

# Aktivitet og legebemanning ved intensivavsnitt i Norge – fortsatt behov for bedre registrering

Standard for intensivmedisin (Standard) ble vedtatt av Legeforeningens sentralstyre i 1997. Målsettingen var å klargjøre ansvarsforhold, ledelses- og organisasjonsmodeller i intensivavsnitt samt gi anbefalinger om ledelse, bemanning, utdanning og ressurser.

Det ble høsten 1998 foretatt en spørreundersøkelse for å få oversikt over aktivitetsnivå, legebemanning og ansvars- og samarbeidsforhold. Hensikten var å beskrive forholdene på det tidspunktet, slik at man kunne ha et utgangspunkt for eventuelle fremtidige vurderinger av virkningen av Standard.

Det kom svar fra 16 sykehus (76 % av de spurte). Svarene kan tyde på at legebemanningen relatert til arbeidsbelastningen er lavere enn anbefalt, samt at underordnede leger i liten grad deltar i intensivavsnittenes virksomhet på dagtid, og derfor har liten anledning til å lære av å samarbeide med en erfaren kollega. Begge disse konklusjonene, spesielt den første, svekkes imidlertid av at analysen av svarene tyder på at det er ulik forståelse av sentrale begreper vedrørende beskrivelse av aktivitet og bemanning, og at virksomhetsregistreringen dessuten er mangelfull.

Hovedkonklusjonen er at bemanning og aktivitetsnivå ved intensivavsnittene fortsatt ikke er godt nok definert og dokumentert. Forholdene for spesialistutdanning er ikke optimale.

Standard for intensivmedisin – ledelse, ansvar, organisering og utforming m.m. av intensivavsnitt (1), heretter kalt Standard, ble vedtatt av Legeforeningens sentralstyre i november 1997. Målsettingen med Standard er å klargjøre ansvarsforhold, ledelses- og organisasjonsmodeller i intensivavsnitt. Dokumentet gir anbefalinger om ledelse, bemanning, utdanning og nødvendige ressurser.

Sentralstyret vedtok at Standard skal revideres hvert annet år, og nedsatte våren 1998 en arbeidsgruppe som skulle følge innføringen av Standard og forberede revisjonen. Som ledd i sitt arbeid har arbeidsgruppen i samarbeid med Legeforeningens sekretariat

---

Audun Fredriksen

audun.fredriksen@legeforeningen.no

Helsepolitisk avdeling  
Den norske lægeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

---

Fredriksen A.

**Work load in relation to medical personnel in intensive care units. Still need for better registration and documentation.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 694–7.*

*Background.* Standards in Intensive Care Medicine were approved by the Board of the Norwegian Medical Association in 1997. Their purpose is to clarify issues of responsibility, accountability and management in intensive care units. It also gives recommendations on management, staffing, education and resources.

*Material and methods.* In order to obtain a reference point for any future assessment of the impact of the Standards document, a survey was carried out, addressing work load, medical staff, and questions of accountability, responsibility and cooperation.

*Results.* 16 hospitals responded (76%). The results seem to indicate that medical staff in relation to work load is smaller than recommended. It also seems that junior doctors only to a small extent are present in the intensive care units during ordinary working hours, and consequently have little opportunity to learn from working with experienced colleagues. However, both conclusions, especially the first one, are not entirely reliable, as close examination of the answers indicate that important concepts concerning the description of work load and staffing are poorly defined, and that the monitoring of work load is insufficient.

*Interpretation.* It is concluded that staffing and work load in intensive care units are still insufficiently defined and monitored. The training environment for specialists is not optimal.

---

☞ Se også side 665

utført to spørreundersøkelser, henholdsvis sommeren og høsten 1998. Formålet med undersøkelsene var å få en oversikt over aktivitetsnivå, legebemanning og ansvars- og samarbeidsforhold i intensivavsnittene kort tid etter at Standard var vedtatt. På den måten kunne man få et utgangspunkt for eventuelle fremtidige vurderinger av virkningen av Standard. Denne artikkelen tar for seg bemanning og aktivitet (spørreundersøkelse 2), mens ansvars- og samarbeidsforhold (spørreundersøkelse 1) omtales i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (2)

## Materiale og metoder

Spørreskjemaer ble sendt til avdelingsoverlegene ved anestesivdelingene ved alle regionsykehusene (Ullevål sykehus er omtalt spesielt), 12 sentralsykehus og fire store fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner. Ved Ullevål sykehus, hvor intensivavsnittet er organisert som en egen avdeling, ble skjemaet sendt til avdelingsoverlegen for denne avdelingen. Det var ikke utført forutgående pilotstudie for å vurdere spørreskjemaet.

