

Folkdöd eller befolkningsexplosion

Barnbegränsningen i Sverige med särskild hänsyn till dess följder och lärdomar ifråga om befolkningsutvecklingen

Av professor Curt Gyllenswärd, Stockholm

De flesta av jordens länder hotas av överbefolkning. Nativiteten är hög och spädbarnsdödligheten samtidigt i sjunkande. Den viktigaste faktor, som hittills verkat reglerande på befolkningstillväxten, minskas därmed. Allt fler munnar måste mättas och dela på en redan för liten kaka. Utvecklingen synes inne i en ond cirkel, så mycket mera tragisk som den har sin grund i en i och för sig önskvärd förbättring i levnadsförhållandena. Många anse denna utveckling opåverkbar åtminstone inom den tid som rimligen kan stå till buds, och en katastrof oundviklig. Barnbegränsning anses av olika skäl svår eller omöjlig att genomföra i dessa länder, och om den genomfördes kunde den befaras leda till folkets utdöende. Emellertid synes erfarenheterna från Sverige visa att en så pessimistisk syn icke är befogad. De kunna därför ha global betydelse. Sverige erbjuder ett — jämte Finland — enastående statistiskt material därför att befolkningsstatistiska data finnas tillgängliga alltifrån år 1750.

Inom Sveriges nuvarande gränser var medelfolkmängden under 1700-talets senare hälft i runt tal

2 millioner. På denna befolkning föddes i genomsnitt årligen ungefär 70.000 levande barn. Av dessa dogo emellertid 14.000 eller 20 % redan under första levnadsåret.

Hundra år senare hade folkmängden fördubblats. Dessa dubbelt så många svenskar födde 130.000 levande barn av vilka dock 13 % eller 16.000 dogo som späda.

Om nativiteten varit lika hög i slutet av 1800-talet som i slutet av 1700-talet skulle det fötts drygt 10.000 fler levande barn årligen. Men hade spädbarnsdödligheten varit lika hög, hade 26.000 i stället för 16.000 av de födda dött som späda, vilket tagit ut varann.

En viss minskning i nativiteten — 7 % hade inträtt men en relativt sett 5-dubbelt större minskning av spädbarnsdödligheten. En befolkningsexplosion var på väg. En kraftig emigration motsvarande 40 % av födelseöverskottet reducerade emellertid denna.

Under 1900-talets första hälft ökade medelfolkmängden till 6 millioner, medan de levande föddas

Tabell 1

Befolkningsutvecklingen i Sverige 1751—1960

År	Medelfolkmängd	Levande födda	Döda under första levnadsåret	Döda i alla åldrar	Överskott av födda	Folkökning
1751—1800	2.065.759	69.319	14.106	56.501	12.818	11.333
1801—1850	2.790.035	89.922	15.473	66.685	23.237	22.705
1851—1900	4.342.735	130.190	16.244	80.246	49.944	33.078
1901—1950	6.001.380	116.544	6.815	75.271	41.273	38.108
1951—1960	7.285.643	107.050	1.938	70.567	36.483	45.614

antal sjönk till 117.000. Hade nativiteten varit lika hög som på 1700-talets senare hälft, skulle det fötts 210.000 levande barn årligen och om lika som i slutet på 1800-talet 195.000. Av de 117.000 dogo emellertid knappt 7.000 som spädbarn. En immigration hade nu börjat med obetydlig övervikt ännu för emigrationen, men slutresultatet blev, främst genom spädbarnsdödlighetens fortsatta starka nedgång, trots den kraftiga barnbegränsningen en större naturlig folkökning än någonsin.

Tioårsperioden 1951—1960 var medelfolkmängden upp i 7 $\frac{1}{3}$ millioner, levande födda 107.000, men döda under första levnadsåret blott 1.900. Samtidigt hade emigrationen bytts i ett immigrationsöverskott. År 1965 var riksgenomsnittet för spädbarnsdödligheten blott 1,4 % mot över 20 % 200 år tidigare.

Ikke blott spädbarnsdödligheten har sjunkit. Även den allmänna dödligheten har sjunkit, vilket medfört en ökning av medellivslängden. För män är den f.n. knappt 72 år och för kvinnor nära 75 år.

Slutresultaten av alla dessa förändringar har emellertid blivit, att trots en så kraftig barnbegränsning att t. ex. under tioårsperioden 1951—1960 årligen fötts blott 107.000 barn mot 241.000 om nativiteten varit lika hög som i slutet på 1700-talet, folkmängden ökat i ungefär samma takt under 200 år. Emigration och immigration ha varit av större betydelse blott under kortare tider och även då spelat en underordnad roll i det hela. Två faktorer ha varit dominerande; å ena sidan barnbegränsningen, å andra sidan nedgången i spädbarnsdödligheten.

