

## Sjöfartsinspektionen informerar... 1/2004

Inspektionen distribuerar med viss regelbundenhet angelägna meddelanden och budskap varvat med erfarenhetsberikande händelser som andra råkat ut för. Syftet är att delge branschens aktörer på alla nivåer ökad kunskap och säkerhetsmedvetande. Ett stort problem med säkerhetsarbete är att nå ut till dem det berör, i synnerhet de som så att säga ”jobbar på golvet”. Detta är ett sätt att försöka nå branschen i dess helhet.

Ett sätt att ytterligare sprida information inom branschen är att ta upp relevanta händelser i fartygens skyddskommittéer.

Initiativtagare och ansvarig för utskicket, som skildrar både svenska och utländska händelser, är Utredningsenheten vid Sjöfartsinspektionen. Synpunkter, åsikter och förslag emottages tacksamt på telefon 011-19 12 73 eller e-post ([inspektion@sjofartsverket.se](mailto:inspektion@sjofartsverket.se)).

Texten kan hämtas på Sjöfartsverkets hemsida: [www.sjofartsverket.se](http://www.sjofartsverket.se) - Sjöfartsinspektionen (under rubriken Fartygsolycksutredningar). Alternativt kan man kontakta inspektionen för att hamna på sändlistan för e-postutskick.

### Dödsfall i lastrum

Då man lossade gips från ett fartyg användes en kran från land. När en stor del av gipset lossats begav sig ett par man ner i lastrummet för att med en liten lastare och skyfflar samla ihop gipset samtidigt som lossningen med kran fortsatte. Någon signalman från stuveriet fanns inte vid luckarmen, däremot fanns en besättningsman där för att övervaka lossningen.

Plötsligt kom en av männen i lastrummet i kläm mellan skopan och skottet. Mannen avled senare av skadorna.

Från kranhytten kunde man inte se hela lastrummet. Enligt gällande regler (AFS 2001:9) ska man vid sådana tillfällen ha signalman för varje lyftanordning.

Om man befinner sig i ett lastrum i närheten av pågående lossning eller lastning ska man förvissa sig om att signalman är utposterad.

Åklagare undersöker om det finns anledning att åtala arbetsledningen.

Iu dnr 080202-03-17639

Datum  
2009-01-19

## Lastförskjutning av trädäckslast

På senare tid har ett flertal lastförskjutningar av sågat trävirke som gått som däckslast inträffat. De förskjutna partierna har bestått av inplastade paket.

Utredningsenheten finner att sådana laster förskjuts ganska lätt även vid måttlig vind och sjö. Den redan låga friktionen mellan de plastinslutna paketen minskas ytterligare om plasten utsätts för väta eller snö. Det finns därför anledning att uppmärksamma problematiken vid surrningen av däckslasten.

Surrningsmaterial av samma material ska användas för att förhindra att det töjer sig olika. Dessutom måste man vara synnerligen uppmärksam på plastade paket. Åtgärder för att säkerställa tillräcklig friktion mellan paketen måste vidtas.

***Utredningsenheten poängterar vikten av att rapportera lastförskjutningar, vare sig det förekommer skador eller inte.*** Underlaget för förebyggande åtgärder är idag litet och mer information behövs.

080202-03-17733  
MAIB Safety Digest 3/2003 Case 4

## Navigation med endast en metod ödesdiger

Den senaste tiden har två händelser aktualiserat frågeställningen om navigationsmetoder. I båda fallen har fartygen råkat ut för olycka.

1. Ett fartyg på väg ut från en svensk hamn valde att inte ta lots trots att befälhavaren inte var van vid hamnen. Fartyget var inte lotspliktigt. Sjökortet man använde var ett nytt brittiskt. Enligt detta var en vågbrytare markerad som ”under construction”, dvs. den var enligt kortet inte färdigbyggd. Befälhavaren avsåg att gå ut ur hamnen genom att navigera utan några andra metoder än visuell navigering.

Det visade sig emellertid att vågbrytaren var färdigställd redan för flera år sedan. När fartyget kom ut ur hamnbassängen blev befälhavaren förvillad eftersom verkligheten inte stämde överens med vad han förväntat sig. Under den korta tid som stod till buds hann han inte fastställa positionen och girpunkten med någon annan metod, utan fartyget gick på grund. Bidragande var den lågt stående solen som lyste rätt för ifrån.

Utredningen visade att den brittiske kortproducenten av okänd anledning inte tagit del av den Ufs-notis som meddelat färdigställandet av vågbrytaren.

Datum

2009-01-19

2. Ett annat fartyg var på väg i öppen sjö, där en särskild djupvattenränna var markerad med bottenfasta märken eller småfyrar. Det var på natten och mörkt. En av fyrarna var dessutom släckt.

