


RAPPORT

Sjø 2017/01



RAPPORT OM SJØULYKKE – MANN OVER BORD FRA FISKEFARTØYET ARCTIC PIONEER LDQA I BARENTSHAVET 26. NOVEMBER 2015

 English summary included

Statens havarikommisjon for transport (SHT) har utarbeidet denne rapporten utelukkende i den hensikt å forbedre sjøsikkerheten. Formålet med en sikkerhetsundersøkelse er å klarlegge hendelsesforløp og årsaksfaktorer, utrede forhold av betydning for å forebygge sjøulykker og bedre sjøsikkerheten, og offentliggjøre en rapport med eventuelle sikkerhetstilrådinger. Kommisjonen skal ikke vurdere sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. Bruk av denne rapporten til annet enn forebyggende sjøsikkerhetsarbeid skal unngås.

ISSN 1894-5864 (trykt utg.)
ISSN 1894-5937 (online)

Statens havarikommisjon for transports virksomhet er hjemlet i lov 24. juni 1994 nr. 39 om sjøfarten § 473 jf. forskrift 11. januar 2008 nr. 30 om fastsetting av undersøkelsesmyndighet etter sjøloven § 473.

Foto av vestlandsferje: Bente Amandussen

INNHOLDSFORTEGNELSE

MELDING OM ULYKKEN	3
SAMMENDRAG.....	3
ENGLISH SUMMARY	4
FAKTISKE OPPLYSNINGER	6
1.1 Hendelsesforløp	6
1.2 Redningsoperasjonen	9
1.3 Vær- og sjøforhold	9
1.4 Fartøyet	9
1.5 Besetning og arbeidsorganisering	10
1.6 Normal operasjon ved setting	10
1.7 Overlevelsesaspekter.....	13
1.8 Rederiet og sikkerhetsstyring.....	13
1.9 Relevant regelverk	14
1.10 Tilsyn med rederi og fartøy.....	15
1.11 Medisinske forhold	17
1.12 Tidligere relevante undersøkelser	17
1.13 Undersøkelse av hjertestarter	18
1.14 Gjennomførte tiltak	18
2. ANALYSE.....	21
2.1 Innledning	21
2.2 Vurdering av hendelsesforløpet	21
2.3 Arbeidsområdet på akterdekket	21
2.4 Overlevelsesaspekter.....	21
2.5 Redningsinnsatsen.....	22
2.6 Rederiets sikkerhetsstyring og HMS-arbeidet om bord.....	23
2.7 Sjøfartsdirektoratets tilsynsrolle	24
3. KONKLUSJON	25
3.1 Hendelsesforløpet	25
3.2 Rederiets HMS-arbeid og sikkerhetsstyring	25
3.3 Regelverk og tilsyn	25
4. SIKKERHETSTILRÅDINGER	26
DETALJER OM FARTØYET OG ULYKKEN	27
VEDLEGG.....	28

MELDING OM ULYKKEN

Statens havarikommisjon for transport (SHT) mottok på formiddagen 26. november 2015 melding fra Sjøfartsdirektoratet om en mann over bord ulykke (MOB) fra fiskefartøyet Arctic Pioneer LDQA. Ulykken inntraff under setting av snøkrabbeteiner i Barentshavet. Fiskeren som hadde falt i sjøen var berget om bord igjen og ble gitt hjerte- og lungeredning (HLR). Hovedredningsentralen i Nord-Norge (HRS-N) koordinerte redningsaksjonen og rekvirerte helikopter fra Longyearbyen. Fartøyet gikk mot Hopen ved Svalbard for å møte helikopteret. Samme kveld kl. 2115 mottok SHT beskjed om at fiskeren var erklært omkommet.

Havarikommisjonen iverksatte en sikkerhetsundersøkelse og 29. november reiste personell fra SHT til Tromsø, hvor fartøyet ankom på ettermiddagen. Tekniske undersøkelser og rekonstruksjon av hendelsen, samt intervju med mannskapet ble gjennomført i de påfølgende dagene.



Figur 1: Arctic Pioneer sin posisjon da ulykken inntraff. Kart: © Kartverket/SHT

SAMMENDRAG

Arctic Pioneer gikk ut fra Båtsfjord, Finnmark fredag 13. november. Den 26. november 2015 lå fartøyet på Sentralbanken 160 n.mil øst av Hopen og fisket med teiner etter snøkrabbe. Det var 21 mann om bord, og Arctic Pioneer var på sin tredje tur i den nordøstlige delen av Barentshavet da en av besetningsmedlemmene falt over bord og omkom.

Undersøkelsen har vist at arbeidsområdet og -prosessen ved setting av teiner ga mulighet for at en enkel forglemmelse utviklet seg til en faresituasjon på dekk. Teinestrengen mellom siste krabbeteine og ankeret løp feil ut bak en lagrings-/stålpinne som ikke var fjernet etter bruk. Da en av fiskerne forsøkte å korrigere situasjonen entret han en faresone. Teinestrengen som var kommet i spenn bøyd ned stålpinnen, før den glapp over og traff fiskeren. Han ble dratt videre overbord av endeankeret på teinelenken, gjennom den åpne akterenden på fartøyet. Den forulykkede hadde ikke sikkerhetsline, og det var ingen fysiske barrierer som hindret ham i å entre faresonen.