Av den förra fruktar man folkets undergång av den andra en befolkningsexplosion. Ingetdera har blivit fallet. I själva verket ha faktorerna i stort sett balanserat varandra. Ett närmare studium är därför av största intresse.

När började den medvetna barnbegränsningen och vilka började tillämpa den?

Vi ha redan visat att påvisbar barnbegränsning tillämpades i Sverige åtminstone redan under senare hälften av 1800-talet. All erfarenhet visar att företeelser av denna art börjar i de mera skolade folkgrupperna och sedan sprids nedåt.

För frågan om vilka som först tillämpade barnbegränsning har kvinnornas ålder därför större betydelse än socialgruppstillhörigheten.

Av vad nyss visats framgår att decennierna från 1800-talets slut framöver de första på 1900-talet äro av störst intresse för att komma åt början samt följa utvecklingen. Det är en utbredd uppfattning att barnbegränsningen började utövas av de unga kvinnorna. Detta är emellertid en felaktig uppfattning. Statistiska data visar tvärtom ovedersägligt att det var kvinnorna i de högsta åldrarna då barnafödande överhuvud är möjligt, som först började med barnbegränsningen. Denna har sedan spritt sig ned i åldrarna och samtidigt ökat i omfattning i de åldrar där den redan tidigare tillämpats.

Siffrorna för de högre åldrarna voro redan på 1890-talet så höga att man utan risk för feltag kan påstå att barnbegränsning praktiserats i betydande

Tabell 2

Förändring i relativa födelsefrekvensen i Sverige 1891—1930 i % av födelsefrekvensen åren 1881—1890.

Åldersår	Giftna				Ikke giftna			
	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930
15—20	+ 10	+ 22	+ 17	+ 16	+ 42	+ 110	+ 146	+ 147
20—25	+ 3	+ 1	— 11	— 26	+ 11	+ 27	+ 31	+ 6
25—30	— 2	— 6	— 23	— 41	— 5	— 4	— 15	— 41
30—35	— 6	— 14	— 32	— 51	— 9	— 14	— 28	— 54
35—40	— 7	— 17	— 35	— 56	— 8	— 17	— 30	— 57
40—45	— 9	— 23	— 40	— 61	— 9	— 19	— 32	— 58
45—50	— 18	— 34	— 52	— 68	— 14	— 29	— 37	— 63

Tabell 3

Barnaföderskornas fördelning i Sverige efter ålder i %.
 Levande födda barn.

År	Område	Inom äktenskapet — ålder							Utom äktenskapet — ålder						
		15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49
1921—30	Landsbygd	1,7	18,0	27,6	24,7	18,2		9,8	22,5	42,8	18,5	8,6	5,2		2,4
	Städer	1,6	19,3	30,8	25,2	16,1		7,0	18,0	44,8	20,9	9,2	5,0		2,1
1956—57	Riket	4,8	25,9	31,0	22,3	12,1	3,6	0,3	39,0	34,4	13,4	7,2	4,3	1,6	0,1

omfattning i dessa åldrar decennier tidigare. Giftna och ogiftna följa samma beteendemönster. Tendensen är så tydlig och genomgående att intet tvivel kan råda om att det är frågan om en frivillig barnbegränsning. Detta blir ännu tydligare om vi vända på resonemanget och undersöka icke vilka som praktisera barnbegränsning utan vilka som föda barnen. Detta har avgörande betydelse också för frågan om barnbegränsning leder till ett folks utdöende.

Av särskilt intresse är att ända till 1926 det i Sverige i lag närmast var förbjudet och till 1938 kringgårdat med starka reservationer att reklamera för preventivmedel eller att meddela undervisning i preventivteknik — inte ens blivande läkare undervisades. Likväl praktiserades sålunda sådan i betydande omfattning. En lagstiftning och/eller en religiös tabuförklaring som uppfattas som oberättigad, föråldrad eller stridande mot kvinnornas rimliga krav på en människovärdig tillvaro respekteras ej utan kringgåås på ett eller annat sätt.