Styrmannen som hade vakten navigerade helt efter det elektroniska sjökortet. Enligt detta passerade man utanför djupvattenrännan och den släckta fyren, vilket var avsikten. Det elektroniska sjökortet, som baserades på utländska sjökort, hade emellertid ett annat gradnät än det svenska och finska, och GPS-positionen var inte korrigerad för skillnaden. Mellan den faktiska positionen och positionen i det elektroniska kortet för fyren skilde det i själva verket något hundratal meter.

Fartyget kolliderade med fyren och sjönk, men ingen förolyckades.

Båda dessa händelser har givetvis flera andra orsaker, men gemensamt för dem båda är att befälen enbart navigerade efter **en** metod utan att förbereda eller använda sig av ett alternativ. Detta är tyvärr väldigt vanligt och ofta förekommande i samband med olyckor.

***Utredningsenheten vill därför med skärpa påpeka att navigation aldrig ska utföras med enbart en metod!***

Iu dnr 080202-03-16863

FIN B 5/2000 M

## **Grundstötning orsakad av generatorstopp**

Ett större bulkfartyg hade nyligen lämnat kaj och var på väg mot öppet vatten genom en smal ränna. Man hade någon timmas färd genom rännan kvar då två av de tre generatorerna stoppade. Den tredje generatoren hade kapacitet tillräckligt för elförsörjningen, och på bryggan hade man ingen anledning att misstänka att något var fel. Inte ens efter chiefens telefonsamtal från maskinkontrollrummet visste man om att det bara var en generator i drift. Chieften hade nämligen inte sagt annat än att man måste kontrollera generatorerna då man kommit ut i öppen sjö.

Omkring 25 minuter senare stoppade även den tredje generatoren. Nödgeneratoren, som ju skulle startat automatiskt, gick inte igång, varvid chieften skickade en maskinist för att kontrollera den. Nödgeneratoren startades manuellt efter ytterligare 4 minuter, men då hade huvudmaskinerna redan stannat pga. av stoppade pumpar. Styrningen hade också slutat fungera, och eftersom fartyget just då låg i gir dröjde det inte mer än någon minut innan fartyget gick på grund. Att störtankra var inte aktuellt i rännan,

Datum  
2009-01-19

eftersom vattendjupet var så litet att ankarna skulle orsakat skador på skrovet då fartyget hade passerat över dem.

Efteråt visade det sig att orsaken till generatorernas stopp utgjordes av vatten i bränslet. En lucka till babordstanken hade en dålig packning, och dräneringsvatten från den i närheten belägna evaporatorn hade sannolikt tagit sig in den vägen. Separatoren, som skulle förhindra uppkomst av bl.a. vatten i bränslet, hade nedsatt funktion pga. att en reglerbricka var för liten samt att mottrycket på utloppssidan var för lågt.

Att nödgeneratorn inte startade berodde i sin tur på ett dåligt startbatteri. Man hade som rutin att kontrollera dem en gång i månaden, och det var nästan två veckor mellan föregående kontroll och händelsen.

Utredningen som följde rekommenderade förutom bättre rutiner för handhavande av separator följande:

- Tätare test av nödgeneratorn, t.ex. en gång i veckan. Hade denna startat tidigare hade grundstötningen undvikits.
- Bättre kommunikation mellan maskin och brygga. Kommunikation till sjöss är ofta bristfällig. Hade man på bryggan varit medveten om statusen i maskinrummet hade man kunnat förbereda sig på ett annat sätt. Man föreslår att även maskinbefäl ska gå BRM-kurser.
- Bättre och tydligare rutiner för liknande tillfällen liksom tätare övningar. Checklistorna ombord var för allmänt hållna och fungerade i praktiken inte som ett stöd för maskinbefälen.

Under de 25 minuter då bara den tredje och sista generatorn var igång lyckades man egentligen inte göra något för att förbättra situationen. Ett sätt att förbereda sig under de 25 minuterna kunde varit att starta nödgeneratorn. Därmed hade man haft framförhållning tillräckligt för att undvika grundstötningen.

ATSB MSI 184

## Sjöfartsinspektionen informerar... 2/2004

Inspektionen distribuerar med viss regelbundenhet angelägna meddelanden och budskap varvat med erfarenhetsberikande händelser som andra råkat ut för. Syftet är att delge branschens aktörer på alla nivåer ökad kunskap och säkerhetsmedvetande. Ett stort problem med säkerhetsarbete är att nå ut till dem det berör, i synnerhet dem som så att säga "jobbar på golvet". Detta är ett sätt att försöka nå branschen i dess helhet.

Ett sätt att ytterligare sprida information inom branschen är att ta upp relevanta händelser i fartygens skyddskommittéer.

