dödsfall i Kågeröd församling under den studerade perioden. Flest personer gick hädan till följd av epidemisk feber med 231 registrerade dödsfall, tätt följt av smittkoppor med 213 observerade dödsfall, vilket motsvarar 10,5 respektive 9,7 av de totala dödstalen. Därefter följer dödsfall i kikhosta med 117 observerade fall ekvivalent till 5,3 procent av den totala mortaliteten. Slutligen återfinns rödsoten med i sammanhanget blygsamma 27 dödsfall, vilket utgör 1,2 procent av de totala dödstalen för den undersökta perioden.

<sup>112</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Frödinge församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2025-05-25).

**Tabell 5.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Kågeröd församling 1750–1810

Kågeröd	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	27	213	231	117	588	2204
Procentuell fördelning	1,2%	9,7%	10,5%	5,3%	26,7%	100%

Källa: Kågeröd församling död och begravningsböcker. Serie CI:2, CI:3, CI:4, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Kågeröd församling.<sup>113</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 2204

Avseende sjukdomspanoramata i Hörby församling har vi sedan tidigare kunnat slå fast att rödsoten varit ganska sparsamt förekommande, men att såväl smittkoppor som epidemiska febrar och kikhosta grasserat återkommande under den undersökta perioden. Detta har också lämnat tydliga avtryck i dödsstatistiken. Som kan utläsas i tabell 6 nedan avlider sammanlagt 1701 personer i Hörby under perioden 1750-1810. Av dessa 1701 dödsfall så kan 375 av dessa attribueras till endera rödsot, smittkoppor, epidemisk feber eller kikhosta, vilket motsvarar 22 procent av de sammanvägda mortalitetstalen. Den enskilt största dödsorsaken utgörs av epidemisk feber som svarar för 9,3 procent av de totala dödstalen. Därefter följer dödsfall i smittkoppor och kikhosta med 101 registrerade dödsfall vardera, ekvivalent till 5,9 procent av den aggregerade mortaliteten. Slutligen återfinns rödsot med modesta 15 dödsfall, vilket motsvarar 0,9 procent av de totala dödstalen på orten.

<sup>113</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Kågeröd församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

**Tabell 6.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Hörby församling 1750–1810

Hörby	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	15	101	158	101	375	1701
Procentuell fördelning	0,9%	5,9%	9,3%	5,9%	22,0%	100%

Källa: Hörby församling död och begravningsböcker. Serie CI:3, CI:4, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Hörby församling.<sup>114</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 1701

Avseende Sundborn församling så har vi sedan tidigare kunnat slå fast att epidemiska farsoter grasserade kontinuerligt även här, vilket också avspeglar sig i dödsstatistiken. Under perioden 1750-1810 avlider sammanlagt 1692 personer och av dessa dödsfall kan 502 hänföras till någon av de fyra sjukdomskategorier som är föremål för denna undersökning. Detta motsvarar 29,6 procent av de totala dödstalen. Flest dödsfall kan attribueras till epidemisk feber med 183 registrerade dödsfall, tätt följt av rödsoten med 176 noterade dödsfall. Dessa dödstal motsvarar 10,8 respektive 10,4 procent av den sammanvägda mortaliteten på orten. Därefter följer smittkopporna med 109 registrerade dödsfall motsvarande 6,4 procent av de totala dödstalen. Slutligen återfinns kikhostan som svarar för 34 dödsfall under perioden, ekvivalent till 2 procent av den sammanvägda mortaliteten.

<sup>114</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Hörby församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).



**Tabell 7.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Sundborn församling 1750–1810

Sundborn	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	176	109	183	34	502	1692
Procentuell fördelning	10,4%	6,4%	10,8%	2,0%	29,6%	100%

Källa: Sundborn församling död och begravningsböcker. Serie F:2, F:3, F:4, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Sundborn församling.<sup>115</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 1692

Vad Venjan församling anbelangar så skördade epidemiska sjukdomar sin beskärda del av liv också här. Som framgår av tabellen nedan avled sammanlagt 1299 personer under perioden 1750-1810 och av dessa dödsfall kan 254 stycken attribueras till antingen rödsot, smittkoppor, epidemisk feber alternativt kikhosta, vilket motsvarar 19,5 procent av den sammanvägda dödssumman. Av de sammantaget 1299 dödsfallen svarar smittkopporna för den i särklass största andelen med 138 registrerade dödsfall, vilket motsvarar 10,6 procent av den totala mortaliteten på orten. Därefter följer epidemisk feber med 51 observerade dödsfall tätt följt av rödsot med 47 registrerade dödsfall, vilket motsvarar 3,9 respektive 3,6 procent av de totala dödstalen. Slutligen återfinns kikhostan som förorsakade 18 dödsfall under perioden, ekvivalent till 1,4 procent av de aggregerade dödstalen.

<sup>115</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Sundborn församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

**Tabell 8.** Antal döda i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber, kikhosta enskilt och sammantaget, samt totalt antal döda, Venjan församling 1750–1810

Venjan	Döda i rödsot	Döda i smittkoppor	Döda i epidemiska febrar	Döda i kikhosta	Döda i R*, S*, E*, K*	Totalt antal döda
Antal	47	138	51	18	254	1299
Procentuell fördelning	3,6%	10,6%	3,9%	1,4%	19,5%	100%

Källa: Venjan församling död och begravningsböcker. Serie F:1, F:2, F:3, samt Tabellverkets mortalitetsformulär 1750–1810, Venjan församling.<sup>116</sup> Anmärkning: R=Rödsot, S=Smittkoppor, E=Epidemiska febrar, K=Kikhosta. N: 1299

