

Bedriftshelsetjenesten i NSB og arbeidet med Åsta-ulykken



Kommentar og debatt

I togkollisjonen på Åsta i Østerdalen 4. januar 2000 omkom 19 mennesker. 67 passasjerer overlevde. Bedriftshelsetjenesten i NSB deltok i oppfølgingsarbeidet overfor ansatte i NSB og Jernbaneverket, etterlatte og passasjerer. Helsevesenet har ingen vansker med å ta hånd om enkeltpersoner, men er ikke organisert til å ta seg av koordinert langsiktig oppfølging av rammede etter større ulykker. Bedriftshelsetjenesten i virksomheter med risiko for storulykker må være forberedt på å få en sentral rådgiveroppgave for bedriftsledelsen. Praktiske problemer og organisering av innsatsen løste seg i vårt tilfelle uten særlige vansker. Utfordringene var balansen mellom hensynet til organisasjonen og hensynet til de rammede – drift og empati. Noen sentrale drivkrefter for aktiviteter omtales.

4. januar 2000 omkom 19 personer i togkollisjonen på Åsta i Østerdalen. 67 passasjerer overlevde. Hensikten med denne artikkelen er å beskrive hvordan bedriftshelsetjenesten i NSB ble involvert, og hvilke refleksjoner jeg har gjort meg i etterkant – både som leder av bedriftshelsetjenesten og som ansatt i NSB. Det akutte redningsarbeidet har i all hovedsak fått god kritikk. Det har i ettertid vært reist kritikk mot det langsiktige psykiske/psykologiske oppfølgingsarbeidet som ble iverksatt overfor passasjerer og etterlatte.

Bedriftshelsetjenesten ble engasjert ulykkesdagen. Jeg fikk ansvar for organisering av dens innsats, rådgivning overfor NSBs ledelse, NSBs kontakt til Kriminalpolitiet, Rettsmedisinsk institutt og helsevesenet. Som sekretær i den uavhengige faggruppen fikk jeg også i oppdrag å være fasilitator i forholdet mellom NSB og støttegruppen. 29. juni 2000 ble konsernsjef Osmund Ueland avsatt. I kjølvannet sluttet visekonsernsjef og to personer i toppledelsen. Ytterligere to toppledere hadde allerede sagt opp av andre årsaker. Fire av de seks som sluttet var direkte involvert i oppfølgingsarbeidet av etterlatte. Konstituert konsernsjef og en av enhetsdirektørene fikk ansvaret for den videre oppfølgingen. Jeg representerte kontinuiteten mellom den avgåtte og den nye ledelsen og fikk en sentral rolle i NSBs videre arbeid.

Bedriftshelsetjenestens deltakelse

Bedriftshelsetjenesten i NSB har ca. 30 årverk, fordelt på fire avdelingskontorer. Alle

Ole Jørgen Hommeren

olejorgh@nsb.no

Norges Statsbaner

Prinsensgate 7–9

0048 Oslo

kontorene ble engasjert. Vi har betydelig kompetanse i oppfølging av ansatte som har vært involvert i påkjørsler. De første døgnene etter ulykken var kaotiske, og vi bistod primært ansatte i NSB og Jernbaneverket og NSBs informasjonstelefon. Vår største interne utfordring i akuttfasen var disponering av personell. Selv om vi besluttet at ingen skulle opptre alene, lot det seg ikke alltid gjennomføre. Vaktbytte ble gjennomført etter ca. 48 timer.

Vi var engasjert daglig i flere uker i forhold til konduktør- og lokomotivførermiljøet på Hamar og i Trondheim samt togledelsen på Hamar. Vi fikk også henvendelser fra andre deler av organisasjonen, blant annet fra signalmonter og oppryddingsmannskaper. Vi deltok i de fleste samlingene som disse miljøene hadde, og hadde mange individuelle oppfølgingsamtaler. Arbeidet med disse gruppene pågikk nesten hele året, med opptrapping omkring offentliggjøringen av undersøkelsesrapportene. Vi hadde personell til stede i alle høringene den regjeringsoppnevnte granskingskommisjonen hadde, og vi var også til stede ved offentliggjøringen av kommisjonens rapport for etterlatte og passasjerer. Rapporten var klagende og kritisk (1).

