



# Våga äga döendet

## - För att patienten förtjänar en god död

Allmänläkardygnet  
Aspenäs Herrgård, Lerum  
2022-11-10

Lisa Kastbom

Specialistläkare i allmänmedicin, Kisa VC.

Medicine doktor.

Adj. universitetslektor, Linköpings universitet.

# Kinda kommun

---







Mitt i livet händer att döden kommer  
och tar mått på människan. Det besöket  
glöms och livet fortsätter. Men kostymen  
sys i det tysta.

(Svarta Vykort, Tomas Tranströmer  
Ur Det vilda torget, 1983)



# Upplägg för dagen

Döendet & döden

"Svåra samtal"

Kris & coping

Egna reaktioner

Diskussion i grupper utifrån patientfall

Återsamling i storgrupp

# Livet och döden

- Döden slutet på livscykeln
- Döden finns där hela tiden





Vår samtid tycks globalt ha problem med förhållandet till döden!

”Health care and individuals appear to struggle to accept the inevitability of death.”

COMMENT | VOLUME 392, ISSUE 10155, P1291-1293, OCTOBER 13, 2018

## *Lancet* Commission on the Value of Death

Richard Smith  for the Lancet Commission on the Value of Death

Published: October 13, 2018 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32388-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32388-2)  Check for updates

 Subscribe  Save  Share  Reprints  Request

 PlumX Metrics

References

Article Info

Without death every birth would be a tragedy. “We die so that others may live, we grow old so that others may be young”, writes the poet Kate Tempest.<sup>1</sup> Yet medicine continues to strive to keep patients with life-limiting illnesses alive, often beyond the point of benefit. Many people in high-income countries, and those in poorer countries who are able to access quality health care, have an uneasy relationship with death, unlike some traditional societies.<sup>2</sup> Serious people hold out the prospect of immortality,<sup>3</sup> while dying baby boomers want as long a life as possible, symptom control, and a personalised death—a combination that may be unachievable. Yet many people around the world die without access to morphine or any care, illustrating the gross disparities that surround death.<sup>4</sup> Has medicine gone wrong in the way it deals with death? The *Lancet* Commission on the Value of Death will explore the relationship of medicine to death, consider failures in the relationship, and share ideas on how it might be improved.

Request Your Institutional Access to the *Lancet* journal



# Döendet i vår samtid

Förändring de  
senaste  
årtiondena.

Vi lever längre.  
Oftare tilltagande  
kronisk sjukdom de  
sista åren i livet.

Döden har  
förflyttats från att  
vara något som  
rörde familj &  
samhälle till något  
som rör  
sjukvården.

Döendet  
medikaliseras.



*The doctor*, Sir Luke Fildes 1891

# Döden i Sverige idag

Medellivslängd 2021:

