

NÅR BLINDE SKAL HJELPE HALTE

- en beretning om norsk katastrofeshåndtering sett fra brukersiden

Av Jan Henriksen,

tidligere leder av Støttegruppen etter togulykken på Åsta

OPPLYSNINGER OM
ULYKKEN



Utskriftsvennlig



Katastrofen på Åsta den 4. januar 2000 var ikke bare et trist manifest over at sentrale samferdselsinstitusjoner skjøttet sitt bo slik at det ble skapt en ulykke gjennom omfattende systemsvikt. Den helsefaglige oppfølgingen etter katastrofen ble også preget av fravær av sentrale helseinstitusjoner, rollesammenblanding og faglig forvirring. Kampen for å skape gode vilkår for de som hadde behov for hjelp var lang og hard. Ved neste korsvei, når det kanskje er nye mennesker som berøres av en katastrofe, er det både rom for uredd engasjement og betydelig potensial for forbedring for det norske helsevesenet.

Innledning

Styret i Støttegruppen etter togulykken på Åsta måtte bruke det aller meste av den lille energien vi hadde på å skape strukturer for, og innhold i, den helsefaglige oppfølgingen etter katastrofen. Behovet for dette arbeidet kom totalt overraskende på oss. Vi trodde at Norge var en av nasjonene som hadde kommet svært langt i å bygge opp god katastrofeoppfølging.

På slutten av det første året etter katastrofen rapporterte hele 47 % av de etterlatte og 32 % av de overlevende at de ikke hadde opplevd den helsefaglige oppfølgingen som tilfredsstillende. ⁽¹⁾

I samme periode la Støttegruppen (STG) og våre advokater, som hadde betydelig erfaring fra andre katastrofer, ned et omfattende arbeid for å bedre situasjonen. Det var ingen offentlig faginstans som kom oss til hjelp. *Konsernoverlege Ole Jørgen Hommeren i NSB* har beskrevet det helsefaglige arbeidet fra deres ståsted ⁽²⁾.

STØTTEGRUPPENS KRAV URIMELIGE?

Han forteller at det er meget krevende å etablere et profesjonelt samarbeid med en støttegruppe etter en katastrofe. *Hommeren* skriver også at STG stilte krav i prosessen som gikk ut over grensene NSB oppfattet rett og rimelig, men at konsernet gav etter for å unngå åpen konflikt. Jeg setter pris på at konsernoverlegen omtaler konfliktene offentlig, for konfliktnivået var til tider høyt.

Han sier imidlertid ikke noe om hvor og hvorfor konfliktene oppstod. Sett fra STGs ståsted

strakk vi oss langt for å unngå åpen konflikt av hensyn til de vi representerte. Men det vi oppnådde kom verken gratis eller av seg selv. Det går også an å undres over hvordan misnøyen ville blitt målt uten denne innsatsen.

VERBAL SKYTTERGRAVSKRIG – ELLER POTENSIAL FOR LÆRING?

Med et utgangspunkt som dette, er det selvsagt lett å havne i en verbal skyttergravskrig med NSB. Da forsvinner imidlertid potensialet for læring og forbedring mens det skytes på skyldige og letes etter syndere. Det håper jeg vi kan unngå. Det er viktig at misnøyen som er dokumentert av *prof. Lars Weisæth* ved *Kontor for Katastrofepsykiatri* blir brukt til å lære noe som kan skape bedre vilkår for andre.

