



# Det gode samarbejde imellem lægen og sognepræsten

Det er sagt, at lægen tror på et liv før døden, og at præsten tror på et liv efter døden. For få hundrede år siden var lægen og præsten én og samme person. Den lægevidenskabelige udvikling har spaltet faglighederne op, og i dag lever den praktiserende læge og sognepræsten ofte i to vidt forskellige verdner. Men vi kan få rigtig meget ud af at samarbejde.

Af / Inger Uldall Juhl,  
Lone Vesterdal, Ricko  
Damberg Nissen,  
Karsten Thomsen og  
Niels Christian Hvidt

## Indledning

I denne artikel vil vi fortælle historien om, hvordan en idé opstod og udviklede sig, og hvilke perspektiver den åbner for. Ideen går i al sin enkelthed ud på at genskabe den relation mellem praktiserende læger og sognepræster, der tidligere lokalt var i et sogn, og som var både naturlig og nødvendig. I artiklen præsenteres baggrunden og udviklingen hen til et forskningsprojekt, der for tiden pågår i Kolding og i samarbejde med Syddansk Universitet.

Idéen opstod og tog form gennem et personligt venskab mellem Inger Uldall Juhl (praktiserende læge) og Lone Vesterdal (sognepræst). I bogen *Det skrøbelige menneskeliv – perspektiver fra lægen og præsten* (Juhl & Vesterdal, 2020) udfolder vi en samtale mellem vores faglige traditioner om eksistentielle og åndelige temaer, som både lægen og præsten møder i deres daglige arbejde. Med eksistentiel og åndelig

omsorg forstår vi den omsorg, der tager vare på de eksistentielle og åndelige/religiøse spørgsmål og behov, der kan opstå, når livet tager en uventet drejning. Kender den praktiserende læge og sognepræsten så hinanden i dag? Højest sandsynligt ikke, og hvis de gør, er det ofte helt tilfældigt. Der findes ikke noget formaliseret samarbejde – og der findes ikke funktionspræster i almen praksis.

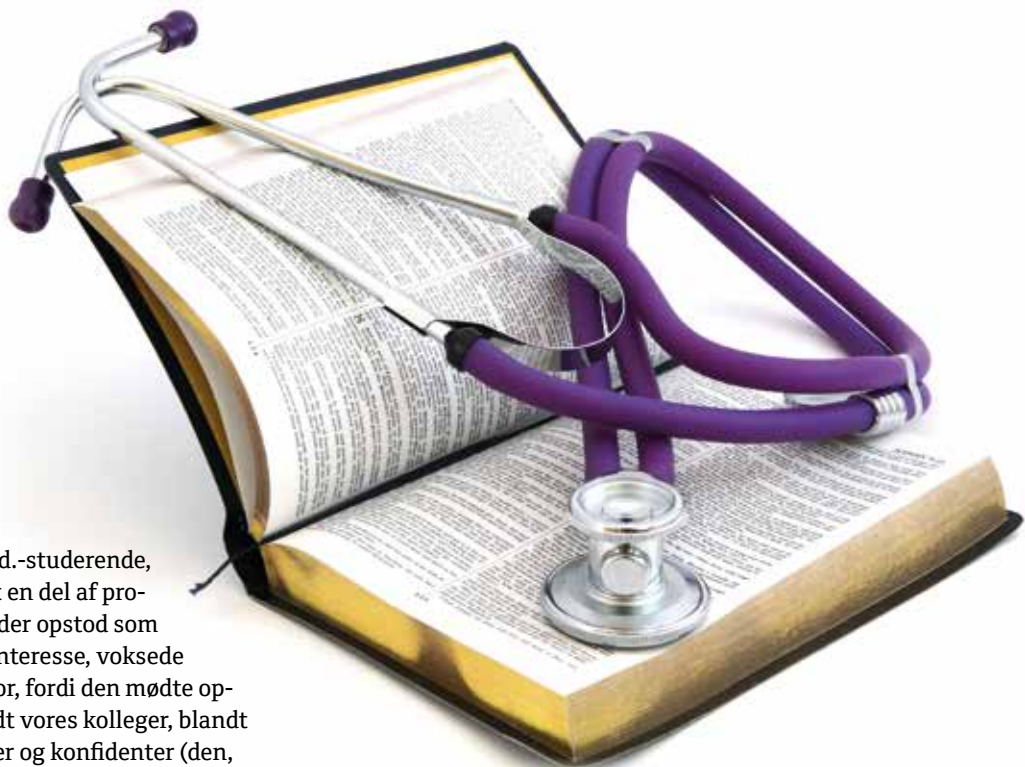
Et nyt projekt i Kolding vil arbejde for at etablere netværk mellem de to lokale faggrupper, til glæde for både patienter og faggrupperne. Siden 2021 har Kolding By og Omegns Lægeforening og Kolding provsti støttet en pilotgruppe af praktiserende læger og sognepræster, der ønsker at udvikle en model for dette samarbejde. Senere har dette samarbejde udviklet sig til et forskningsprojekt, og Niels Christian Hvidt, professor, Ricko Damberg Nissen, seniorforsker, ph.d., og Karsten