Initiativtagare och ansvarig för utskicket, som skildrar både svenska och utländska händelser, är Utredningsenheten vid Sjöfartsinspektionen. Synpunkter, åsikter och förslag emottages tacksamt på telefon 011-19 12 73 eller e-post ([inspektion@sjofartsverket.se](mailto:inspektion@sjofartsverket.se)).

Texten kan hämtas på Sjöfartsverkets hemsida: [www.sjofartsverket.se](http://www.sjofartsverket.se) - Sjöfartsinspektionen (under rubriken Sjöfartsinspektionen). Alternativt kan man kontakta inspektionen för att hamna på sändlistan för e-postutskick.

### Kollision mellan färja och torrlastfartyg

#### *Missförstånd gällande sjövägsreglerna 1*

Vid en uppmärksamman kollision nyligen mellan en färja och ett lastfartyg diskuterades en del om vilka regler som gällde vid tillfället. Detta kom att leda till en debatt inom yrkeskåren. I denna debatt har det bekräftats att många i branschen faktiskt inte känner till vad som gäller.

Eftersom det rådde tjocka och fartygen därmed inte var i sikte av varandra gällde regel 19. Enligt denna ska **båda fartygen göra undanmanöver**. Dessutom ska **babordsgir undvikas**.

Utöver detta ska **ljudsinal avges**.

Dessa regler kan av en del uppfattas som otidsenliga i AIS- och radaråldern, men faktum är att ett stort antal fartyg varken har AIS eller radar. Förutom att det finns fartyg som inte behöver ha sådan utrustning, finns det även en risk att utrustningen, om den finns, används felaktigt eller är bristfällig.

Utredningen av kollisionen utförs av Statens Haverikommission.

Datum  
2009-01-19

### ***Ljudupptagning från fartyg***

I samband med sjöförklaringen kom inspelat ljud från färjans VDR att spelas upp i massmedia. Sjöfartsinspektionen kan härmed upplysa om att åtgärder redan tidigare vidtagits för att undvika att sådana uppgifter blir offentliga. Dock kan man inte skydda sig helt – i det nämnda fallet gjordes ljudupptagningen olagligt av åhörare under sjöförklaringen.

### ***Problem med vattentäta dörrar***

Efter kollisionen uppdagades också ett oväntat problem. De vattentäta dörrarna fungerade inte som tänkt eftersom den styrande elektroniken slogs ut av vattnet. Detta innebär att dörrar, som styrs av elektronik som inte är vattenskyddad, inte kan förväntas fungera vid vatteninträning.

Generellt gäller att dörrarna **ska** vara stängda i sjön. Dörrar med vattenskyddad elektronik får öppnas **tillfälligt** för passage. Sjöfartsinspektionen kan i vissa fall medge ytterliggare tillstånd att hålla sådana dörrar öppna.

Kraven för dörrar med oskyddad elektronik är högre. Dessa dörrar får **inte öppnas alls**, inte ens tillfälligt, då fartyget är under resa.

Reglerna finns i SOLAS kap II-1 / 15.

Iu 080201-04-15396, Iu 080202-04-15397

### **Missförstånd gällande sjövägsreglerna 2**

Ljud-, ljussignaler eller signalfigurer har betydelse för vilka regler som gäller till sjöss. Ett fartyg utan signaler kan vara väjningsskyldigt i en viss situation, men om signaler används på samma fartyg kan situationen förändras så att ett annat fartyg ska hålla undan.

Detta innebär naturligtvis ett visst ansvar.

Huruvida situationen på bilden är vanlig eller inte kan möjligen diskuteras, men Sjöfartsinspektionen förutsätter att bilden skildrar ett enstaka tillfälle av glömska.

(\*Bild på fiskefartyg på slip\*)

### **Saknad maskinist instängd**

Fartyget saknade sin andre maskinist vid avgång. Trots omfattande genomsökning kunde denne inte hittas, utan man antog att maskinisten gått iland och därmed missat avgången.

Datum  
2009-01-19

Vid ankomst till nästa hamn blev maskinisten funnen i spilluftreceptorn. Han var då död.

Utredningen visade att man i den föregående hamnen hade utfört ett arbete i utrymmet. Maskinisten hade då av okänd orsak gått tillbaka in i utrymmet, kanske för att hämta något kvarglömt verktyg. Luckan till utrymmet var utrustad med vanliga luckeskalkningar och hade förmodligen oavsiktligt kommit att stängas av sig själv. Luckan gick inte att öppna inifrån.

Maskinisten var erfaren och kände väl till rutinerna för tillträde till slutna utrymmen. I detta fall kom emellertid rutinerna inte att följas.