Avdelingskontoret i Trondheim hadde god kontakt med Regionsykehuset i Trondheim. Kontorene i Oslo og Drammen hadde kontakt med Kontoret for katastrofepsykiaatri ved Universitetet i Oslo.

Vi ble raskt trukket inn i arbeidet NSB planla og gjennomførte for etterlatte og passasjerer. En person fra bedriftshelsetjenesten deltok i hver av de fire oppfølgingsteamene, og de var gruppeledere under samlingene for etterlatte. Sykepleierne stod for all offisiell kontakt med passasjerene via telefon. Lederstøtten var betydelig.

Bedriftshelsetjenesten representerer helsefaglig kompetanse i organisasjoner og må være forberedt på å ta ansvar for både helsefaglig rådgivning og lederstøtte. Uten erfaring fra kriseoppfølging i egen virksomhet tror jeg ikke det hadde vært riktig å delta slik vi gjorde. Oppfølging av etterlatte og passasjerer kan vurderes, men å unnlate dette for-

di det ikke er en del av bedriftshelsetjenestens oppgaver, er ikke akseptabelt. Som en del av en større organisasjon må man være forberedt på å gå inn i ukjente oppgaver og andre roller når organisasjonen forventer og krever det. Det er viktig å vurdere om bedriftshelsepersonell kan bli identifisert med virksomheten som er involvert i ulykken. Dette ble diskutert for vårt vedkommende. Tilbakemeldingene fra gruppene under etterlattesamlingene var at dette stort sett ikke førte til uheldige situasjoner.

Bedriftshelsetjenesten hadde ikke noen beredskapsplan for en slik storulykke. De valg som ble tatt, sprang ut av den kunnskapen vi hadde. Arbeidsoppgaver ble fordelt etter innsikt i hverandres kompetanse og erfaring. Personell som deltok i NSBs oppfølgingsteam, ble valgt ut etter nøye vurdering. Praktiske problemer ble dels løst i fellesskap og dels etter kommandoprinsippet og ordnet seg uten vansker. For eksempel var fem mobiltelefoner på luften en time etter at de ble rekvirert. Savnet av en katastrofeplan var i første rekke knyttet til verdimesige avveininger av NSBs og bedriftshelsetjenestens ansvar overfor passasjerer og etterlatte, i mindre grad til organisering.

Psykologisk støtte/terapi – hva er «riktig» oppfølging?

Viktigste oppfølging av mennesker som rammes av en katastrofe er støtte og omsorg. Psykoterapi og medikamentell behandling er aktuelt når det utvikles psykisk sykdom. Bearbeiding i grupper er mye benyttet. Det finnes dokumentasjon for at dette er gunstig når involverte før ulykken har sosial tilhørighet til hverandre. Derimot finnes det ikke tilsvarende dokumentasjon når ulykken er det eneste som er felles. Det finnes mange personlige uttalelser om at bearbeiding av sorg i grupper etter katastrofer oppleves som godt og riktig. Erfarne krisepsykologer og -psykiatere sier at gruppetilnærming er viktig, men at negative smitteeffekter kan oppstå.

Det ble iverksatt gruppetiltak/-programmer for etterlatte. Opplegget var teoretisk orientering i plenum om krise- og sorgreaksjoner og mestringsstrategier. I smågrupper delte man egne erfaringer og problemstillinger med andre etterlatte. Gruppene ble ledet av erfarne psykologer eller prester. Flere av deltakerne deltok allerede i sorggrupper på hjemstedet, slik at dette kom i tillegg. De fleste beskrev samlingene positivt. Spesielt ble arbeidet i smågruppene verdsatt høyt. Det var også kritiske uttalelser til opplegget, men disse var i mindretall. Enkelte av de etterlatte valgte bevisst ikke å delta, med begrunnelse i lokalt nettverks betydning og kontinuitet.