♀ 84,8 år ♂ 81,2 år

Ca 90 000 dödsfall varje år

- År 2020: 98 229 dödsfall

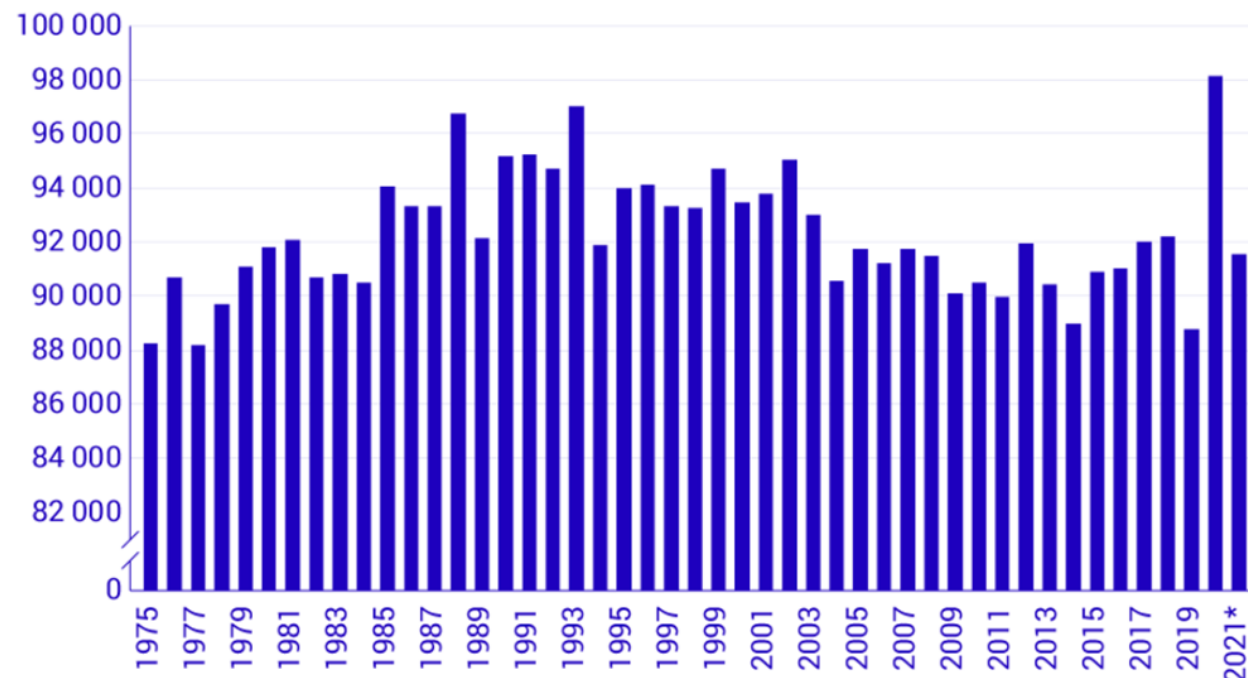
- År 2021: 92 085 dödsfall

Ca 80 % dör en förutsedd död

Ca 20 % dör akut

Källa: Socialstyrelsen. SCB 2022.

Antal döda per år

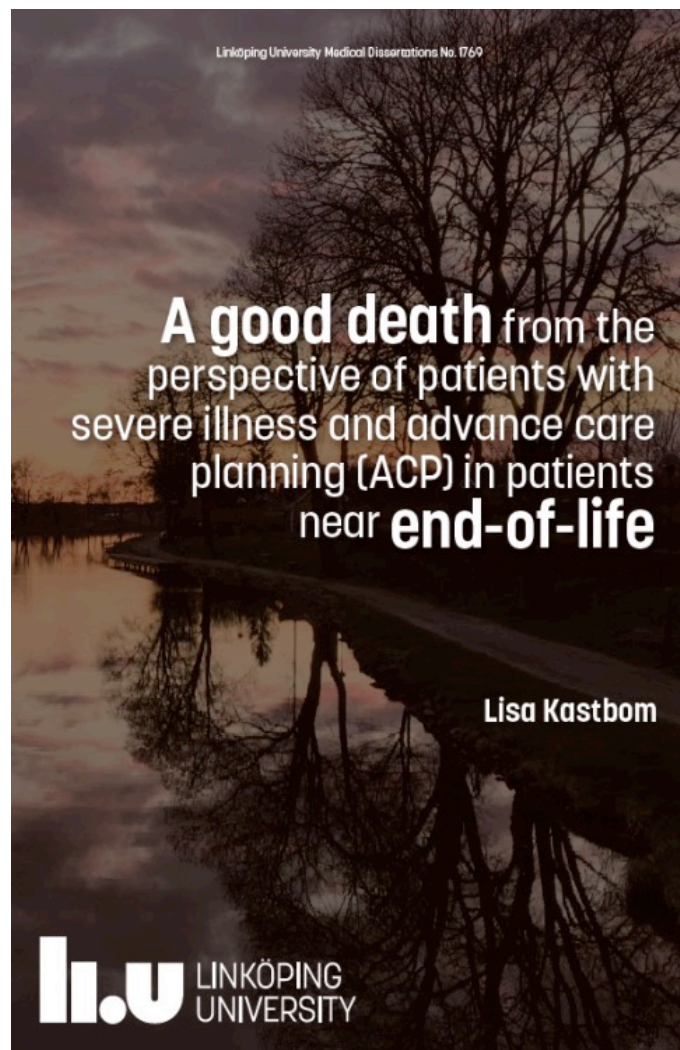


Delarbete I:  
A good death from the perspective of  
palliative cancer patients

Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. A good death from the perspective of palliative cancer patients. Support Care Cancer 2017;25(3):933-939.

Delarbete II:  
'We have no crystal ball' - advance care planning at  
nursing homes from the perspective of nurses and  
physicians

Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. 'We have no crystal ball' - advance care planning at nursing homes from the perspective of nurses and physicians. Scand J Prim Health Care 2019;37(2):191-199.



Delarbete III:  
Advance care planning in nursing homes:  
Does it matter?

Kastbom L, Falk M, Karlsson M, Tengblad A, Milberg A. Advance care planning in nursing homes: Does it matter? Submitted manuscript.

Delarbete IV:  
Elephant in the room – Family members' perspectives on  
advance care planning

Kastbom L, Karlsson M, Falk M, Milberg A. Elephant in the room – Family members' perspectives on advance care planning. Scand J Prim Health Care 2020;38(4):421-429.