Fiskeren ville med stor sannsynlighet hatt bedre overlevelsessevne dersom han hadde benyttet redningsvest og/eller arbeidsflyteplagg som beskyttet mot nedkjøling (hypotermi) og kunne forhindret drukning. Rederiet hadde ikke fastsatt en standard for bekledning på arbeidsdekket og mannskapet kjøpte inn sitt eget arbeidstøy. Dette kan ha medvirket til at arbeidstøyet fiskerne benyttet, i varierende grad var egnet til å sikre flyteevne og hindre hypotermi ved fall over bord.

SHT mener at undersøkelsen har vist at rederiet ikke hadde foretatt en tilstrekkelig dokumentert kartlegging og vurdering av risikoforhold om bord før 26. november. Opplæringsmanualen beskrev hvordan HMS-arbeidet skulle foregå, men det var ikke etablert systematiske HMS-rutiner om bord. Mannskapet hadde ikke valgt verneombud, og det var heller ikke opprettet et arbeidsmiljøutvalg (AMU). Frekvensen av og innholdet i beredskapsopplæring og trening hadde heller ikke vært tilstrekkelig. At ikke alle var grundig nok familiarisert for oppgaven bidro trolig til at de ble usikre på hjertestarterens funksjon og virkemåte når de utførte hjerte- og lungeredning samt at kun en av de tre om bord i redningsbåten fikk på seg redningsvest.

Ulykken på Arctic Pioneer er en av flere arbeidsulykker i havfiskeflåten i forbindelse med operasjon av fiske- og fangstutstyr. Det stilles i gjeldende regelverk få krav til design og operasjon av dette utstyret. Sjøfartsdirektoratet skulle ifølge rapporten «Fokus på risiko 2015» ha fokus på sikre arbeidsplasser i sin tilsynsvirksomhet for 2015. Bortsett fra befaringen i august 2015 hvor det ble påpekt behov for å gjennomføre risikoanalyser av arbeidsoperasjonene, kan ikke SHT se at Sjøfartsdirektoratet rettet særskilt oppmerksomhet mot arbeidsplassikkerhet om bord på Arctic Pioneer.

Undersøkelsen av denne sjøulykken har avdekket flere områder hvor sjøsikkerheten kan forbedres. Imidlertid har det aktuelle rederiet i etterkant av ulykken gjennomført flere risikoreduserende tiltak, samtidig som SHT tidligere har fremmet sikkerhetstilrådingen til myndighetene om det samme temaet. SHT fremmer derfor ikke nye sikkerhetstilrådingen i forbindelse med denne undersøkelsen.

ENGLISH SUMMARY

Arctic Pioneer left Båtsfjord in Finnmark on Friday 13 November 2015. On 26 November, the vessel was on the Sentralbanken ocean bank 160 nm east of Hopen, pot fishing for snow crab. There were 21 crew members on board, and Arctic Pioneer was on its third trip to the north-eastern part of the Barents Sea when one of the crew members fell overboard and perished.

The investigation has shown that the work area and the process involved in shooting pots made it possible for a simple oversight to develop into a dangerous situation on deck. The back rope between the last pot and the weight was incorrectly deployed behind a storage-/steel pin that had not been removed after use. When one of the fishermen attempted to remedy the situation, he entered a danger zone. The jammed back rope bent down the steel pin, before it suddenly broke free and hit the fisherman. He was dragged overboard by the weight at the end of the string, through the open

stern of the vessel. The person who fell overboard was not attached to a safety line, and there were no physical barriers preventing him from entering the danger zone.

The fisherman would probably had a better chance of surviving if he had worn a life jacket and/or buoyancy clothing that provided protection against hypothermia and could have prevented drowning. The company that owned the vessel had not defined a standard for clothing on the working deck, and the crew bought their own work clothes. This may have contributed to the work clothes worn by the fishermen being suited to a varying extent to ensuring buoyancy and preventing hypothermia in the event of a fall over board.

In the AIBN's view, the investigation has shown that the company had not carried out a sufficiently documented mapping and assessment of risk factors on board before 26 November. The training manual described how work on health, safety and the environment (HSE) was to be carried out, but systematic HSE procedures had not been established on board. The crew had not elected a safety delegate, nor had a working environment committee (AMU) been established. The frequency and content of theoretical and practical emergency response training had not been sufficient either. The fact that not everyone had been familiarised with the task thoroughly enough, probably contributed to them being uncertain about the function and use of the defibrillator when they performed cardiopulmonary resuscitation (CPR), and to only one of the three people on board the rescue boat managing to put on a life jacket.

The accident on Arctic Pioneer is one of several work accidents that have occurred in the seagoing fishing fleet in connection with the use of fishing equipment. The applicable regulations contain few requirements for the design and operation of this equipment. According to the report 'Focus on risk 2015' the Norwegian Maritime Authority (NMA) was to focus on safe workplaces in its supervisory activities in 2015. Except for the inspection in August 2015 in which a need for performing risk assessments of work operations was identified, the AIBN cannot see that the NMA devoted particular attention to workplace safety on board Arctic Pioneer.

The investigation of this marine accident has identified several areas where safety at sea can be improved. However, the company that owns this vessel has implemented several risk reduction measures since the accident, and the AIBN has previously submitted safety recommendations to the authorities on the same topic. The AIBN does not, therefore, propose any new safety recommendations as a result of this investigation.

1. FAKTISKE OPPLYSNINGER

De faktiske opplysningene er basert på intervjuer med fartøyets besetning og rederiets representanter, tekniske undersøkelser om bord, aksjonslogg fra Hovedredningsentralen, aksjonsrapport fra Sysselmannen på Svalbard, samt informasjon innhentet fra Sjøfartsdirektoratet, politiet i Tromsø, SINTEF, Havforskningsinstituttet i Tromsø, Sirkel AS og rederiet.