## Konklusion:

Sätter vi sedermera de åtta undersökta församlingarna i komparation till varandra finner vi att för den aggregerade dödligheten i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber och kikhosta placerar sig de båda församlingarna lokaliserade vid Göta älv i topp. Högst andel av dödsfallen utgör dessa fyra sjukdomskategorier i Starrkärr där de står för 35,4 procent av de totala dödstalen under perioden 1750-1810, följt av Skepplanda där de svarar för 33,9 procent av dödsfallen. Därefter följer i fallande ordning Sundborn, Agunnaryd, Kågeröd och Hörby församling där de utgör 29,6%, 29,3%, 26,7%, respektive 22 procent av de aggregerade dödstalen. I andra änden av spektrumet återfinns Frödinge och Venjan församling där de utgör 21,4 respektive 19,5 procent av de totala mortalitetstalen. Slår vi därefter samman församlingarna belägna längs Göta älv landar genomsnittet för dessa orter på **34,7 procent**. Motsvarande siffra för de småländska församlingarna landar på **25,4 procent** och för de skånska församlingarna på **24,4 procent**. De dalska församlingarnas genomsnitt landar i sin tur på **24,6 procent**. Sannolikheten att dö i någon av dessa fyra sjukdomskategorier är således cirka 37 procent högre i församlingarna lokaliserade vid Göta älv än för församlingarna belägna i Småland. I jämförelse

<sup>116</sup> Tabellverket på nätet, Mortalitetformulär 1750–1810, Venjan församling, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

med de dalska församlingarna är skillnaden cirka 41 procent och i komparation med de skånska församlingarna cirka 42 procent.

Gör vi sedan en mer djuplodande analys och dissekerar varje enskild diagnos andel av den totala dödligheten finner vi att Sundborn församling uppvisar högst relativ dödlighet i rödsot. Här utgör denna diagnos 10,4 procent av de totala dödsfallen. Därefter följer i fallande ordning Skepplanda, Starrkärr, Agunnaryd, Venjan och Frödinge församling där rödsoten utgör 7%, 6,4%, 5,4%, 3,6% respektive 3,4 procent av de totala dödstalen. Lägst andel av den aggregerade dödligheten utgör rödsoten i de båda skånska församlingarna med 1,2 procent i Kågeröd och 0,9 procent i Hörby. Vid en sammanslagning framgår att rödsotens andel av den totala dödligheten är högst i de dalska församlingarna med ett snitt på 7 procent, tätt följt av församlingarna lokaliserade vid Göta älv där rödsot utgör 6,7 procent av de aggregerade dödsfallen. Därefter följer de småländska församlingarna på 4,4 procent. Lägst relativ dödlighet i rödsot uppvisar de skånska församlingarna med ett snitt på 1,1 procent. Sannolikheten att dö i rödsot är således högst i de dalska församlingarna och ligger cirka 4 procent högre än i församlingarna belägna längs Göta älv. I förhållande till de småländska församlingarna är diskrepansen cirka 59% och än högre i relation till de skånska församlingarna där differensen uppgår till cirka 536%.

Beträffande smittkopporna så utgör de högst andel av den totala dödligheten i Agunnaryd församling med 10,9 procent. Därefter följer i tur och ordning Venjan på 10,6 procent, Kågeröd på 9,7 procent, Frödinge på 9,2 procent, Skepplanda på 8,6 procent, Starrkärr på 8,6 procent, Sundborn på 6,4 procent och slutligen Hörby på 5,9 procent. Efter sammanslagning uppvisar de småländska församlingarna högst relativ dödlighet i smittkoppor med ett snitt på 10,1 procent, följt av församlingarna belägna vid Göta älv med ett snitt på 8,6 procent. Tätt därefter följer de dalska församlingarna med ett snitt 8,5 procent. Lägst relativ dödlighet i smittkoppor uppvisar de skånska församlingarna med ett snitt på 7,8 procent. Sannolikheten att dö i smittkoppor är således högst i de småländska församlingarna och ligger cirka 17 procent högre än för församlingarna lokaliserade vid Göta älv och cirka 19 procent högre än för församlingarna belägna i Dalarna. I förhållande till de skånska församlingarna landar differensen på cirka 29 procent.

Avseende de epidemiska febrarna så toppar Starrkärr församling där de utgör 16,8 procent av den totala dödligheten, följt av Skepplanda församling på 13,6 procent. Därefter följer i tur och ordning Sundborn församling på 10,8 procent, Kågeröd församling på 10,5 procent, Hörby

församling på 9,3 procent, Agunnaryd församling på 9,2 procent, Frödinge församling på 6,2 procent och slutligen Venjan församling på 3,9 procent. Slår vi sedan samman församlingarna i respektive miljö landar församlingarna lokaliserade vid Göta älv på ett snitt på 15,2 procent. Därefter följer de skånska församlingarna med ett snitt på 9,9 procent. De småländska församlingarna uppvisar i sin tur ett genomsnitt på 7,7 procent. Lägst relativ dödlighet i epidemisk feber återfinns i de dalska församlingarna där snittet landar på 7,4 procent. Sannolikheten att dö av epidemisk feber är således störst i församlingarna belägna längs Göta älv och ligger cirka 54 procent högre än i de skånska församlingarna. I förhållande till de småländska församlingarna landar diskrepansen på cirka 97 procent och i förhållande till de dalska församlingarna är skillnaden än mer påtaglig med en differens på cirka 105 procent.