# Svårt sjuka patienters uppfattning om en god död

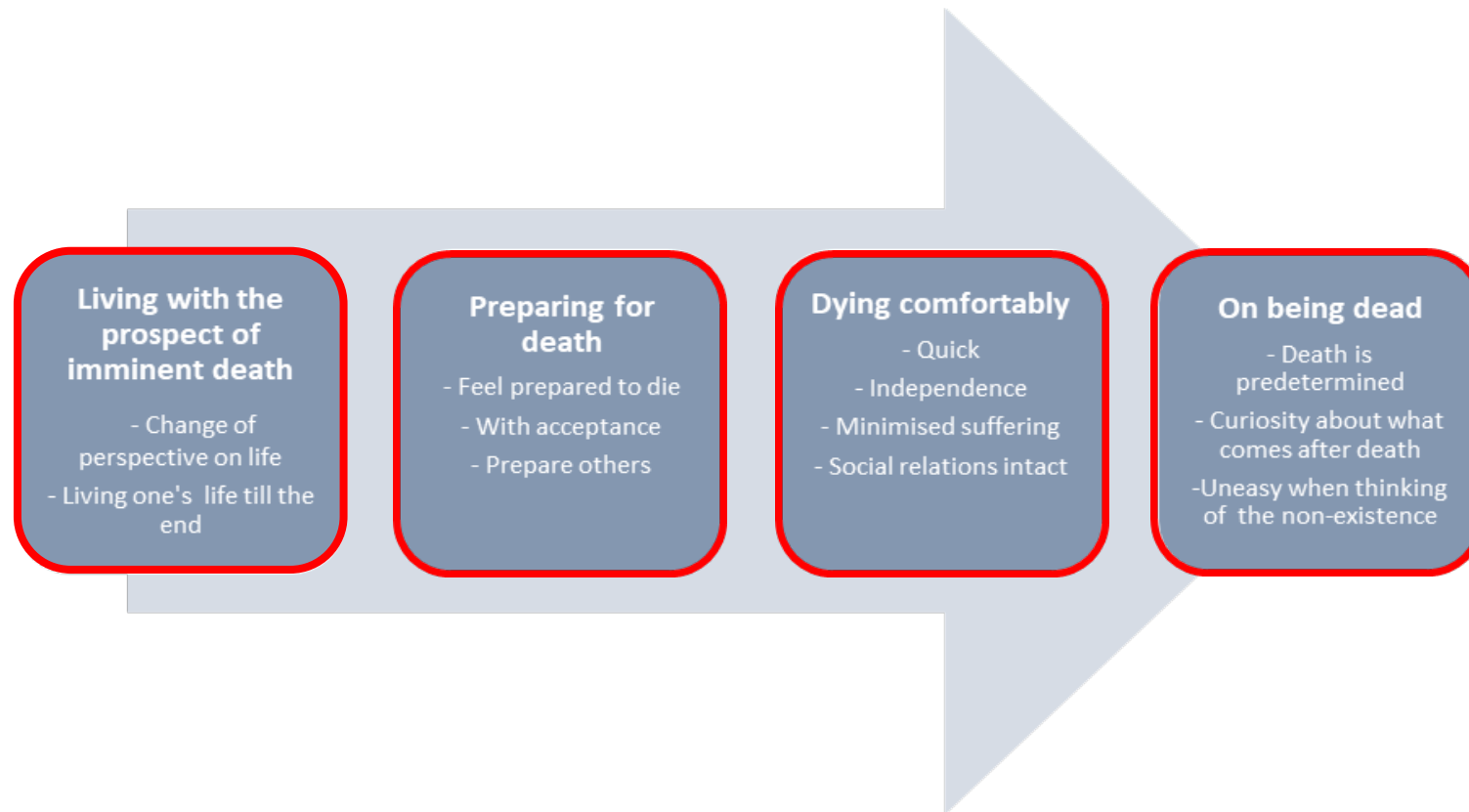
Original Article | [Published: 12 November 2016](#)

## A good death from the perspective of palliative cancer patients

[Lisa Kastbom](#) , [Anna Milberg](#) & [Marit Karlsson](#)

[Supportive Care in Cancer](#) **25**, 933–939 (2017) | [Cite this article](#)

# Svårt sjuka patienters uppfattning om en god död



# Svårt sjuka patienters uppfattning om en god död

Högst individuella uppfattningar

Återkommande teman:

- Förberedelse inför döden
- Bevarad autonomi
- Frånvaro av lidande

Fråga om patientens uppfattning om en god död!