**Kontakt** / [inger.u.j@dadlnet.dk](mailto:inger.u.j@dadlnet.dk)

**Biografi** / Inger U. Juhl er praktiserende læge i Kolding. Lone Vesterdal er sognepræst i Bramdrup. Ricko Damberg Nissen er Ph.d, cand.mag. i religionsvidenskab & antropologi, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet. Karsten Thomsen er sogne- og hospitalspræst, Ph.d. studerende ved syddansk universitet. Niels Christian Hvidt er dr.theol. og professor i eksistentiel og åndelig omsorg ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet.





Thomsen, ph.d.-studerende, SDU, er blevet en del af projektet. Ideen, der opstod som en personlig interesse, voksede sig dermed stor, fordi den mødte opbakning blandt vores kolleger, blandt vores patienter og konfidenter (den, der opsøger præsten med henblik på hjælp) og de tre tilknyttede forskere på Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet. Denne artikel fortæller (næsten) ikke noget om projektet i Kolding, for det er ikke afsluttet og er stadig under etablering.

Denne artikel har fokus på projektets forhistorie.

### Vores samarbejdshistorie

Inger Uldall Juhl (IUJ) og Lone Vesterdals (LV) samarbejde begyndte i 2015 i forbindelse med en workshop på Haderslev Stifts visionsdag, som holdes hvert andet år for præster, menighedsrådsmedlemmer og ansatte i Haderslev Stift.

LV var blevet bedt om at holde en workshop om folkekirkens møde med sørgende. LV inviterede IUJ med for at supplere med viden om den nye diagnose: kompliceret sorg og de medicinske perspektiver på sorg. Det blev en øjenåbner for begge oplægsholdere. De to faglige vinkler på sorg gav anled-

ning til gode diskussioner og refleksioner på workshoppen. Der opstod en synergi, og det var åbenlyst, at kendskab til lægens virke og viden er vigtig og givende for præster – og omvendt.

### Læger og præster har fælles historie

I antikken og op gennem middelalderen var lægen og præsten den samme person. Medicinmanden var dén, der havde kontakt til guddommelige magter, og behandlingen bestod i en blanding af religiøse ritualer og naturmedicin.

I 1479 blev Københavns Universitet grundlagt. Der var fire fakulteter: det teologiske, det juridiske, det medicinske og det filosofiske. Rækkefølgen af de nævnte fakulteter angiver også den videnskabelige rangorden, og i den indledende del af det medicinske studium indgik således teologiske fag og eksaminer. Teologi var uden tvivl den mest fornemme disciplin (Universitet, Københavns, 2022)

Foto 1/  
Bibel og stetoskop  
Foto: Colourbox



Med de anatomiske opdagelser i 1600-tallet og de deraf følgende videnskabelige landvindinger blev lægerne dygtigere til at diagnosticere og behandle. I stigende grad fjernede de to fagtraditioner sig fra hinanden, og op gennem det 18. århundrede blev der et større skel mellem lægens og præstens arbejde. Lægen fik tiltagende magt og status, hvilket var en konsekvens af lægernes øgede kompetencer og mulighed for at helbrede. Der var stadig stor dødelighed blandt børn og unge, og middelalderen var relativt lav. I år 1900 var den forventede levetid på 50 år, hvorimod den i dag er 81,5 år. Man sagde om lægerne, at de troede på et liv før døden, og at præsterne troede på et liv efter døden.