De utvalgte sykehusene hadde i 1997 ifølge SAMDATA (3) 9149 effektive senger, hvilket tilsvarer 66% av de 13949 effektive sengene ved fylkeskommunale, statlige og private somatiske sykehus i 1997. SAMDATA-rapporten definerer effektive senger som tilgjengelige sengedøgn i løpet av ett år dividert med antall dager i året.

Denne artikkelen ser på aktivitetsnivå samt bemanning. Spørreskjemaet er gjengitt i rammen. Spørsmålene 3, 4, 7, 8, 9 og 10 er relevante for denne artikkelen. Det ble i følgebrevet presisert at alle tall skulle gjelde 1997, og brevet var vedlagt Standards definisjon av intensivpasient.

## Resultater

16 sykehus (76% av de spurte) besvarte forespørselen. Det ble ikke foretatt purring. Det er her tatt med opplysninger fra 16 generelle intensivavsnitt. Opplysninger fra spesialavdelinger, f.eks. barneintensiv- og hjerteintensivavsnitt, er utelatt. Tallene er gjengitt i tabell 1. En av respondentene ved et sentralsykehus oppgav et antall intensivdøgn per år som er langt høyere enn antallet ved det største regionsykehuset. Tallet er sannsynligvis feil, og er derfor ikke tatt med i beregning av gjennomsnittsverdier og arbeidsbelastning relatert til bemanning.

### Aktivitetsnivå – intensiv- og respiratordøgn

Antall intensivdøgn (ikke medregnet antatt feil verdi), varierte fra 358 til 3 500 per år (gjennomsnitt 1834, median 2127). Antall respiratordøgn varierte fra 169 til 2 092 per år (gjennomsnitt 968, median 1043).

### Bemanning

Antall overleger med intensivmedisin som hovedoppgave på dagtid varierte fra 0,8 til seks (gjennomsnitt 1,9, median 1,15), mens tallet på underordnede leger med samme oppgave var mellom 0,1 og 1,5 (gjennomsnitt 0,6, median 0,5).

Antall overleger i tilstedevakt utenom vanlig arbeidstid varierte fra null (seks avsnitt) til én (seks avsnitt). Fire avsnitt oppgav stillingsbrøker mellom null og en. For avsnittene under ett var gjennomsnitt 0,5, median 0,45.

På spørsmålet om avsnittet bruker program for virksomhetsregistrering, svarte 11 avsnitt ja, fire avsnitt nei, mens ett avsnitt ikke besvarte spørsmålet.

### Beregnete verdier

*Antall respiratordøgn i forhold til antall intensivdøgn.* Ratio varierte fra 0,1 til 0,8, gjennomsnitt 0,5, median 0,5.

### Bemanning i forhold til aktivitet

Sammenstillinger av aktivitet og bemanning fremgår av tabell 2.

Antall intensivpasienter per overlege på dagtid varierte fra 1,5 til 7,3 (gjennomsnitt 4,5, median 3,5). Tallene er teoretiske gjennomsnittsverdier som er beregnet ved først å dividere årlig antall intensivdøgn med 365 og deretter dividere resultatet med antall årsverk for overlege som har intensivmedisin som hovedoppgave på dagtid.

Beregning av antall overleger i tilstedevakt i forhold til antall respiratordøgn årlig er gjort i henhold til anbefalingene i Standard, som fordeler avsnittene i fire grupper etter aktivitetsnivå beskrevet ved antall respiratordøgn per år.

Undersøkelsen viser at i gruppen på ni avsnitt med 500–1 200 respiratordøgn opplyser to avsnitt at de ikke har overlege i tilstedevakt, fire angir stillingsandeler mindre enn én, mens tre avsnitt har én overlege i vakt. I gruppen på fire avsnitt med 1 201–2 000 respiratordøgn har tre avsnitt ikke overlege i vakt, mens ett avsnitt opplyser å ha én overlege i vakt. Det ene avsnittet som har mer enn 2 000 respiratordøgn, har én overlege i vakt.

### Forhold mellom antall under- og overordnede leger

Antall underordnede leger per overordnet lege på dagtid varierer mellom 0,0 og en (gjennomsnitt 0,4, median 0,4).

