



LUND UNIVERSITY

Hur kan vi förstå behandling av skador och sjukdom under medeltiden?

Bergqvist Rydén, Johanna

Published in:
Ut ur labyrinten

2025

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bergqvist Rydén, J. (2025). Hur kan vi förstå behandling av skador och sjukdom under medeltiden? I M. Roslund, I. Gustin, K. Hansen, M. Hansson, & M. Karlsson (Red.), *Ut ur labyrinten: En vänbok till Jes Wienberg* (s. 41-45). (Lund Studies in Historical Archaeology; Vol. 22). Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.

Total number of authors:
1

Creative Commons License:
CC BY-NC-ND

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Ut ur labyrinten

En vänbok till Jes Wienberg

Redaktörer:

Mats Roslund

Ingrid Gustin

Kenth Hansen

Martin Hansson

Mattias Karlsson

Boken har tryckts med stöd från:
Berit Wallenbergs Stiftelse
Ebbe Kocks Stiftelse
Åke Wibergs Stiftelse

Ut ur labyrinten
En vänbok till Jes Wienberg

Redaktörer:
Mats Roslund, Ingrid Gustin, Kenth Hansen, Martin Hansson & Mattias Karlsson

Intuitionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet
Lund Studies in Historical Archaeology 22

ISSN1653-1183
ISBN 978-91-89874-73-2 (tryck)
ISBN 978-91-89874-74-9 (pdf)

Copyright:
Intuitionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet

Licensierad under CC BY-NC-ND

Omslagsbild:
Mariusz Hermanowicz, Robert Malnoury 1979, Chartres Cathedral, the Labyrinth.
Région Centre – Val de Loire. Genom Google Arts & Culture

Grafisk form:
Anders Gutehall, Visuellt Arkeologi

Tryck:
Exakta Print AB, Malmö 2025

Distribution:
www.ht.lu.se/skriftserier/forsaljning

Hur kan vi förstå behandling av skador och sjukdom under medeltiden?

JOHANNA BERGQVIST RYDÉN

How can we understand the treatments of injuries and disease in the Middle Ages?

It is a common and tenacious understanding that the best treatments of the ill during the Middle Ages in Sweden was offered in the monasteries. In this article, this view is problematised. By introducing the anthropological concept of medical cultures, the author suggests an understanding of Middle Age leach craft and medicine as a complex web of several co-existing medical cultures. Three major medical cultures are outlined, each based on their respective understandings of the human body, its ailments and what might or should be done in the intent of healing. The humoral

pathologically grounded treatment of phlebotomy is used as a case to problematise the effectiveness of monastic and scholastically educated medieval medicine, as opposed to a more experience based indigenous tradition. As a conclusion, it is suggested that it is misleading to value medieval medical understandings as better or poorer, as this is easily coloured by modern values and standards. Rather, trying to understand how issues relating to illness and health was dealt with during the Middle Ages, we can gain a better understanding of society and culture of that time.

Inledning

Under medeltiden i Sverige var det i klostren man fick den bästa vården, för där hade man varit i Europa och lärt sig hur man skulle göra.

Så låter, lite förenklat, en vanlig och seglivad uppfattning om läkekonsten i Sverige under medeltiden. Den grundar sig på vissa förgivettagna premisser som jag menar att man bör ifrågasätta: 1. att det var vanligt att klosterfolk från svenskt (i betydelsen nusvenskt) område reste till den europeiska kontinenten för att studera läkekonst; 2. att den kroppsförståelse och sjukdomsförståelse som omfattades av de religiösa ordnarna förordade behandlingar som var bättre, i betydelsen mer effektiva för att råda bot, än andra samtida, samt 3. att man i det sekulära samhället inte hade några kunskaper om att bota, lindra och läka. Uttalandet signalerar även på ett missledande sätt att 4. det går att uttala sig i generella termer om en viss företeelse under loppet av ett halvt millennium i ett i alla avseenden heterogent samhälle.

Jag menar att vi bör vara försiktiga med att i svepande termer värdera dåtidens olika former av läkekonst som bättre eller sämre (jfr Baker 2002: 17ff). Låt oss i stället se på hur olika former av förståelse av kroppen, sjukdom och ohälsa samexisterade i det medeltida samhället, och hur dessa förståelser påverkade vilken typ av behandlingar som förekom. Vi kan sedan återkomma till det problematiska i att värdera kvaliteten på den vård som då fanns att få (Bergqvist 2013b).