Inemot 60 % av alla barn till gifta kvinnor föds av mödrar i åldern 20—30 år och ytterligare 25 % före 35 års ålder. Giftasåldern, som under senare decennier sjunkit något, är idag i Sverige för första äktenskapets ingående ungefär 23 år för kvinnor och 26 för män. Det är sålunda de 10 åren därefter som ha betydelse ur nativitetssynpunkt. Frågan är nu hur långt ned i åldrarna barnbegränsningen nått eller uttryckt på annat sätt om kvinnorna i ökad utsträckning upphört att överhuvud vilja föda barn. Om man undersöker antalet barnaföderskor bland gifta kvinnor, finner man att ingen sänkning inträtt i de aktuella åldrarna sedan 1935. Och det har ju nyss visats att det är viljan att föda barn i de åldrarna, som har betydelse. I högre ålder hade kvinnorna slutat att vilja föda barn långt före 1935. Också denna tabell visar klart att det är fråga om en frivillig barnbegränsning. Det är helt orimligt att antaga en ökad ofrivillig ofruktbarhet, som skulle lämnat åldrarna 18—35 år intakta.

Tabell 4

Antal barnaföderskor bland 100 gifta kvinnor i Sverige.

Aldersgrupp	1920	1935	1945	1955	1960
18—19 år	64,6	50,3	47,6	51,2	50,4
20—24 år	42,0	26,4	30,7	27,2	26,9
25—29 år	29,6	16,3	20,3	17,1	16,8
30—34 år	22,2	11,4	14,5	10,2	9,4
35—39 år	16,1	7,2	8,9	5,2	4,5
40—44 år	8,2	3,1	3,2	1,7	1,0

Ett mycket intressant förhållande i belysning av den starka barnbegränsning som ägt rum är födelsernas fördelning efter årstider. Dessa visa ett minimum i februari tätt följt av en 30 %-ig ökning i mars, en fortsatt högnivå under vårmånaderna, sjunkande under sommaren, en ny men lägre stegring i september och så återigen någon stegring i december följt av en sänkning i januari mot bottenivån i februari. Detta förlopp återkommer år efter år, och är likartat i hela Sverige. Vårtoppen orsakas av befruktning under sommaren, septembertoppen kring jultiden. Trots den frivilliga barnbegränsningen är det någon faktor som slår igenom med en naturkrafts styrka.

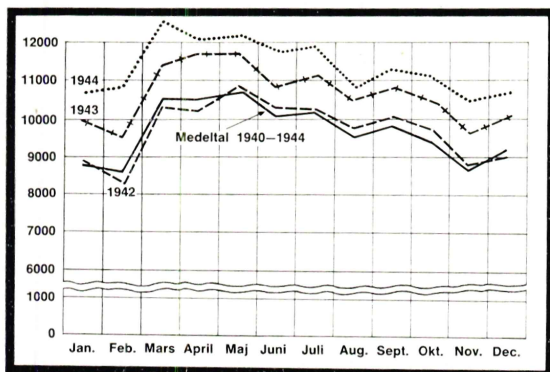
Gynnsamma och ogynnsamma följder av barnbegränsningen och av nedgången i dödligheten

En påtaglig följd av att det är de äldre kvinnorna som svara för barnbegränsningen är att mödrarnas genomsnittsålder sjunkit. Detta är biologiskt en gynnsam utveckling.

En relativt lätt mätbar och mycket påtaglig faktor är dödföddheten. Om man sätter denna i relation till moderns ålder stiger dödföddheten med stigande ålder. Utomäktenskapliga mödrar löpa relativt sett 50 % större risk att få dödfödda barn än inomäktenskapliga mödrar i samma ålder. En höjning av moderns ålder med 10 år ökar dödföddhetsrisken lika mycket, och detta i båda grupperna, vilket visar, att åldern är den avgörande faktorn.

En följd av nedgången i dödlighet överhuvud är att könsrelationen förskjutits i gynnsam riktning. Det föds 5—6 % fler levande gossar än flickor, men gossarna ha högre dödlighet än flickor, och följden blir så småningom ett kvinnoöverskott. Det svagare könet, det manliga, har haft större utbyte av de orsaker, som gjort att dödligheten minskat. De överleva alltså i proportionsvis större utsträckning tidigare ålder nu än tidigare. Följden har blivit att tidpunkten för kvinnoöverskottets inträdande förskjutits mot allt högre ålder. År 1920 fanns det lika många män som kvinnor kvarlevande i 20-årsåldern. I åldern däröver inträdde alltså ett kvin-

Fig 1 Antalet födda barn i Sverige 1940—1944



Tabell 5

Dödfödda inom och utom äktenskap i % efter moderns ålder åren 1934—37 i Sverige.

