
Togulykker og organisering av sykehus

KOMMENTAR

TRULS ERIK BJERKLUND JOHANSEN

Komm. Herbsts gate 7

3290 Stavern

Det vekker alltid større oppsikt når mange mennesker skades eller blir drept på samme tid enn når enkeltmennesker forulykker, selv om lidelsene for pårørende kan være større når en ulykke rammer en enkelt person. Togulykken på Åsta krevde 19 menneskeliv og fikk stor oppmerksomhet i mediene. Årsaken til ulykken var angivelig at en lokomotivfører kjørte mot rødt lys. Det var ingen andre sikkerhetssystemer som kunne hindre ulykken etter at togene befant seg på kollisjonskurs.



Faksimile fra VG 6.1. 2000

Under den offentlige diskusjon etter ulykken er det kommet frem at Norges Statsbaner i løpet av de senere år har gjennomgått betydelig omorganisering. Denne omorganiseringen er styrt av økonomer, og målsettingen har vært økt lønnsomhet. Lokomotivførerne er satt under hardere arbeidspress. Togene har kortere opphold på stasjonene, og fartsgrenser må overskrides for å holde tidtabellen, som økonomene har satt opp. Nestenulykker skjer ofte. Det er dårlig kultur innad i NSB for å lære av nestenulykkene. Mindre stasjoner er lagt ned og stasjonsmestere som kjente togpasseringer som sine egne pulsslag, er borte. De ville ha reagert om to tog var på kollisjonskurs. Etter ulykken på Åsta har byråkrater og økonomer stått frem og avslørt uklarhet om hvem som egentlig har ansvar for vår sikkerhet om bord i togene. Ingen hadde trodd at

livet til togpassasjerer skulle avhenge av at én lokomotivfører leste riktig farge på et signallys i løpet av noen korte sekunders passering. Ingen hadde trodd at dette var mulig i Norges Statsbaner.

I en lederartikkel i Aftenposten (1) tas det til orde for å få flere økonomer inn i våre sykehus – under overskriften ”Norske sykehus må organiseres bedre”. I løpet av de senere år har økonomer og byråkrater allerede innført store endringer i norske sykehus. Konsultasjonstiden for hver enkelt pasient presses ned. Legenes tjenesteplaner reduseres slik at det blir mindre tid til å gjøre seg kjent med pasientene. Nye finansieringsordninger påvirker sykehusenes utvelgelse av hvilke pasienter som skal undersøkes og behandles. Etter press fra sykehusledelsen endres til og med legenes diagnosesetting i retning av diagnoser som gir sykehusene mer penger i statlig refusjon. Legespesialister skyves ut av posisjoner hvor de kan utøve faglig systemansvar og inn i en ny situasjon der pasientens sikkerhet kan være avhengig av riktig vurdering i løpet av et kort møte, akkurat som for lokomotivførerne i NSB. Legerollen endres fra ansvarlig spesialist til spesialarbeider. Det er gjennomført omorganiseringer slik at kirurger og deres assistansesykepleiere under operasjoner ikke lenger er ansatt i samme avdeling. Kirurgisk overlege har altså ikke instruksjonsrett overfor sykepleieren som assisterer ham under inngrepene. Et godt samarbeid mellom operatør og assistent kan ha stor betydning for utfallet av en operasjon. Dette er omtrent som om en bedriftsleders personlige sekretær er ansatt i en annen etat med en annen sjef. Avdelinger som behandler pasienter, eier ikke det utstyret de anvender i behandlingen, og ansvaret for utstyrets sikkerhet ligger ofte hos en tredje instans ved sykehusene.