I etterkant har jeg grublet over følgende problemstillinger:

– Fjerner samlinger av denne typen de involverte fra sine lokale nettverk eller er de et supplement? Er de lokale nettverkene inaktive?

– Kan slike samlinger gi uønskede reaksjoner og forlenge sorgreaksjoner? Kan det settes i gang utilsiktede prosesser som trenger oppfølging, og – hvis ja – hvordan sikre oppfølgingen?

– Kan ressurser som benyttes til slike samlinger, brukes bedre lokalt eller på andre måter?

– Når skal en ulykke kategoriseres som en storulykke hvor samlinger skal gjennomføres? Hva med alle singelulykkene og andre voldsomme dødsfall?

– Er det lokale helsevesenet kompetent faglig og organisatorisk, eller må slikt arbeid organiseres på en annen måte? Trenger vi egne krisepsykologiske og -organisatoriske førstehjelpsteam?

Forskning på effekt av forskjellige behandlingsopplegg ved katastrofer er etisk vanskelig. Det er uenighet i psykolog- og psykiatremiljøet om hvilke tiltak som bør iverksettes. Denne uenigheten kommer godt til syne i miljøenes kommentarer (2) til Justisdepartementets veiledning om helhetlig omsorg etter ulykker og katastrofer (3). Uansett er det kritikkverdig at opplegg som iverksettes, synes å være avhengig av engasjement og tilfældige innspill fra berørte skadede, etterlatte og involvert virksomhet.

Det offentlige hjelpeapparatets kompetanse og evne – behov for organisering av katastrofeberedskap

Etterlatte og passasjerer ble tatt hånd om av krisepsykiatrisk team i fylket, og det ble gjennomført debriefing av passasjerene ulykkesdagen. Etterlatte ble samlet ved sykehuset i Elverum. Identifisering av omkomne ble avsluttet fem dager etter ulykken. NSB fikk etter noen dager adgang til å benytte den offisielle passasjeroversikten og listen over omkomne.

Verken NSB, politiet eller sykehuset tok initiativ til en organisert debriefing hvor etterlatte og passasjerer kunne treffe hverandre og hjelpemannskapene før 23. mars 2000. Det ble gitt skriftlig informasjon om hvor man kunne henvende seg dersom man ønsket informasjon. Min erfaring er at helsevesenet strakte seg veldig langt i å ta imot rammede enkeltvis. Der hvor jeg henviste, ble det etablert kontakt i løpet av noen dager.

Åsta-ulykken viste at det offentlige helsevesenet ikke er organisert til å ta seg av langiktig koordinert oppfølging av de rammede. Den gjennomførte oppfølgingen var helt avhengig av initiativ fra de involverte og det rammede selskapets engasjement, vilje og økonomiske evne. Dersom koordinert gruppebearbeiding er en ønsket behandlingsmodell, må ansvarsforhold og organisering avklares. Gis ansvaret til det offentlige helsevesenet, krever det en administrativ og faglig forbindelse med skadestedsledelse. Lars Weisæth har beskrevet en slik funksjon (4) og oppgaver til et eventuelt informasjons- og støttesenter (5).

Gis ansvaret til det involverte selskapet, må det etableres ordninger som sikrer oppfølging også i tilfeller hvor selskapet ikke makter dette organisatorisk, økonomisk eller av andre grunner. Uavhengig av organisering må involvert selskap ansvarliggjøres på en tydelig og forpliktende måte som tjener både de rammede og selskapet selv.

Jeg mener at den langsiktige oppfølgingen må skje innenfor det offentlige helsevesenet og de rammedes lokale nettverk. Hvorvidt det er hensiktsmessig å ha en organisert nasjonal krisepsykiatrisk beredskap, må utredes nærmere. Uansett vil det lokale helsevesen få en sentral faglig oppgave, og behovet for kompetanse må vurderes uavhengig av den organisasjonsmodell som velges.