Granskar vi därefter kikhostan finner vi att Hörby församling har högst relativ dödlighet i förhållande till den totala dödligheten då kikhostan här utgör 5,9 procent av de aggregerade mortalitetstalen åren 1750–1810, följt av Kågeröd där de utgör 5,3 procent. Därefter följer i fallande ordning Skepplanda församling på 4,7 procent, Agunnaryd församling på 3,8 procent, Starrkärr församling på 3,5 procent, Frödinge församling på 2,6 procent, Sundborn församling på 2 procent och slutligen Venjan församling på 1,4 procent. Slår vi sedan samman församlingarna i respektive miljö finner vi att de skånska församlingarna uppvisar högst relativ dödlighet i kikhosta i förhållande till total dödlighet med ett snitt på 5,6 procent. Därefter följer församlingarna lokaliserade vid Göta älv med ett medelvärde på 4,1 procent följt av de småländska församlingarna med ett medelvärde på 3,2 procent. Lägst relativ dödlighet i kikhosta återfinns i församlingarna belägna i Dalarna med ett medelvärde på 1,7 procent. Sannolikheten att avlida i kikhosta är följaktligen cirka 37 procent högre för de skånska församlingarna än för församlingarna lokaliserade vid Göta älv och cirka 75 procent högre än för de småländska församlingarna. Störst är skillnaden i förhållande till de dalska församlingarna där differensen uppgår till hela 229 procent.

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att sannolikheten att avlida i någon av de fyra undersökta sjukdomarna är klart högst bland församlingarna lokaliserade vid Göta älv med ett medelvärde på **34,7 procent**. Detta ska kontrasteras mot de småländska församlingarna med ett medelvärde på **25,4 procent**, de dalska församlingarna med ett medelvärde på **24,6 procent** och slutligen de skånska församlingarna med ett medelvärde på **24,4 procent**. Detta resultat ligger följaktligen väl i linje med den hypotes som formulerats vilken gör gällande att församlingar likt Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering vid Göta älv rimligen borde varit hårdare drabbat av epidemiska sjukdomar, än församlingar belägna i andra typer av geografiska miljöer.

Examinerar vi sedan varje enskild diagnos finner vi att beträffande de epidemiska febrarna så utgör dessa en klart högre andel av de aggregerade dödstalen för församlingarna belägna vid Göta älv, än för församlingarna belägna i andra typer av geografiska miljöer. Även detta resultat ligger således väl i linje med ovan bemälda hypotes. Som tidigare diskuterats bör detta resultat dock tolkas med viss försiktighet givet den problematik som är behäftad med diagnosticeringen av dessa diagnoser.<sup>117</sup> För de resterande tre sjukdomskategorierna är resultatet mer tvetydigt. Avseende rödsoten så uppvisar de dalska församlingarna högst relativ dödlighet i förhållande till de totala dödstalen. Det är dock värt att poängtera att skillnaden visavi församlingarna lokaliserade vid Göta älv ligger på högst modesta 4 procent. Vad gäller smittkopporna uppvisar de småländska församlingarna högst relativ dödlighet i förhållande till total dödlighet och beträffande kikhostan uppvisar de skånska församlingarna det högsta medelvärdet. Dessa resultat är följaktligen inte fullt kompatibla med den hypotes som ligger till grund för denna uppsats. Det ska dock poängteras att för såväl rödsoten, smittkopporna och kikhostan så uppvisar församlingarna lokaliserade vid Göta älv det näst högsta medelvärdet rörande relativ dödlighet i förhållande till total dödlighet och som demonstrerats ovan så uppvisar de det klart högsta medelvärdet när det kommer till de epidemiska febrarna. Detta faktum i kombination med att de uppvisar ett signifikant högre medelvärde än de andra församlingarna när den sammanvägda dödligheten för **samtliga** undersökta diagnoser beaktas, får därmed på aggregerad nivå anses styrka den formulerade hypotes som ligger till grund för denna uppsats.

## 7. Slutdiskussion

Denna uppsats syftar som bekant till att utreda huruvida samhällen såsom Skepplanda och Starrkärr församling belägna vid prominenta farleder likt Göta älv, över tid löper större risk att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av geografiska miljöer. Därutöver avser denna studie också försöka besvara vilka eventuella återverkningar detta kan tänkas medföra för den totala dödligheten på respektive ort. I syfte att utröna detta har två variabler examinerats i form av dels *sjukdomsincidens*, samt *relativ dödlighet* i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber respektive kikhosta i förhållande till den aggregerade dödligheten på varje enskild ort.

Tar vi så avstamp i sjukdomsincidensen i rödsot så åskådliggörs tydligt av undersökningen att orterna lokaliserade vid Göta älv är de som drabbas mest frekvent under den studerade perioden. Mellan åren 1750-1810 drabbas dessa församlingar av rödsotsdödlighet i genomsnitt var 35:e

---

<sup>117</sup> Larsson 2006, s. 113.

månad. Detta ska sättas i relation till de småländska och dalska församlingarnas snitt på var 54:e respektive 64:e månad. Än mer påtaglig blir differensen i komparation till de skånska församlingarnas genomsnitt på var 128:e månad. Detta resultat ligger följaktligen väl i linje med den formulerade hypotes som gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering vid Göta älv, över tid rimligen borde uppvisa en högre predisposition att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott. Den höga incidensen avspeglas delvis men inte fullt ut när rödsotens andel av den totala dödligheten i respektive miljö beaktas. Högst andel av den totala dödligheten utgör rödsoten i de dalska församlingarna med ett medelvärde på 7 procent, tätt följt av församlingarna belägna vid Göta älv med ett medelvärde på 6,7 procent. Därefter följer de småländska församlingarna med ett medelvärde på 4,4 procent och slutligen de skånska församlingarna med ett medelvärde på 1,1 procent. Givet den signifikant högre incidensen för församlingarna lokaliserade vid Göta älv, kombinerat med det faktum att skillnaden beträffande rödsotens andel av den totala dödligheten mellan dessa församlingar och de dalska församlingarna är att betrakta som ytterst marginell, så ger den samlade bilden vid handen att detta resultat ger fortsatt bärighet till den hypotes som ligger till grund för denna uppsats.