- Utredarna rekommenderar att man ska ha rutiner för tillträde till slutna utrymmen (t.ex. ”work permit system”).
- Man bör också definiera vilka utrymmen som ska betraktas som slutna.
- Rutinerna bör gås igenom regelbundet med berörd personal.

USCG Safety Alert February 23, 2004

## **Snedlastning ledde till motorstopp**

Ett fiskesfartyg var lastat med en betydande mängd fisk på ena sidan, vilket ledde till slagsida. Slagsidan ledde i sin tur till att motorn sög tomt på bränsle från motsatta sidan (det fanns en bränsletank på vardera sidan) och skepparen blev tvingad att kontakta sjöräddningen för att få bogserhjälp. Motorstoppet skedde alldeles till lo från land (nära land med land på läsidan) men fint väder rådde dessbättre. Någon ventil för att styra vilken tank motorn skulle suga bränsle från fanns inte.

Rekommendationerna blir:

- Undvik att snedlasta så att slagsida uppstår.
- Montera ventil så att det lättare går att styra varifrån bränslet tas. En sådan ventil kan även vara till fördel om brand skulle uppstå.

Iu 080201-04-15846

## **Från tillbudsrapporteringsystemet Insjö rapporteras:**

Sjöfartens eget olycks- och tillbudsrapporteringsystem Insjö (**I**ncidentrapportering till **s**jöss), ägt av Redareföreningen och där de

Datum  
2009-01-19

fackliga organisationerna och Sjöfartsinspektionen har starka intressen, innehåller nu knappt 1 000 rapporter från olika fartyg i handelsflottan.

### **Bränder**

Av dessa har bränder studerats särskilt. Av samtliga 81 händelser är 36 olyckor, resten är klassade som nästan-olyckor eller avvikelser.

De allra flesta, 38 st., har inträffat i maskinutrymmen och orsakats av brustet bränsle/oljerör. Dåligt underhåll och/eller dålig materialkvalitet anges som bakomliggande orsak.

Situationen hanteras oftast av ett väl fungerande inbyggt brandskydd eller av snabb insats från besättningen.

Särskilt intressanta är de bränder och brandtillbud som inträffat i byssan. Dessa är de senaste åren 7 st. och samtliga är relaterade till fritöser eller ventilationen över stekbord. De är snabbt och effektivt släckta men orsakade av bristfällig rengöring av ventilationen.

- Bränder eller brandtillbud är tämligen vanliga.
- Ett effektivt brandskydd och snabbt agerande av besättningen hanterar de flesta situationer.
- Bättre rengöring av bl.a. köksventilation och bättre underhåll och bättre kvalitet av bränslerör kan minska risken för bränder.

### **Tillbud med stabilisatorfena**

En färja hade haft problem med en stabilisatorfena. Då reparation gjorts skulle fenan testas. Testet utfördes under gång då fartyget gjorde drygt 20 knop. Först visade det sig att fenan inte arbetade som den skulle, och redan efter någon minut kom fartyget att få en slagsida på uppemot 20°. Krängningen upplevdes av de ombordvarande som synnerligen obehaglig.

På fartyget har man bestämt sig för att inte testa fenor under gång. Fenor ska inte användas om man misstänker att de inte fungerar som de ska.

Insjö nr 894

### **Rapportera till Insjö**

Alla fartyg eller besättningsmedlemmar kan bidra med rapporter till den avidentifierade Insjö-databasen genom att:



Datum  
2009-01-19

- Rapportera internt med hjälp av rederiets rapporteringssystem.
- Uppmana rederiet att delta i rapportering till Insjö. Därmed får också rederiet tillgång till databasen.

Sweref-medlemmar kan rapportera via sin organisation.

Systemet får finansiellt stöd av Stiftelsen Sveriges Sjömanshus, Sjöassuradörernas Förening och Sweref. För rederierna är deltagande kostnadsfritt.

Insjö 2/04

## Sjöfartsinspektionen informerar... 3/2004

Inspektionen distribuerar med viss regelbundenhet angelägna meddelanden och budskap varvat med erfarenhetsberikande händelser som andra råkat ut för. Syftet är att delge branschens aktörer på alla nivåer ökad kunskap och säkerhetsmedvetande. Ett stort problem med säkerhetsarbete är att nå ut till dem som berörs, i synnerhet dem som så att säga "jobbar på golvet". Detta är ett sätt att försöka nå branschen i dess helhet.

Ett sätt att ytterligare sprida information inom branschen är att ta upp relevanta händelser i fartygens skyddskommittéer.

Initiativtagare och ansvarig för utskicket, som skildrar både svenska och utländska händelser, är Utredningsenheten vid Sjöfartsinspektionen. Synpunkter, åsikter och förslag emottages tacksamt på telefon 011-19 12 73 eller e-post ([inspektion@sjofartsverket.se](mailto:inspektion@sjofartsverket.se)).