HOVEDGRUNNER FOR STØTTEGRUPPENS MISNØYE

For å få det til må historien settes inn i en sammenheng og fortelles fra flere perspektiv. Mine opplevelser og refleksjoner er som privatperson og som tidligere leder av *STG*. Fra mitt ståsted ser jeg fire hovedgrunner til misnøyen:

1. Det offentlige *Norge* har ikke lært nok av de nasjonale storulykker og katastrofer vi har hatt de siste 40 årene. Arbeidet som gjøres etter katastrofer preges i alt for stor grad av manglende systematisering, (organisering, øving og læring). Gode, erfaringsbaserte løsninger synes i beste fall å måtte erfares på nytt hver gang en katastrofe skjer.
2. Oppfølgingsarbeidet etter *Åsta-katastrofen* ble i stor grad preget av rollesammenblanding. Knappe to døgn etter katastrofen erklærte *NSB* offentlig sitt ansvar for de berørte, og fikk det operative ansvaret for den helsefaglige oppfølgingen. I følge *Jernbaneansvarsloven* hadde selskapet det objektive ansvaret for passasjerenes sikkerhet for, under og etter katastrofen. Selskapet var per definisjon skadevolder. Mange av oss skjønnte raskt at aktørene i jernbanesektoren slett ikke hadde skjøttet sikkerhetsansvaret sitt godt. Flere vurderte å fremme et sivilrettslig søksmål mot *NSB* for grov uaktsomhet. *NSB* var dessuten under strafferettslig etterforskning. *NSB* avviste også alle tilnærminger fra *STG* om å erkjenne ansvaret som lå i å gi de berørte oppreising, helt frem til *Groth-kommisjonen* la frem sin rapport ⁽¹⁰⁾.
3. Oppfølgingen av oss berørte var etter min oppfatning i lang tid preget av plan- og innholdsløshet.
4. Prosessen holdt ikke et tempo slik det var anbefalt av sentrale norske fagfolk ⁽³⁾. Støttearbeidet til *NSB* holdt heller ikke det tempo vi anmodet om fra *STG* etter oppfordring fra mange av de etterlatte og overlevende.

LÆRING, SMERTE OG BEHOV FOR OVERORDNET STYRING

Direktør *Helen Bøsterud* i *Direktoratet for sivilt beredskap* har sett alvoret i den første problemstillingen ^(4,5). Hun har påpekt at både *Sleipner-havariet* og togkrasjet på *Åsta* demonstrerte mangler i *norsk* sikkerhets- og beredskapstenkning, både i evne til læring, forebyggende arbeid og ettervern. Hun påpekte også behovet for et myndig og ansvarlig ledd som kan koordinere for- og etterarbeid ved ulykker og katastrofer. For oss som har opplevd hvordan en katastrofe reformaterer livet, er det tankevekkende å lese *Bøsteruds* påpeking av det offentlige Norges manglende evne til læring.

Min egen familie opplevde at livet i ene øyeblikket var trygt og ganske forutsigbart. I det neste opplevde vi en smerte totalt ulikt noe annet vi hadde opplevd. Vi måtte lære oss å leve med at systemsvikt hos pilarene i *norsk* jernbanesektor førte til at et tap av et umistelig menneske.

Hun som var en kjær mor, en høyt skattet bestemor, en respektfull svigermor, en tante med kjærlig rom for ulikheten og særegenheten til mange, hun vi kunne krangle med og ønske dit pepperen gror, hun som verken vek for gleden eller smerten hos sine venner, hun som lo så hjertelig og som hadde en så god hånd - akkurat hun satt lenge levende fastklemt i et tog. Hun var bevisst hele tiden og døde i brannen som utviklet seg rundt henne. Det var ikke lett.

ERFARINGER FRA TRETTEN-ULYKKEN

Det ble ikke lettere da av mine beste venner fortalte at han mistet sin bestemor for 25 år siden, i *Tretten-ulykken*. Da var han ni år. Reaksjonen var slående da han nå, 25 år etter fikk høre nyheten om *Åsta-katastrofen* fra radioen. Han fikk en sterk gjenopplevelse av smerten, og jeg fikk enda et perspektiv på hvilken smerte som kan oppstå når den voldsomme energien i en katastrofe ikke blir forstått og bearbeidet.

En annen indikasjon på manglende læring er dokumentert i *Sykepleien* ⁽⁶⁾. Da togene smalt sammen på *Åsta* stod plutselig tre ledende sykepleiere i det psykososiale støtteteamet ved

Hedemark Sentralsykehus midt i en virkelig katastrofe. Sykehuset hadde vedtatt en katastrofeplan sommeren 1999, men hadde ikke øvd på den. Tirsdag 4. januar 2000 måtte den i verksettes.