Intressant att notera är också att detta resultat delvis motsäger tidigare forskning på området. Som diskuterats i samband med forskningsläget så har exempelvis Castenbrandt identifierat att det existerade betydande geografiska variationer beträffande sjukdomsincidens i rödsot under tidigmodern tid. Castenbrandt gör dock gällande att det är svårt att urskilja någon specifik faktor som enskilt kan tillskrivas högre förklaringsvärde än någon annan avseende ökad risk för ett samhälle att drabbas av rödsotsutbrott.<sup>118</sup> Hon hävdar vidare att det inte föreligger något entydigt samband mellan fenomen som närhet till landsvägsnät eller vattenleder och en ökad risk för ett samhälles benägenhet att drabbas av rödsotsutbrott.<sup>119</sup> Resultaten från denna studie pekar emellertid delvis i en annan riktning och indikerar att det möjligen ändå kan ha varit så att Skepplanda och Starrkärrs lokalisering vid Göta älv kan tänkas ha utgjort en bidragande orsak till att dessa orter över tid uppvisar en signifikant högre incidens i rödsot än samhällena belägna i andra typer av miljöer. Beträffande potentiella förklaringsmodeller till denna tydliga diskrepans avseende genomsnittlig rödsotsincidens så skulle denna sjukdoms spridningssätt kunna tänkas utgöra en tänkbar förklaringsmodell. Som diskuterats i bakgrundsavsnittet är rödsot en bakteriell sjukdom orsakad av *shigellabakterien* och dess främsta smittvägar utgörs

---

<sup>118</sup> Castenbrandt 2012, s. 195f.

<sup>119</sup> Castenbrandt 2012, s. 195f, 200.

av vatten, födoämnen, flugor och inte minst mänskliga kontakter. Med detta i åtanke förefaller det vara ett plausibelt antagande att Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering vid en betydande farled likt Göta älv, med allt vad det för med sig i form av fenomen som social mobilitet och förbipasserande transporter av gods och människor, rimligen torde ha utgjort en mer fördelaktig mylla för shigellabakterien att spridas och frodas i, i jämförelse med samhällen belägna i andra typer av miljöer. Detta resonemang knyter också an till Posts teori beträffande *social dissaray*. Som diskuterats i samband med teori och forskningsläge driver Post tesen att social dissaray eller ”social oordning” i form av faktorer som arbetsmigration, lösdriveri och tiggare, kombinerat med en ineffektiv statsapparat oförmögen att på ett effektivt sätt hantera denna typ av problematik, bör tillskrivas en avgörande betydelse för förhöjd incidens av epidemiska sjukdomsutbrott.<sup>120</sup> Det får trots allt anses vara ett plausibelt antagande att fenomen som lösdriveri, tiggeri och arbetsmigranter rimligtvis bör ha varit mer frekvent förekommande i samhällen belägna längs prominenta farleder likt Göta älv, än i andra typer av geografiska miljöer. Givet det faktum att denna studie kunnat påvisa en signifikant högre incidens av rödsotsutbrott i samhällena belägna längs Göta älv i förhållande till de övriga undersökta miljöerna torde därför ge ökat stöd för Posts teori beträffande att *social dissaray* bör tillskrivas centralt förklaringsvärde vid förhöjd frekvens och dödlighet i epidemiska sjukdomar. Den förhöjda incidensen av rödsot ligger också väl i linje med Yue et.al som påvisat att det i det förindustriella Europa förelåg en stark korrelation mellan närhet till navigerbara floder och samhällens predisposition att drabbas av pestutbrott. Samma studie kunde också påvisa en tydlig korrelation mellan flodens bredd och en förhöjd sannolikhet att drabbas av pestutbrott över tid.<sup>121</sup> Med reservation för att Yue et.al inte innefattar några svenska observationer och att den likt titeln indikerar endast behandlar pestrelaterade utbrott, så indikerar resultaten från denna studie med en frekvent högre rödsotsincidens för samhällena lokaliserade vid Göta älv att dessa forskningsrön förefaller ha bäring även när det kommer till rödsotens utbredning i Sverige under tidigmodern tid.

Granskar vi så incidensen i smittkoppor närmare så är det återigen församlingarna lokaliserade vid Göta älv som drabbas mest frekvent med en genomsnittlig utbrottsfrekvens på var 24:e månad, tätt följt av de skånska församlingarna med ett genomsnitt på var 25:e månad. Därefter följer de småländska församlingarna med ett snitt motsvarande var 30:e månad. Lägst incidens i smittkoppor uppvisar de dalska församlingarna med utbrott i genomsnitt var 49:e månad.

---

<sup>120</sup> Post 1990, s. 61f.

<sup>121</sup> Yue et.al 2016, s. 1f.

Skärskådar vi sedan smittkoppornas andel av den totala dödligheten i respektive miljö så visar utfallet av studien att de småländska församlingarna var hårdast drabbade med ett medelvärde på 10,1 procent. Därefter följer församlingarna lokaliserade vid Göta älv med ett medelvärde på 8,6 procent, följt av de dalska församlingarna med ett medelvärde på 8,5 procent. Lägst andel av den totala dödligheten utgör smittkopporna i församlingarna belägna i Skåne med ett medelvärde på 7,8 procent. Beträffande smittkopporna får utfallet av studien således anses tudelat där delstudien relaterad till incidens ligger väl i linje med det presumtiva antagandet att samhällen lokaliserade vid Göta älv rimligen borde vara mer utsatta för epidemiska sjukdomsutbrott, medan resultatet från delstudien relaterad till smittkoppornas andel av den totala dödligheten inte är fullt kompatibel med nyss nämnda hypotes. Det ska dock betonas att församlingarna belägna vid Göta älv ändock uppvisar det näst högst medelvärdet för smittkoppsdödlighet och givet den höga incidensen kan detta resultat därmed knappast anses vara alltför betungande för nyss nämnda hypotes vederhäftighet.