Födda	Moderns ålder i år						
	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50
inom äktenskapet	1,5	1,7	2,2	3,0	3,7	4,8	6,5
utom äktenskapet	2,3	2,7	3,4	4,2	5,5	6,4	—
Dödfödda om åldern 15—20 år = 100	iä: 100 uä: 100	113 117	147 148	200 183	247 239	320 278	— —
uä: iä om iä = 100	153	159	155	140	149	133	—

noöverskott. År 1940 hade gränsen förskjutits till inemot 40-årsåldern, år 1960 till inemot 60-årsåldern och 1980 kunna vi räkna med ett kvinnoöverskott först inemot 70-årsåldern. Vad detta betyder för t. ex. familjebildning är uppenbart.

Men ökningen av medellivslängden är inte bara av godo. Samhället får allt fler äldre personer som måste tagas om hand med åtföljande ökat också relativt vårdbehov.

Det är en utbredd föreställning att den alltmer ökade medellivslängden medför att vår generations människor får leva till 100 år och mer.

Den svenska befolkningsstatistiken visar klart hur det förhåller sig därmed.

Tabell 6

Sverige. Samtliga döda på 100 av medelfolkmängden i angivna åldrar under

År	1:a levnads- året	15—19 år	50—54 år	65—69 år	80— år
1751/60	205	6,4	21,7	50,0	208,2
1801/10	199	7,5	26,5	65,9	263,5
1851/60	146	5,5	20,3	55,8	211,1
1901/10	85	4,6	11,4	33,1	175,4
1941/50	27	1,4	7,3	28,5	170,9
1951/60	18	0,7	5,8	25,9	163,4

På tvåhundra år sjönk spädbarnsdödligheten till 1/7-del, dödligheten i tonåren till 1/4, i 50-årsåldern till 1/3, i 65-årsåldern till något mer än hälften och i 80-årsåldern praktiskt taget inget alls. Idag är spädbarnsdödligheten som nämnts blott 1,4 % vilket alltså endast är 1/15 av vad den var i slutet på 1700-talet.

Tabell 7

Sverige. Män och kvinnor, återstående medellivslängd i år vid

År	Födelsen	15 år	50 år	65 år	80 år
1751/90	35	42	19	10	5
1791/1815	37	42	18	10	4
1851/55	43	44	19	10	4
1901/10	56	51	24	13	5
1941/50	69	57	26	14	6
1956/60	73	60	27	14	6

Uttryckt på ett annat sätt har en nyfödd fått sin återstående medellivslängd mer än fördubblad på 200 år, en 15-åring ökad med 15 år, en 50-åring med 7 år, en 65-åring med 4 år men en 80-åring har precis samma utsikt att leva ytterligare 5 år som den hade då. Vi kunna räkna med att få relativt fler och fler i äldre åldrar men inte relativt fler över 85 år. Denna ålder tycks vara den optimala. Och har ingen ändring skett härutinnan på 200 år så lär väl inte inom överskådlig tid några alltför stora förändringar vara att befara eller förvänta, hur man nu vill se saken.

Den vinst, som skett de senaste decennierna och medfört den ytterligare ökade medellivslängden, har helt kommit åldrarna upp till i stort sett 50 år tillgodo.

Är barnbegränsningen frivillig?

I obstetriska handböcker utgås ofta ifrån att varje äktenskap önskar sig åtminstone ett barn även vid allra starkaste barnbegränsning i övrigt. Otvivelsaktigt har antalet barnlösa äktenskap ökat. Vore resonemanget riktigt skulle sålunda den ofrivilliga steriliteten ökat. Som orsaker till en sådan ha anförts den höjda levnadsstandarden och flyttningen från landsbygden till tätorter. I fråga om levnadsstandarden vet man, att relativa antalet dödfödda och prämaturfödda är högre — för de senare i Stockholm på 1930-talet dubbelt högre bland sämre än bättre situerade — ju lägre levnadsstandarden är. De c:a 5 % prämaturfödda i Sverige svara för mer än 50 % av spädbarnsdödligheten. En höjning av levnadsstandarden bör därför rimligtvis medföra en minskning även av den ofrivilliga steriliteten och alltså verka i rakt motsatt riktning mot den antagna. En undersökning av antalet helt barnlösa äktenskap i Sverige på 1930-talet visade att dessa relativt sett ökade dubbelt så snabbt på landsbygden som i städerna. Inflyttningen till städerna har således icke verkat steriliserande. De siffror som angivas i de vanliga obstetriska handböckerna för ofrivillig ofruksamhet torde vara för höga. Siffror på 10—15—20 % och högre anges. En undersökning på ett flertal svenska och finlandssvenska material för ett par decennier sedan gav för äktenskap som be-

stätt minst 15 år, och där moderns ålder vid äktenskapets ingående var högst 30 år, blott omkring 3 % barnlösa äktenskap.