# människovärdesprincipen

**Inte  
skada**

**Göra  
gott**

**Autonomi**

**Rättvisa**

Medicinsk-etiska  
principer  
Beauchamps &  
Childress:  
Principles of  
Biomedical Ethics  
(2001)







# Grundläggande principer

---

Vi ska ge **god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.**

Beslut om begränsning av livsuppehållande vård fattas av **leg. läkare.**

Patienter har **rätt att avstå vård** (utom vissa särfall - LPT).

Patienter har rätt till **medbestämmande.**

Patienten **kan inte kräva viss vård.**



# Planering inför livets sista tid

Ur SOSFS 2011:7

Skyldighet att planera vården för en patient som närmar sig livets slut:

- Utse en fast vårdkontakt
- Planera för hur patienten ska kunna få vård
  - Planera för symtomlindring
  - Planera för omvårdnadsinsatser
- Planera om möjligt vad som ska göras/vad som inte ska göras

# Varför planera vården?

## RISKER MED ATT AVSTÅ:

- Maximal istället för optimal vård
- Ökat lidande för patient och närstående
- Symtomlindring uteblir
- Patienten har inte fått chans att förbereda sig och påverka hur livets slut ser ut
- Närstående har inte fått chans att förbereda sig
- Resurskrävande - andra får mindre vård
- Utan planering av vården och ställningstagande till vårdbegränsningar finns risk att
  - vården missar att göra gott
  - vården skadar patienten
  - patientens autonomi begränsas
  - vårdens resurser räcker till i mindre utsträckning till alla patienters behov.

# Varför planera vården?

## FÖRDELAR MED ATT PLANERA/TA STÄLLNING:

- Patientens behov kan mötas genom handlingsberedskap (Göra gott)
- Vård som inte gagnar patienten/ som patienten inte vill ha ges inte (Inte skada)
- Patientens autonomi stärks



# Finns evidens för planering av vård?

Randomiserade större interventionsstudier saknas, men tvärsnittstudier finns

- ökad grad av patientens **medbestämmande**<sub>1</sub>
- öka vårdens **kvalitet**<sub>1,2</sub>
- möjliggöra **livskvalitet**<sub>1</sub>
- mindre **aggressiv/intensiv vård** i livets slut<sub>1</sub>
- minska **lidande**<sub>2</sub>
- **sorgehantering hos närstående**<sub>2</sub>

1. Brinkman-Stoppelenburg A, *et al.* Palliative Medicine 2014

2. Wright AA, *et al.* JAMA. 2008

# Hur samtalar man med patienter om livets slut?

- Patienter & närstående ofta positiva till planering av vården<sup>1,2</sup>
- Patienten talar inte om sina preferenser<sup>1,2</sup>
- Patienten tror ofta att andra vet vad de vill<sup>1,2</sup>
  
- "Nu blir fokus att du ska ha det så bra som möjligt och klara dig själv hemma. Det kan vara klokt att ha en plan om du skulle försämrans, så att du/ni vet var ni kan vända er och få hjälp".
- "Vad är viktigt för dig om din hälsa skulle försämrans?"
- "Finns det något du inte vill vara med om?"
- "Finns det något som oroar dig när du tänker på hur det ska bli framåt?"
- Viktigt med fokus på vad som kan/ska göras, och inte bara på det som inte kan/ska göras (=vårdbegränsningar)

1. Bollig G, *et al.* Palliat Med. 2016

2. Mignani V, *et al.* Clin Interventions in aging. 2017

# Om att planera för livets sista tid

## Det är viktigt att:

- Förutse det som kan förutses
- Förbereda det som kan förberedas
- Låta patienten vara delaktig i besluten/vårdplansinnehållet
- Dokumentera planen tydligt!

## Det är samtidigt så att:

- Allt går inte att förutse
- Allt går inte att förbereda
- Alla vill inte vara delaktiga

# Närståendes perspektiv

Syfte: Utforska närståendes erfarenheter av vårdplaner i svensk SÄBO-kontext

Kvalitativ explorativ intervjustudie

18 studiedeltagare – 4 SÄBO

Inklusionskriterier:

- Närstående till avliden patient som bott på SÄBO den sista tiden av livet
- $\geq 18$  år
- Ingen uppenbar kognitiv nedsättning
- Acceptera digital inspelning

Datainsamling 2018 – 2019



# Närståendes perspektiv

Tematisk analys:  
5 teman

Elephant in the room

- Frågor om livets slut är svåra, men viktiga
- Vårdpersonalen bör ta initiativ
- Lyhördhet och inkännande

Also silent understanding

- Patientens preferenser explicit kommunicerade
- Patientens preferenser implicit kommunicerade
- Närstående har en känsla för patientens önskan

Significance of small details

- Detaljer symboliserar kompetens, engagemang och närvaro
- Kontinuitet central för förtroende till personalen