Texten kan hämtas på Sjöfartsverkets hemsida: [www.sjofartsverket.se](http://www.sjofartsverket.se) - Sjöfartsinspektionen (under rubriken Sjöfartsinspektionen). Alternativt kan man kontakta inspektionen för att hamna på sändlistan för e-postutskick.

### Nedseglade mindre fartyg

Det förekommer då och då att mindre fartyg eller båtar kommer i obehagliga närsituationer med större fartyg eller rent av blir nedseglade, ibland med tragiska följder. Ett aktuellt exempel är fiskefartyget Astrida, som sannolikt legat till ankars strax innan det försvann med sex mans besättning. Vraket har sedan hittats, och de lettiska myndigheterna har i sitt sökande efter det påseglade fartyget funnit ett misstänkt.

En annan händelse som inträffat ganska nyligen är en segelbåt i Östersjön som blev nedseglad på natten av ett okänt fartyg. Händelsen inträffade i mörker och relativt lugnt väder. Sikten var god. En i segelbåten överlevde och plockades upp av en annan fritidsbåt 11 timmar senare, medan den andre ombord följde med i djupet och avled. Fartyget som körde på segelbåten fortsatte resan som om ingenting hänt. Man har inte kommit till klarhet om vilket detta fartyg var.

Händelserna ger anledning till följande reflektioner.

För mindre båtar:

- Man måste ha ständig utkik horisonten runt. Detta utesluter i praktiken längre ensamseglingar.

Datum

2009-01-19

- Trötthet är lika vanlig till sjöss som överallt annars. Man behöver ta med det i beräkningarna och eventuellt vidta åtgärder.
- Lanternor måste fungera och ska användas.
- Ankarvakt ska finnas, i synnerhet om det kan finnas risk för tyngre trafik.
- Radarreflektor bör alltid användas. Även relativt små vågor kan medföra att ekon från mindre båtar annars försvinner i sjöklutter.
- Även om större fartyg har radar kan dessa vara felaktigt inställda eller användas på fel sätt. Man kan heller inte räkna med att andra agerar efter gällande sjövägsregler.
- Man behöver också vara medveten om att stora fartyg behöver stort utrymme för girar och stoppmanövrar.

För större fartyg:

- Det kan noteras att bristande utkik är en faktor i ett stort antal olyckor. Slarva inte med att hålla god utkik.
- Små båtar kan synas dåligt på radar, även om denna är riktigt inställd.
- I tjocka och dålig sikt ska mist signaler avges, även om radarskärmen är tom. Det kan finnas mindre båtar i närheten som inte syns och som kan vara beroende av signaler från andra fartyg.

Iu 080202-04-16233  
BSU 234/03 DE

### **RIB tappade motor**

En RIB\* i Stockholms skärgård var på väg att hämta passagerare och körde igenom ett antal svallvågor. Motorn, som var på 250 hk, lossnade då men hängde kvar i kablaget och kom därvid i rotation. Den ena pontonen punkterades.

Motorfästet var av fabrikat CMT och klassat och godkänt för 300 hk/V6. Likväl fanns det klara tecken på utmattning och det fanns även klara brottytor i godset. Expertis som tittat på motorfästet menar att produkten är för klen för motorvikten i allmänhet och vikten i kombination med dessa båtaras körprofil i synnerhet. Vid inspektion visade det sig att det fanns risk för liknande skador även på de två systerbåtarna. Efteråt har det bekräftats att det finns problem med motorfästen, bl.a. i form av sprickor i lamineringar. Erfarenhet visar att förstärkningar måste göras efter ca. 100 gångtimmar.

Datum  
2009-01-19

\*RIB, Rigid Inflatable Boat: gummibåt med (delvis) hårt skrov.

Iu 080201-04-16575

### **Personskada vid trailerlastning**

Då och då inträffar olyckor vid lastning av trailer med tug-master. Denna gång befann sig en matros bakom trailern för att dirigera den när den backades på plats. Tug-masterns förare hörde inte matrosens stoppsignal och matrosen blev klämd mellan två trailrar. Två matros som var i närheten kunde stoppa tug-mastern och föraren körde framåt för att lossa den klämd matrosen. Matrosen blev medvetslös och fick köras till sjukhus. Så vitt känt fick han inga allvarligare skador.

- Stå eller gå aldrig **bakom** ett backande fordon.
- Använd tydliga signaler, t.ex. visselpipa.
- Ordentliga reflexkläder ska användas för att undvika att man inte syns i ett relativt mörkt lastrum.
- Personer som inte har med lastnings- eller lossningsarbetet att göra bör inte uppehålla sig på däck.