Nyss har dessutom visats att någon minskning i det relativa barnafödandet icke inträtt hos gifta kvinnor i åldrarna 20—35 år i Sverige sedan 1935.

Svängningar i nativiteten och deras inverkan på befolkningens åldersfördelning

Under 1900-talet har nativiteten växlat emellan c:a 26 ‰ och 14 ‰ av folkmängden. Detta är i och för sig ett dåligt sätt att ange födelsetalet redan därför att blott kvinnor i fruktsam ålder kunna föda barn, och denna ålder utgör blott hälften av en kvinnas medellivstid i dagens Sverige. Denna grupp utgör 1/4 av totalpopulationen. Vidare har åldersfördelningen i befolkningen undergått starka förändringar som följd av dels ändringar i antalet levande födda, vilket växlar mellan 26 och mindre än 14 ‰ av medelfolkmängden eller i absoluta tal mer än 140.000 och mindre än 85.000 olika år, dels ökningen av medellivslängden.

År 1900 utgjorde barn under 15 år 33 % av befolkningen, åldringarna över 65 år 8 %.

I dag är 20 % barn och 14 % åldringar. Till sammans ha dessa båda grupper de senaste 40 åren utgjort ungefär 34 %.

Tabell 8

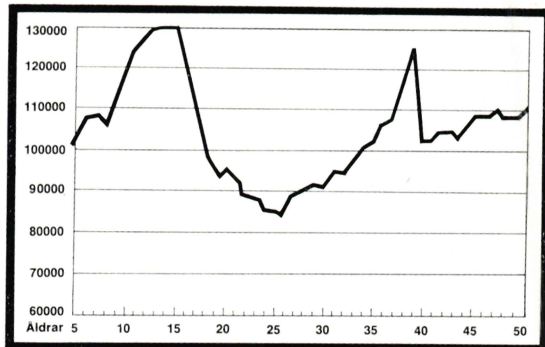
Sverige. Befolkningsfördelning på åldersgrupper.

År	Under 15 år	15—64 år	Över 65 år
1900	33	59	8
1930	25	66	9
1940	21	70	9
1950	24	66	10
1960	22	66	12
1970	20	66	14

Men bakom dessa genomsnittsvärden döljer sig en mycket ogynnsam åldersfördelning.

En stor grupp 10—15-åringar pocka på utbildning och nalkas äktenskapsåldern, en stor grupp 35—40-åringar kommer ett par decennier senare att nalkas pensionsåldern och ställa ökade krav på vård.

Fig. 2 Diagrammet visar befolkningsstrukturen i Sverige i dag



Utom äktenskapet födda barn

I mitten på 1800-talet föddes i Stockholm nästan vartannat barn utom äktenskapet, i övriga städer drygt 20 % och på landsbygden 5 %. Småningom inträdde en förändring så att numera 10—12 % av barnen födas utom äktenskapet i hela riket och oberoende av om mödrarna bo i Stockholm, i andra tätorter eller på landsbygden. Det viktigaste är dessutom icke var barnen föds utan var de avlats. I storstäderna är anonymiteten större och gravida ogifta ha alltid dragits dit.

Ett mörkt drag är att livsutsikterna för dessa barn i flera avseenden äro väsentligt sämre än för de inom äktenskapet födda. Spädbarnsdödligheten är fortfarande relativt sett nära 70 % högre, och någon relativ förbättring i proportionerna har icke inträtt även om spädbarnsdödligheten absolut sett sjunkit för båda grupperna. En orsak är att prämaturfrekvensen är högre. Då kvinnor med lägre levnadsstandard ha högre prämaturfrekvens måste detta visa, att förhållandena under graviditeten fortfarande äro mycket otillfredsställande för blivande utomäktenskapliga mödrar.

Det väsentliga för den blivande modern och för barnet är emellertid icke om de leva inom äktenskapet i administrativ mening utan om fadern och modern sammanleva som om de voro gifta. 2/3 av de barn som föds utom äktenskapet i Sverige legaliseras inom två år, flertalet inom ett år efter barnets födelse genom att modern gifter sig, i hälften av fallen med barnafadern. I många länder registre-

Tabell 9

Spädbarnsdödlighet i Sverige bland i äktenskap och utom äktenskap levande födda barn åren 1952—1962.