Pleierne fikk erfare at det er langt fra plan på papiret til godt praktisk arbeid. De poengterer at sykehuset uten problem kunne ta seg av de somatiske følgene av katastrofen. Kapasitet og beredskap for å ta seg av de psykososiale følgene var mer problematisk. De måtte på grunn av ressursmangel gi opp å registrere alle som ankom *Miljøhuset* på *Elverum* og hvem de lette etter.

Dette stemmer med mine erfaringer, og med erfaringer andre etterlatte og overlevende har delt. Personalet som var på *Miljøhuset* gjorde det de kunne, og mer til. Mange av oss er dypt takknemlige og beveget over omsorgen og menneskeligheten vi opplevde der. Maskineriet som skulle håndtere katastrofen var imidlertid ikke velsmurt.

PSYKOSOSIALT ARBEID - MANGEL PÅ SAMHANDLING, ERFARING, RESSURSER OG STRUKTUR

For mitt eget vedkommende førte dette til at jeg og min familie forlot *Elverum* med motstridende informasjon og et feilaktig bilde av hva som faktisk skjedde med mor på skadestedet under og like etter krasjet. Det var en svært tung bær å bære hjem til tomrommet i hennes hus, hvor det skulle stelles til begravelse.

Sykepleierne skriver: Onsdag 5. januar: «Mangel på faktisk informasjon om hva som hadde skjedd og hva som nå faktisk skjedde på ulykkesstedet, ble på dette tidspunktet en stor belastning for de pårørende. Behovet for å vite kom tydelig til uttrykk. De følte at de ble holdt i uvisshet. Etter påtrykk fra oss kom etter hvert politiet (til *Miljøhuset*).» ⁽⁶⁾

En annen konsekvens av ressursmangelen var at familiemedlemmer i vår familie som umiddelbart burde vært varslet og fått anledning til å komme til *Elverum* ikke fikk den anledningen. Dette gjaldt trolig også andre familier og pårørende.

NÅR ROLLER BLANDES

Katastrofen på Åsta rammet mange og slo i ulike retninger. Den rammet også samferdselskonsemet *NSB* tungt. Jeg tror ikke det var lett for konsernledelsen å ta inn realitetene i situasjonen og samtidig fortsette rasjonell ledelse av konsernet. Til det var nok sjokket for stort. Jeg tror det ble viktig for ledelsen å prøve å bøte på situasjonen gjennom personlig engasjement uten å gjemme seg bort.

NSB-ledelsen påtok seg imidlertid ikke konsernets ansvar for det som skapte ulykken, mens de samtidig prøvde å gjenskape tillitten til konsernet utad. Jeg tviler heller ikke på at engasjementet i utgangspunktet var ektefølt. I sum førte dette imidlertid til en ulykksalig sammenblanding av roller og motiver. *NSB* kom i en situasjon hvor selskapet først hadde *objektivt ansvar* for å ha voldt stor skade, og deretter tilbød de rammede personlig omsorg. Selskapet hadde samtidig stø kurs mot rettssaken, hvor det ville møte mange av de samme menneskene som motpart.

FAGGRUPPEN

som ble opprettet i april 2000 på initiativ fra *Støttegruppen*, så etter en tid hvordan sammenblanding av rollene skapte problemer. I sitt brev til *Helsetilsynet* datert 11. oktober 2000 skriver *Faggruppen*:

«Uavklarte ansvars- og skyldforhold synes å være et klart kompliserende element, og erfaringene, spesielt fra Åsta-ulykken, har vist at det er et kompliserende element når det involverte transportselskapet i organisasjon (*NSB*) også påtar seg ansvaret for og finansiering av ivaretagelse av de rammede over tid. Dette kan skape rolleklarhet, doble bindinger og en vanskelig emosjonell situasjon for etterlatte / overlevende. Rollene som involvert selskap i organisasjon, omsorgsyter og objekt for ev. straff og søksmål er klart konfliktfylte. Vi vil derfor foreslå at

det offentlige skal ha styringen og det organisatoriske ansvar for slik oppfølging i fremtiden.»