1.1 Hendelsesforløp



Figur 2: Fiskefartøyet Arctic Pioneer underveis ut på feltet. Foto: Rederiet

Arctic Pioner gikk fra Båtsfjord 13. november med 21 mann om bord og driftet snøkrabbefiske etter ankomst i den nordøstlige delen av Barentshavet.

Dekksbesetningen som var i arbeid ved ulykkestidspunktet den 26. november 2015 hadde startet sitt skift kl. 0800. Skiftet besto av fire fiskere, hvorav en var bas (skiftleder).

Rundt kl. 1215 var en lenk med 235 krabbeteiner satt ut. Under setting holdt fartøyet ca. 4,5 knops fart gjennom vannet. Fiskerne hadde koblet inn endeankret, iletau og bøyene på enden av teinestrengen.

Alle stilte seg deretter i sikker avstand på akterdekket og fulgte med på at enden av teinestrengen med anker, ile og bøyer skulle løpe fritt ut. Idet tauverket ble strammet opp mot ankeret, ble det uventet dratt mot taubingen på babord side, og ikke akterover som det normalt skulle gjøre.

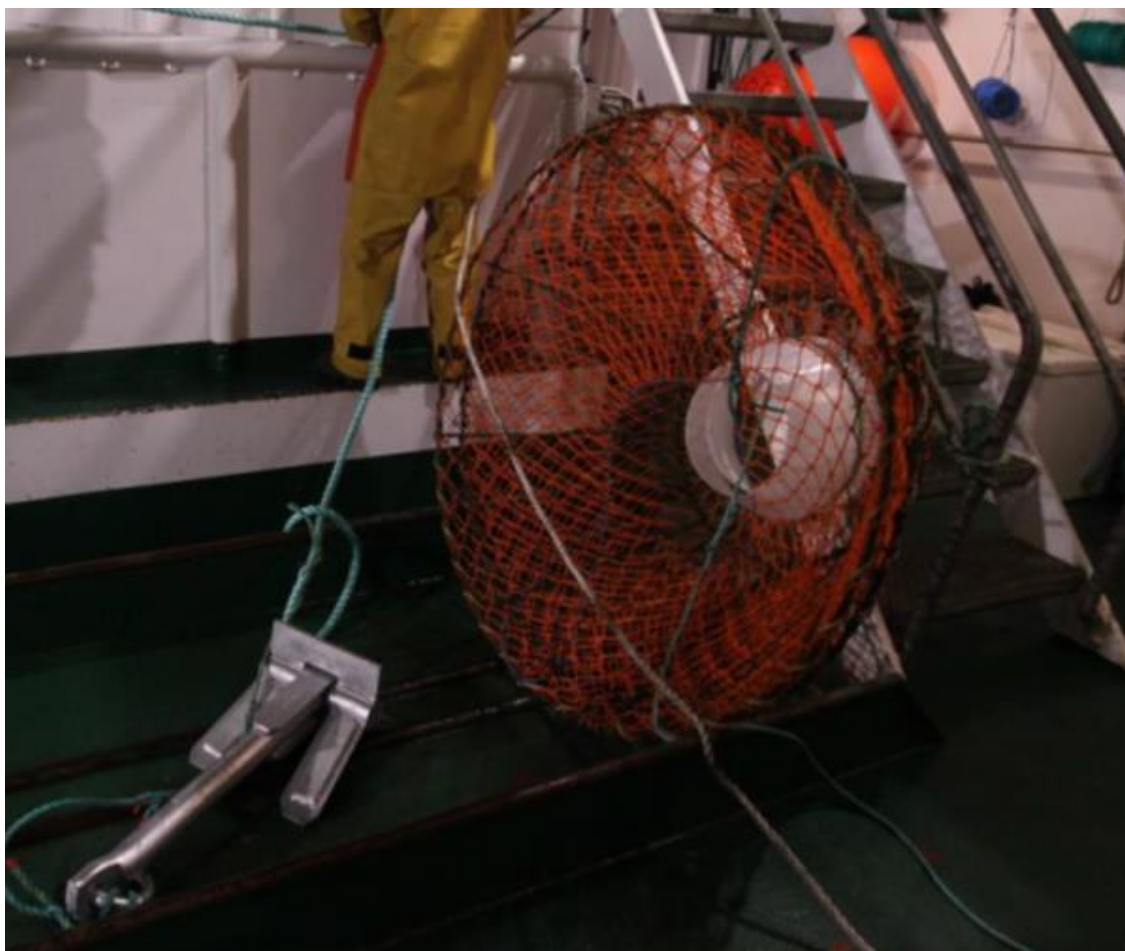
På rekketoppen langs med taubingen var det hull til 25 flyttbare stålpinne som C-leddene (se figur 8) var tredd ned på når teinestrengen lå lagret.

En av disse stålpinne var denne gangen ikke fjernet etter bruk, og teinestrengen som da løp ut rundt den gjenglemte pinnen, dro ankeret babord over mot taubingen.

Basen sprang over mot taubingen. Da var teinestrengen allerede kommet i kraftig spenn og bøyd pinnen (se figur 3).