På 1000 levande födda	I äktenskap	Utom äktenskap	Samtliga
1952	18,84	30,82	20,03
53	18,00	25,56	18,74
54	17,86	26,54	18,71
55	16,25	28,20	17,44
56	16,37	25,79	17,33
57	16,77	26,64	17,77
58	14,95	24,26	15,90
59	15,62	25,30	16,63
60	15,50	25,40	16,62
61	14,66	24,07	15,76
62	14,20	24,00	15,26

ras sådana barn icke som utomäktenskapliga. Jämförelsesiffror bli därför missvisande.

Socialpediatriskt äro "legaliserade" barn icke utomäktenskapliga. Den höga spädbarnsdödligheten bör naturligtvis företrädesvis belasta de icke legaliserade och blir då ännu mera skrämmande hög. Detta är en viktig faktor, som icke kan lämnas obeaktad i diskussionen om äktenskapets och familjens vara eller inte vara.

Inflyttningen till tätorterna

Redan tidigare har visats att inflyttningen till tätorterna numera icke medför en ökad ofrivillig barnlöshet och ej heller en ökad frivillig barnlöshet i förhållande till landsbygden.

Ifråga om spädbarnsdödligheten är förhållandet enahanda. Denna var på 1940- och 1950-talen lägre i städerna. Först på 1960-talet tycks en utjämning skett.

Tabell 10

Döda 1:a levnadsåret på 100 levande födda.

År	Sverige	Landsbygd	Städer
1941/45	3,1	3,3	2,8
1946/50	2,4	2,5	2,2

Kan och bör spädbarnsdödligheten sänkas ytterligare?

En viktig fråga är om det är berättigat att sänka spädbarnsdödligheten så långt som det överhuvud är möjligt. Har man icke förr eller senare en gräns där man räddar barn till ett fysiskt liv belastat med svåra handikapp?

I dagens läge torde en marginal finnas innan ett sådant förhållande inträder. Utheim-Toveruds sammanställning av spädbarnsdödligheten inom kungliga familjer är här av stort intresse. Medan ännu under 1600-talet vart fjärde levande fött kungligt barn dog innan det uppnått ett års ålder, avled redan under 1900-talets tre första decennier blott 8 genomsnittligt av tusen. Ännu år 1965 var spädbarnsdödligheten i Sverige för hela riket nästan dubbelt så hög.

Tabell 11

Spädbarnsdödlighet inom kungliga familjer (Efter Utheim-Toverud)

År	Antal levande födda	Döda av 1000 levande födda		
		1. mån.	2—12 mån.	1. året
1500/99	1.882	98	104	202
1600/99	2.628	96	150	246
1700/99	1.807	60	93	153
1800/49	768	50	46	96
1850/99	811	17	23	40
1900/30	373	5	3	8

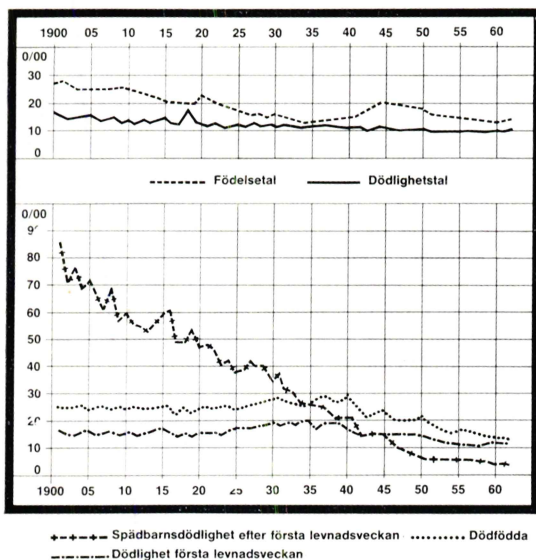
I början av 1900-talet var riksgenomsnittet för spädbarnsdödligheten c:a 9 %. Siffrorna för kungliga familjer visa klart hän på ett välkänt förhållande, nämligen att den var vida högre i socialt svagare ställda befolkningsgrupper än bland bättre situerade. I de svagare ställda grupperna i Stockholm och dess omnejd kunde man möta en spädbarnsdödlighet som kunde nå upp till och överstiga 50 % i stora barnkullar. Med en hög spädbarnsdödlighet löpte parallellt en hög dödlighet i småbarnsåren och senare i barna- och ungdomsåren. Fler än som dog fingo men för livet eller häm-

mades i sin utveckling. Med barnbegränsningen följer friskare barn men också friskare mödrar bättre lämpade att fostra sina barn och med mera tid att ägna sig åt dem. Omvänt bli de färre friskare barnen till större glädje för sina föräldrar, och detta kan ha bidragit till att, som visats, viljan att överhuvud föda barn inte avtagit i de samhälleligt sett mest önskvärda åldrarna.