Trods åbenlyse forskelle i embedet holdt præsten, lægen og skolelæreren ofte sammen ude i de lokale sogne, og de tre faggrupper udgjorde tilsammen de lærde i lokalsamfundet. Ved sygesengen måtte lægen tit give op og bede familien tilkalde præsten. Så vidste alle, at alt håb om helbredelse var ude. Lægen og præsten arbejdede altså sammen i de små samfund.

Efter år 1900 blev det anderledes. Urbaniseringen medførte storbyer, og i byerne kendte lægen og præsten ikke nødvendigvis hinanden. Samtidig skete der store fremskridt inden for lægevidenskaben. Sygelighed og dødelighed blev i stigende grad noget, lægerne kunne ændre, og sygdom var dermed ikke længere ensbetydende med døden. Der opstod tiltagende fjendskab og uvidenhed mellem de to fagtraditioner, som dybest set handlede om magtforholdet mellem viden og tro og magten til at definere, hvad et menneske er og har behov for. Det var først i 1980'erne, at der skete noget afgørende nyt med relationen i Danmark. Op til 1980'erne skulle overlægen

give lov til, at patienten, på sygehuset, fik besøg af præsten (Nielsen, 2021). Siden er præster i sygehusvæsenet blevet almindeligt udbredt med funktionspræsteordningen for sygehuspræster, og lige nu er der i Danmark omkring 90 sygehuspræster. Det er en glimrende og populær ordning for de patienter, der er indlagt, og for personalet.

Ikke desto mindre bliver de fleste patienter i dag sendt hurtigt hjem igen, og de fleste forløb på sygehuset mellem præster og patienter tæller i gennemsnit én samtale.

Det betyder, at de hurtigt hjemsendte patienter med svære sygdomme i stigende grad kommer til almen praksis med deres eksistentielle og åndelige behov.

### **Læger og præster har fælles grundlag**

Ligesom lægen og præsten har fælles historie og er fælles om den menneskelige omsorg, har lægen og præsten også fælles idéhistoriske rødder og praksis. I begge fagtraditioner er vi optaget af mennesket og dets vanskeligheder. Den amerikanske teolog og grundlægger af den praktiske efteruddannelse af sygehuspræster (Clinical Pastoral Education) Anton Boisen var optaget af at uddanne præster, der ikke talte hen over hovedet på patienterne, men mødte patienter med samme undersøgende tilgang, som når de læste dokumenter. De skulle læse patienter som *living human documents* (Boisen, 2005), dvs. møde patienterne på en undersøgende, spørgende måde, som var de *levende, menneskelige dokumenter*. Dette var banebrydende i præsternes praksis. Anton Boisens klinisk pastorale begreber pegede frem mod en mere fænomenologisk tilgang, hvor præster er optagede af ikke kun at forkynde et budskab, men også af de eksistentielle

og åndelige temaer, der dukker op i samtalen, og som påvirker patienten i lige så høj grad som evt. fysisk sygdom. Det kan være fænomener som skyld, skam, angst, glæde og sorg. Fænomenologien åbner for en forståelse af, hvordan eksistentielle og åndelige fænomener kan være betydningsfulde og også have mulighed for at forvandle sig i mødet med et lyttende og forstående medmenneske (Juhl & Vesterdal, Hvordan kan den tværfaglige relation mellem læge og præst styrke patientrelationen?, 2021).

Fra hermeneutikken kommer impulsen til at forstå, at hvis vi skal se os selv og vores verden på en mere omfattende og helhedsmæssig måde, må vi fortolke gennem flere perspektiver. Den franske filosof Paul Ricoeur skriver, at virkeligheden bliver reduceret uden en hermeneutisk, dvs. fortolkende, tilgang. Vi må, skriver han, se virkeligheden, ikke blot gennem ét vindue, fx videnskabens, men gennem tre vinduer: videnskabens, etikens/religionens og kunstens vindue. Ser vi virkeligheden gennem fx videnskabens vindue, ser vi kun en del af mennesket, fx den fysiske sygdom, men ser vi virkeligheden gennem alle tre vinduer, får vi et mere helhedsmæssigt og omfattende blik på mennesket og virkeligheden. Vi ved fra klinisk erfaring i almen praksis og fra forskning, at sygdom kan medføre utryghed, isolation og fremmedgørelse (Daniel, 2012). Når patienten mødes af et helhedsmæssigt blik, hvor han/hun bliver set på som *mere end* en diagnose og en sygdom, mindskes fremmedgørelsen. Dette helhedsmæssige syn er også til stede i WHO's syn på smerter, som nu også inkluderer eksistentiel og åndelig smerte. Sundhedsstyrelsen har i 2017 også indført dette begreb i den palliative omsorg.<sup>1</sup> Det giver patienter en bedre