Figur 3: Rekonstruksjon av posisjonen hvor stålpinnen var gjenglemt før og etter stålpinnen ble bøyd ned. Foto: SHT



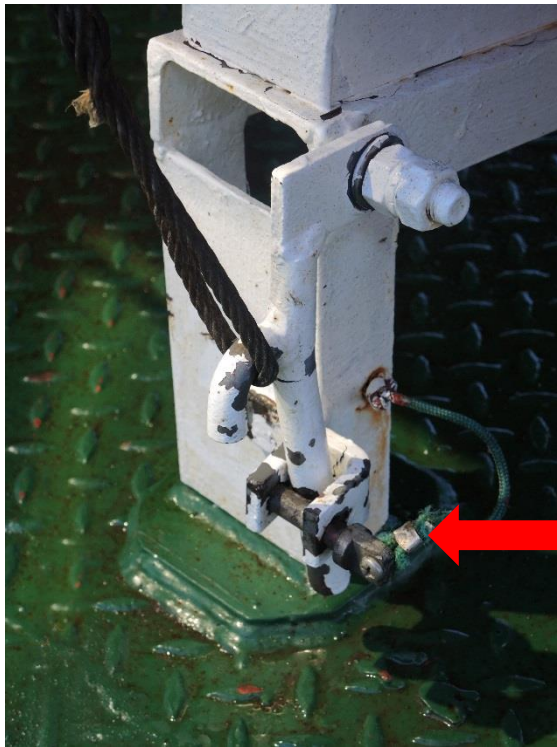
Figur 4: Rekonstruksjon på akterdekket viser hvor basen plasserte seg før teinestrengen glapp over stålpinnen. Foto: SHT

Teinestrengen som kom i kraftig spenn, bøyde ned og dro seg over den bøyde stålpinne. Tauverket slo fiskeren i overkroppen og kastet ham akterover mot hekkåpningen, hvor han traff den øvre sperrestanga. Fiskeren ble deretter dratt på sjøen av endeankeret.

De øvrige fra deksbesetningen har forklart at det hele skjedde så fort at de ikke rakk å reagere. De hørte rop fra sjøen mens de fikk løs og kastet ut den første redningsbøya. En annen redningsbøye med lys ble også kastet over bord, mens en av mannskapet forsøkte å holde visuell kontakt med personen i sjøen. Det gikk litt tid å få løs redningsbøyene, da disse var fastsurret i stativet med ekstra line.

Fra overvåkningskameraet på akterdekket hadde skipperen, via styrhusets monitor, sett at en mann gikk over bord akterut, og varslet besetningen ved å utløse generalalarmsignalet. Han aktiverte mann over bord-knappen på kartplotteren og ga full fart akterover for å stanse fartøyet. Frivakta og mannskapet i fabrikken mønstret på dekk. Redningsbåten kom på vannet kl. 1235 med tre mann om bord, hvorav kun en var iført redningsvest og ikke alle hadde bemannet redningsbåten tidligere.

Sjøsetting av redningsbåten ble en kort tid forhindret av at sikringspinner til surringene satt hardt fast og måtte slås ut.



Figur 5: Pinner for sikringskroker/wires måtte slås ut. Foto: SHT

Arctic Pioneer hadde i mellomtiden tørnet rundt og lyste opp området med det fartøyet hadde av lyskastere. Mannskapet i redningsbåten lokaliserte raskt en person som lå med hodet ned i vannet, uten yttertøy og et stykke vekk fra redningsbøyene.

Fiskeren ble berget om bord i redningsbåten hvor HLR ble igangsatt umiddelbart. Kl. 1240 returnerte redningsbåten ved skutesida, delvis fylt av vann. Fiskeren ble løftet om bord i fartøyet hvor livreddende innsats fortsatte, inkludert bruk av hjertestarter. I løpet av operasjonen med å få redningsbåten om bord igjen, fikk et mannskap skulderen ute av ledd.

1.2 Redningsoperasjonen

Skipperen varslet Hovedredningssentralen i Nord-Norge kl. 1227, deretter rederiet og Radio Medico i Bergen. HRS-N varslet videre til Sysselmannen på Svalbard, hvorefter lokal redningssentral (LRS) på Svalbard aktiviserte et redningshelikopter. Mannskapet på helikopteret meldte tilbake at avstanden krevde etterfylling av drivstoff på Hopen. Arctic Pioneer befant seg da 160 n.mil øst av Hopen.

Gjenopplivningsforsøk fortsatte uten opphold om bord mens fartøyet gikk med full fart (ca.12 knop) mot Hopen for møte med redningshelikopteret i rom sjø. Kl.1735 ankom helikopter over fartøyet og satte ned en redningsmann kl.1740.

Kl. 1745 erklærte redningsmannen fiskeren for omkommet. Han ble deretter heist ombord i helikopteret. Fabrikksjefen som hadde skadet seg i forbindelse med håndteringen av redningsbåten ble samtidig med inn til land for medisinsk behandling.

Helikopteret etterfylte drivstoff nok en gang på Hopen før retur til Longyearbyen, hvor det landet kl. 2026. Lokalt sykehus utstedte dødsattest kl. 2115.

Helikopteret brukte noe over 5 timer ut til fartøyet, mens retur tok ca. 2 timer og 40 minutter.

1.3 Vær- og sjøforhold

Observert vær på tidspunktet ulykken inntraff var øst-sørøstlig frisk bris, lette snøbyger med moderat sikt og en antatt maksimal bølgehøyde rundt 3 meter. Det var mørketid.

1.4 Fartøyet

Fartøyet ble bygget og levert som fiskefartøy i 1967 fra Skala Skipasmidja, Færøyene. Fartøyet har hatt flere eiere før selskapet «Arctic Pioneer AS» overtok fartøyet for å drive med snøkrabbefiske i Barentshavet. Fra januar til august 2015 ble fartøyet ombygget ved et verft i Svendborg. Søfartsstyrelsen i Danmark registrerte skipet som solgt til Arctic Pioneer AS i Tromsø 21. august 2015.