Intressant att notera är också att tre av de fyra undersökta miljöernas smittkoppsincidens återfinns inom intervallet var 24:e till var 30:e månad och ligger således markant högre än de vart femte till vart sjunde år som Larsson angett som normalvärde för riket som helhet under tidigmodern tid.<sup>122</sup> De dalska församlingarnas genomsnitt på var 49:e månad motsvarande vart fjärde år ligger däremot mer i linje med Larssons observationer. En tänkbar förklaring till att de församlingar som varit föremål för undersökning inom ramen för denna studie tenderat att härjas av smittkoppsutbrott betydligt mer regelbundet än vad Larsson anger som normalt, skulle kunna förklaras av Perssons tes beträffande smittkoppornas särdeles ihärdiga natur. Hon förfäktar nämligen idén att när ett smittkoppsutbrott väl etablerat sig och fått fäste i ett område så var det inte sällan mer regel än undantag att kopporna bet sig fast och cirkulerade mellan angränsande församlingar, alternativt att de strax efter att ett utbrott till synes bedarrat och börjat ebba ut, plötsligt blossade upp och började grassera ånyo.<sup>123</sup> Persson betonar också vikten av att smittkopporna var en utpräglad barnsjukdom som en viktig faktor till att spridningen tenderade att arta sig på detta vis och argumenterar för att givet att det över tid fanns en tillräckligt stor mängd unga barn som ännu inte genomlidit sjukdomen och därmed erhållit den livslånga immunitet som följer av genomgången infektion, så kunde smittkoppsutbrott bli mycket seglivade och långdragna företeelser.<sup>124</sup> Detta resonemang skulle således kunna utgöra en tänkbar förklaringsmodell till varför smittkopporna förefaller ha härjat de församlingar som

---

<sup>122</sup> Larsson 2006, s. 103.

<sup>123</sup> Persson 2001, s. 134f.

<sup>124</sup> Persson 2001, s. 135ff.



varit föremål för undersökning inom ramen för denna studie betydligt oftare än vad Larsson observerat som gängse för riket som helhet.

Vidare till incidensen i epidemisk feber så uppvisar församlingarna lokaliserade vid Göta älv en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 15:e månad tätt följt av de skånska församlingarnas snitt på var 16:e månad. I dessa miljöer förefaller således epidemisk feber ha uppträtt med närmast endemisk karaktär under perioden 1750-1810. Därefter följer församlingarna belägna i Småland som uppvisar ett snitt på var 20:e månad. Lägst incidens i epidemisk feber återfinns liksom var fallet med smittkoppor i de dalska församlingarna med utbrott i genomsnitt var 27:e månad. Beaktansvärt är att inte minst församlingarna belägna längs Göta älv med en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 15:e månad och församlingarna belägna i Skåne med en genomsnittlig utbrottsfrekvens om var 16:e månad uppvisar en signifikant högre incidens i epidemisk feber än de uppskattningsvis var 23:e månad som Larsson observerat för Lima och Transtrand, där dödsnotisen ”brännsjuka” förekommer under ett 40-tal år under perioden 1700-1775.<sup>125</sup>

Den höga incidensen hos församlingarna lokaliserade vid Göta älv sammanfaller också med den högsta relativa dödligheten i epidemisk feber med ett medelvärde på 15,2 procent. Därefter följer de skånska församlingarna med ett medelvärde på 9,9 procent. De småländska församlingarna uppvisar i sin tur ett medelvärde på 7,7 procent. Lägst relativ dödlighet i epidemisk feber återfinns i de dalska församlingarna där snittet landar på 7,4 procent. Resultatutfallet ligger således väl i linje med den formulerade hypotesen som gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr församling i kraft av sin geografiska lokalisering vid Göta älv, över tid rimligen borde varit hårdare drabbade av epidemiska sjukdomsutbrott. Vid analysen av dessa resultat rörande incidens av epidemisk feber är det dock essentiellt att ta i beaktan de erkända svårigheter och den bristfälliga stringens som diagnosticeringen av denna sjukdomskategori ofrånkomligen är behäftad med. Som diskuterats kontinuerligt genom denna uppsats så har såväl Larsson som Persson lyft det faktum att det råder stor osäkerhet huruvida det enkom är epidemisk feber i modern mening, (det vill säga tyfoidfeber, fläckfeber och återfallsfeber) som döljer sig bakom diffusa diagnoser likt ”brännsjuka”, ”huvudsot”, ”hetsig feber” och ”rötfeber”.<sup>126</sup> Givet denna diagnostiska problematik föreligger det således en icke försumbar risk att det bakom dessa nebulösa dödsnotiser eventuellt skulle kunna dölja sig ett stort mörkertal, där dödsfall som inte nödvändigtvis är kopplade till vad vi inom modern

---

<sup>125</sup> Larsson 2006, s. 112.

<sup>126</sup> Larsson 2006, 109f. Persson 2001, 207f.

medicinsk terminologi förknippar med epidemisk feber kan ha letat sig in i det statistiska underlaget för denna studie. Larsson betonar att särskild reservation bör iakttas och att osäkerheten är att betrakta som extra påtaglig i samband med de år då endast något enstaka dödsfall i epidemisk feber rapporterats.<sup>127</sup>