mulighed for at bevare værdigheden og at orientere sig i den nye livssituation. Dette er også tankegangen i en af de nyere grene af medicinsk forskning, Medical Humanities – Sundheds-humaniora. (Rasmussen & Sodemann, Narrativ medicin som nyt, interdisciplinært felt, 2020), (Rasmussen, Bernhardsson, Bondevik, & Ladegaard Knox, 2021), (Rasmussen, Maagaard, Bygum, & Sodemann).

### **Medical Humanities**

Vi opfatter det interdisciplinære samarbejde mellem medicin og teologi som en gren inden for humanistisk sundhedsforskning, som også kaldes sundhedshumaniora. (Rasmussen, Bernhardsson, Bondevik, & Ladegaard Knox, 2021).

Den humanistiske sundhedsforskning inddrager andre forskningsdiscipliner, herunder filosofi, litteratur, psykologi, sociologi, teologi og forskellige kunstarter såsom billedkunst og filmkunst. Humanistisk sundhedsforskning er optaget af patienters oplevelse af symptomer og livet med sygdom. Siden 2006 har den amerikanske læge og professor Rita Charon defineret en ny disciplin under dette felt: narrativ medicin. Det er et nyt felt, hvor skønlitteratur bruges til bl.a. at fremme bevidsthed om empati. Sygdom opfattes i narrativ medicin som uløseligt sammenhængende med psykologiske, sociale og eksistentielle forhold hos den enkelte. Med narrativ medicin skærper den sundhedsprofessionelle sin opmærksomhed på patientens narrativ (fortælling), således at intens lytning, åbenhed og nysgerrighed hjælper til at forstå patientens oplevelse af symptomer og sygdom i relation til sit øvrige liv. (Rasmussen, Maagaard, Bygum, & Sodemann).

Narrativ kompetence er evnen hos



## Boks / "Det skrøbelige menneskeliv- perspektiver fra lægen og præsten"



I 2020 udkom bogen: "Det skrøbelige menneskeliv – perspektiver fra lægen og præsten." I vores daglige arbejde møder vi menneskelivet, når det er allermost skrøbeligt. Skrøbelighed er ikke udelukkende et negativt begreb, men der er også ressourcer at hente i skrøbeligheden. Disse ressourcer skriver vi frem i en dialog mellem lægen og præsten. Vi beskriver emner og cases, hvor vi drager omsorg for medmennesket med eksistentielle og åndelige spørgsmål i lægeklinikken eller på præstekontoret. Vi beskriver også, hvordan vi selv kan være skrøbelige i vores faglige position, og hvordan vi i fællesskab kan støtte hinanden. De emner, vi tager op, er: 1) skyld og magtesløshed 2) stress og selvforståelse 3) angst og frygt 4) aldrig og tab 5) død og sorg og 6) skyld og tilgivelse. Vi afslutter bogen med et appendiks om relationen mellem lægen og præsten gennem tiderne. Du kan læse mere på [www.laegenogpraesten.dk](http://www.laegenogpraesten.dk).

sundhedsprofessionelle til at anerkende, absorbere, fortolke og handle på andres fortællinger.

Det er også her, at det interdisciplinære samarbejde mellem lægen og præsten kan få patienten til at udvikle sin historie, således at den giver mening for patienten og patienten får hjælp til at formidle den til de sundhedsprofessionelle.

I det følgende vil vi beskrive, hvad praktiserende læger har givet udtryk for interesserede dem i samarbejdet mellem læger og præster.

**Samarbejdet giver synergi for patienter/konfidenter og de to faggrupper** IUJ og LV har, i 2021 og 2022, holdt to velbesøgte sessioner på Lægedage, hvor vi stillede de praktiserende læger og deres personale nedenstående spørgsmål:

1. Oplever du tilstrækkelig viden og erfaringer til at yde eksistentiel omsorg over for patienter?
2. Har du erfaringer med at henvise patienter til deres sognepræst? Og hvad er i givet fald din erfaring med det?