Den uavhengige faggruppen har henvendt seg til Statens helsetilsyn, hvor man har påpekt at det er behov for en gjennomgang av organiseringen av det psykiske helsefaglige arbeidet etter større ulykker samt vurdering av kompetansebehov.

NSB som involvert transportselskap og hjelper

NSB ved konsernsjef Osmund Ueland uttalte tidlig tydelig vilje til å «ta ansvar». For NSB betydde det å støtte etterlatte, passasjerer, egne ansatte og å identifisere og iverksette korrigerende aktiviteter til det som kunne være bakenforliggende årsaker til ulykken. Ved selv å ta ansvar for berørte familier og personer ble det etter hvert klart at noen opplevde det som vanskelig at involvert selskap også var hjelper. Den naturlige aggresjonen som skulle rettes mot NSB, ble «forstyrret» av NSBs hjelperrolle. NSB kunne ha overlatt all helsefaglig oppfølging til eksternt fagmiljø. Det er vanskelig å vurdere om dette hadde vært bedre totalt sett. Man skal ikke undervurdere den personlige forpliktelsen og engasjementet de ansatte i NSB viste.

NSB ønsket ikke å kommentere forhold som kunne sette passasjerer eller etterlatte i et uheldig lys, selv om enkelte episoder forekom utilsiktet. Dette, i kombinasjon med et tydelig uttrykt ønske om å ta ansvar, førte til at NSB ble meget synlig, med negative overskrifter. Hadde NSB som organisasjon vært best tjent med å konsentrere seg om drift og overlatt all oppfølging til det offentlige helsevesenet eller eksternt «ekspertmiljø»?

Konsernsjefens prioriteringer var tydelige og sterke. Det gav trygghet innad i bedriften. Ulempen var at det stjalt oppmerksomhet fra daglig drift. Balansen i forhold til normal planlegging og ressurser til å løse driftsproblemer ble feil. Dette bidro til nye kriser i organisasjonen, synliggjort offentlig ved lokomotivføreremangel og innstilte tog. «Ikke engang ferieavvikling klarer NSB å få til.» Medienes saumfaring av NSB, med til dels store oppslag i aviser og TV, var bestemmende for mye av dagsordenen for organisasjonen. Hver gang nye saker dukket opp, førte dette til at oppmerksomheten fra daglig

Slik var oppfølgingsarbeidet

NSB etablerte fire team som fulgte opp etterlatte med hjemmebesøk, deltakelse i begravelse, praktisk og økonomisk hjelp og støtte – i tillegg til å være en døråpner til helsevesenet. NSBs mål var å være tilgjengelig uten å være påtrengende. Man oppfordret til at sorgarbeidet skulle skje lokalt i egne nettverk og sorggrupper. Mange kontakter ble formidlet både til helsevesen og andre. I samarbeid med støttegruppen etter togulykken på Åsta ble det etablert en uavhengig faggruppe som anbefalte tre sorgsamlinger over to døgn for etterlatte. Faggruppen var ansvarlig for det faglige innholdet. Den bestod av to psykologer og en psykiater, alle med betydelig erfaring med katastrofearbeid. Konsernoverlegen var sekretær.

Passasjerene ble fulgt opp slik:

- Alle som var innlagt i sykehus, ble besøkt av toppledelsen i NSB to dager etter ulykken.
 - Alle passasjerer ble oppringt av bedriftshelsepersonell en uke og ca. tre måneder etter ulykken. De som ringte, hadde instruks om å vurdere behovet for hjelp og bistand og være proaktive i sine anbefalinger. Egen sjekkliste ble benyttet, og alle samtaler ble journalført.
 - To brev ble sendt til alle i løpet av januar 2000 med generell informasjon og opplysninger om hvordan man kunne komme i kontakt med NSB.
 - Informasjonsmøte ble avholdt 23. mars 2000. Møtet var felles for passasjerer og etterlatte. Det ble gitt informasjon fra politi, brann- og redningsmannskaper og helsepersonell. Tolk var tilgjengelig. Referat fra møtet ble sendt til alle. Engelsk versjon ble sendt til utenlandske passasjerer. Det inneholdt også opplysninger om kontaktpersoner. Møtet var planlagt avholdt på et tidligere tidspunkt i påvente av en foreløpig politirapport som ikke kom.
 - Det ble gitt tilbud om gjennomgang av obduksjonsrapporter til etterlatte som ønsket det.
 - Plan for det videre oppfølgingsarbeidet ble utarbeidet og godkjent av støttegruppen og NSB i juni 2000.
 - Det ble opprettet en egen passasjeretelefon, som ble bemannet av erfarne bedriftssykepleiere. Det var i alt henvendelser fra ca. 15 personer. Alle samtaler ble journalført.
 - I juni ble det i samarbeid med Kontor for katastrofepsykiatri, Universitetet i Oslo, gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant både passasjerer og etterlatte. Den bestod av følgende skjemaer: Post Traumatic Symptom Scale (PTSS-10), General Health Questionnaire -30 (GHQ-30), Impact of Event Scale (IES), Prigerson: Inventory of Traumatic Grief. Personer med høy skåre ble kontaktet av konsernoverlegen. Hensikten med undersøkelsen var om mulig å identifisere enkeltpersoner med behov for hjelp, og i samråd med den det gjaldt henviser til videre behandling. Ca. 15 % av de som svarte ble kontaktet. De fleste av disse var allerede i kontakt med helsevesenet. Noen få nye kontakter ble formidlet.
 - Informasjonsbrev ble sendt til alle i månedsskiftet august/september.
 - Alle ble invitert til å delta ved offentliggjøring av den regjeringsoppnevnte granskingskommisjonens rapport 6. november 2000. Etterlatte og passasjerer ble informert av kommisjonens leder og justisministeren før offentliggjøring.
 - Det ble avholdt en avsluttende samling for passasjerer 7. januar 2001.
- NSBs offisielle arbeid ble avsluttet med konsert i Vang kirke på Hamar 7. januar 2001.

drift ble forstyrret og avbrutt. Min erfaring er at en kriseorganisasjon må skilles fra den daglige driftsorganisasjonen.

Lederstøtte

Hvor mye tåler en ledelse? Presset utenfra var ekstremt kritisk og ofte personrettet. Min rolle ble også å være oppmerksom på lederens reaksjoner og deres psykiske tilstand. Senere tiden har det vist seg at dette gikk uten veldig store personlige omkostninger, dersom man ser bort fra skifte av toppledere og styre. Situasjon hadde mulighet i seg til å kunne gi alvorlige personlige, familiære og sosiale omkostninger. Spesielt kan medietrykket, som ofte er svært personrettet, være nesten utålelig i perioder. Jeg er imponert

over hvordan ledelsen i NSB taklet og tålte presset gjennom reflekterte overveielser. Man «tvilte» seg frem til beslutninger. I slike situasjoner er det viktig å ha erfarne og «voksne» ledere.

Presset var stort på alle ansatte i NSB. De negative beskrivelsene tok vekk all oppmerksomhet fra det som var positivt. Jeg er kjent med at dette bidro til at flere ansatte ble sykmeldt. Mange unnløt å fortelle at de var ansatt i NSB.

Bedriftshelsetjenestens oppfølging av seg selv

Bedriftshelsetjenestens aktiviteter registreres også med tidsbruk. I løpet av år 2000 har vi registrert omtrent to årsverk i direkte tid

knyttet til Åsta-ulykken. Bortsett fra sykepleiergruppen, som hadde en dag med psykolog, og vår kontakt med Regionspsykiatri i Trondheim og Kontoret for krisepsykiatri, har vi ikke benyttet eksternt hjelp i vår bearbeiding. Vi har imidlertid hatt mange samtaler og flere interne møter. Den daglige uformelle praten har betydd mye. Jeg tror at det hadde vært riktig om vi i større grad hadde knyttet til oss systematisk hjelp som kunne ha veiledet og støttet oss både faglig og personlig. Flere av oss opplevde at energitap og slitenhet ble vesentlig tydeligere etter den offisielle avslutningen ett år etter ulykken. Jeg tror ikke at støtte fra eksternt rådgiver kunne gjort noe med dette. Tvert imot tror jeg at dette er/har vært en nødvendig mental restitueringsperiode.