Invisible physician – supporting nurse

- Sjuksköterskan närvarande och tillgänglig
- Läkaren frånvarande
- Formella och informella möten viktiga

Feeling of guilt

- Patientens autonomi
- Närstående vill vara delaktiga
- Delaktig – stort ansvar
- Rädsla för att fatta fel beslut – guidning från personal



# Samtal om att livet slut närmar sig

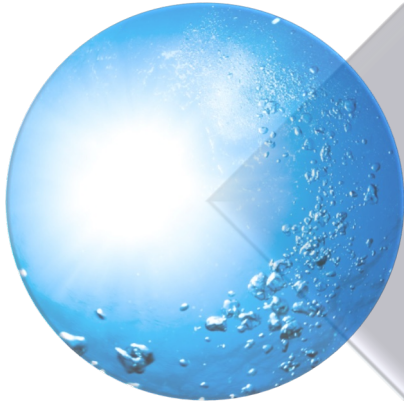
I Sverige har vi en tradition av *öppen information* om sjukdom, prognos & vård – även döden.

- Patientlagen 2014:821, 3 kap  
Information 1§
- Är information bra till alla?

Kulturella skillnader kan förekomma

Bra att vara medveten om sin egen inställning, men patienten och närstående kan ha en annan uppfattning!

# Olika typer av samtal vid svår sjukdom



Framtidssamtal vid svår sjukdom



Brytpunktssamtal vid övergång till vård i livets slutskede

## Brytpunktssamtalets innehåll

ÄNDRING AV VÅRDENS  
MÅLSÄTTNING/RIKTNING

VAD ÄR VIKTIGT?  
PATIENTENS  
PREFERENSER

DELAKTIGHET &  
VALFRIHET I VÅRDEN

PLANERA (VAD  
GÖRAS/AVSTÅS FRÅN?)

DOKUMENTERA  
VÅRDPLAN

KONTAKTVÄGAR & STÖD

# Tips: Samtal om svår sjukdom och död

Våga vara "skamlöst nyfiken"!

- Vad vill patienten veta? Vad vill patienten vid försämring?
- Vad vet närstående om vad patienten hade velat?

Lagarbete: involvera patient, närstående & vårdpersonal.

Utgå från att dina egna värderingar och preferenser inte behöver vara samstämmiga med patientens.

Kommunicera tydligt!

Upprepad information.

Dynamiskt förlopp – patientens inställning kan förändras!

# Ord från en klok kollega...

"Jag älskar de svåra samtalen! Det är min bästa gren. Jag går in och försöker nollställa mig, bara vara öppen".

"Varje människa är som en roman: remissen är baksidetexten och möjligen recensionerna. Och när jag börjar läsa människan kan det ta femtio sidor innan jag har förstått vad det är för sorts person".

"Vi måste vara där patienter och närstående befinner sig mentalt, inte ge information som de inte är redo för. Det går inte att forcera".

"När det blir problem i kommunikationen handlar det ofta om att jag har glömt att fråga, glömt att nollställa mig och ta reda på var den andre befinner sig".

Källa: Anna Spencer, Chefläkare för Palliativ vård och ASIH i Region Skåne. Palliativ vård, nr 1, 2022.

# Tips: Samtal om svår sjukdom & död



Vad vet du om din sjukdom?



Vill du att jag berättar för dig hur jag tror att sjukdomen kommer att utveckla sig och vad vi då kan göra för dig?



Hur tänker du när det gäller din situation och din framtid?



Vad har du för förväntningar? Farhågor?



Vad är viktigt för dig just nu?



Om du försämras: har du funderat på var och hur du vill vårdas?



Vad är viktigt för dig när du tänker på livets sista tid?



Nu finns det inte längre hopp om bot, men det finns ett annat hopp om att tiden som är kvar ska bli så bra som möjligt!



# Människan är en berättelse!

---

Att visa vilja att lyssna öppnar upp.

Att inte väja undan för de svåra frågorna ger tillit.

Att stanna kvar i det smärtsamma tröstar.

Kontinuitet i patient-läkarrelationen underlättar.

Egen existentiell självkänedom gör dig trygg.

Berätta mer om vad du ska göra för patienten än vad du inte ska göra!



# Kris & coping

"Jag har ju gett patienten utförlig information. Ändå verkar hon inte förstå".

Patienten kan pendla mellan att "veta" och att "inte veta". (Den kreativa illusionen. Pär Salander, 2003.)

Behov av pauser. Stödja medvetenhet och acceptans, men dosera!



Dual process model of coping with bereavement. Stroebe and Shut, 2001.



# Kris & coping

Det finns olika sätt att copera.