Arctic Pioneer gikk fra Svendborg 26. august 2015 med nødvendig mannskap og anløp ny hjemmehavn Tromsø 31. august. Fullt mannskap var påmønstret 4.–5. september.

10. september gikk fartøyet ut på sin første tur i aktivt fiske. Arctic Pioneer driftet på ulykkestidspunktet rundt 3500 teiner, men planla å øke antallet til rundt 5000 teiner når de var fullt operative.

Havarikommisjonen har fått forklart at en del utrustningsarbeid gjensto da Arctic Pioneer ankom Tromsø og skulle klargjøres for snøkrabbefiske i Barentshavet. Noe mannskap hadde vært med ned til verftet i Danmark på slutten av byggeperioden, men besetningen som helhet hadde ikke fått lang tid for å bli kjent med hverandre og arbeidsprosessene før fisket tok til. Rederi og mannskap fortalte at det i oppstartsfasen gikk mye tid til utprøving av ulike agn og setteplasser. Fartøyets tekniske løsninger for setting og haling, samt lagring av bruk, og fabrikkens gang, var i stor grad basert på andre tilsvarende snøkrabbefartøys metoder og erfaringer.

1.5 Besetning og arbeidsorganisering

1.5.1 Erfaring og kvalifikasjoner

Den totale besetningen på 21 mann besto av 14 skandinaver, fire litauere, en polakk, en russer, og en mann fra Færøyene. Havarikommisjonen har fått opplyst at engelsk var felles arbeidsspråk mannskapet imellom. Skippere og styrmenn var norske.

Besetningen hadde de personlige kvalifikasjoner som var påkrevd, inkludert helseattest fra sjømannslege og godkjent sikkerhetsopplæring for fiskere eller tilsvarende godkjent opplæring.

Skipper (56 år) hadde mange års erfaring fra havgående fiskefartøy, men hadde ikke tidligere drevet snøkrabbefiske. Han kom om bord første gang som styrmann 20. oktober 2015, og tok over som skipper 12. november. Fartøyet forlot Båtsfjord fredag 13. november.

Basen (24 år) som omkom i ulykken var norsk og arbeidet på kapteinsskiftet. Han hadde landbasert utdanning og yrkeserfaring før han gjennomførte sikkerhetskurs for fiskere i mai 2015. Han hadde jobbet noen turer som fisker på en annen snøkrabbebåt før han kom om bord på Arctic Pioneer 10. oktober 2015. Han mønstret som dekkssjef/bas når neste tokt startet opp 13. november 2015. Han tok dermed ingen friperiode mellom turene.

Tre av de fire som utgjorde kapteinsskiftet var nordmenn og i tyveårene. De hadde alle mønstret ut første gang som fiskere etter å ha gjennomført grunnleggende sikkerhetskurs i løpet av 2015. Fjerdemann (49 år) fra Polen, hadde jobbet som fisker på havgående fartøy i 20 år, men hadde ingen tidligere erfaring fra snøkrabbefiske.

Flere av den øvrige besetningen om bord i Arctic Pioneer hadde mye tidligere erfaring fra fiskefartøy, inkludert line/autolinefartøy, men kun få av disse hadde erfaring med teinefiske etter krabbe.

1.5.2 Arbeidsorganisering

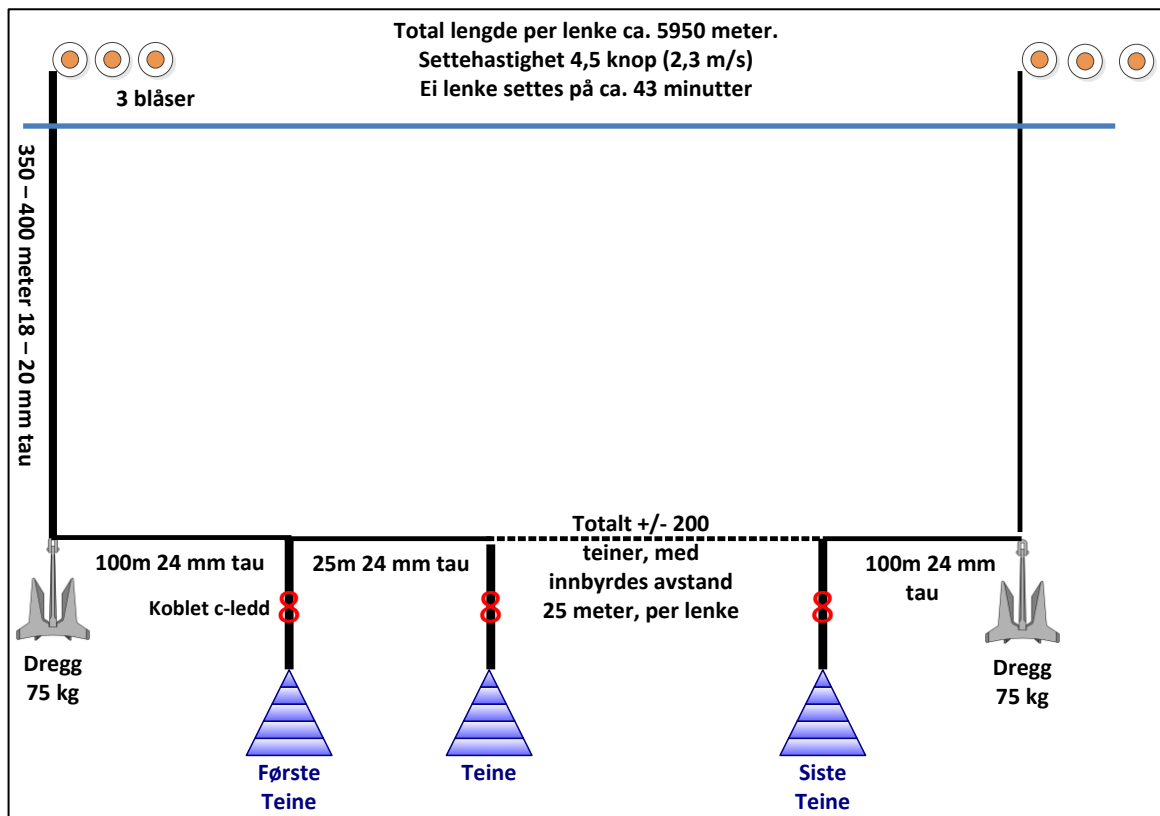
Arbeidet var organisert i en omtrentlig fire ukers turnus, og rotasjon med en tur på/en tur av. SHT har fått opplyst at i innkjøringsfasen sto noen av mannskapet videre ut på neste tur, for å sikre erfaringsoverføring til nytt skift.