Förståelser för kroppen och dess åkommor

Det är rimligt att börja med att fundera lite kring hur kunskap om kroppens åkommor, och hur dessa kan och bör hanteras, genereras och föras vidare. Jag begränsar mig här till området för dagens Sverige. Under hela medeltiden var området mycket lågurbant, socialt stratifierat samt regionalt diversifierat. Läs- och skrivkunnigheten var låg. Medeltiden såg en omfattande utveckling på många plan, men digerdöden och efterföljande återkommande pestepidemier innebar inte bara förfall utan även förändrade förutsättningar för många företeelser, däribland läkekonsten, och förståelsen av kroppen och av sjukdom.

Hur man inom ett samhälle hanterat umbäranden i form av sjukdomar och skador beror på vilka kunskaper man har, men det beror också på diverse sociala, religiösa, ideologiska och vetenskapliga uppfattningar, det vill säga den sociokulturella kontexten. Vad som uppfattas som en sjukdom som man bör försöka bota är därför inte heller givet, utan sociokulturellt beroende. Ett användbart begrepp för att försöka få syn på detta är *medicinsk kultur*. Begreppet har använts framför allt inom antropologisk, medicinhistorisk och idéhistorisk forskning och speglar uppfattningen att ett samhälles alla hälsovårdsaktiviteter bör förstås och studeras som helhet, i dess sociala kontext och som kulturella system (Eklöf 2008: 216). Ett samhälle kan rymma flera olika, mer eller mindre överlappande, medicinska kulturer, och individer kan så att säga ansluta

sig till flera samtidigt, utan att uppleva att de motsäger varandra (man kan tro på Guds allmakt men samtidigt gå till läkaren med sina besvär).

Medeltidens medicinska kulturer

I medeltidens Sverige möttes och blandades flera olika medicinska kulturer. Dessa var inte alltid tydligt avgränsade gentemot varandra, men i grova drag kan tre skilda kulturer skisseras. Den första var mer inhemsk nordisk/nordgermansk, med rötter långt tillbaka i tiden, där erfarenhetsgrundad förståelse och kunskap, men även fornnordisk mytologi och magiskt tänkande ingick. Denna tradition var i hög grad praktiskt och hantverksmässigt orienterad, och kunskaper lärdes ut som andra hantverk, med den väsentliga skillnaden att det inte går att öva sig på att bota människor på samma sätt som andra, mer materiella hantverk, exempelvis keramiktillverkning. Vilken kunskap som kunde byggas var i hög grad beroende på befolkningsunderlaget och möjligheten att skaffa sig erfarenhet. Viktiga erfarenheter av hur man behandlade skador kunde man även skaffa sig i strid. Kunskap av det här slaget var helt personburen, vilket ska förstås som motsatsen till nedskrivna eller på annat sätt dokumenterad kunskap (Bergqvist 2013b).

Den andra var den skolastiska läkekonsten, med rötter i det antika Grekland och Rom samt den arabiska kultursfären, vilken utgjorde en central del av den läkekonst som lärdes ut vid sydeuropeiska universitet. Den skolastiska tolkningstraditionen var central för hur denna kunskap spreds och fördes vidare. En viktig del av denna tradition var vad man brukar referera till som den salernitanska skolan, vilken utvecklades i Salerno framför allt under 1000–1100-talen. Denna var inledningsvis praktiskt orienterad, men kom redan under 1100-talet att ta en mer teoretisk vändning. En teoretisk konstruktion kring balansförhållanden i kroppen, såväl som i kosmos kom att bli helt central i detta (Siraisi 1990: 13, 57; French 2003: 72ff).

Den tredje kulturformen var kyrkans mycket komplicerade förhållningssätt till kroppen och dess åkommor, där kroppen uppfattades som syndfull men samtidigt var skapad av Gud och till Guds avbild. Medeltiden igenom löpte en dialog mellan kyrkan och läkekonsten, där kyrkan ifrågasatte det moraliskt riktiga i att människan genom läkekonsten ingriper i Guds allmakt över liv och död. Central inom kristenheten var å andra sidan idén om *caritas*, alltså den oegennyttiga kärleken till (och därmed även omvårdnaden om) nästan, vilken även sågs som en möjlig väg till frälsning (Bynum 2007; Bergqvist 2013: 112ff o. d. anf. litt.).

