

Datum
2021-03-11
Handläggare
Patrik Jönsson
Sjö och luft
Enheten för hållbar utveckling
Sektionen för analys

Transportstyrelsen informerar – sjöfart 1/2021

Transportstyrelsen distribuerar med viss regelbundenhet angelägna meddelanden och budskap varvat med händelser som andra inom sjöfarten råkat ut för. Syftet med informationen är att öka kunskapen och säkerhetsmedvetandet hos sjöfartens aktörer på alla nivåer. Ett problem med säkerhetsarbete är att nå ut till den personal som berörs, i synnerhet till dem som så att säga ”jobbar på golvet”. Detta är ett sätt att försöka nå branschen i sin 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 sektionen för analys på Transportstyrelsens avdelning sjö- och luftfart. Synpunkter, åsikter och förslag tar vi tacksamt emot på e-post sjoutredning@transportstyrelsen.se.

Prenumeration på utskicken

Transportstyrelsen låter dessa meddelanden vara tillgängliga som prenumeration. Man har möjlighet att prenumerera på utskicket genom att ange sin mejladress och kryssa för den typ av utskick man vill ha, i det här fallet: Sjöfart – olyckor och tillbud yrkessjöfart samt säkerhetsinformation för sjöfarten bland kryssvalen på vår hemsida. Den som vill ha informationen går in på:

<http://www.transportstyrelsen.se/sv/Om-webbplatsen/prenumerera-pa-information/>

Sjöfartens arbetsmiljönämnd publicerar också delar av texterna i sin publikation SAN-NYTT som även går att läsa digitalt på deras hemsida. www.san-nytt.se.

Ramphaveri

I samband med lossning av containers på ett rullande chassi från väderdäck på ett fartyg brast de krokarna som håller upp rampen när tugmastern (dragmaskinen) rullade ut på rampen.

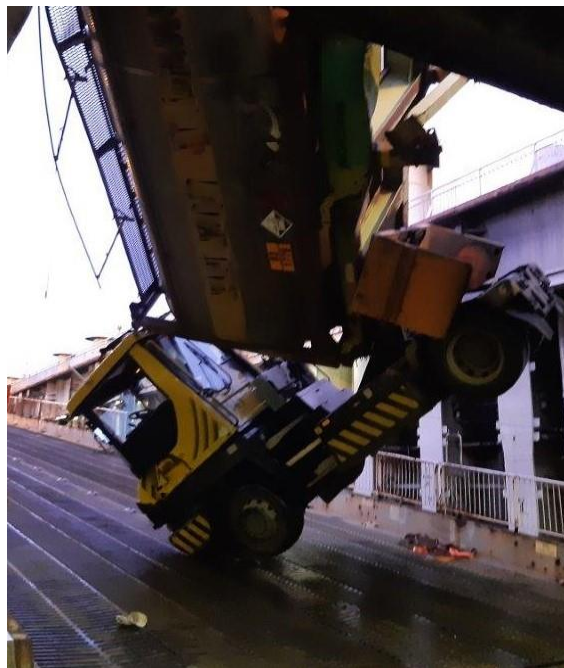
Rampen är av en tippbar typ vilket innebär att man kan välja att sänka den antingen akter- eller förifrån. Rampen vilar då på krokarna som hänger på hydrauliska tappar som skjuts undan på den sida där man vill sänka rampen.

När rampen belastades brast krokarna på båda sidor och rampen tippade över så att tugmaster och chassi med containers blev hängande från väderdäck ner till däck under. Föraren av tugmastern kunde själv ta sig ut ur fordonet och klarade sig utan några större skador. Båda containrarna var klassade som farligt gods, den ena var tom men inte rengjord och den andra innehöll last, inget läckte dock ut och de kunde hanteras av räddningstjänsten utan några skador.

Rampen är godkänd att lyfta med en last av 120 ton och belastningen vid olyckstillfället var betydligt lägre.

Anledningen till att rampen havererade var att det fanns sprickor i godset till krokarna, dessa sprickor var inte nya då det uppstått rost i dem. Det finns ingen känd händelse ombord som skulle ha kunnat orsaka sprickorna. De motsvarande krokarna på andra sidan rampen undersöktes ordentligt och uppvisade inga spår av sprickor.

Rederiet har bytt ut de trasiga krokarna och ersatt dem med förstärkta krokarna och kommer byta ut övriga krokarna på rampen framöver.