Drivkrefter for aktiviteter – dilemmaer

Hva driver aktiviteter i en bedrift som rammes av en krise? Kunnskap om dette er viktig for fasthet og styring av aktivitetene og for å få til en god balanse i forhold til ordinær drift. Ut fra det som rammet NSB, har jeg registrert noen tydelige drivkrefter. Rekkefølgen er ikke prioritert.

Ledelse i kommunikasjonsamfunnet

Empati er viktig. I organisasjoner kan empati ta oppmerksomheten vekk fra organisasjonens hovedoppgave, og motsatt kan for mye oppmerksomhet overfor driften gi et oftfentlig bilde av en kynisk organisasjon. Tilbakemeldingene til NSBs ledelse var i starten positiv. Osmund Ueland var synlig og tydelig i sine prioriteringer. I NSB hadde vi et oppriktig ønske om å ta ansvar. Dette, sammen med positive tilbakemeldinger, ble en viktig driver for et fortsatt betydelig og til dels økende engasjement.

Ledelse utøves i spenningen mellom hensyn til eiere, organisasjon, ansatte og omgivelser. Ledelse er i stor grad knyttet til modeller for markedsanalyser, mål, organisering, kommunikasjon, gjennomføring og kontroll. Offentlig omdømme angis ofte å være ett av flere suksesskriterier for en leder. Under katastrofer er offentlig omdømme etter min erfaring ingen garanti for at iverksatte aktiviteter er hensiktsmessige og fornuftige. Aktiviteter under katastrofer bør så langt som mulig forankres i planer og analyser hvor både hensyn til etikk og bedrift er vurdert på forhånd. Trening på situasjoner hvor verdikonflikter mellom hensyn til rammede og organisasjonens primær oppgaver bør gjøres i alle selskaper hvor store katastrofer kan inntre. Mangelfull trening øker risikoen for at eksternt press fører til aktiviteter som kan være uhenktsmessige. Styres man av hensynet til offentlig omdømme, blir forhandlinger viktigere enn etikk og verdier.

Ulykkesrammede

Det er blitt vanlig at støttegrupper spontant etableres for å ivareta de rammedes krav.

Deres reaksjoner og ønsker er oftest forståelige, berettigede og hensiktsmessige. Det er meget krevende å etablere et profesjonelt samarbeidsforhold til disse. De følelsesmessige motsetningene gjør at man bør bruke eksterne nøytrale rådgivere. Den etablerte faggruppen hadde delvis en slik funksjon, men også denne, opplevde jeg, ble avventende og kanskje ettergivende i en del situasjoner. Det var meget vanskelig å sette grenser for hva som var rimelig. Krav og ønsker man i NSB oppfattet som å være på grensen og også over, ble akseptert for å unngå åpen konflikt. Selv om det meste var rimelig og hensiktsmessig, våget man aldri egentlig å ta en konfrontasjon i situasjoner hvor dette kunne diskuteres. Etske grenser for hva som er rimelig ved slike katastrofer bør gjennomgås i alle organisasjoner der det er potensial for større ulykker. Alternativet er å si nei til det meste og henvise til en juridisk forhandling som synes å komme i alle tilfeller.

Medier

Mediene har en uvurderlig rolle som informasjonskanal i akuttfasen av en ulykke. De presenterer ofte hendelser som hver for seg er korrekt, men som tatt ut av en sammenheng gir et fortegnert bilde av helheten. Det foregikk et betydelig arbeid i NSB for å korrigere og supplere fakta. Det er også stor avstand mellom mediepersoner og andres oppfatning av hva som er relevant informasjon. Mediene brukes også bevisst av aktørene, og lar seg mer enn gjerne bruke. Jeg tror mediene bestemte mer enn 50 % av dagsorden i NSB i lengre perioder. Egne informasjonsmedarbeidere takler eksterne kolleger. Jeg og andre opplevde å bli «brukt» uten å være klar over det. Erfaringen er: «Vær varsom eller ti stille når det er journalister i nærheten.»