Dessa tre medicinska kulturer är min grova kategorisering och indelning av mycket komplexa flöden av idéer och praktiker, och ska ses som ett försök att på ett begripligt och överskådligt vis återge en mångfacetterad historisk verklighet som egentligen inte lät sig uppdelas så enkelt. Men man kan säga att dessa tre medicinska kulturer skilde sig åt i fråga om hur man förstod kroppen

och vad man tänkte sig orsakade dess sjukdomar, samt huruvida det var människans ansvar att bota. Därmed skilde de sig även åt i fråga om de behandlingar som av tradition och i relation till förståelsen ansågs lämpliga. De tre medicinska kulturerna möttes, blandades och påverkade varandra under loppet av järnåldern och medeltiden.

Tillgången till vård varierade mycket inom samhället. Vad gäller den erfarenhetsgrundade läkekonsten så var den dessutom beroende av befolkningsunderlag, och vi måste utgå ifrån att de mer kunniga fanns i de minst glesbefolkade områdena. Detta var långt innan all form av reglering infördes. Den första kategorin av läkekunniga att formellt börja regleras var bardskärerna, vilket var en form av kirurger. De behandlade öppna skador, sår, benbrott och skallskador samt drog ut tänder och stillade blodflöde. De opererade fistlar, tumörer, bölder, svullnader, grå starr och urinsten (Lindemann 1999: 217; Bergqvist 2013b: 299ff). Den första skråordningen för bardskärer i Sverige utfärdades 1496 i Stockholm, men det är osäkert om ett skrå verkligen kom till stånd. År 1544 vet vi att det fanns ett bardskärsskrå i Malmö (Lindström 1991: 191ff). Men däremellan (till Sverige år 1350) kom, som vi vet, digerdöden, vilket innebar ett allvarligt brott i den befintliga kunskapstraditionen, då mycken kunskap sannolikt gick förlorad på grund av den omfattande dödligheten. Kanske öppnade det även upp för förändring när samhället så småningom försökte återhämta sig från katastrofen.

Förståelse och handling

Uppfattningar om hur kroppen fungerar och vad som lämpar sig när man vill lindra och bota kan alltså ha olika ursprung, exempelvis teoretisk eller kosmologisk uppfattning, en religiös dito, eller vara erfarenhetsbaserad. Man teoretiserar och drar slutsatser. Man filosoferar och drar slutsatser. Man iakttar och drar slutsatser. Om man utgår ifrån en teoretisk förståelse av kroppen och dess åkommor är behandlingsmetoderna endast gynnsamma om teorin man utgår ifrån så att säga är gynnsam, på så vis att den stämmer med verkligheten.

Låt mig exemplifiera med åderlätning; en behandling flitigt förespråkad i den skolastiska traditionen. Om man tänker sig att kroppens hälsa är beroende av att kroppens olika vätskor är i balans, är det logiskt att försöka bota genom att återställa vad man tänker sig vara en rubbad balans. Inom den skolastiska medicinen var humoralpatologin en viktig del. Enligt denna förståelse behövde kroppens blod, flegma, gul och svart galla (det sistnämnda var en tänkt vätska som egentligen inte finns) vara i balans på det sätt som var det rätta för individen. Obalans ledde till fysisk eller själslig sjukdom. Balansen kunde vidmakthållas genom rätt kost och leverne och olika vätskereglrande behandlingar. Ohälsa, såväl kroppslig som själslig, krävde reglerande åtgärder.

Det fanns många metoder för reglering, men åderlätning var den mest utvecklade och även mest spridda och praktiserade humoralpatologiskt motiverade metoden, och den var en logisk följd av den teoretiska förståelsen.

Oerhört elaborerade, och i den meningen sofistikerade, schanan och kalendrar utvecklades för när och på vilken del av kroppen åderlåtning skulle göras för att åstadkomma olika effekter. Idag vet vi att kroppen inte fungerar på det sätt som humoralpatologin menade. Vi vet dessutom att riskerna med åderlåtning är betydande (*Diarium Vadstenense*, notis nr 131, 12/9 1405; Bergqvist, D 2023). Därför framstår åderlåtning idag mycket sällan som ett konstruktivt sätt att behandla en redan sjuk och svag individ. Man kan alltså fundera över i vilken grad de mest uppburna läkarna under medeltiden, vilka var de som studerat vid sydeuropeiska universitet, och som med säkerhet förordade åderlåtning, verkligen alltid var de mest gynnsamma att behandlas av i händelse av sjukdom.