Skärskådar vi sedan incidensen i kikhosta så visar resultatet av denna undersökning att de skånska församlingarna var värst drabbade med ett medelvärde på var 25:e månad. Tätt därefter följer församlingarna lokaliserade vid Göta älv som uppvisar ett medelvärde på utbrott var 29:e månad, följt av de småländska församlingarna med ett genomsnitt på var 39:e månad. Lägst incidens i kikhosta uppvisar precis som var fallet med smittkopporna och den epidemiska febern församlingarna belägna i Dalarna med ett medelvärde på var 77:e månad. För att sätta dessa incidensnivåer i perspektiv kan nämnas att Persson noterat att de sydsvenska församlingarna Loshult, Oppmanna, Osby, Röke, Vånga och Västra Torup under perioden 1690-1718 registrerat dödlighet i kikhosta under sammantaget 13 år, vilket skulle motsvara en genomsnittlig utbrottsfrekvens motsvarande var 27:e månad.<sup>128</sup> Det ska dock betonas att denna siffra inkluderar registrerade dödsfall i kikhosta för samtliga dessa sex församlingar sammantaget, vilket gör en direkt jämförelse problematisk. Detta faktum till trots kan det ändå fungera som en indikation som pekar mot att inte minst de skånska församlingarna och församlingarna lokaliserade vid Göta älv förefaller ha varit särdeles hårt drabbade av kikhosta, då de på egen hand uppvisar ett snitt väl i paritet med denna siffra.

Incidensnivåerna avspeglar sig också i kikhostans andel av den totala dödligheten där de skånska församlingarna uppvisar det högsta medelvärdet på 5,6 procent. Därefter följer församlingarna lokaliserade vid Göta älv med ett genomsnitt på 4,1 procent, följt av de småländska församlingarna med ett snitt på 3,2 procent. I andra änden av spektrumet återfinns återigen församlingarna situerade i Dalarna med ett medelvärde på 1,7 procent av den totala dödligheten. Resultatutslaget beträffande kikhosta kan således inte betraktas som fullt ut förenligt med den hypotes som gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr i kraft av sin lokalisering vid Göta älv, över tid rimligen borde ha varit hårdare drabbade av epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av geografiska miljöer.

Höjer vi sedermera blicken och anlägger ett helikopterperspektiv så indikerar resultatutfallet av denna studie att det föreligger goda skäl att argumentera för att församlingarna lokaliserade vid

---

<sup>127</sup> Larsson 2006, s. 113.

<sup>128</sup> Persson 2001, s. 142

Göta älv faktiskt tycks ha varit särskilt hårt drabbade av epidemiska sjukdomsutbrott under perioden 1750-1810. Detta illustreras tydligt av att när ett helhetsgrepp tas avseende incidensnivåerna för de olika sjukdomskategorierna så finner vi att församlingarna belägna vid Göta älv uppvisar högst incidens avseende såväl rödsot, smittkoppor och epidemisk feber. Det enda undantaget utgörs av kikhostan där de skånska församlingarna uppvisar högst incidens under den undersökta perioden. Här ska dock poängteras att församlingarna lokaliserade vid Göta älv ändock uppvisar den näst högsta incidensen i kikhosta under den undersökta perioden och markant högre incidens än församlingarna belägna i Småland och Dalarna. Beträffande de fyra sjukdomskategoriernas andel av den totala dödligheten så kan resultatet vid första anblick tyckas motsäga den tes som ligger till grund för denna uppsats. Församlingarna belägna vid Göta älv toppar visserligen statistiken avseende de epidemiska febrarnas andel av den totala dödligheten, men när det kommer till rödsoten uppvisar de dalska församlingarna det högsta medelvärdet och rörande smittkopporna uppvisar de småländska församlingarna det högsta genomsnittet. Inte heller när det kommer till kikhostan toppar församlingarna belägna vid Göta älv, utan för denna sjukdomskategori är det de skånska församlingarna som uppvisar det högsta medelvärdet. Det ska dock poängteras att för samtliga dessa tre diagnoskategorier så uppvisar församlingarna lokaliserade vid Göta älv det näst högsta medelvärdet.

När hänsyn tas till såväl *incidens* som *relativ dödlighet* i förhållande till total dödlighet så råder det heller föga tvivel om att församlingarna belägna vid Göta älv ovedersägligen får anses ha drabbats hårdast av epidemiska sjukdomsutbrott under perioden 1750-1810. Särskilt tydligt blir detta när hänsyn tas till rödsot, smittkoppor, epidemisk feber och kikhostans sammantagna andel av den aggregerade dödligheten. Sannolikheten att avlida i någon av de fyra undersökta sjukdomarna är nämligen signifikant högre bland församlingarna lokaliserade vid Göta älv med ett medelvärde på **34,7 procent**. Detta ska kontrasteras mot de småländska församlingarna med ett medelvärde på **25,4 procent**, de dalska församlingarna med ett medelvärde på **24,6 procent** och slutligen de skånska församlingarna med ett medelvärde på **24,4 procent**. Detta resultat faller således också det väl i linje med den hypotes som ligger till grund för denna uppsats vilken gör gällande att samhällen likt Skepplanda och Starrkärr församling i kraft av sin lokalisering vid Göta älv, över tid rimligen borde vara mer utsatt för epidemiska sjukdomsutbrott. Även detta resultatutfall får således anses styrkande för Posts teori rörande *social dissaray*. Post gör som bekant gällande att en ökad förekomst av faktorer som arbetsmigration, lösdriveri och tiggare i kombination med en ineffektiv statsapparat oförmögen att på ett effektivt sätt hantera denna typ av problematik bör tillskrivas en avgörande betydelse

för förhöjd incidens av epidemiska sjukdomsutbrott.<sup>129</sup> Som diskuterats tidigare får det trots allt anses vara ett plausibelt antagande att fenomen som lösdriveri, tiggeri och arbetsmigranter rimligtvis bör ha varit mer frekvent förekommande i samhällen belägna längs prominenta farleder likt Göta älv, än i andra typer geografiska miljöer. Den samlade bilden med märkbart högre incidens och dödlighet i epidemiska sjukdomar som kunnat observeras vid samhällena belägna längs Göta älv i förhållande till de övriga undersökta miljöerna, får därvidlag anses ge fortsatt stöd till Posts teori beträffande att ”social dissaray” kan tillskrivas ett icke försumbart förklaringsvärde vid förhöjd utbrottsfrekvens och dödlighet i epidemiska sjukdomar.