Figur 1. Den tippade rampen med tugmaster. Foto besättningen

Kraftig överhalning vid gång i medgående sjö

I samband med att ett Ropax fartyg lämnade hamn och påbörjade sin sjöresa blåste det NO vind 18-20 m/s, även sjön kom från NO och den signifikanta våghöjden uppgavs vara 3,8 m. Fartyget gick en näst intill rakt sydlig kurs i full fart. Befälen ombord upplevde att fartyget som fick sjö och vind ungefär 40 grader akter om tvärs på babords sida slingrade en del och valde att korrigera kursen något åt babord varvid det hela lugnade sig något. En halvtimme senare på den nya kursen fick fartyget plötsligt en kraftig överhalning och lutade 20-25 grader, befälhavaren som var på bryggan tog omedelbart handstyrning och girade babord till dess vågorna kom tvärs fartyget. Överhalningen ledde till att flera (ungefär 14 varav 4 i besättningen) personer skadade sig lindrigt på grund av att de föll eller fick lösa föremål över sig. På lastdäck slet sig en bagagevagn som skadade en personbil.

Det hela upplevdes självklart som väldigt obehagligt av passagerarna ombord och vissa fick uppsöka sjukhus när fartyget kom till kaj där rederiet ordnat så att både ambulans och kristeam väntade vid ankomst.

Överhalningen var som nämnts kraftig, men den lutning fartyget utsattes för i just detta fall, utgjorde i sig inte någon fara för att fartyget skulle förlisa.

Faran med att köra i hög fart i medgående sjö ska dock inte underskattas då det kan leda till att fartyget och sjön rör sig i ungefär samma riktning och fartskillnaden dem emellan blir liten, varvid fartyget kan bli hängande på en vågkam och därmed oväntat tappa stabilitet och lägga över kraftigt. Om det vill sig illa och en lastförskjutning inträffar kan det få allvarliga konsekvenser.

Ett exempel på detta är olyckan med RoRo fartyget [Finnbirch](#) 2006 som utretts av Statens haverikommission och finns att läsa på deras hemsida.

Vevhusexplosion

Statens haverikommission (SHK) har publicerat en rapport RS 2020:01 om en olycka ombord på Ropax fartyget [Peter Pan](#) som finns att läsa på deras hemsida. Nedan hittar ni ett sammandrag från rapporten skrivet av SHK

”På resa från Rostock mot Travemünde kände besättningen på PETER PAN plötsligt kraftiga vibrationer i fartyget. Tätt därefter utlöstes brandlarm och automatsprinkler i maskinrum 4, där dieselgenerator 4 (DG 4) stod, och i maskinrum 3, där dieselgenerator 3 (DG 3) stod. Det visade sig senare att en vevstake i cylinder 6 hade brustit i huvudmaskinen i maskinrum 3, som låg på fartygets styrbordssida.

Det uppstod en explosionsartad brand i maskinrum 3. Branden medförde även skador i maskinrum 4 på fartygets babordssida. Någon mer utvecklade brand uppstod dock inte där. I maskinrum 3 orsakade dock branden omfattande skador. Kablage och rörinstallationer som löpte genom maskinrum 3 till maskinrum 1 skadades också.

För att stoppa DG 3 var besättningen tvungen att stoppa bränsletillförseln till samtliga tre motorer på styrbordssidan, och man hade således därefter enbart de två motorerna på babordssidan kvar i drift, dvs. DG 2 och DG 4. De totalt fem motorerna (DG1–DG 5) var placerade i var sitt maskinrum. Dessa var avsedda att vara åtskilda från andra utrymmen med en brandavgränsning som skulle uppfylla kraven enligt brandklass A-0, trots att detta egentligen inte var ett krav då PETER PAN byggdes.

Utredningen har dock visat att fyra av maskinrummen var förbundna sinsemellan bland annat genom helt öppna korsfyllningsrör, vilka i praktiken kom att bryta den avsedda A-0-avskiljningen. Utredningen visar vidare att heta brandgaser i detta fall spred sig från maskinrum 3 till maskinrum 4 genom dessa rör.

Korsfyllningsrören utgör dock å sin sida ett sätt att uppfylla stabilitetsregler som syftar till att förhindra slagsida vid vatteninträngning. Händelsen utgör således ett exempel på hur regler för att hantera olika typer av risker kan komma att motverka varandra.

Utredningen visar dessutom att vevhusventilationen från huvudmaskinerna på respektive sida av fartyget var sammanbyggd på däck 10, trots att detta inte är tillåtet enligt ordalydelsen i klassificeringssällskapets egna regler. Klassificeringssällskapet har dock uppgett att konstruktionen, tack vare långa rördragningar och gemensam dränering, är accepterad och allmän praxis.