Under hela medeltiden fördes en intensiv, stundom hätsk, dialog mellan kyrkan och läkekonsten. Kyrkans förhållningssätt till den mänskliga kroppen var, som nämnts, komplex. Detta påverkade naturligtvis i allra högsta grad hur man förhöll sig till läkekonsten, och då framför allt den mer kirurgiskt orienterade, som innebar att man skar i kroppen (Mitchell 2004: 14f). Prästvigda män fick exempelvis inte låta blod. Ändå kom den humoralpatologiska kropps- och sjukdomsförståelsen att bli en viktig och helt integrerad del av det idégods som delades av klosterordnarna. Och för att ändå ge det påstående som kritiserar inledningsvis i denna artikel något rätt, var klosterkulturen som helhet i högsta grad internationell. Föreställningen om att kroppen behövde åderlåtas var en del av den kulturen. I arkeologiska material påträffas åderlåtningssjårn framför allt i klostermiljöer, och det visar med all önskvärd tydlighet att det framför allt var i dessa miljöer som åderlåtning praktiserades under medeltiden (fig. 1). De åderlåtningssjårn som påträffats arkeologiskt i klostermiljöer är dessutom genomgående nättare och mer sofistikerat utformade än de från andra miljöer, vilket kan tolkas som en mer utvecklad praktik och kunskap om potentiella komplikationer (Bergqvist 2013b: 292ff).

Åderlåtandets viktigaste funktion i klostervården verkar emellertid åtminstone delvis ha varit en annan än att bota sjukdom, nämligen att tukta till fromhet den oregleriga mänskliga kroppen (Bynum 1987; Cassidy-Welsch 2008:

146ff; Bergqvist 2010, 2013a). Det kunde även vara ett sätt att påminna sig om, och identifiera sig med, Kristi lidande och blodsutgjutelse på korset (Bynum 2007). Inom många klosterordnar var det därför vanligt att av religiösa skäl praktisera åderlåtning, och det finns noterat vid några tillfällen i Vadstenadiariet. Åderlåtningen utfördes dock inte av munkar eller klosterbröder, eftersom dessa inte fick låta blod. I stället utfördes den av en lekbroder, ibland en särskild åderlåtare, *phlebotomarius* (Cassidy-Welch 2008: 146ff).

I samhället utanför klostren förekom åderlåtning i viss mån, särskild under slutet av medeltiden, men verkar inte ha blivit en utbredd praktik förrän senare. Åderlåtningssjårn av det grövre slaget har påträffats arkeologiskt i vissa högreståndsmiljöer och i något enstaka exemplar på platsen för badstugor (Bergqvist 2013a).

Anledningen till att det tog tid innan åderlåtning blev mer utbredd, trots att det var en så vanlig praktik i många andra delar av Europa (framför allt i Sydeuropa men även i England), var sannolikt att metoden inte rimmade med hur man förstod kroppen och dess sjukdomar, och att detta är ett kulturellt drag som ändras relativt långsamt. Det kulturella språnget var alltså för stort, och kanske metoden alltför drastisk, för att praktiken att låta blod skulle bli särskilt utbredd. Så småningom blev det emellertid en närmast universal behandlingsmetod, och med tiden även en seglivad del av den folkliga läkekonsten, men då är vi långt efter medeltiden (Bergqvist 2013b: 292ff).