3. Hvis du har en nær, faglig relation til en sognepræst, hvilke emner og erfaringer vil du så gerne lære om af sognepræsten, og hvilken viden og erfaringer mener du er vigtige, at sognepræsten lærer af dig?

Vores erfaring er, at når vi stiller det første spørgsmål om viden og erfaring i de lægefaglige kredse, er der mange læger og klinikpersonale, der ikke selv føler sig klædt tilstrækkeligt på til at varetage den eksistentielle og åndelige omsorg. Forskning bekræfter, at sundhedsprofessionelle i Danmark ikke mener at besidde de rette kompetencer til at varetage denne omsorg (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557128/>).

De ønsker at øge deres viden og praktiske færdigheder, og for mange er det svært overhovedet at tænke tanken, at denne patient måske længes efter eksistentiel og åndelig omsorg. Hvis de tænker tanken, er det også svært at foreslå måske at kontakte en præst, når den sundhedsprofessionelle ikke har kendskab til præsten.

Til det næste spørgsmål er der ofte

nogle få, der har prøvet at henvise til en lokal præst, som de ofte har et helt tilfældigt kendskab til eller måske kender privat af andre årsager. I de tilfælde, hvor de sundhedsprofessionelle *har haft* erfaring med henvisning til en præst, så har erfaringerne primært været gode.

Til det tredje og sidste spørgsmål har de fleste udelukkende tænkt på præsten i tilfælde af tab, sygdom og død. Få har tænkt på præsten ind ved andre eksistentielle overgangsperioder såsom forældreskab, alderdom, ensomhed, stress, angst og depression.

Vi har erfaret, at præster ønsker mere konkret viden om, hvad der sker i kroppen ved angst og depression, og at fx *Broken Heart Syndrome* ved svær sorg kan være livsfarligt (podcast om "Broken Heart Syndrome" Ugeskriftet.dk). Til gengæld har læger en meget luftig forestilling om, hvad der foregår på præstekontoret. Bliver der talt om Gud hele tiden, og kan man opsøge en præst uden at tro på Gud?

### **Konkret sygehistorie: Alice hos lægen og præsten**

Hos lægen henvender Alice sig med tiltagende tristhed og uoverkommelighedsfølelse over sin søsters dramatiske død. Søsteren fik ikke den begrævelse, som Alice vidste, at søsteren ønskede sig.

Den var uden kirkelig deltagelse. Alice udviklede over tid somatiserende og depressive symptomer. Lægen foreslog Alice at opsøge en præst.

Hos præsten forklarede Alice, hvordan hun syntes, at søsteren var blevet svigtet af sin familie – både i livet og i døden. Præsten foreslog en kirkelig handling uden kiste, hvor kirken blevet lyst op af blomster og kærter, og da Alice ankom, spillede og sang organist

og kirkesanger for hende og hendes søster. Præsten holdt en tale og bad en bøn, hvor søsterens navn indgik og velsignede Alice og hendes søster.

Alice har senere fortalt, at denne kirkelige handling var som en forløsning. Noget gav slip inde i Alice. Hun kunne igen tale om sin søster med varme og uden at græde. Energien vendte tilbage, og fra at føle sorg og have depressive tanker kan Alice nu igen passe sit hjem, sine børnebørn og andre relationer. Hun føler, at hun er gået igennem en forvandling, hvor hun kan føle taknemmelighed over, at hun har haft en søster, hvis død kan give så stor en sorg. Alice siger direkte: "Jeg var ikke kommet videre, hvis jeg ikke havde fulgt lægens råd og havde talt med præsten. Jeg har det så meget bedre."

### **Forbehold mod projektet**

Hvad har patienter og konfidenter samt de professionelle haft af indvendinger mod projektet?