I *Faggruppen* satt bl.a. *NSBs konsernoverlege*. Erkjennelsen av konsekvensene av rollesammenblanding ble m.a.o. etter hvert også utviklet innad i *NSB*. Brevet kom imidlertid 10 måneder etter katastrofen. Oppfølgingsarbeidet krevde rolleklarhet fra første stund. *NSB* avviste gjentatte oppfordringer fra *Støttegruppen* om å utøve sitt ansvar gjennom å tre litt tilbake i prosessen og «*outsource*» ledelsen av oppfølgingsarbeidet til et eksternt, nøytralt og profesjonelt fagmiljø.

Men det var ikke bare ovenfor de rammede *NSB* eksponerte en uklar forståelse av rolle og situasjon. Sykepleierne skriver at *NSB* inntok *Miljøhuset* på katastrofedagen og etablerte seg med stor selvfølgelighet rundt et stort spisebord midt blant de pårørende der de startet et internt møte ⁽⁶⁾.

Folkene fra *NSB* informerte etter hvert om at de hadde bestemt seg for å være til stede og delta sammen med de pårørende i deres sorg. Mange av de berørte og fagfolkene på *Miljøhuset* opplevde situasjonen som svært ubehagelig. *NSB* ble til slutt bedt om å forlate huset.

TID OG TEMPO

Uklare roller hadde betydning for *STGs* opplevelse av konflikt. Konfliktene ble imidlertid tydeligst rundt konkrete forhold som dette:

- *NSB* forstod ikke hvor viktig tidsfaktoren var. De fleste av oss hadde behov for raskt å få klarhet i hva som skjedde med våre nærmeste, eller med dem selv, på kollisjonsstedet. Mange undret seg over hvorfor vi ikke skulle få vite fakta, ikke om hvem som hadde skyld, men om hva som hadde skjedd. Vi måtte presse *NSB*, men ble samlet først etter halvannen måned. Det er lang venting når fantasiene lever sitt eget liv om hva som skjedde i og rundt det brennende toget.
- *NSB* forstod ikke hvor viktig det var med et faglig velfundert, nøytralt og aktivt oppfølgingsarbeid av overlevende og deres familier og oss etterlatte.
- *NSB* anerkjente ikke at det kollektive var en viktig ressurs som måtte ivaretas og som med fordel kunne brukes terapeutisk til bearbeiding av sjokk, sorg og smerte ^(3, 9). Selskapet ønsket ikke å samle de berørte raskt, og slett ikke flere ganger. All samling av de berørte ble forsøkt bundet til tidspunktet før offentliggjøring av resultatene fra politiets etterforskning. Dette var det umulig for *STG* å godta. *Riksadvokaten* trakk for ordens skyld sin konklusjon først i mars 2001, mer enn ett år etter katastrofen.
- Det var også vanskelig å finne ut hva *NSB* mente med «individuell tilpasset oppfølging». Det høres bra ut, men vi fikk tilbakemeldinger som mer enn klart sa at mange individer ikke var bekvemme med situasjonen. Den individuelle tilpassingen så dessuten ut til i like stor grad å gjelde de som gav hjelp som de som fikk. I en oppgave skrevet av studenter fra *Norges Markedshøgskole* dokumenteres det at *NSBs* ledelse anså egen «intuisjon og magefølelse» å være en viktig rettesnor i arbeidet ⁽⁷⁾. *NSB* vurderte først situasjonen slik at tidligere ulykker hadde gitt dem nok kompetanse og erfaring til å håndtere oppfølgingsarbeidet ⁽²⁾. Det siste perspektivet revurderte konsernledelsen den 25. april 2000, da den autonome «*Faggruppen*» som skulle rådgi *NSB* og *STG* ble forhandlet frem. Ett år etter poengterte studentene likevel at *NSB* ønsket å hjelpe til med alt uten å ha tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å gjøre det ⁽⁷⁾.
- De overlevende ble rammet i ulik grad. Mange av de som slet mest opplevde at deres behov ble marginalisert. Men det er noen av de som overlever en katastrofe som også trenger aktiv, kyndig og langsiktig oppfølging. På dette feltet nådde *STG* dessverre ikke godt nok frem.