Iu Ao 031125

### **Man-över-bord från fiskefartyg med dramatiska följder**

Två fall av man-över-bord från fiskefartyg har rapporterats den senaste tiden.

I det första fallet fastnade en person i en kink på en lina som löpte överbord i samband med att trålen sattes. Personen följde med överbord, och trots att ett par av den övriga besättningen hoppade i vattnet för att hjälpa denne ombord genom att binda en lina om honom, lyckades man inte få honom ombord förrän 30-45 minuter efter fallet. När han bärgades var han livlös och det gick inte att återuppliva honom.

Det andra fallet inträffade vid garnsättning. En av besättningsmedlemmarna föll av oförklarlig anledning överbord. Man slängde en livboj till honom och kunde efter ett tag manövrera så att han fanns vid styrbordssidan, som var öppen.

Trots relativt litet fribord (0,5 m) hade man synnerliga svårigheter att få ombord mannen. Kläder drogs sönder av båtshaken och man hade stora problem med att få upp honom. Efter 10-15 minuter i det 5-gradiga vattnet kom han äntligen ombord, men var nu medvetslös. Man körde mot land, och under tiden arbetade man hårt med att få liv och värme i mannen, som var

Datum  
2009-01-19

svårt nedkyld. Mannens skeppskamraters stora ansträngningar lyckades, och han överlevde.

Båda fallen visar på stora svårigheter i samband med man-över-bord. Det är viktigt att man har ordentliga rutiner som man kan utgå ifrån om olyckan skulle vara framme. Dessa kan inbegripa följande:

- slänga ut livboj
- hålla utkik på personen i vattnet
- vända båten (t.ex. med ”Williamssons turn”)
- metod och anordning att få upp medvetslös person ur vattnet.

I båda fallen handlade det om personer med stor erfarenhet från fiske. Fallen visar också behovet av att se över dessa rutiner. Betydelsen av att använda räddningsväst eller flytoverall ska heller inte underskattas.

Dk 199935043/23, 199943749/12

### **Överbelastat hydraulsystem orsakade brand**

Efter att hydraulsystemet varit igång några timmar, larmade systemet för hög temperatur samtidigt som en läcka uppstod i en koppling på lågtryckssidan av systemet. Olja fylldes på och kopplingen lagades.

Ytterligare några timmar senare gick larmet för hög temperatur igen. Strax efteråt gick också brandlarmet. En brand hade brutit ut i maskinrummet. Huvudmaskinerna stoppades, branden släcktes och assistans av bogserbåt fick begäras.

Ännu en koppling på lågtryckssidan hade gått. Olja hade läckt på ett avgasrör och antänts.

Det kunde konstateras att temperaturen på oljan hade varit för hög. Detta hade lett till ett ökat tryck, som i sin tur fått kopplingarna att haverera. Temperaturökningen berodde på ett ineffektivt kylsystem, beroende på att kylvattenintaget satt så högt att det delvis sög luft eftersom det var viss sjögång. Dessutom var en ventil på ledningen till expansionstanken stängd. Denna ventil bortmonterades senare, trots att detta kunde orsaka merarbete vid underhåll.

MAIB SD 1/2002 Case 12

### **Trötthet och slarvig utkik faktorer vid kollision**

Vid en kollision i vintras i öppen sjö blev ett svenskt tankfartyg påseglad av en lite mindre torrlastare. Torrlastfartyget kom på tankerns babordssida och

Datum  
2009-01-19

kom att segla rätt i sidan på tankern. Båda fartygen fick materiella skador, men inga personskador uppstod.

På torrlastaren uppger befälhavaren, som hade vakten, att tankern girade mot honom. Han hade tänkt att passera för om tankern. Det finns dock inget som stöder den skildringen, utan beskrivningen från tankerns vakthavande styrman förefaller vara den riktiga. Styrmannen säger att han varit uppmärksam på en del trafik på sin egen styrbordssida, och sedan ägnade några minuter åt sjökortsarbete. Därför kom han inte att kontrollera fartyget på babordssidan, som han förutsatte skulle gira enligt sjövägsreglerna. När han upptäckte att torrlastaren inte girade var det för sent att vidta åtgärder.

Torrlastaren lämnade sedan platsen utan att kontakta tankern.

I utredningen konstateras att utkiksman inte fanns på någotdera av fartygen. Det är sannolikt att en aktiv utkiksman på något eller båda fartygen hade kunnat förebygga olyckan.

Dessutom konstateras att vilotidsreglerna bröts på båda fartygen. På torrlastaren är dessa regelbrott flagranta och förefaller att vara systematiska. Utredningen menar att befälhavarens höga arbetstidsuttag tiden före olyckan måste ha påverkat honom negativt i sitt yrkesutövande

- Utredningsenheten kan konstatera att det är väldigt vanligt att utkiksman inte finns på bryggan vid kollisioner och grundstötningar.
- Utredningsenheten kan också konstatera att det är vanligt att vilotidsreglerna inte följs.