Offentlige myndigheter

Eiere og tilsynsmyndigheter engasjerte seg som oftest på en konstruktiv måte. Under følger noen eksempler på at dette ikke alltid var tilfellet. Arbeidstilsynet iverksatte en måned etter ulykken en hasteundersøkelse av redningspersonell. Det hastet fordi man fryktet «utvasking» av kjemikalier de var eksponert for. Man hadde ikke tid til å spørre om NSB kunne dekke utgiftene. I etterkant kom en regning på ca. 250 000 kroner. Av andre litt kuriøse henvendelser om økonomi kan nevnes en regning fra lokalkommunen for tapte kinoinntekter. Sykehuset i Elverum krevde dekning av kostnader til opprettelse og bemanning av krisesenter for etterlate/pårørende, og menighetsrådet krevde dekning av utgifter for å ha åpnet kirken til minnehøytid.

Undersøkelleskommisjoner

NSB og Jernbaneverket har egne undersøkelleskommisjoner. Disse hadde et nært samarbeid med politiet og den regjeringsoppnevnte undersøkelleskommisjonen. Fra

NSBs synspunkt gjorde den regjeringsoppnevnte kommisjonen et forbilledlig arbeid. NSB og Jernbaneverket bidrog i stor grad med informasjon til kommisjonen. Undersøkelleskommisjoners arbeid er nyttig for aktiviteter og viktig for å komme nærmest mulig en årsak til ulykken.

Ulykkens egen dynamikk

Aktiviteter etter ulykken ble etter hvert ble så omfattende med så mange aktører involvert at ulykken etter hvert begynte å leve sitt eget liv. Aktiviteter som ble iverksatt, skapte reaksjoner og utspill fra andre, noe som igjen gav grobunn for nye oppfatninger, aktiviteter og reaksjoner. NSBs prioritering av etterlatte, passasjerer og egne ansatte forhindret likevel ikke at man i perioder ble fanget i ulykkens egen ukontrollerbare dynamikk.

Konklusjon

Åsta-ulykken var en storulykke, men ingen katastrofe i medisinsk forstand. Det var tilstrekkelig medisinske fagressurser tilgjengelig, og man klarte å redde dem det var mulig å redde. Den medisinske akuttinnsatsen var god. Det mangler en ansvarlig organisatorisk og faglig instans for langsiktig, koordinert oppfølging av rammede. Bedriftshelsetjenesten var betydningsfull og viktig for ledelsen. Innsatsen har krevd mye ressurser både i tid og engasjement.

I etterkant var de store utfordringene for NSB etiske avveininger mellom organisasjon og rammede, balansen mellom drift og empati. Håndtering av katastrofer med vekt på etiske dilemmaer bør inngå i ledertreningen i selskaper med potensial for store ulykker. Bedriftshelsetjenester i virksomheter hvor storulykker kan skje, må være forberedt på å få en sentral rådgiverrolle overfor bedriftsledelsen.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Åsta-ulykken, 4. januar 2000. NOU 2000: 30. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
2. Høye IM. Oppfølging etter livstruende traumer – en oppgave for fagfolk? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1419–21.
3. Justis- og politidepartementet. Veileder: Helhetlig omsorg. Veiledning om oppgaver og rollefordeling etter ulykker og katastrofer. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsavdelingen, 2001.
4. Weisæth L. Psykososial støtte ved ulykker og katastrofer. I: Medicinsk årbog. København: Munksgaard, 1990: 119–28.
5. Weisæth L. The information and support centre. Preventing the after-effects of disaster trauma. I: Sørensen T, Abrahamsen P, Torgersen S. Psychiatric disorders in the social domain. Oslo: Universitetsforlaget, 1991: 50–8.

○

Annons