Att man under medeltiden i Sverige inte på bred front anammande den skolastiska och humoralpatologiskt grundade läkekonsten innebar dock inte avsaknad av läkekonst. Men snarare än att ha utgått ifrån en abstrakt eller teoretisk förståelse, förefaller den huvudsakligen ha varit erfarenhetsgrundad, det vill säga byggd utifrån erfarenheter av vad som fungerade eller inte. Man hade kunskap kring behandlingar med olika läkande substanser, framför allt inhemska örter och andra växter. Det fanns även en empirisk kunskap kring hur man behandlade sår och yttre skador, och det fanns läkekunniga individer som hade betydande skicklighet inom dessa områden. Genom flera av de medeltida landskapslagarna får vi en bild av vad en läkare kunde åstadkomma (fig. 2). I brottsmål användes begreppet *laga läkare*, vilket avsåg en läkare som var tillräckligt skicklig för att erkännas i ett juridiskt sammanhang. En laga läkare skulle ha visat sig förmögen att ha

läkt sår av huggvapen, sår med benbrott, sår i bröst eller mage, avhuggen hand eller fot, sår tvärs igenom med två mynningar. (*Upplandslagen* XXVII)

Det säger sig själv att man behövde gå i lära för att tillägna sig de kunskaper som krävdes av en sådan läkare. I avsaknad av medicinsk litteratur och annan dokumentation var kunskapstraditionen helt beroende av att man lärde från någon mer erfaren och kunnig praktiker. Ofta gick yrket i arv inom familjen eller släkten, ungefär som inom andra former av hantverk. Med tiden kunde man bli skicklig om man hade den rätta läggningen och om man