Avslutningsvis kan vi således slå fast att syftet med studien får anses vara uppfyllt. Slutsatsen vi kan dra är att resultatutfallet på det stora hela indikerar att det i likhet med det presumtiva antagande som genomsyrat denna uppsats de facto tycks föreligga ett samband mellan Skepplanda och Starrkärrs lokalisering vid Göta älv och en ökad utsatthet för epidemiska sjukdomsutbrott. Denna korrelation manifesteras tydligast beträffande dels incidensnivåerna, där församlingarna belägna vid Göta älv uppvisar högst incidens för samtliga de undersökta kategorierna med undantag för kikhostan, men också när hänsyn tas till de undersökta sjukdomskategoriernas andel av den totala dödligheten, där dessa församlingar uppvisar det i särklass högsta medelvärdet. Sambandet förefaller inte lika tydligt när hänsyn tas till varje enskild sjukdoms andel av den aggregerade dödligheten och här toppar församlingarna lokaliserade vid Göta älv endast när det kommer till de epidemiska febrarna.

Något som hade varit intressant att undersöka vidare är hur generaliserbara de resultat som kunnat påvisas i denna studie är. En uppenbar svaghet är att det statistiska underlaget trots allt är förhållandevis litet. I en framtida studie hade det därför varit önskvärt att markant utöka antalet undersökta orter i respektive miljö. På så vis skulle man kunna minimera risken att det bland de undersökta församlingarna letar sig in statistiska outliers som kraftigt påverkar medelvärdena för respektive miljö. Givet hur tidsödande arbetet med att excerpera dödsfall ur begravningslängderna är så hade ett sådant angreppssätt troligen krävt att man istället nyttjade Tabellverkets årliga sammanställningar över mortalitetsstatistik som huvudsakligt källunderlag, istället för att gå ner och studera varje enskild församling på detaljnivå. Vid en sådan potentiell framtida studie hade man således fått väga nyttan av att på ett tidseffektivt vis kunna tillgodogöra sig ett större statistiskt underlag på aggregerad nivå, mot det faktum att en sådan ansats ofrånkomligen skulle medföra ett lägre mått av exakthet och därmed större

---

<sup>129</sup> Post 1990, s. 61f.

felmarginaler på församlingsnivå. Exakt hur en sådan studie skulle kunna tänkas utformas lämnar jag emellertid öppet för framtida forskning att adressera och vill med detta välkomna ytterligare förkovran inom detta ämnesfält.

## 8. Sammanfattning

Intentionen med denna studie har syftat till att klarlägga huruvida geografisk lokalisering kan argumenteras vara av betydelse för ett samhälles predisposition att drabbas av epidemiska sjukdomsutbrott, samt att utreda vilka potentiella effekter detta kan tänkas ha på den totala dödligheten över tid. I syfte att möjliggöra en sådan studie har ett presumtivt antagande gjorts utifrån vilken en hypotes formulerats, vilken gör gällande att samhällen lokaliserade vid framträdande farleder likt Göta älv, över tid rimligen borde vara mer utsatta för epidemiska sjukdomsutbrott än samhällen belägna i andra typer av miljöer. För att kunna testa denna hypotes har sedermera åtta församlingar situerade i varierande geografiska miljöer valts ut i form av Skepplanda och Starrkärr församling lokaliserade vid Göta älv, Agunnaryd och Frödinge församling belägna i Småland, Kågeröd och Hörby församling belägna i Skåne samt Sundborn och Venjan församling belägna i Dalarna. Vidare har en avgränsning i tid vidtagits till perioden 1750-1810. Därtill har fyra epidemiska sjukdomsdiagnoser valts ut i form av rödsot, smittkoppor, epidemisk feber och kikhosta. Utifrån två specificerade variabler i form av dels *sjukdomsincidens* samt *relativ dödlighet* i dessa diagnoser i förhållande till den aggregerade dödligheten har sedermera bärigheten för ovan formulerade hypotes satts på prov.

Initialt har sedan kvantitativ metod nyttjats genom att på årsbasis samla in data över dödlighet i rödsot, smittkoppor, epidemisk feber och kikhosta för de berörda församlingarna i syfte att skapa ett tillförlitligt statistiskt underlag och i förlängningen kunna besvara studiens övergripande syfte. Huvudsakligt källmaterial för insamlande av data har utgjorts av begravningslängder från de undersökta församlingarna, med viss komplettering från Tabellverket. Därefter har komparativ metod nyttjats i syfte att blottlägga eventuella variationer mellan de berörda församlingarna avseende incidens och dödlighetsmönster.

Utfallet av studien indikerar att församlingarna lokaliserade vid Göta älv uppvisar högst incidens för samtliga undersökta sjukdomskategorier med undantag för kikhosta där de uppvisar den näst högsta incidensnivån. Beträffande de enskilda diagnosernas andel av de totala dödstalen så avspeglar sig de förhöjda incidensnivåerna tydligast när det kommer till de epidemiska febrarna där församlingarna lokaliserade vid Göta älv uppvisar det klart högsta medelvärdet under den undersökta perioden. Sambandet förefaller inte lika starkt beträffande rödsoten, smittkopporna och kikhostan, även om det bör poängteras att församlingarna belägna vid Göta älv tillhör de hårdast drabbade församlingarna också när det gäller dessa sjukdomskategorier. Detta manifesteras tydligt när hänsyn tas till alla fyra diagnosernas andel av den aggregerade

dödligheten under den undersökta perioden. Sannolikheten att avlida i någon av de fyra undersökta sjukdomarna är nämligen signifikant högre bland församlingarna lokaliserade vid Göta älv med ett medelvärde på **34,7 procent**. Detta ska kontrasteras mot de småländska församlingarna med ett medelvärde på **25,4 procent**, de dalska församlingarna med ett medelvärde på **24,6** procent och slutligen de skånska församlingarna med ett medelvärde på **24,4** procent.