- Flera sätt kan vara framgångsrika
- Acceptans är bra, men nås inte alltid
- Förnekelse kan fungera för vissa

Alla genomgår inte krisens faser!

Utsatta situationer:

- Yngre patienter
- Snabba förlopp
- Tidigare genom livet friska individer

# Hur lång tid har jag kvar?

Vet vi det?

Vill patienten/närstående veta det  
exakt?

Vänd på frågan:

Vad tror du själv?

Svara möjligen ungefärligt, i enheter  
(inte i siffror)

*"Det är inte längre år, eller flera  
månader, utan snarare veckor..."*



# Modet att ingenting göra: när orden inte räcker till

Vad kan man egentligen säga när  
orden inte räcker till?

Människor i kris väntar sig oftast inte  
svar

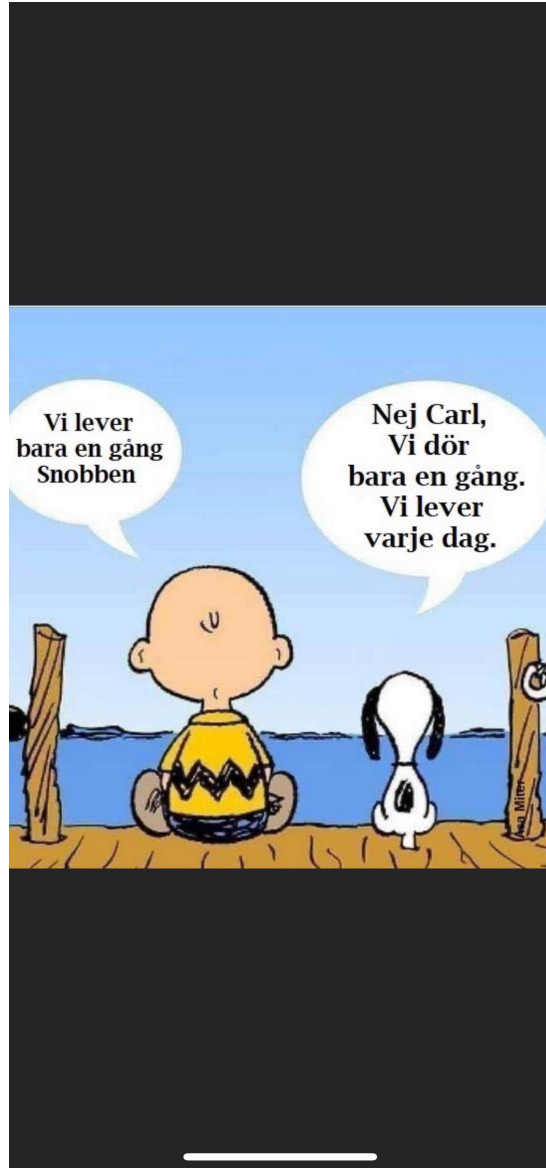
Närvaro & bekräftelse!

Lars Björklund, sjukhuspräst.





"Hur vi talar om döden – eller inte talar om den – påverkar hur vi känner inför den. Om döden endast medvetandegörs i stunder av ensamhet, smärta, mörker och sorg blir det svårare att prata om den. **Döden kan ses som livets final, som ett värdigt slut på ett fullt liv. Som en kärleksfull process där man får fokusera på det viktigaste i livet**".





*"You matter because you are  
you,  
and you matter to the end of  
your life.*

*We will do all we can not  
only  
to help you die peacefully,  
but also to live until you die".*

*- Cicely Saunders -*

# GUNNAR 85 ÅR MED AVANCERAD CANCER

Tidigare frisk frånsett höftartros och högt blodtryck. Utredning via VC p g a viktnedgång och trötthet har visat tjocktarmscancer med levermetastaser. Ålder och spridning talar emot både kirurgi och onkologisk behandling. Patienten har själv uttryckt att han önskar avstå behandling.

Socialt: Bor ensam i hus på landet. Änkling. 3 syskon som bor nära. Sonen bor på gården. Har ingen hemtjänst, ej heller larm. God hjälp av barnen.

Aktuellt: Tilltagande trötthet, ökad oro för vad som ska komma. Sonen tycker att Gunnar har blivit gul i ögonvitorna. Smärtor som tilltagit i höger sida. Ligger till sängs större delen av dagen. Nedsatt matlust. Gunnar vill vårdas hemma och sonen och syskonen undrar hur det ska bli.



# GUNNAR 85 ÅR MED AVANCERAD CANCER

## **Mål:**

Att Gunnar ska bli trygg med hemsjukvården så att hans önskan om att få vara i sitt hem fram till livets slut kan förverkligas. Gunnar bedöms vara nära livets slut.