Enligt haverikommissionens bedömning är dock konstruktionen olämplig. Konstruktionen kan, i synnerhet i kombination med en oljedimdetektor av den typ som användes, utgöra en utökad risk för en vevhusexlosion eller brandspridning i eller genom systemet, även om denna risk inte kan sägas ha realiserats i det aktuella fallet.

Orsaken till den brustna vevstaken har inte gått att fastställa. Däremot har det kunnat konstateras att branden uppstod p.g.a. att bränsle och smörjolja sprutade in i den havererade cylindern. Branden har därefter kunnat fortgå genom att den har haft tillgång till smörjolja som har fungerat som bränsle. En nödvändig förutsättning för att skadorna i maskinrum 4 skulle uppstå har varit de öppna korsfyllningsrören från maskinrum 3. Anledningen till att samtliga motorer på styrbordssidan behövde stoppas har varit att kablaget inte har varit brandskyddat i maskinrum 3 och att försörjningssystemen för t.ex. bränsle och kylvatten inte har varit redundanta i tillräcklig utsträckning för individuell drift.”

Fall från hög höjd

I samband med att man på ett Ropax fartyg skulle skicka iland sina livflottar för service öppnade man en lucka på livflottedäcket för att kunna hissa ner dem till lastdäcket under. Besättningen förberedde sig väl med ett möte dagen innan där man gick igenom säkerhetsprocedurerna enligt SMS manualen. De spärrade av området med tejp och satte upp varningsskyltar och saltade det frusna däcket, de gick också ut med ett meddelande via PA

systemet innan jobbet påbörjades. De lyfte sen luckan ur däckets men lät den hänga kvar strax ovanför däckets i traversen så att hålet inte skulle stå öppet.

Ett seniorbefäl gick ut på däck för att se till att allt förberetts enligt överenskommelse, när han kommer fram halkar han på däckets och far igenom avspärrningen, landar på den hängande luckan som viker sig liksom en svängdörr, glider mellan luckan och däckskanten och faller ungefär sex meter ner till däckets under. Han skadar sig illa med frakturer i båda fötterna, ett ben, revben, handled och kotkompressioner.

Det är svårt att säga vad man skulle kunnat göra annorlunda i det här fallet, besättningen vidtog rimliga säkerhetsåtgärder och följde de instruktioner som finns i SMS manualen, möjligen skulle de som vistades i närheten av hålet haft någon form av fallskyddsutrustning kopplad.



Figur 1. Den upplyfta luckan och hålet som personen föll ned igenom. Foto: Polisen

Statens haverikommission (SHK)

Olycksutredningar

Enligt ett direktiv från EU 2009/18/EU om grundläggande principer för utredning av olyckor inom sjötrafiksektorn ska de olyckor som klassificeras som mycket allvarliga alltid utredas.

I Sverige är Statens haverikommission (SHK) den utpekade myndigheten när det gäller sjöolyckor. Då sjöolyckor rapporteras till Transportstyrelsen har myndigheterna ett avtal där Transportstyrelsen vidarebefordrar de rapporter som kommer in till SHK som bedömer dem enligt de kriterier som direktivet anger och beslutar om utredning eller inte. SHK utreder olyckor

på svenska fartyg över hela världen och utländska fartyg på svenskt territorialvatten och där så krävs i samarbete med utländska staters haverikommissioner. Utredningarna ska i den mån det är möjligt leda till någon form av rekommendation som ökar säkerheten och minskar risken att händelsen ska upprepas.

Pågående och publicerade utredningar finns att tillgå på SHK:s hemsida:
<http://www.havkom.se/>

Även på IMO:s [hemsida](#) kan man läsa om ”Lessons Learned” framtagna av analytiker inom underkommittén Implementation of IMO Instruments (III) från olycksutredningar världen över.

Pågående utredningar civil sjöfart

Preliminär bedömning av nya uppgifter om förlisningen av passagerarfartyget ESTONIA

Händelsedatum: 2020-10-02
S-200/20

Allvarlig sjöolycka med en fiskebåt utanför Hönö, Bohuslän

Händelsedatum: 2020-06-05
S-103/20

Tillbud till mycket allvarlig sjöolycka med en lotsbåt i Brofjorden, Bohuslän

Händelsedatum: 2020-01-21
S-42/20

Publicerade utredningar civil sjöfart

Tillbud till mycket allvarlig sjöolycka med en rib utanför Skutskär, Gävleborgs/Uppsala län

Händelsedatum: 2020-08-07
Publiceringsdatum: 2021-02-09
S-153/20