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att när vi lyfter blicken och anlägger ett helikopterperspektiv så råder det föga tvivel om att församlingarna lokaliserade vid Göta älv på det stora hela varit hårdare drabbade än församlingarna belägna i andra typer av miljöer. Resultatutfallet indikerar således att det i likhet med det presumtiva antagande som genomsyrat denna uppsats de facto tycks föreligga ett samband mellan samhällens närhet till framträdande farleder likt Göta älv och en ökad utsatthet för epidemiska sjukdomsutbrott. Därmed får den hypotes som legat till grund för uppsatsen anses ha fortsatt bäring.

## 9. Käll- och litteraturförteckning

### Arkivmaterial

Landsarkivet i Göteborg, Skepplanda församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie C:3, C:4, C:5.

Landsarkivet i Göteborg, Starrkärr församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie C:1, C:3, C:4.

Landsarkivet i Lund, Hörby församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie CI:3, CI:4.

Landsarkivet i Lund, Kågeröd församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie CI:2, CI:3, CI:4.

Landsarkivet i Uppsala, Sundborn församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie F:2, F:3, F:4.

Landsarkivet i Uppsala, Venjan församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie F:1, F:2, F:3.

Landsarkivet i Vadstena, Agunnaryd församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie C:3, C:4.

Landsarkivet i Vadstena, Frödinge församlings kyrkoarkiv, Död och begravningsböcker, Serie CI:2, CI:3.

### Digitalt material

Arkiv digital, <https://www.arkivdigital.se/> (Hämtad 2023-05-25).

Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om amöbainfektion

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/amobainfektion/> (Hämtad 2023-05-24).

Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om fläckfeber,

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/flackfeber-/> (Hämtad 2023-05-23).

Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om kikhosta

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/kikhosta-/> (Hämtad 2023-05-24).



Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om lusburen återfallsfeber,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/lusburen-aterfallsfeber/>

Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om Shigellainfektion  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/shigellainfektion-/> (Hämtad 2023-05-24).

Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om Smittkoppor  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/smittkoppor/> (Hämtad 2023-05-24).

Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om tyfoidfieber,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/tyfoidfieber/> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, <http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk> (Hämtad 2023-05-22).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Agunnaryd församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Frödinge församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Hörby församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Kågeröd församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Skepplanda församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Starrkärr församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Sundborn församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Formulär för befolkningsmängd 1750–1810, Venjan församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Agunnaryd församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-23).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Frödinge församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2025-05-25).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Hörby församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Kågeröd församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Skepplanda församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Starrkärr församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Sundborn församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

Tabellverket på nätet, Mortalitetsformulär 1750–1810, Venjan församling,  
<http://rystad.ddb.umu.se:8080/Tabellverket/Tabverk?Next=SearchResult> (Hämtad 2023-05-25).

## Litteratur

Castenbrandt, Helene, *Rödsot i Sverige 1750-1900: en sjukdoms demografiska och medicinska historia*, Institutionen för historiska studier, Göteborgs universitet, Diss. Göteborg: Göteborgs universitet, 2012, Göteborg, 2012

Crosby A, "Smallpox" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993)

Esaiasson, Peter, Gilljam, Mikael, Oscarsson, Henrik, Towns, Ann E. & Wängnerud, Lena, *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Femte upplagan, Wolters Kluwer, Stockholm, 2017

Hardy A, "Whooping Cough" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993)

Jutikkala, Eino. "Spridningsmönstren hos smittkopporna under andra hälften av 1700-talet i Finland", in *Festskrift til Kristof Glamann*, edited by Ole Feldbaek et al., University of Southern Denmark, Studies in History and Social Sciences, vol. 165, 1983.

Kiple, Kenneth F. (red.), *The Cambridge world history of human disease*, Cambridge Univ. Press, London, 1993

Larsson, Daniel, *Den dolda transitionen: om ett demografiskt brytningskede i det tidiga 1700-talets Sverige*, Historiska institutionen, Göteborgs universitet, Diss. Göteborg: Göteborgs universitet, 2006, Göteborg, 2006

Larsson, Daniel. "Diseases in Early Modern Sweden: A Parish-Level Study 1631-1775." *Scandinavian Journal of History* 45.4 (2020): 407-432.

Norman, Hans. "Svält och epidemier. Krisåren 1773 och 1808–1811 i Örebro, Stora Mellösa och Hällefors. Omfattning, dödsorsaker och demografiska följder." *Bebyggelsehistorisk tidskrift* 5 (1983): 5-20.

Patterson KD, "Amebic Dysentery" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993)

Patterson KD, "Bacillary Dysentery" i Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge University Press 1993)

Persson, Bodil E. B., *Pestens gåta: farsoter i det tidiga 1700-talets Skåne*, Nordic Academic Press [distributör], Diss. Lund: Univ., 2001, Lund, 2001

Post, John D., The mortality crises of the early 1770s and European demographic trends. *The Journal of interdisciplinary history*. Vol. 21, nr. 1, 1990: 29-62

Sköld, Peter, *The two faces of smallpox: a disease and its prevention in eighteenth- and nineteenth-century Sweden*, Univ., Diss. Umeå: Univ., Umeå, 1996

Teorell, Jan & Svensson, Torsten, *Att fråga och att svara: samhällsvetenskaplig metod*, 1. uppl., Liber, Stockholm, 2007

Yue, Ricci PH, Harry F. Lee, & Connor YH Wu. "Navigable rivers facilitated the spread and recurrence of plague in pre-industrial Europe." *Scientific Reports* 6.1 (2016)