Var finns marginalen för ytterligare sänkning av spädbarnsdödligheten?

Den stora vinsten ifråga om dödligheten bland späda barn har gjorts under de senare 51 veckorna av första levnadsåret.

Fig 3 Födelsetal och spädbarnsdödlighet i Sverige 1900–1962



Dödligheten under hela året har under 1900-talet sjunkit från i runt tal 9 % vid sekelskiftet till 1,4 % år 1965 eller med 5/6. Dödföddheten och dödligheten under första levnadsveckan har däremot sjunkit vid mindre, dödföddheten från c:a 2,5 % till 1,5 % och tidigdödligheten från 1,6 % till 1,1 % eller i båda fallen med ungefär 1/3, f. ö. med ett bakslag under åren 1926–1940. 3/4 av hela spädbarnsdödligheten infaller under första levnadsveckan och bland de döda äro prämaturerna som förut sagts starkt övervägande.

Frågan om prämaturfrekvensen och dess orsaker intar därför en central punkt vad gäller ytterligare sänkning av som späda avlidna. Prämaturfrekvensen är högre ju svagare socialt ställda mödrarna äro. Likaså spelar utomäktenskaplig börd här en stor roll.

Numera bör i Sverige krafterna koncentreras på en förbättrad förebyggande mödravård i vidaste bemärkelse samt i synnerhet sådan för utomäktenskapligt gravida samt en förebyggande barnavård för de senares barn.

Hörnstenar till stöd åt mödrar och barn

Förenklad enhetsuppfödning

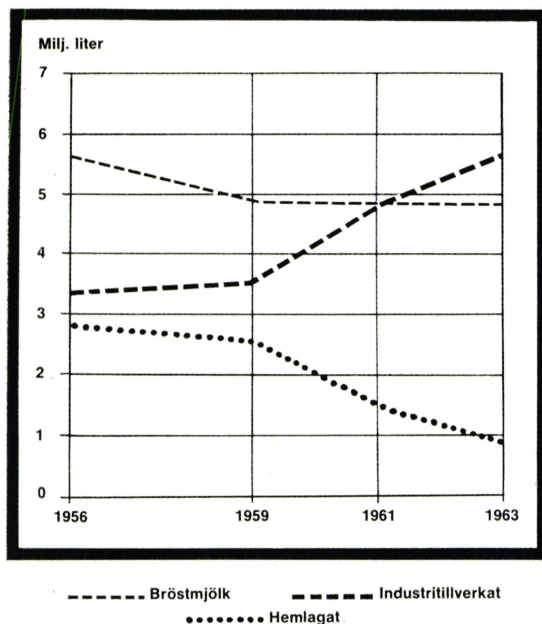
Den skrämmande höga spädbarnsdödligheten torde vara en bidragande orsak till att man, när mödrarna av någon anledning icke kunde amma eller hade otillräckligt med mjölk, ännu för 20–30 år sedan, ja senare, allmänt föreskrev en ytterst komplicerad uppfödning i tro att därmed kunna bekämpa dödligheten. De täta av så många på nära håll upplevda dödsfallen och iakttagelsen att bröstbarn klarade sig mycket bättre, motiverade en stark propaganda för digivning. När denna åskådningsundervisning bortfallit uppstod i stället lätt en underskattning av amningens värde. Emellertid är det rätt svårt att förstå varför man ansåg det så nödvändigt med en så komplicerad uppfödning, innehållande ändringar i komjölsblandningarnas sammansättning upp till 30 ggr under första levnadsåret, och i praktiken dessutom omöjlig att följa för flertalet mödrar. Bröstmjölkens sammansättning ändras ju inte efter råmjölksperioden mer än den kan växla under ett och samma mål från dess inledande till dess avslutande eller mellan två olika mödrar.

Målet för en flaskuppfödning måste vara enklast möjliga föreskrifter, lätta att tillämpa främst för de svagast ställda. I början på 1920-talet började det propageras för en förenklad enhetsblandning byggande på halvmjölsprincipen. En enhetsblandning var förutsättningen för en industriell tillverkning.

Produkter av denna art ha numera slagit helt igenom i Sverige och erövrat den övervägande delen av marknaden. Bestämda fördelar är den pålitliga hygien, att de kunna modifieras och hållas up to date i takt med vetenskapens rön, och berikas med vitaminer och spårämnen, äro hållbara, lättillagade och slutligen kunna göras billigare än konsumtionsmjölken. Denna förenklade uppfödning har inneburit en stor förenkling och ökad trygghet för mödrarna. Den har därför icke, i motsats till vad som befarades, medfört en minskning i amningsfrekvensen. Tryggheten att veta vad man skall taga till om bröstmjölksstillgången avtar minskar tvärtom en oro som ofta bidrar just till att minska digivningsförmågan. Vad som hänt är övergång från hemlagade blandningar till sådana beredda på industriprodukter.