For å komme noen vei måtte *Støttegruppen* kontakte uavhengig fagekspertise. Vi fikk betydelige innspill av kapasiteter som *Mads Gilbert*, *Atle Dyregrov* og *Renate Grønvold Bugge*. De påpekte at individuell oppfølging nok kunne være bra, hvis den hadde substans, men understreket at de berørte raskt måtte få tilbud om å avklare fakta om det som skjedde på Åsta. Tidsaspektet hadde terapeutisk betydning, og det var viktig hvem som spurte om hva på hvilken måte.

Fellesopplevelsen av katastrofen bar kimen til vesentlig kollektiv og personlig bearbeiding ^(3, 9). Etter dette fulgte hardt arbeide bak scenen for å skape et faglig aktivt tilbud bestående av gode og kollektive tiltak. På denne bakgrunnen synes altså *NSB* vi i *STG* gikk ut over grensen for hva som var rett og rimelig ⁽²⁾. Hadde *STG* ikke gjort noe ville tilbudet til de berørte hatt et helt annet innhold og volum. Oppfølgingen ble ikke perfekt, til de hadde det gått for mye tid tapt. I løpet av sommeren 2000 skapte imidlertid forhandlinger med *NSB*, og *Faggruppens* eksistens forbedringer, særlig i det kollektive tilbudet for de etterlatte. Men det var nesten et halvt år etter togkollisjonen.

PARADOKSER

På den ene siden er det åpenbart at oppfølgingen etter togkatastrofen på Åsta gir *helse-Norge* gode grunner til å forbedre planer og rutiner. På den andre siden fikk vi et uforskammet godt tilbud når vi sammenligner med tilbudet til de som rammes av individuelle enkeltulykker og brå død i dagliglivet. Det er imidlertid ingen framtid i å legge lista på det nivået. Det er de som rammes av brutale ulykker og brå død som har et uforskammet dårlig tilbud. Både den personlige lidelsen og samfunnets kostnader kan reduseres betydelig hvis både de som rammes av katastrofer og de som rammes av brå død får tidlig, aktivt tilbud om kvalifisert hjelp.

Jeg forbauses over hvor store unødige samfunnsøkonomiske kostnader vi aksepterer å ta over skatteseddelen når det finnes enkle løsninger: Det *offentlige Norge* har et ansvar for at de ulike deler av forvaltningen, også helsevesenet, tilegner seg den nødvendige læring av virkelige katastrofer. Velreflektert øvelse gjør mester. Det er fullt mulig å etablere enkle organisasjonsformer som med små midler kan evaluere og videreføre erfaringer etter katastrofene. Den samme kompetansen kan raskt og enkelt tiltre skadestedet for å bistå og styre hjelpeapparatet i regionen som rammes av en katastrofe.

Det er flere enn de som rammes direkte som bør ivaretas etter en katastrofe. Da brann- og redningsmannskapene som sloss med livet som innsats på Åsta hadde behov for å bearbeide sterke opplevelser, opplevde de at den tradisjonelle psykiatrien sykeligjorde dem ⁽⁸⁾. Psykiatrien betraktet altså ikke sterke følelsesmessige uttrykk etter ekstreme opplevelser som naturlige og sunne. La oss håpe at de som er villige til å våge livet, slipper slike opplevelser ved neste korsvei.