### Diskusjon

#### Metode

Spørreskjemametoden er sårbar for tolkingsforskjeller. Flere av spørsmålene i denne undersøkelsen er lite presise med hensyn til definisjon av sentrale begreper, for eksempel «intensivdøgn» (spørsmål 3) og «hovedoppgave» (spørsmål 7, 8 og 9). Henvisen til NAFREG (spørsmål 10), som primært er et program for anestesiregistrering, kan ha vært villedende, fordi det i spørsmålet ikke er presisert at man mener bruk i intensivavsnittet. Skjemaet ble ikke på forhånd utprøvd i en begrenset undersøkelse, slik at mulige feiltolkinger kunne latt seg identifisere. Denne undersøkelsen tilfreds-

### Spørreskjema

Det ble i følgebrevet presisert at alle tall skulle gjelde 1997, og brevet var vedlagt Standards definisjon av intensivpasient, som er formulert som følger: En pasient defineres som intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i én eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel

**Spørreundersøkelse – del 2**  
**Norsk standard for intensivmedisin, Den norske lægeforsking 1998**  
(Utfylt skjema returneres Utredningsavdelingen senest **1. desember 1998**)

#### Tallene skal gjelde 1997!

1. Sykehus: \_\_\_\_\_
2. Avdeling (som har det administrative ansvar for intensivavdelingen som her beskrives): \_\_\_\_\_
3. Antall intensivdøgn per år: \_\_\_\_\_
4. Antall respiratordøgn per år (def. som antall respiratortimer delt på 24, jf. NAF-Reg): \_\_\_\_\_
5. Foretas respiratorbehandling på andre enheter ved ditt sykehus? (Ja/ nei) \_\_\_\_\_
6. Hvis ja på 5: Ved enhet tilknyttet følgende avdeling(er) \_\_\_\_\_
7. Antall årsverk overleger tilknyttet intensivavsnittet. Det menes her overleger som på *dagtid* har intensivmedisin som sin *hovedoppgave* (angi ev. prosentdel): \_\_\_\_\_
8. Antall årsverk underordnede leger tilknyttet intensivavsnittet. Det menes her assistentleger som på *dagtid* har intensivmedisin som sin *hovedoppgave* (ev. prosentdel): \_\_\_\_\_
9. Antall overleger i *tilstedevakt* (utenom vanlig arbeidstid) med intensivmedisin som hovedoppgave (angi ev. prosentdel): \_\_\_\_\_
10. Brukes NAF-Reg. (eller tilsvarende program) for *virksomhetsregistrering*? \_\_\_\_\_
11. Har «moderavdelingene» (kirurgisk, indremedisinsk osv.) oppnevnt en fast *intensivansvarlig overlege*? (Det menes ikke «pasientansvarlig lege» for enkeltpasienter, men en navngitt overlege som skal ivareta moderavdelingens intensivvirksomhet, herunder løpende kontakt med intensivavsnitt/-avdeling): \_\_\_\_\_

**Takk for hjelpen!**

stiller derfor ikke vitenskapelige krav til metodikk, og bør betraktes som en enquête.

#### Generelt

Ett sentralsykehus oppgav et antall intensivdøgn som er langt høyere enn antallet ved

det største regionsykehuset. Tallet er sannsynligvis feil, og er derfor ikke tatt med i beregningen av gjennomsnittsverdier og arbeidsbelastning.

#### Overleger i tilstedevakt utenom ordinær arbeidstid

Standard gir følgende anbefaling: Avsnitt med mellom 500 og 1 200 respiratordøgn bør ha én overlege i tilstedevakt, avsnitt med mellom 1 201 og 2 000 døgn bør ha to overleger, og avsnitt med mer enn 2 000 respiratordøgn bør ha tre overleger i vakt.

Tallene tyder på at bare tre av i alt ni avsnitt med 500–1 200 respiratordøgn oppfyller anbefalingen. Av de fire avsnittene med 1 201–2 000 respiratordøgn har ingen anbefalt bemanning. Det ene avsnittet som har flere enn 2 000 respiratordøgn, har én overlege i tilstedevakt, mens Standard anbefaler tre.

*Antall intensivpasienter per overlege som har intensivmedisin som sin hovedoppgave på dagtid*  
Standard anbefaler en overlege per fire pasienter. Fem av 15 avsnitt har flere enn fire pasienter i gjennomsnitt per overlege.

#### Bemanning

##### over-/underordnede leger – dagtid

Standard anbefaler at hver overlege bør ha en til to utdanningskandidater. Ingen av avsnittene har flere enn én underordnet per overordnet. Kun ett avsnitt har én underordnet lege per overlege. Ni av avsnittene har underordnet lege tilknyttet avsnittet bare deler av ordinær arbeidstid.