## **Vad kan hända?**

*Smärta*

*Tilltagande leversvikt/-koma, ascites*

*Klåda*

*Aptitlöshet, illamående*

*Oro*

*Hjärtstopp*

*Infektion/sepsis*

*Ileus/subileus*

*Svårt att kissa/urinstämning*

*Närstående – information, stöd*

# GUNNAR 85 ÅR MED CANCER

Mål: Att Gunnar ska bli trygg med hemsjukvården så att hans önskan om att få vara i sitt hem fram till livets slut kan förverkligas. Vid anslutning till hemsjukvården bedöms Gunnar vara nära livets slut.

## Medicinska insatser:

*Smärta:* Morfin 10 mg ½ v b. Betapred som antiinflammatorisk behandling mot smärtan från leverkapseln. Om svårare smärta: Morfin 0,5 ml s c.

*Tilltagande leversvikt/-koma, ascites:* God omvårdnad + adekvat symptomlindring enligt ordinationer, se läkemedelslista. Ev spironolakton mot ascites, vid mycket besvär kan ev tappning bli aktuellt.

*Aptitlöshet, illamående:* Betapred, 8 tabl x 1. Sänk 1 tablett var 3:e dag till lägsta effektiva dos 2 – 6 tabletter).

*Oro:* Oxascand per oralt v b. Om sväljningssvårigheter, inj. Midazolam v b.

*Hjärtstopp:* Vid hjärtstopp ska inte återupplivning påbörjas (0 HLR).

*Infektion/sepsis:* Gunnar önskar inte förlänga sitt liv. Ingen utredning, antibiotika ej aktuellt, utan fokus på symptomlindring.

## Omvårdnadsinsatser:

Besök 2 ggr/v. Stötta familjen genom information och samtal. Trygghetslarm. Symptomskattning.

# MARIA 33 ÅR MED HJÄRNTUMÖR

Tidigare frisk frånsett migrän. Sökt akut för knappt ett år sedan pga. tilltagande huvudvärk som ändrat karaktär samt dubbelseende. Utredning visat hjärntumör, gliom grad IV. Kirurgi. Snabb tumörprogress under kombinationsbehandling med strålning och cyt.

Socialt: Ursprung från Bosnien. Bott 10 år i Sverige. Talar och förstår svenska väl. Lever tillsammans med make och 3 barn mellan 2 och 9 år. Har liksom maken en muslimsk tro. Maken värjer sig för att tala om Marias förestående död. Hänvisar till att Gud bestämmer. Bror död sedan några år. Mamma och syster på annan ort i Sverige.

Aktuellt: Ansluten till specialiserad palliativ hemsjukvård parallellt med att palliativ onkologisk behandling fortgår. Kommer hem efter vistelse på sjukhus sedan subakut försämring där utredning visat tumörprogress. Maria har börjat förstå att hon inte har lång tid kvar att leva. Hon vill dö hemma.

# MARIA 33 ÅR MED HJÄRNTUMÖR

Vad kan det huvudsakliga målet med Marias fortsatta behandling vara?

Vad kan hända?

Vad kan/bör göras? Vad bör avstås från?



# MARIA 33 ÅR MED HJÄRNTUMÖR

## **Mål:**

God vård & omvårdnad hemma för att möjliggöra att Maria ska kunna få dö hemma.

## **Vad kan hända?**

*Komplikationer av onkologisk behandling  
(infektionskänslighet)*

*Tilltagande trötthet*

*Personlighetsförändring*

*Kramper*

*Närstående - information, stöd*

# MARIA 33 ÅR MED HJÄRNTUMÖR

Mål: God vård & omvårdnad hemma för att möjliggöra att Maria ska kunna få dö hemma.

Medicinska insatser:

Maria har passerat brytpunkt för vård i livets slutskede.

Nära samarbete mellan LAH, Onkologiska kliniken, hemsjukvård, hemtjänst och socialtjänst.

*Om behandlingskomplikationer av pågående onkologisk behandling:* I första hand bedömning av ssk för anamnes och klinisk undersökning. Därefter läkarkontakt. kontakt med läkare på Onkologen bör tas för ställningstagande till provtagning och/eller antibiotikabehandling.

*Kramper:* Har efter tidigare kramper blivit insatt på krampprofylax med Kepra. Om kramp i hemmet ges i första hand Buccolam. Upprepad dos kan ges om krampen inte hävs efter 10 min. Om fortsatt kramp, ge inj Midazolam 5 mg/ml 0,5 – 1 ml subcutant i lugnande syfte. Detta kan behövas upprepas flera ggr. Ambulans skall ej larmas om kramp ej går att häva, utan fokus skall vara att skapa så lugna förhållanden som möjligt utifrån rådande situation.