Jeg har heller ingen problemer med å forstå *konsernoverlege Hommeren* når han forteller at mange av de ansatte i *NSBs bedriftshelsetjeneste* opplevde å bli «tomme» da *NSB* avsluttet sitt engasjement ⁽²⁾. Jeg tror de i lang tid måtte ta frem alt de hadde av krefter for å håndtere en svært vanskelig situasjon. De fortjener honnør for kraftanstrengelsen.

AVSLUTNING

Forebyggende sikkerhetsarbeid er åpenbart det beste kortet samferdselssektoren har for å unngå tragediene i kjølvannet av en katastrofe. Det er også rednings-, brann- og helsearbeideres beste kort. Skulle likevel det verste skje, er det åpenbart at samferdselsbedriften som har et objektivt ansvar for passasjerenes liv og sikkerhet ikke bør få styre og ta hand om oppfølgingsarbeidet. Det må tilføyes at det likevel ikke er noe i veien for at man, gjerne i lovs form, pålegger samferdselsbedriften å ha forsikringsordninger som skal dekke kostnadene. Det vil også virke styrkende på motivasjonen for å drive god forebygging.

KONSEKVENSENE AV FAGLIG UKLARHET, ROLLESAMMENBLANDING OG KRYSSSENDE MOTIV

Faglig uklarhet, rollesammenblanding og kryssende motiv skaper bindinger og situasjoner som legger alen til en allerede tung byrde for de som rammes. Helsefagfolk bør derfor debattere katastrofemedisinens struktur, retning og innhold. Helsefagfolk bør også ta initiativ til at det etableres en kompetent og nøytral organisasjon på nasjonalt nivå som får ansvaret for å gi oppfølgingen etter en katastrofe retning og innhold. De berørte har behov for en uredde helseadvokat som kjemper for en balansert, aktiv og faglig velfundert oppfølging.

Nå er det dere som har ballen.

Referanser

1. Se Thuen, F: «Evaluering av den helsefaglige oppfølgingen etter Togulykken på Åsta»,. Data fra screeningsundersøkelse utført av professor Lars Weisæth. Gjengitt i prosjektbeskrivelsen skrevet av professor Frode Thuen. Nordiska hälsovårdhögskolan i Göteborg og Universitetet i Bergen.
2. Hommeren O.J. Bedriftshelsetjenesten i NSB og arbeidet med Åsta-ulykken. Tidsskr Nor Lægeforening 2001; 121: 2740-3
3. Dyregrov, A.: Katastrofepsykologi. Ad Notam Gyldendal, 1993.
4. Bøsterud, H.: Norsk samfunnssikkerhet for dårlig. Dagsavisen 11.04.2000.
5. Bøsterud, H.: Bedre sikkerhet og beredskap. Dagsavisen 11.04.2000.
6. Molstad, K.: Hermansen, W. Bjørnstad, BA: Plaster er ikke nok. Tidsskr Sykepleieren 2001; 12: s 34-40.
7. Andersen, L. Bergh, H. Bråten, M: NSBs håndtering av kommunikasjon med passasjerer og etterlatte etter Åsta-ulykken. Diplomoppgave ved Norges Markedshøgskole 15.06.2001.
8. NTB: Kritikk av katastrofehjelp etter Åsta-ulykken. NTB-melding publisert av CNN.no/VG 03.01.2001.
9. Weisæth, L.: Katastrofepsykiatri: Psykososiale støttetjenester ved ulykker og katastrofer. Apothekernes Laboratorium as 1993.
10. Norges offentlige utredninger. NOU 2000: Åsta-ulykken, 4. januar 2000: Hovedrapport.

ULYKKEN

Tirsdag 4. januar 2000 forlot tog 2302 Trondheim kl. 07.45. Toget hadde dieseldrevet lokomotiv og tre vogner. Det var i rute og skulle til Hamar. På grunn av forsinkelser med kryssende tog underveis var toget 21 minutter forsinket ved avgang fra Røros stasjon. Det var lokomotivførerbytte på Røros. Ved ankomst og utkjøring fra Rena var forsinkelsen redusert til 7 minutter. Det var 75 personer om bord, inkludert lokomotivfører og konduktør, da toget forlot Rena kl. 13.07. Togsporsignalet på Rena stasjon viste grønt og loggen som ble tatt ut fra Hamar togledersentral etter ulykken indikerer at også hovedsignalet viste grønt.