Vi har hørt spørgsmål som: *Skal man være medlem af Folkekirken for at kunne blive "henvist" til en præst? Kan man vælge en præst uden for ens egen sogn? Skal man betale for sjælesorgssamtalen? Og bliver der talt meget om Gud?*

Vi forestiller os, at mange både professionelle og ikkeprofessionelle også vil stille sig disse spørgsmål. De korte svar er: *Nej*, man behøver ikke at være medlem af Folkekirken. *Ja*, man kan godt vælge en præst uden for eget sogn. *Nej*, man skal ikke betale for sjælesorgssamtalen, og *måske* bliver der talt om Gud, hvis der i samtalen optræder en helt naturlig anledning til det. En sjælesorgssamtale tager ofte udgangspunkt i et eksistentielt sprogbrug, fordi præsten har brug for at høre, hvad der er på færde. Det er hel-





ler ikke altid, at det er et ønske fra konfidenten, at der anvendes kirkelige ritualer som fx bøn. Så gør præsten det naturligvis ikke. Præstens hovedfokus er at drage omsorg for patienten/konfidenten på bedste vis og med stor respekt for dennes behov.

Kan præster og læger tænke: "Åh nej, endnu et fokusområde, som vi skal tage os af! Er vi ikke overbebyrdede og stressede nok i forvejen?" Vores foreløbige erfaring er, at dette samarbejde om patienten/konfidenten giver mere overskud og glæde, end arbejdet tager energi, fordi vores faglighed styrkes, og dermed bliver omsorgen mere præcis og målrettet til den enkelte.

### Inspiration fra Skotland

Artiklens forfattere argumenterer for og samarbejder med andre om at øge samvirket og samarbejdet mellem læger og præster.

I bogen *Sjælesorg i bevægelse* har vi en artikel, der hedder: *Eksistentiel og åndelig omsorg er sjælen i sundhedsvæsenet*. (Vesterdal, Juhl, & Hvidt, Eksistentiel og åndelig omsorg er sjælen i sundhedsvæsenet. Tværprofessionelle erfaringer fra Skotland og deres implikationer for danske forhold, 2021). Titlen er valgt, netop fordi vi mener, at eksistentiel og åndelig omsorg er sjælen i sundhedsvæsenet.

Vi er optaget af erfaringerne fra Skotland, som har særdeles positive erfaringer med samarbejde mellem praktiserende læger og sognepræster. En af fortalerne for dette samarbejde er John Swinton, leder af Centre for Spirituality, Health and Disability, School of Divinity, University of Aberdeen, Scotland (Swinton, 2021) Han påpeger, at eksistentiel omsorg i sundhedsvæsenet er ligesom et antibiotikum, der kan ordineres.

### For at det virker, skal man være opmærksom på,

1. at der skal være tale om et generaliseret koncept, som kan udbydes til alle
2. at det ikke må være eksklusivt eller være ekskluderende
3. at det ikke må skade
4. at den eksistentielle omsorg, som gives, reflekterer den eksistentielle omsorg i organisationen
5. at det er hensigtsmæssigt at anvende et eksistentielt sprog frem for et religiøst.

### Afslutning

For at etablere et samarbejde mellem praktiserende læger og sognepræster lokalt i sognene kræver det et personligt kendskab. Det er dér, det begynder. Vi kunne ikke have begyndt "oppefra og ned". For os begyndte det i et personligt venskab. Det har kun været muligt at begynde "nedefra og op". Det er pointen, denne artikel udfolder. Men det kræver også både organisatorisk og faglig opbakning, og derfor har vi både centrale aktører i vores egne organisationer og tilknyttede forskere fra forskningsmiljøet med.

Som henholdsvis mangeårig praktiserende læge og sognepræst i Danmark ved vi af egne erfaringer, at et øget samarbejde mellem vores to fagtraditioner om patienterne fører til en mere helhedsbaseret omsorg for patienten/konfidenten, og det styrker også lægens og præstens egen faglighed. Vi håber at kunne udbrede denne praksis og erfaring ikke kun til Kolding, men til hele Danmark.