Daglig jobbrotasjon var lagt opp med seks timer på/seks timer av (1:1 system). Dette ble praktisert for alle unntatt fabrikk sjefen.

Havarikommisjonen har ikke kunnet kartlegge den forulykkede fiskerens søvn- og hvileperioder utover at han også fulgte vaktssystemet. SHT har ikke grunnlag for å vurdere om fatigue var en medvirkende faktor til ulykken, og har dermed ikke undersøkt dette videre.

1.6 Normal operasjon ved setting

Døgnkontinuerlig drift var væravhengig og forutsatte at teinelenkene fisket jamt og godt. Et minimum på 5–7 krabber per teine var regnet som akseptabelt for at produksjonen i fabrikken kunne opprettholdes i takt med haling og setting av teinelenker. Så lenge teinene fisket tilfredsstillende, satte man gjerne igjen ut agnet lenke i det samme området.



Figur 6: Oppbygging av en standard teinelenke som ble benyttet av fartøyet. Illustrasjon: SHT

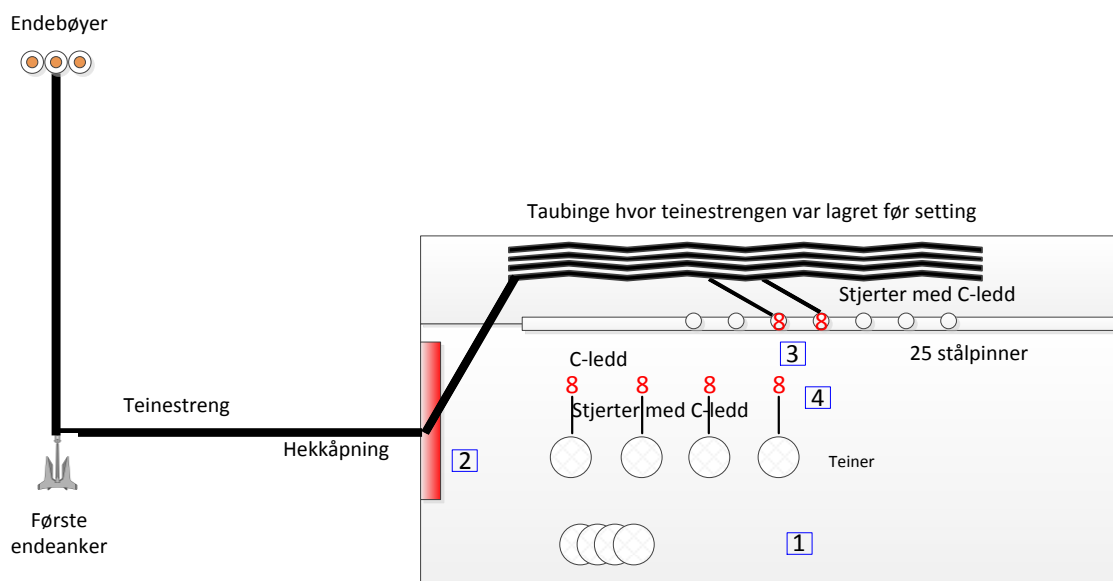
Under haling av teinesettingene ble tomme teiner huket av strengen, agnet opp på nytt og stablet på akterdekket.

Det var plassert 25 stålpinner (løse lagringsspinner) på kanten av taubingen (railen). Funksjonen til stålpinnene var å systematisere alle C-ledd, slik at når haling var avsluttet var det allerede klargjort for ny setting av bruket.

Teinestrengen lå lagret i taubingen. For hver 25 meter på teinestrengen var det innspleiset en stjert med et C-ledd. Et tilsvarende C-ledd var festet på hver enkeltteines stjert. Samtidig som teinestrengen ble kveilet i taubingen skulle samtlige C-ledd fra stjertene settes av på de 30 cm lange stålpinnene.



Figur 7: Stjertene på både teinestrengen og teinene var utstyrt med C-ledd som ble sammenkoblet under setting av teinene. Foto: SHT



Figur 8: Skisse av akterdekket på Arctic Pioneer med taubinge, plassering av de 25 stålpinnene, teinene og den enkelte besetningsmedlems arbeidsposisjon, merket 1 til 4. Illustrasjon: SHT

Ved setting hadde alle de fire fiskerne sine faste plasser akterut på arbeidsdekket. Når første endebøye og anker var gått ut begynte de å koble inn teiner på teinestrengen. En fisker i posisjon 1 lukket og løftet inn én og én agnet teine på utsetningssporet på dekket. Fiskeren i posisjon 4 tok stjerten på den teina som var satt inn på sporet og koblet dens C-ledd med C-leddet på stjerten fra teinestrengen som han fikk fra fiskeren i posisjon 3. Etter hvert som teinene ble koblet og enkeltpinnene ble tomme for C-ledd, skulle pinnen fjernes fra railen og legges i en egen beholder.