Det är viktigt i olycksförebyggande syfte att regelverken som styr utkik och vilotider följs.

Iu 080201-03-17553  
Iu 080202-03-17555

Handläggare  
Jörgen Zachau, 011-19 12 73  
jorgen.zachau@sjofartsverket.se

2009-01-19

## Sjöfartsinspektionen informerar... 4/2004

Inspektionen distribuerar med viss regelbundenhet angelägna meddelanden och budskap varvat med erfarenhetsberikande händelser som andra råkat ut för. Syftet är att delge branschens aktörer på alla nivåer ökad kunskap och säkerhetsmedvetande. Ett stort problem med säkerhetsarbete är att nå ut till dem som berörs, i synnerhet dem som så att säga ”jobbar på golvet”. Detta är ett sätt att försöka nå branschen i dess helhet.

Ett sätt att ytterligare sprida information inom branschen är att ta upp relevanta händelser i fartygens skyddskommittéer.

Initiativtagare och ansvarig för utskicket, som skildrar både svenska och utländska händelser, är Utredningsenheten vid Sjöfartsinspektionen. Synpunkter, åsikter och förslag emottages tacksamt på telefon 011-19 12 73 eller e-post ([inspektion@sjofartsverket.se](mailto:inspektion@sjofartsverket.se)).

Texten kan hämtas på Sjöfartsverkets hemsida: [www.sjofartsverket.se](http://www.sjofartsverket.se) - Sjöfartsinspektionen (under rubriken Sjöfartsinspektionen). Alternativt kan man kontakta inspektionen för att hamna på sändlistan för e-postutskick.

### **Manipulerande med brandutrustning ledde till avvisning**

Under en kryssning med en svensk färja utlöstes brandlarmet i en av hytterna, vilket ledde till att en besättningsmedlem kom för att undersöka orsaken. Väl i hytten fann han två passagerare som rökte cigaretter. Han meddelade dem att det var rökförbud i hytterna, varvid passagerarna fimpade. Efter att besättningsmedlemmen avlägsnat sig tog den ena av kvinnorna bort rökdetektorn från sitt fäste i underdäck och dölde den i en av kojerna. Därefter begav de sig till restaurangen.

Borttagande av detektorn ledde naturligtvis till en felindikering på brandtavlan. Besättningen sökte därför upp passagerarna i restaurangen och bad dem komma med till befälhavaren. Där fick de reda på allvaret i sitt tilltag och det slutade med att de sändes iland med en polisbåt. Kryssningen blev alltså för deras del avslutad på ett oväntat sätt.

Sjöfartsinspektionen vill gärna understryka att det är i högsta grad allvarligt att manipulera med ett fartygs säkerhetssystem.

Iu/It

Datum

2009-01-19

### **Böter för brist på vård och underlåtenhet att rapportera**

På ett svenskt fartyg skadades förra vintern en besättningsmedlem, som det visade sig, svårt. På fartyget gav man besättningsmedlemmen smärtstillande tabletter, utan att kontakta Radio Medical. Först när fartyget kom till kaj fick den skadade vård.

Befälhavaren har nu fått böter för att denne inte sört för att besättningsmedlemmen fått betryggande vård. Dessutom bötfälls befälhavaren för att denne inte genast rapporterat till Sjöfartsinspektionen. Böterna uppgår till 60 dagsböter.

Utredningsenheten påminner om att det föreligger skyldighet att rapportera till Sjöfartsinspektionen inte bara vid olyckor utan även vid tillbud till olyckor, vare sig skada uppkommit eller inte (Lagen om utredning av olyckor 1990, SJÖFS 1991:5, SJÖFS 1974:9). Försummelse kan alltså leda till böter.

Iu 080201-03-15185

### **Otät lucka orsak till förlisning?**

Under trålning i Skagerack hade fiskebåten 15-20° slagsida, vilket ombord ansågs vara fullt normalt. Plötsligt fick emellertid båten en slagsida uppemot 40-50°. Befälhavaren, som var på bryggan, sprang ner och purrade ut de tre besättningsmedlemmarna och man kunde snabbt överge båten. Efter det att alla tagit på sig räddningsdräkt hoppade två av de fyra fiskarena i flotten.

Strax därefter lade båten över ytterligare, varvid även de återstående två tog sig till flotten.

Sedan sjönk båten.

De fyra plockades upp av handelsfartyg.