#### Fodnote

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats 2017

#### Bibliografi

1. Boisen AT. (2005). The Living Human Document. I R. C. Dykstra, Images of Pastoral Care (s. 22-39). Chalice Press.

2. Daniel S. (2012). Relation og fortælling - Tilknytningsmønstre i en behandlingskontekst. Samfundslitteratur.
3. Hansen LB, Hansen TB & Busch CJ. (2013). Sorggrupper i kirken - Når sorgen bæres sammen. Eksistensen.
4. Hvidt E, Søndergaard J & Grønning A. (2021). Relationer i sundhedsvæsenet - Hvorfor og hvordan. Samfundslitteratur.
5. Hvidt N, Ammentorp J, Clemensen J, Steinfeldt VØ, Moestrup L & Søndergaard J. (2018). Eksistential og åndelig omsorg i Danmark - Hvorfor, Hvad, Hvordan og Hvem? . Klinisk Sygepleje, s. 265-280.
6. Juhl IU & Iversen DC. (2022). Klinik 100 år. Hentet fra [www.klinik100aar.dk](http://www.klinik100aar.dk)
7. Juhl IU & Vesterdal L. (2021). Hvordan kan den tværfaglige relation mellem læge og præst styrke patientrelationen? I E. A. Hvidt, J. Søndergaard, & A. Grønning, Relationer i sundhedsvæsenet- Hvorfor og hvordan (s. 141-156). Samfundslitteratur.
8. Juhl IU & Vesterdal L. (2022). Lægen og Præsten. Hentet fra [www.laegenogpraesten.dk](http://www.laegenogpraesten.dk)
9. Juhl IU & Vesterdal L. (2020). Det skrøbelige menneskeliv - Perspektiver fra lægen og præsten. Eksistensen.
10. Nielsen R. (2021). Sjælesorg i sundhedsvæsenet i Danmark - Før, nu og snart. I Sjælesorg i sundhedsvæsenet i Danmark (s. 103-119). Eksistensen.
11. Nissen RD, Viftrup DT & Hvidt N. (07. September 2021). The Process of Spiritual Care.
12. Rasmussen AJ & Sodemann M. (2020). Narrativ medicin som nyt, interdisciplinært felt. Ugeskrift for læger.
13. Rasmussen AJ, Bernhardsson K, Bondevik H & Ladegaard Knox JB. (2021). Sundhedshumaniora i Sygepleje. Sygeplejersken.
14. Rasmussen AJ, Maagaard CA, Bygum A & Sodemann M. (u.d.). Enhver sygdom er en fortælling. Syddansk Universitetsforlag.
15. Swinton J. (5. april 2021). Prof. John Swinton's Speech at Inauguration Seminar for Professorship on Spiritual Care. youtube, <https://www.youtube.com/watch?v=7UxX2d3LhU>.
16. Universitet, Københavns. (December 2022). Universitetshistorie. Hentet fra Fakultetsrækkefølgen: <https://universitetshistorie.ku.dk/leksikon/f/fakultetsraekkefoelgen/>
17. Vesterdal L & Gudbergsen T. (2021). Sjælesorg i bevægelse. En introduktion til hovedspor i sjælesorgens teologi og praksis i Danmark. Eksistensen.
18. Vesterdal L & Juhl IU. (2020). Det skrøbelige menneskeliv - perspektiver fra lægen og præsten. Eksistensen forlag.
19. Vesterdal L, Juhl IU & Hvidt N. (2021). Eksistential og åndelig omsorg er sjælen i sundhedsvæsenet. Tværprofessionelle erfaringer fra Skotland og deres implikationer for danske forhold. I L. Vesterdal, & T. Gudbergsen, Sjælesorg i bevægelse. En introduktion til hovedspor til sjælesorgens teologi og praksis i Danmark (s. 181-198). Eksistensen.

## HOVEDBUDSKABER

1. Når mennesker rammes af sygdom og krise opstår der oftest også eksistentielle og åndelige overvejelser.
2. Når den sundhedsprofessionelle taler med patienten om disse overvejelser, føler patienten sig mødt og udtrykker større tilfredshed med behandlingen.
3. I antikken og op igennem middelalderen var lægen og præsten den samme person.
4. Lægen og præsten har fælles grundlag: omsorgen for medmennesket.
5. Efter moderniteten og lægevidenskabens landvindinger opstod der et tiltagende fjendskab og uvidenhed mellem de to fags traditioner.
6. Artiklens fokus: Lægen kan lære meget af præsten og omvendt - til gavn for deres patienter/konfidenter. Hermed styrkes begge faglige fundament.
7. Når patienten taler med både lægen og præsten, styrkes det helhedsmæssige blik, og fremmedgørelsen mindskes.
8. Konkret forslag om at styrke samarbejde mellem praktiserende læger og sognepræster lokalt i sognene.