De lave forholdstallene kunne tolkes slik at det er mye «overlegetid» til rådighet for hver underordnet lege, men sammenholdt med antall årsverk for underordnede leger blir bildet et annet. Det ser ut til at utdanningskandidatene i liten grad er til stede i avsnittene på dagtid. Kandidaten får liten anledning til å være til stede når pasientene vurderes og videre tiltak avgjøres, og går glipp av det nære samarbeidet med en erfaren kollega. En studie av legers læringsprosesser (4) konkluderer blant annet: «Det er i nær samhandling med en mer erfaren lege at den lærende overskrider hva hun kan mestre alene og utvikler seg som yrkesutøver.» Legebemanningen i intensivavsnittene bidrar ikke til slike gunstige læresituasjoner.

#### Usikkerhet forbundet med tallopplysningene

Det er flere grunner til å diskutere hvorvidt tallopplysningene i materialet er korrekte. Aktivitetsnivå bedømt ut fra antall intensivdøgn viser svært stor variasjon, selv mellom avsnitt som man skulle anta betjener nokså like pasientpopulasjoner. Variasjonen mellom avsnittene synes å være enda større når man ser på forholdet mellom antall respiratordøgn og antall intensivdøgn. Det fremgår blant annet at i avsnitt 7 er bare ca. én tiddel

**Tabell 1** Aktivitet, bemanning og registreringsmetode ved de enkelte intensivavsnittene. Avsnittene 1–12 er ved sentral-/fylkessykehus, avsnittene 13–16 er ved regionsykehus

1	2	3	4	5	6	7
Avsnitt	Intensivdøgn per år	Respiratordøgn per år	Antall overleger til stede dagtid	Antall underordnede leger til stede dagtid	Antall overleger i tilstedevakt	Brukes registrerings-system?
1	2 130	1 254	1,0	1,0	0	Ja
2	958	399	1,0	0,2	1	Ja
3	2 250	1 000	2,0	1,0	1	Ja
4	6 100	600	1,0	0,4	0,4	Nei
5	1 400	500	0,8	0,3	0	Ja
6	1 385	1 086	1,0	0,2	0,3	Ja
7	1 297	169	1,0	0,5	0	Nei
8	2 127	778	0,8	0,5	0,5	Nei
9	2 430	1 161	2,0	1,0	1	Ja
10	1 029	556	1,3	0,4	0,5	Ja
11	2 310	504	1,0	0,1	0	Nei
12	1 850	1 340	2,5	1,0	0	Ja
13	3 500	2 092	6,0	0,3	1	(Ubesvart)
14	1 557	1 157	2,0	1,0	1	Ja
15	2 786	1 306	5,0	1,5	1	Ja
16	2 331	1 585	1,5	1,0	0	Ja

av intensivdøgnene respiratordøgn, mens avsnitt 6 har nesten åtte av ti intensivdøgn som respiratordøgn.

Forskjellene kan skyldes reelle ulikheter, men så store variasjoner gjør det sannsynlig at også andre faktorer spiller inn. Noen slike faktorer er definisjonen av intensivpasient, samt praksis med hensyn til virksomhetsregistrering og dokumentasjon.

Det er i fagmiljøet ikke lik forståelse av begrepet «intensivpasient». Begrepet kan brukes om pasient med et definert behov for

intensivmedisinske behandlingstiltak, men noen benytter begrepet om enhver pasient som ligger i intensivavsnittet. Standards definisjon finnes i rammen.

Det finnes flere systemer for registrering. Noen systemer, f.eks. Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) (5) beskriver tilstandens alvorlighetsgrad med tanke på prognose. Andre, f.eks. Nine Equivalent Of Nursing Manpower Use Score (NEMS) (6) beskriver behov for behandlings- og pleietiltak. NAFREG (7) var utviklet for registre-

ring av anestesiprosedyrer, men er utvidet til å omfatte intensivregistrering. Den store variasjonen i aktivitetsangivelsene tyder på at registreringen fortsatt er mangelfull, til tross for at 11 avsnitt opplyser at de bruker registreringssystemer.