Med støtte i ny lovgivning erstattes nå avdelingsoverlegestillinger ved mange store sykehus med klinikk-sjefstillinger, uten krav til medisinsk-faglig kompetanse. De nye lederne velges ut etter eget forgodtbefinnende av sykehusledere som i de fleste tilfeller heller ikke har medisinsk-faglig innsikt. Avdelingsledelse gjøres til en ren administrasjons- og lederoppgave. Det spørres ikke etter formelle kvalifikasjoner i det som er avdelingens hovedoppgaver: pasientbehandling, undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Tidligere lå ansvaret for avdelingens virksomhet hos avdelingsoverlegen, som var valgt ut etter kvalifikasjoner innen hvert av virksomhetsområdene og som var best mulig kvalifisert til å ha et overordnet faglig systemansvar for pasientenes sikkerhet. Denne omorganiseringen er styrt av byråkrater og økonomer og skjer uten offentlig diskusjon av hva det kan bety for pasientens sikkerhet. Det er bare i katastrofeplanene det fortsatt heter at når det virkelig gjelder, da skal den meste erfarne kirurg være sjef. Poenget er at for den enkelte pasient er det like alvorlig enten vedkommende kommer alene eller samtidig med 19 andre, og den avdelingen som er best rustet til å møte en katastrofe, er også best rustet til å møte en normal arbeidsdag.

I sykehusenes avdelinger utarbeides målbeskrivelser for virksomheten gjennom demokratiske prosesser der alle yrkesgrupper forlanger at deres virksomhet skal være synlig som likeverdige delmål. Slikt skjer bare i bedrifter der eier og leder ikke har en klar prioritering av bedriftens oppgaver og ikke kjenner forutsetningene for å løse dem. Leger som frykter forringelse av kvalitet og dårligere pasientsikkerhet, blir beskyldt for å være ute etter mer lønn og etter å gjenvinne tapte maktposisjoner.

Dersom alle plutselige og uventede dødsfall ved norske sykehus i løpet av ett år hadde skjedd på samme dag, ville antallet overskredet togulykken på Åsta. Da ville offentlighetens søkelys bli satt på omorganiseringene som er gjennomført i de somatiske sykehusene, og ingen ville trodd at noe slikt kunne skje i Norges helsevesen.

Det ville bli diskutert hvem som har ansvaret for de forandringer som er gjennomført med bl.a. å fjerne den kvalitets- og sikkerhetsgarantien som lå i avdelingsoverlegestillingene. Statsråden og sykehusdirektører måtte stå frem og si hva som er den egentlige målsettingen for sykehusene, og gjøre det klart at "Sikkerhet og kvalitet må ha førsteprioritet" (2), ikke bare i Norges Statsbaner, men også i Norges helsevesen.

Etter 25 års arbeid ved kirurgiske avdelinger står det helt klart for meg at det de fleste anser som aller viktigst i møtet med helsevesenet, er best mulig kvalitet på diagnostikk og behandling. Dette kommer tydeligst frem når helsepersonell søker hjelp for sine egne og seg selv. De kjenner de uoffisielle rankinglister over legers og avdelingers kvalifikasjoner og vet hvor de skal henvende seg. Det er også andre forhold som har betydning for pasienten, som vennlig personale og pene rom, men da er det snakk om en annen grad av viktighet.

Kanskje må det skje en "togulykke" i helsevesenet også før vi innser hvor økonom- og byråkratveldet har ført norske sykehus. I Storbritannia skjedde en slik "togulykke" for få år siden, da det ble avslørt at en hjertekirurgisk klinikk i Bristol hadde uakseptabelt høy dødelighet. Sammen med andre forhold utløste dette en omfattende diskusjon om forutsetningene for å sikre kvalitet i sykehus, og det førte til store reformer i britisk helsevesen (3). Det er på høy tid med en slik diskusjon også i vårt land. Det er reell fare for at omorganiseringene som er gjennomført i norske sykehus, svekker pasientenes sikkerhet og kvaliteten på virksomheten fordi forutsetningene for å utøve faglig systemansvar er fjernet.

Skal det flere økonomer inn i helsevesenet, må det bli for å assistere avdelingsoverlegene, ikke for å erstatte eller styre dem.

LITTERATUR

1. Sykehusdrift må organiseres bedre. Aftenposten (morgenutgave) 15.12.1999.
2. Sikkerheten må ha førsteprioritet. Aftenposten (morgenutgave) 8.1.2000.
3. Søreide O. Storbritannia: Reformen i det britiske helsevesen – paradigmeskifte, politisk retorikk eller utfordring for helseprofesjonene? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2375 – 9.

Publisert: 28. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.