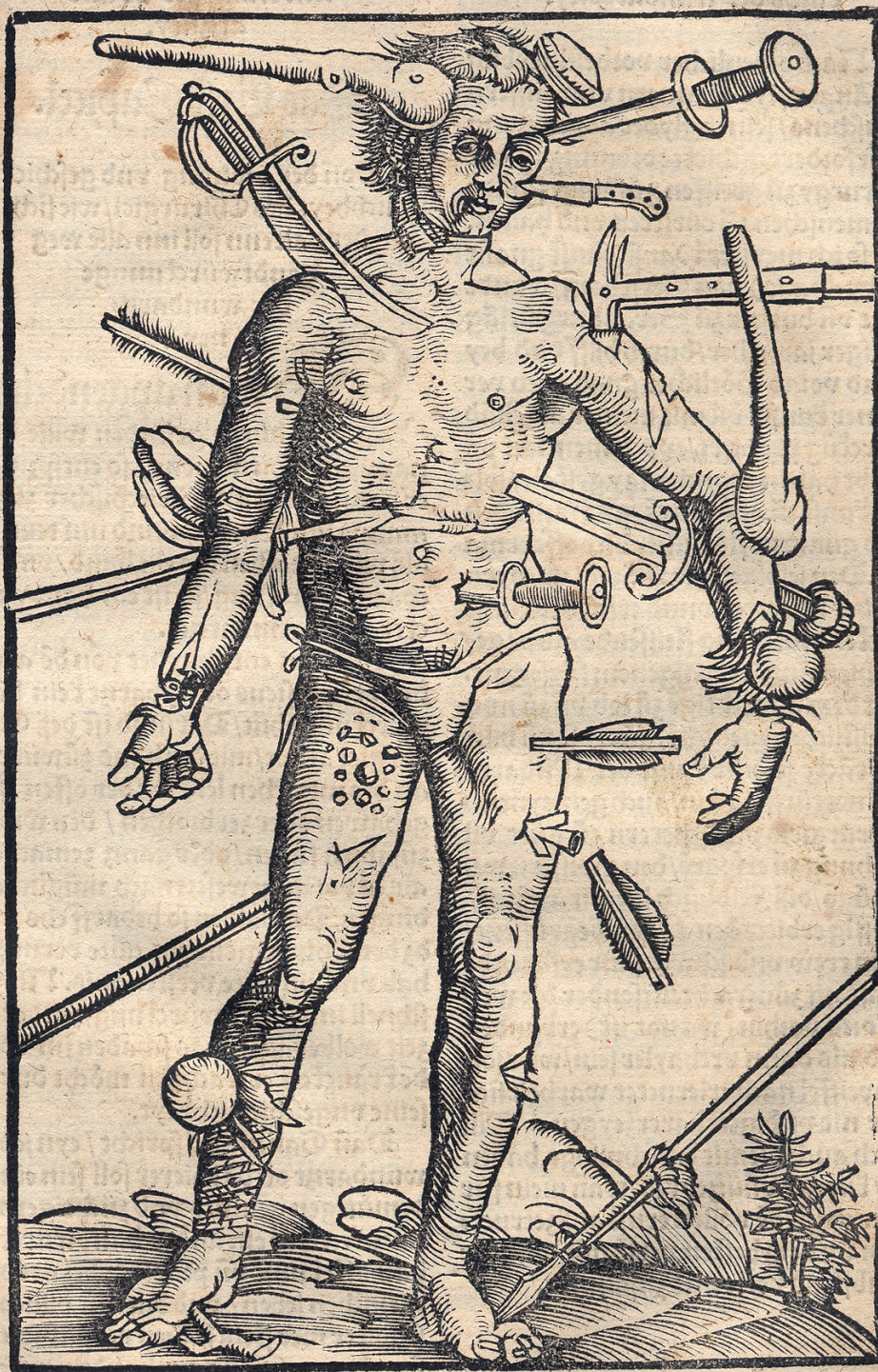


Fig. 1. Åderlåtningssjårn från Vreta kloster (SHM 18011:245) respektive från S:t Olof konvent i Skänninge (RAÄ Intrasis-ID 200302, fnr 283). Foto: Johanna Bergqvist Rydén 2008, 2009.

XVII

¶ Wiewol ich bin vol strach vñ stich/
Zermortst/verwundet jämmerlich/

Doch hoff ich Gott/künstlich ärgney
Schylhans der werd mir helfen frei.



Lyn

Fig. 2. En schematisk bild, en så kallad Särman, ur fältskären Hans von Gersdorfs bok *Feldtbuch der Wundartzney* ... från 1542 (tryckt första gången 1517). Bilden visar exempel på skador som en läkare skulle kunna behandla. Överensstämmelsen med *Upplandslagens* krav på en laga läkare är slående. Bilden publiceras med vänligt tillstånd från Hagströmerbiblioteket, Karolinska Institutet.

fick möjlighet att se och ta sig an många och varierande åkommor, men i glesbefolkade områden kunde det bli skralt med övningsstillfällen. Detta utgjorde en sårbarhet, och inte minst digerdöden innebar att mycket kunskap gick förlorad (Bergqvist 2013b: 333ff).

Mycket talar ändå för att det var denna form av erfarenhetsbaserade läkekonst, denna tradition eller medicinska kultur, som var den mest utbredda i Sverige under medeltiden (Bergqvist 2013b: 185ff, 338ff). Den var djupt rotad, och tilltron till den höll i sig medeltiden igenom. Att den ännu under 1500-talet var mer populär än den sydeuropeiska, teoretiskt grundade traditionen, både i Sverige och i övriga Europa norr om Alpena, är väl belagt (Olaus Magnus 1976: 13 boken, kap. 18; 16 boken, kap. 50–51; Peder Månsson i Klemming 1881–82; French 1985: 47f, 2003; Gottfried 1986: 7; Jacquart 1998: 211; Murray Jones 1998: 156; Nutton 1998: 90ff, 94f; Ridder-Symoens 1992: 283f, 292).

Den bästa vården?

I det ovanstående har jag velat problematisera den vanliga, men i min mening alltför förenklade, uppfattningen att det under medeltiden i Sverige framför allt var i klostren man utövade läkekonst – och att man där gav bättre vård än i det omgivande samhället. Utifrån begreppet medicinsk kultur har jag pekat på grunderna till olika samexisterande traditioner och förståelser, och exemplifierat dessa genom representativa behandlingsmetoder: åderlåtning och behandlingen av yttre skador.

Så var fick man då den bästa vården? Jag hoppas att läsaren kan hålla med mig om att det inte finns något självklart svar på den frågan. Kanske är frågan rent av fel ställd. Under medeltiden var det inte självklart om det var den mest belästa eller högst ansedda läkaren eller den hantverksutbildade läkaren som var den som botade mest effektivt. Sannolikt var omsorg lika viktig som botande behandlingar, liksom patientens tilltro till läkarens förmåga. Om vi önskar förstå det medeltida samhället, hur människor tänkte och levde, behöver vi fråga hur man förstod kroppen, vad man uppfattade som friskt och sjukt, vad man trodde var den rätta behandlingen, vad man tänkte var människans ansvar och vad man därav förstod att göra.