*Intrakraniell blödning:* Utifrån tumörens läge och storlek kan det finnas risk för blödning. Ambulans skall ej tillkallas även om akut och påtaglig försämring med påverkat allmäntillstånd och uttalade neurologiska symptom utifrån att sjukhusvård i ett sådant läge inte kommer att gagna patienten som upprepade gånger uttryckt att hon vill få avsluta livet i eget hem, inte på sjukhus. Fokus på att trygga hemsituationen.

*Stöd till familjen:* Anpassad och upprepad information till familjen med stöd från kurator, skolhälsovård, socialtjänst och barotraumatteam. Nära samarbete med upprepade avstämningsmöten och fortlöpande kontakter. Initierad kontakt med muslimsk företrädare. I vårdplanen tydlig information om tvättritual osv. Tydlig information om stödfamiljer till barnen.

# HELGA 92 ÅR PÅ SÄRSKILT BOENDE (SÄBO)

Multisjuk. Flera tidigare hjärtinfarkter. Hjärtsvikt. Diabetes mellitus. Waranbehandlat förmaksflimmer. Hypotyreos. Blind på ett öga. Ganska snabbt utvecklad vaskulär demens med förvirringsbenägenhet. Uppegående med rollator.

Socialt: Bor sedan 2 år på äldreboende. Flyttat från egen lägenhet. Änka. Dotter som bor nära och som besöker Helga varje vecka. Gles kontakt med sonen.

Aktuellt: Sjuksköterska på boendet efterfrågar läkarbesök för att upprätta en vårdplan.

# HELGA 92 ÅR PÅ SÄRSKILT BOENDE (SÄBO)

Vad kan det huvudsakliga målet med Helgas fortsatta behandling vara?

Vad kan hända?

Vad kan/bör göras? Vad bör avstås från?





# HELGA 92 ÅR PÅ SÄRSKILT BOENDE (SÄBO)

## Mål:

God omvårdnad och vård på boendet.

## Vad kan hända?

*Hjärtstopp*

*Snabbt förmaksflimmer*

*TIA/stroke*

*Konfusion*

*Ökad andfåddhet*

*Infektion*

*Hypo-/hyperglykemi*

*Fall*

*Akut oklar försämring med kraftigt nedsatt allmäntillstånd*

*Närstående – information, stöd*

# HELGA 92 ÅR. BOR PÅ SÄBO

Mål: God omvårdnad och vård på boendet.

## Medicinska insatser:

- *Ökad andfåddhet:* Snabbt förmaksflimmer? Lyssna på hjärtat. Ev. läkarbedömning för ställningstagande till ev. betablockad.
- *Hjärtsvikt:* Hjärtsviktsskontroll i g/v (AT, vikt, BT, hjärtfrekvens, bensvullnad? Ökad andfåddhet?). Målvikt 70 kg. Om ökad andfåddhet och viktuppgång till > 73 kg: Ge Furix 40 mg i v om BT > 100 mm Hg.
- *Kärlkramp/ischemi:* Ge nitroglycerin upp till 3 ggr. Om ingen effekt: Ge Morfin 10 mg/ml 0,25 ml. Läkarkontakt om Morfin givits.
- *Konfusion:* God omvårdnad. Uteslut somatisk orsak (t ex infektion, obstipation, urinstämning) Ev. läkarkontakt om kvarstår.
- *Infektion:* Fokus urinvägar? Luftvägar? Kontrollera AT, saturation, BT, puls och andningsfrekvens samt temp. Läkarkontakt och ev. provtagning.
- *Hyperglykemi:* Se v b insulinordination i läkemedelslista. Följ blodglukos ett par dagar med mätningar x 3. Undvik att dutta med snabbinsulin om ej symptom!
- *Fall:* Om misstanke om fraktur, kontakta läkare för ställningstagande till läkarbesök/remiss till akutmottagningen.
- *Akut oklar försämring med kraftigt nedsatt allmäntillstånd:* Läkarkontakt för brytpunktsbedömning.
- *Hjärtstopp:* Vid hjärtstopp ska inte återupplivning påbörjas (0 HLR).



- *”Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra. För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än hon gör, men först och främst förstå det hon förstår. Om jag inte kan det hjälper det inte om jag kan och vet mera. Vill jag ändå visa hur mycket jag kan, så beror det på att jag är fåfäng och högmodig och vill egentligen bli beundrad av den andra istället för att hjälpa henne. All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa inte är att härska utan att tjäna. Kan jag inte detta kan jag heller inte hjälpa någon.”*

TACK för er  
uppmärksamhet!