Fjerdemann i posisjon 2 sto akterut i åpningen for å påse at ingen teiner hang seg opp. Ved innkobling av teinene under setning var det viktig at dekksgjengen lå i forkant av fartøyets fremdrift i sjøen, slik at teinestrengen hadde slakk og fikk løpe rolig ut. Havarikommisjonen har fått opplyst fra skipperen at besetningen var muntlig instruert til alltid å stå bak tauverk og teiner ved setting. Når siste teine var gått ut gjensto det å koble inn endeanker, iletau og endebøyer. Når dette var koblet skulle alle mann trekke seg unna på sikker avstand, og la enden av bruket selv løpe fritt ut på sjøen.

Alle stålpinnebrukt for mellomlagring av C-ledd skulle vært fjernet fra railen når siste teine var innkoblet, slik at resten av teinestrengen i taubingen fikk løpe fritt ut. Fra styrhuset kunne vakthavende på styrhusets monitor følge settingen via et overvåkningskamera. Imidlertid dekket ikke kameravinkelen området hvor stålpinne var gjenglemmt.

Fartøyet hadde et åpent kommunikasjonssystem mellom styrehus og arbeidsdekk.

1.7 Overlevelsesaspekter

Fartøyet var nylig godkjent av Sjøfartsdirektoratet og hadde alle påkrevde redningsmidler, inkludert overlevelsesdrakter for samtlige om bord.

Rederiet hadde kjøpt inn vernehjelmer for hele mannskapet, samt åtte oppblåsbare redningsvester for bruk på arbeidsdekket. Havarikommisjonen har fått opplyst at utlørsersnorer på de oppblåsbare vestene hadde hengt seg opp i teiner, og det hadde hendt at enkelte løste seg ut hvis de ble for våte. SHT forsto fra avholdte intervjuer at det var blitt en aksept om bord for at valget av påkledning under setting/haling var basert på tillit til at den enkelte tok egenansvar.

Havarikommisjonen er opplyst om at mannskapet kjøpte inn sitt eget arbeidstøy uten at rederiet hadde fastsatt en standard. Dette ble foretatt ved påmønstring eller etter behov hos rederiets leverandører langs kysten. Ved ankomst Båtsfjord 13. november 2015 hadde flere av mannskapet handlet vanntett arbeidstøy, hansker og kniv. Arbeidstøyet den forulykkede fiskeren kjøpte denne dagen var ikke utstyrt med flytemidler.

Havarikommisjonen har fått opplyst at dette arbeidstøyet sannsynligvis også ble benyttet av fiskeren ulykkesdagen. Fiskeren var uten flyteplagg da han ble gjenfunnet i sjøen og må selv ha kvittet seg med arbeidstøyet etter at han falt over bord. Dette arbeidstøyet ble ikke tatt opp.

1.8 Rederiet og sikkerhetsstyring

1.8.1 Rederiet

Rederiet Arctic Pioneer AS ble etablert i 2014 med det formål å ferdigstille et egnet fartøy og få nødvendig lisens for å fiske snøkrabbe i Barentshavet. De tre aktørene som står som aksjonærer i selskapet har samlet sett stor erfaring fra fiske og sjømateksport, spesielt fra arktiske farvann. Rederiet har kontor i Tromsø, og driftet på ulykkestidspunktet kun fartøyet Arctic Pioneer. For rederiet var det viktig å få ferdigstilt et fartøy, komme i fiske og få levert fangst innen utløpet av 2015. For fartøy som ikke hadde levert fangst innen dette tidspunktet ville det ikke tillates å bare drive snøkrabbefiske, men stilles krav om at fartøyene også hadde annet driftsgrunnlag (kvote).

1.8.2 Rederiets sikkerhetsstyring

Mens fartøyet var under ombygging våren 2015 tok rederiet kontakt med samme konsulent som leverte skipsteknisk kompetanse i forbindelse med ombyggingen, for at disse også skulle utarbeide en opplæringsmanual/fartøyshåndbok for å møte forskriftskrav om et sikkerhetsstyringssystem. Arbeidet ble imidlertid ikke igangsatt, og en norsk konsulentvirksomhet (Sirkel AS) fikk oppdraget sommeren 2015. De møtte fartøyet ved ankomst i Tromsø 31. august. Det ble da gjennomført en befaringsammen med en skipper hvor det ble tatt nødvendig fotografier til bruk i opplæringsmanualen.

SHT har fått opplyst at arbeidsoppgavene på dekk ble diskutert da de gikk på sjøen første turen. SHT fikk videre opplyst at det ble gjennomført en risikokartlegging rett før avgang fra Tromsø, men har ikke fått dokumentert at det ble utarbeidet spesifikke risikovurderinger knyttet til arbeidsprosessen for haling/setting av teiner.