Referenser

- Baker, P.A. 2002. Diagnosing some ills. The archaeology, literature and history of Roman medicine. I: Baker, P.A. & Carr, G. (red.) *Practitioners, Practices and Patients. New Approaches to Medical Archaeology and Anthropology. Proceedings of a conference held at Magdalene College, Cambridge November 2000*. Oxford, 16–29.
- Bergqvist, D. 2023. Svensk kärllkirurgi. Historiska nedslag till egen specialitet år 2014, *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift* 27, Supplement 1.
- Bergqvist, J. 2010. Kropp, själ och läkekonst. Kulturhistorisk tolkning av medicinska föremål i Vreta kloster. I: Tagesson, G., Regner, E., Alinder, B. & Ladell, L. (red.) *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar, Skrifter no 77. Stockholm, 345–368.
- 2013a. Gendered attitudes towards physical tending amongst the piously religious of late medieval Sweden. I: Gemi-Jordanou, E., Gordon, S., Matthew, R., McInnes, E. & Pettitt, R. (red.) *Medicine, Healing, Performance*. Oxford, 86–105.
- 2013b. *Läkare och läkande. Läkekonstens professionalisering i Sverige under medeltid och renässans*. Lund Studies in Historical Archaeology no 16. Lund.
- Bynum, C.W. 1987. *Holy Feast and Holy Fast. The religious significance of food to medieval women*, Berkeley.
- 2007. *Wonderful Blood. Theory and Practice in Late Medieval Northern Germany and Beyond*. Philadelphia.
- Cassidy-Welch, M. 2008. *Monastic spaces and their meanings. Thirteenth-Century English Cistercian Monasteries*. Turnhout.
- Eklöf, M. 2008. *Kurkulturer. Bircher-Benner, patienterna och naturläkekonsten*. Stockholm.
- French, R.K. 1985. Berengario da Carpi and the use of commentary in anatomical teaching. I: Wear, A., French, R.K. & Lonie, I.M. (red.) *The medical renaissance of the sixteenth century*. Cambridge, 42–74.
- 2003. *Medicine before Science. The Business of Medicine from the Middle Ages to the Enlightenment*. Cambridge.
- Gersdorf, H. von (1517) 1542. *Feldtbuch der Wundartzney*. Augsburg.
- Gottfried, R.S. 1986. *Doctors and Medicine in Medieval England 1340–1530*. Princeton, New Jersey.
- Holmbäck, Å. & Wessén, E. 1979. *Östgötalagen och Upplandslagen. Svenska Landskapslagar tolkade och förklarade för nutidens svenskar, första serien*. Stockholm.
- Jacquart, D. 1998. Medical Scholasticism. I: Grmek, M.D. (red.) *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge, Mass., 197–240.
- Klemming, G.E. (utg.). 1881–82. *Svenska medeltids dikter och rim*. Stockholm.
- Lindemann, M. 1999. *Medicine and Society in Early Modern Europe*. Cambridge.
- Lindström, D. 1991. *Skrå, stad och stat. Stockholm, Malmö och Bergen ca. 1350–1622*. Studia Historica Upsaliensia 163. Uppsala.
- Mitchell, P.D. 2004. *Medicine in the Crusades. Warfare, Wounds and the Medieval Surgeon*. Cambridge.
- Murray Jones, P. 1998. Thomas Fayreford: An English Fifteenth-Century Medical Practitioner. I: French, R., Arrizabalaga, J., Cunningham, A. & García-Ballester, L. (red.) *Medicine from the Black Death to the French Disease*. Aldershot, 156–183.
- Nutton, V. 1998. Medicine at the German Universities, 1348–1500: A Preliminary Sketch. I: French, R., Arrizabalaga, J., Cunningham, A. & García-Ballester, L. (red.) *Medicine from the Black Death to the French Disease*. Aldershot, 85–109.
- Olaus Magnus. 1976. *Historia om de nordiska folken*. Övers. Granlund, J. Stockholm.
- Ridder-Symoens, H. de. 1992. Mobility. I: Ridder-Symoens, H. de (red.) *A History of the University in Europe. Volume 1. Universities in the Middle Ages*. Cambridge, 280–304.
- Siraisi, Nancy. G. 1990. *Medieval and early renaissance medicine. An introduction to knowledge and practice*. Chicago.
- Upplandslagen*, se Holmbäck & Wessén.
- Vadstenadiariet. Latinsk text med översättning och kommentar*. 1996. Gejrot, C. (red.) Kungl. Samfundet för utgivande av handskrifter rörande Skandinaviens historia. Handlingar del 19. Stockholm.