Behovet for bedre registrering av aktivitet er beskrevet av andre. I en undersøkelse (8) konkluderes det bl.a.: «Enhetlig definisjon av begrepet intensivpasient og viktige parametere i virksomhetsregistreringen mangler. I tillegg brukes objektive metoder for vurde-

**Tabell 2** Kolonne 2–6 viser beregnede tallverdier. Kolonne 7 viser oppgitt og anbefalt overlegebemanning. Avsnittene 1–12 er ved sentral-/fylkessykehus, avsnittene 13–16 er ved regionsykehus. For avsnitt 4 er det ikke foretatt beregninger på grunnlag av antall intensivpasienter, ettersom det oppgitte antall antas å være feil. I kolonne 4 er avsnittene gruppert etter aktivitetsnivå i henhold til anbefalingene i Standard. Kolonne 7 viser oppgitt bemanning og anbefalt bemanning (jf. Standard) i forhold til antall respiratordøgn per år. Standard angir ingen anbefaling for avsnitt med færre enn 500 respiratordøgn per år

1	2	3	4	5	6	7
Avsnitt	Intensivpasienter per dag (gjennomsnitt)	Underordnede leger per overlege	Respiratordøgn, gruppert	Intensivpasienter per overlege, dagtid	Ratio respiratordøgn/intensivdøgn	Antall overleger i tilstedevakt; oppgitt/anbefalt
1	5,8	1,0	1 201–2 000	5,8	0,6	0/2
2	2,6	0,2	< 500	2,6	0,4	1/–
3	6,2	0,5	500–1 200	3,1	0,4	1/1
4	–	0,4	500–1 200	–	–	0,4/1
5	3,8	0,3	500–1 200	5,1	0,4	0/1
6	3,8	0,2	500–1 200	3,8	0,8	0,3/1
7	3,6	0,5	< 500	3,6	0,1	0/–
8	5,8	0,6	500–1 200	7,3	0,4	0,5/1
9	6,7	0,5	500–1 200	3,3	0,5	1/1
10	2,8	0,3	500–1 200	2,2	0,5	0,5/1
11	6,3	0,1	500–1 200	6,3	0,2	0/1
12	5,1	0,4	1 201–2 000	2,0	0,7	0/2
13	9,6	0,0	> 2 000	1,6	0,6	1/3
14	4,3	0,5	500–1 200	2,1	0,7	1/1
15	7,6	0,3	1 201–2 000	1,5	0,5	1/2
16	6,4	0,7	1 201–2 000	4,3	0,7	0/2

ring av pasientene i for liten grad.» En rapport fra Statens helsetilsyn (9) konkluderte bl.a. med at det er behov for bedre og standardisert registrering av sentrale virksomhetsdata.

Det følger av dette at en vurdering av aktivitetsnivå uttrykt ved antall intensivdøgn blir usikker.

En mer pålitelig parameter for aktivitetsnivå er antallet respiratordøgn, som er mer entydig. Pålitelig registrering forutsetter at behandlingens varighet angis ensartet. Registreringsprogrammet NAF-Reg (7) definerer respiratordøgn som antall respiratortimer dividert med 24.

Angivelsene av antall legeårverk i intensivavsnittene er forbundet med noe usikkerhet, fordi det er grunn til å anta at tallene er angitt skjønsmessig og som gjennomsnittsverdier. Dette følger av at intensivavsnittene, unntatt ett, ikke har egne legestillinger, men bemannes fra anestesivdelingen. Antall leger i intensivavsnittet vil derfor kunne variere med arbeidsbelastningen i virksomhetsområdene som dekkes fra anestesivdelingen.

Antall overleger i tilstedevakt utenom ordinær arbeidstid er angitt forskjellig, idet noen opplyser at tallet er en gjennomsnittsverdi ut fra at leger er til stede deler av døg-

net, mens andre har angitt andelen av legens arbeid i intensivavsnittet i forhold til arbeid andre steder. Dette medfører at tolkingen av bemanningstallene må gjøres med forsiktighet.

Vurdering av aktivitetsnivå i forhold til bemanning blir derfor dessverre noe mangelfull. De mest pålitelige resultatene omfatter antall respiratordøgn og den avledede beregning av overleger i vakt per antall respiratortimer.

### Konklusjon

Legebemanningen relatert til arbeidsbelastningen i intensivavsnittene synes å være lavere enn anbefalt i Standard for intensivmedisin, men tolkingen er usikker på grunn av utilstrekkelig registrering av aktivitet, kombinert med omtrentlige angivelser av tilstedeværende legearbeidskraft, spesielt utenom vanlig arbeidstid.