Tog 2369 forlot Hamar stasjon i rute kl. 12.30. Toget var et motorvognsett av type BM 92. dieseldrevet og bestående av en motorvogn og en styrevogn. Motorvogna gikk først. Tog 2369 skulle til Rena stasjon og tilbake til Hamar. Det ankom Rudstad stasjon i rute kl. 13.06, stoppet og tok opp en passasjer. Toget skulle i henhold til ruten ha et opphold på Rudstad stasjon fra kl. 13.06 til 13.10 for kryssing med tog 2302. Da toget forlot Rudstad kl. 13.07 var det 11 personer om bord inkludert lokomotivfører og konduktør. Loggen indikerer at utkjørssignalet ikke viste grønt og at sporvekslen ved utkjøring fra Rudstad stasjon var kjørt opp av nordgående tog.

Togledersentralen på Hamar har ansvaret for trafikkstyringa på Rørosbanen mellom Hamar og Røros. Samme togleder hadde på det aktuelle tidspunkt også trafikkstyringen på strekningen Hamar - Eidsvoll. Togleder konsentrerte seg om sistenevnte strekning på grunn av mye trafikk på denne og sjekket ikke skjermene som viste hva som skjedde på Rørosbanen. Det var ikke installert lydalarm (akustisk alarm) som varsler at to tog er på kollisjonskurs på denne togledersentralen. Selv om en markering i form av rød skrift nederst på skjermen må ha indikert at det var i ferd med å skje en ulykke fra kl. 13.08, ble togleder ikke oppmerksom på dette før ca. kl. 13.11.30.

Togene var utstyrt med mobiltelefon som et hjelpemiddel. På Rørosbanen var det ikke installert ATC (automatisk togstopp) da ulykken skjedde og heller ikke togradio. Slik er heller ikke installert etter ulykken. Eneste måte for togleder å få kontakt med lokomotivfører på er via mobiltelefonen. Lokomotivfører på nordgående tog hadde ringt inn sitt mobiltelefonnummer til togleder på en tidligere vakt. Dette var ikke blitt oppført på den listen hvor numrene skal føres opp. Også konduktører på sydgående tog hadde ringt inn mobiltelefonnummeret til samme togleder, men heller ikke dette ble ført på riktig liste. Da vakthavende togleder ble oppmerksom på hva som var i ferd med å skje fant han ikke mobiltelefonnumrene og fikk ikke kontakt med de to togene.

Togene støtte sammen ved Åsta stasjon mellom Rudstad og Rena kl. 13.12.35. Motorvognen i nordgående tog ble totalt ødelagt, mens styrevognen fikk mindre skader og ble stående på sporet. Lokomotivet i sydgående i sydgående tog fikk store skader i fronten og veltet over på siden. Den første vognen ble kraftig bøyd og sporet av. Også den neste vognen sporet av, men ble stående i sporet. Den siste vognen ble stående på sporet. Det oppstod umiddelbart etter sammenstøtet en kraftig brann i området ved lokomotivet og restene av motorvognen og noen minutter senere også i den første vognen. Brannen spredte seg etter hvert også til de to siste vognene.

Det omkom totalt 19 personer i sammenstøtet og brannen som fulgte. 67 personer overlevde ulykken. Den siste overlevende ble tatt ut av toget ca. kl. 17.00. Ingen av de overlevende ble livstruende skadd.

Kilde: Rapport fra undersøkelseskommisjonen oppnevnt ved kongelig resolusjon 7. januar 2000. Avgitt til Justis- og politidepartementet 6. november 2000.

**Artikkelen, skrevet i 2002, er utgitt med tillatelse av artikkelforfatteren.
Vår publisering er i anledning 5-årsdagen for Åsta-ulykken.**

04.01.05

Kurt Evert Stenbakk, red.