Förenklad uppfödning är därför en hörnsten i hjälp till barnfamiljerna.

Fig 4 Mjölkkonsumtionens fördelning på bröstmjolk, hemlagade vällingar och industriprodukter i Sverige 1956-1963



Barnkliniker över hela landet

Samtidigt med hjälp till vården i hemmen av friska barn, har i Sverige en andra huvudlinje varit att bereda familjerna möjlighet till adekvat vård åt

deras barn vid sjukdomsfall, oberoende av bostadsorten. Då barnsjukhus länge funnits endast i några få städer, sattes krafterna in på att få barnsjukhus upprättade och därmed barnläkare tillgängliga i åtminstone en stad i varje län. Detta arbete kom på allvar igång först för 20 år sedan, men kröntes med sådan framgång att målet nu är nått. Dessa barnkliniker äro norm och stöd åt även den förebyggande barnvården.

Obstetriska kliniker över hela landet

Ären 1926 till 1940 visade dödligheten i samband med förlossningar en oroande ökning såväl vad gällde mödrarna som dödföddhet och tidigdödlighet. Förhållandena voro ogynnsammare ju mindre skolad personalen var. Myndigheternas uppmärksamhet fästes på förhållandet, deras medverkan vanns och trots initialt motstånd från vissa håll utbyggdes förlossningsvården så att, parallellt med barnavdelningar under egna specialistutbildade överläkare tillkommo i rask takt barnbördsavdelningar ute i landet med likaledes egna specialistutbildade överläkare och intimt samarbetande med barnklinikerna. Detta är den tredje hörnstenen i barna- och mödravården.

Sammanfattning

Erfarenheterna från Sverige visar att med stigande standard och upplysning kvinnorna önskar en barnbegränsning och genomföra en sådan trots hinderande lagstiftning och religiösa taburegler. Denna barnbegränsning leder icke till en minskning av önskan att föda ett begränsat antal barn i de samhälleligt sett mest önskvärda åldrarna. Den medför färre men friskare barn, ger mödrarna möjlighet att ägna omsorg om sina barn och trötta dem mindre, faktorer som i och för sig synes främja önskan om barnbegränsning. En sänkt spädbarnsdödlighet synes verka i samma riktning och minskar därigenom den eljest överhängande faran för befolkningsexplosion. Det är samhällets skyldighet att stödja mödrarna genom tillgång till förlossningsvård med högt skolade företrädare samt till barnläkare och barnsjukhus. Enkel och enhetlig spädbarnsuppföd-

ning när bröstmjolk saknas eller tillgången är otillräcklig är ett viktigt led i stödet.

Spädbarnsdödligheten kan ännu sänkas även i Sverige utan fara för folkstammens sundhet. Marginalen är betydande och gäller främst prämaturfrekvens, dödföddhet och dödlighet under första levnadsveckan.

Utvecklingen kan ledas tillbaka till mitten av 1800-talet vad gäller barnbegränsningen, men de stora vinsterna ifråga om hörnstenarna i stödet till mödrar och barn ha tillkommit eller genomförts först på de senaste blott 20 åren.

LITTERATUR

Alm, I: Industriellt framställda vällingpreparat vid spädbarnsuppfödning på anstalt. Svenska Läkartidningen 53:27.

Gyllenswärd, C: Dödföddheten och tidigdödligheten i Sverige, SOU 1946:2.

Gyllenswärd, C och Mellander, O: Förenklad metod för konstgjord uppfödning använd vid Barnkliniken i Uppsala sedan 1944. Svenska Läkartidningen 1952:49.

Gyllenswärd, C: The incidence of involuntary marital childlessness. Acta paediatrica vol 43 suppl C 1954.

Statistisk årsbok för Sverige.

Befolkningsrörelsen.

ELITSTENOGRAFENS SKRIV- & BOKFÖRINGSBYRÅ AB

**RENSKRIVNING AV VETENSKAPLIGA
UPPSATSER, TABELLER, osv.**

ADRESSKRIVNING, DUPLICERING
ELEKTROSTENCILERING
FOTOKOPIERING
UTSKRIFT EFTER REX RECORDER OCH
BANDSPELARE

Tel. Skrivbyrån 21 67 01

Tel. Bokföringsbyrån 21 70 19