Orsaken till förlisningen var inte att trålen fastnat eftersom båten hela tiden gjorde ett par knops fart. Istället torde det troligaste vara vatteninträngning, möjliggjord av slagsidan under tråldraget. Av de luckor och dörrar som fanns var alla som stod under vatten stängda, medan ett par som var högre upp var öppna. En av de stängda luckorna var inte helt tät. Den rimligaste förklaringen torde vara, att mer vatten än vanligt trängt in genom den otäta luckan, alternativt att något mer slagsida än vanligt förekommit och därmed tillåtit vatten att tränga in via någon av de öppna luckorna.

Erfarenheter

- Besättningen hade stor glädje av kunskaper de erhållit från säkerhetskurser (hantering av flottar, räddningsdräkter etc.).



Datum

2009-01-19

- Trålning med stor slagsida kan vara vanskelig – om man alls ska göra det kan man ha lättare att hålla koll på situationen av en krängningsvisare.
- Man kan inte nog betona betydelsen av att alla luckor och öppningar är ordentligt stängda och skalkade, på liten båt såväl som stort fartyg. Läckage ska naturligtvis inte tillåtas.

Sag 199914119 Arkivkode 01.40.05 Söfartsstyrelsen DK

### **Maskinrum vattenfylldes vid barlastkörning**

Ett fartyg som var på varv skulle dockas. För att förbereda inför dockningen körde en av styrmännen en del barlastvatten på natten.

Samtidigt hade man i maskinrummet förberett för underhållsarbete av barlastsystemet. En pump och en del rör hade monterats ner.

Efter tre timmar noterade styrmannen att nivån i tankarna inte steg som den förväntades. Det uppdagades då att vattnet hade fyllt maskinrummet till 2,5 – 3 meters höjd.

Efteråt konstaterades att tre nivåalarm hade aktiverats under fyllningen. Inget av dessa larm hade emellertid fått vakthavande i maskinkontrollrummet att gå ner och kontrollera, utan hade bara kvitterats.

Uppgifterna kommer från DNV.

DNV Casualty Information 2/2004

\*\*\*Bild\*\*\*

### **Stor båt i grunt vatten**

På inresa till Östersjön passerade ett medelstort bulkfartyg Öresund för lastning i Baltikum. Efter lastning avgick man för resa till Fjärran Östern. En av styrmännen, som hade till uppdrag att planera resan, gjorde återigen upp resplanen genom Öresund.

De andra styrmännen förstod så småningom att resplanen kunde orsaka problem, eftersom fartyget efter lastning hade ett djupgående på nästan 11 meter. Då passage genom Öresund endast tillåter djupgående på maximalt 7 meter försökte de att uppmärksamma befälhavaren på problemet. Han vägrade emellertid att ta till sig frågeställningen.

Då fartyget närmade sig Flintrännen försökte vakthavande styrman att undvika de grundaste avsnitten på sjökortet. Trots att vattendjupet minskade successivt kunde man inte förstå att fartyget styrde allt sämre. Det kom inte heller några maskinlarm.

Datum  
2009-01-19

Strax därefter grundstötte fartyget.

Efteråt hade befälhavaren ingen annan motivering till valet av rutt än att man ju hade gått där tidigare. Det kunde också konstateras att styrmännen, som visste att det var för grunt, endast svarade att det var befälhavarens beslut.

Ombord fanns uppenbarligen en osund hierarkisk ordning, där befälhavaren inte lyssnade till sina styrmän och där styrmännen i sin tur visade en förödande respekt för befälhavarens order.

Iu 080202-04-16378

### **Insjö passerat 1 000 rapporter**

Sjöfartsbranschens olycks- och tillbudsrapporteringssystem Insjö passerade under eftermiddagen den 11 oktober antalet 1 000 inskickade rapporter. Den tröghet som kunnat konstateras under ISPS-kodens införande tycks därmed ha lättat något.

Rapportdatabasen bygger på principen att rapporter kommer in från besättningarna till rederierna via det interna ISM-systemet och att rederierna sedan vidarebefordrar rapporterna till databasen, där de avidentifieras och lagras. Man kan alltså bidra till framtidens sjösäkerhet genom att rapportera enligt ISM-koden.

### ***Rapporter om avslitna trossar***

En av de senaste rapporterna från Insjö handlar om ett fartyg som avgick med en tross som inte var avlagd. Trossen gick av, men någon skada förutom på trossen uppstod inte. Trossen användes vanligtvis inte, och i samband med att man bytte besättning glömdes den bort.

En annan liknande händelse rapporterade också nyligen in. Vid den händelsen skadades bl.a. brädgång och brädgångsstötter.

Betydelsen av korrekt avlämning vid avlösning samt att man noggrant följer rutiner, inte minst på färjor, kan inte nog betonas. Personskador och t.o.m. dödsfall inträffar ibland i samband med händelser som de beskrivna.

Insjö 1010 och 997