Undersøkelsen tyder på at underordnede leger i liten grad deltar i intensivavsnittenes virksomhet på dagtid og derfor har liten anledning til å samarbeide nært med en erfaren kollega. Dette er uheldig sett fra et utdanningssynspunkt.

Hovedkonklusjonen blir at bemanning og aktivitetsnivå ved intensivavsnittene fortsatt ikke er godt nok definert og dokumentert.

Jeg takker Tor Indrebø, Knut Kvernebo, Petter Schou, Elisabeth Siebke og Nils Smith-Erichsen for verdifull innsats ved utforming av spørsmålene og tolkingen av svarene i spørreundersøkelsen som denne artikkelen bygger på.

### Litteratur

1. Standard for intensivmedisin. Ledelse, ansvar, organisering og utforming m.m. av intensivavsnitt. Oslo: Den norske lægeforsking, 1997.
2. Smith-Erichsen N, Fredriksen A. Organisering og ledelse av norske intensivavsnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 691–3.
3. SAMDATA Sykehus. Tabeller 1997. Trondheim: SINTEF Unimed, 1998.
4. Akre V, Ludvigsen SR. Hvordan læres medisinsk praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2757–61.
5. Le Gall J-R, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA 1993; 270: 2957–63.
6. Miranda DR, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intens Care Med 1997; 23: 760–5.
7. Løes Ø. Virksomhetsregistrering ved norske anestesivdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2591–5.
8. Flaatten H. Intensivbehandling i Norge – en spørreskjemaundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3376–8.
9. Gjennomgang av landets sykehus – delrapport 2. Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999. ○

## Reise til det indre

Conrad J

### Heart of darkness

1. utg. 1899. Siste utgave: 112 s. London: Penguin Books, 1999.  
ISBN 0140274227

Vi snakker om en litterær kanon, de bøker som er fundamentale for å forstå vår kultur og historie, slik som *Odysséen*, Dantes *La Divina Comedia*, Shakespeares verker, osv. Et slikt viktig verk er Joseph Conrads *Heart of darkness*. Boken er en kortroman på knappe 100 sider, utgitt i 1899. Den var første gang oversatt til norsk av Sigurd Hoel i 1929 med tittelen *Det innerste mørke*.

Boken står på terskelen til det århundre vi nettopp har lagt bak oss, og den er symbolsk for dette sekel som har sett mer «fremskritt» og samtidig mer grusomhet og bestialitet i større skala enn noen gang før.

I starten møter vi fortelleren Marlow og hans fire ledsagere på yawlen Nellie til an-

kers i Themsens munning. Han forteller om sine opplevelser som kaptein på en elvedamper på Kongo. Den sentrale beretningen følger ham innover Kongo for å unnsatte den belgiske bestyreren på den innerste handelsstasjonen, Kurtz.

Ved sin unnvikende og vage fortellermåte drar Conrad oss inn i reisen mot det innerste mørket. Kongo flyter ikke så mye i det geografisk konkrete, som i selve tiden: «...travelling back to the earliest beginning of the world.»

Kurtz har reist innover med grandiose idealer om sivilisasjonens opphøyede menneskesyn. Men i den indre stasjonen har Kurtz etter hvert fått absolutt makt over de innfødte, han har latt seg utrope til Gud, og har deltatt i «unspeakable rites» av bestialitet.

Her møter vi flere av vår kulturs grunnleggende myter. Først og fremst myten om fallet fra uskyld, om og om igjen drives vi ut fra Edens hage. Dernest myten om reisen, quest-myten. Reisen blir en metafor

for den heroiske utfordringen av det ukjente. Helten reiser inn i fjerne land, gjennomgår strabaser og utfordringer og kommer tilbake med belønningen. Sagnet om Jason og argonautene i gresk mytologi er et eksempel.

Beretningen har stadig fascinert nye lesere og det er skrevet mange fortolkninger av den. Skildringene er sterkt visuelle og mange filmskapere har vært tiltrukket. Orson Welles prøvde å filmatisere den, men måtte gi opp. Francis Ford Coppola laget i 1979 filmen *Apocalypse nå* med Marlon Brando i rollen som Kurtz. Handlingen var omskrevet og lagt til Vietnamkrigen.

Hvordan var så boken profetisk i 1899? For det første hvordan mennesket fra rasjonalitet og fornuftstro kan havne i den mest barbariske bestialitet. Etter Freud og holocaust vet vi det. For det andre at makt korrupperer og at absolutt makt korrupperer absolutt. Etter ideologienes århundre vet vi også det.

Jørgen Jørgensen  
Legehuset  
Hokksund