Den 10. september 2015 opplyste Sirkel AS i en mail til Sjøfartsdirektoratet at de samme dato hadde levert en preliminær opplæringsmanual til Arctic Pioneer. I følge Sirkel AS skulle denne dekke kapitlene 1-12 i International Safety Management code (ISM), tilsvarende 85-90 % av full ISM. Manualen hadde på dette tidspunktet en trykket tekst på hver side som opplyste: «*Denne manual er kun gyldig sammen med vedlikeholdssystemet.*» Vedlikeholdssystemet og database for denne ble opplyst i samme mail å være under utarbeidelse. Opplæringsmanualen levert om bord var i norskspråklig utgave.

Sirkel AS har beskrevet for SHT at mye av det arbeidet som gjensto med opplæringsmanualen måtte utføres av de ansvarlige om bord og rederiet.

Opplæringsmanualen dekket bl.a. de krav som stilles til verneombud og arbeidsmiljøutvalg (AMU). Imidlertid var ikke disse rollene etablert før ulykken inntraff. Arbeidsinstruksjoner var blitt gitt muntlig, og fartøyet hadde ikke avholdt fellesmøter om bord hvor bl.a. risiko for arbeidsulykker kunne vært vurdert.

1.8.3 Trening og øvelser avholdt ombord

I fartøyets loggbok var følgende avholdte øvelser før ulykken ført inn:

- 240815 kl. 1820 Brann- og MOB-øvelse med mannskapet
- 100915 kl. 1840 Brann-, MOB- og flåteøvelse med mannskapet
- 311015 MOB øvelse. Båten sjøsatt og gjentatte pick-up ble foretatt. Alt fungerte ok. Deltatt: Skipper og styrmannsvakt.

1.9 **Relevant regelverk**

1.9.1 Forskrift om arbeidsmiljø, sikkerhet og helse for de som har sitt arbeid om bord i skip (ASH-forskriften)

Forhold knyttet til personsikkerhet reguleres gjennom forskrift 1. januar 2005 nr. 8. Forskriftens formål er å sikre at arbeid og fritid om bord tilrettelegges og organiseres slik at arbeidstakernes sikkerhet og fysiske og psykiske helse ivaretas.

Kapittel 5 i forskriften omhandler valg av verneombud og arbeidsmiljøutvalg, samt deres oppgaver og roller.

§ 2-2 i forskriften stiller krav til risikovurdering. Dette innebærer at farer om bord skal avdekkes. Når faren er avdekket, stilles det krav om at det foretas en vurdering av den risiko faren utgjør. Resultatene av risikovurderingen skal dokumenteres skriftlig og dersom det avdekkes risiko for arbeidstakernes sikkerhet og helse, skal det iverksettes nødvendige tiltak for å fjerne eller redusere farene.

§ 9-5 omhandler bruk av sikkerhets- og verneutstyr ved særskilte arbeidsoperasjoner om bord på fiske- og fangstfartøy. Fra denne paragrafen siteres:

c) Personer som arbeider på utsatt dekk skal være utstyrt med arbeidsflytevest eller flyteplagg.

1.9.2 Krav til sikkerhetsstyring

Skipssikkerhetsloven § 7 stiller krav om at rederiet skal sørge for å etablere, gjennomføre og videreutvikle et dokumenterbart og verifiserbart sikkerhetsstyringssystem i rederiets organisasjon og på det enkelte skip. Formålet med dette systemet er å kartlegge og kontrollere risiko, samt å sikre etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller i sikkerhetsstyringssystemet selv. Sikkerhetsstyringssystemets innhold, omfang og dokumentasjon skal være tilpasset behovet til rederiet og den aktiviteten det driver.

Fra 1. juli 2016 ble norske fiske- og fangstfartøy med bruttotonnasje på 500 og derover pålagt å ha ISM sertifisering (sertifisert sikkerhetsstyringssystem). Intensjonen bak de nye kravene om sikkerhetsstyring er å forbedre sikkerheten for både mannskap og skip i havfiskeflåten. Sjøfartsdirektoratet har gjennom rundskriv og kampanjer informert om kravene og foretar nå kontroll av fiskefartøy i denne gruppen.

1.10 Tilsyn med rederi og fartøy

1.10.1 Oppfølging i ombygingsperioden

I perioden januar til august 2015 lå fartøyet ved et verft i Svendborg/Danmark for ombygging. I denne perioden fulgte inspektører fra Sjøfartsdirektoratets stasjon i Kristiansand arbeidet jevnlig.

Som en forberedelse til førstegangsbesiktelsen gjennomførte Sjøfartsdirektoratets inspektør 18. august 2015 befaringer av fartøyet sammen med skipper, reder, partsrederiets tekniske inspektør og verftets representant. Hensikten med disse befaringene var å gi verftet og reder mulighet for å rette opp påpekte mangler før det skulle gjøres en førstegangsbesiktelse i forbindelse med utstedelse av et endelig fartssertifikat.

Sjøfartsdirektoratets inspektør utarbeidet og sendte med epost den 20. august en liste på 22 anmerkninger basert på befaringene. Ett av punktene for rederiet, som ble gitt til skipperen om bord, var: «*Hvordan utføres arbeidsoppgaver om bord, dette for å unngå uhell og skader.*» (Nytt fiskeri for alle og må risikoanalyseres)»

1.10.2 Tilsyn før fartøyet ble satt i drift

Før avgang fra verftet 26. august utstedte Sjøfartsdirektoratet fartssertifikat til Arctic Pioneer. Samtidig ble det gitt fem pålegg, med frist for utbedring i henholdsvis september og oktober 2015.

Det første av disse påleggene lød:

Opplæringsmanual som innebærer alt mannskap og all nødvendig opplæring i henhold til forskrift må utarbeides. Logg som dokumenterer denne gjennomgåelse med underskrift av opplæringsansvarlig og mannskap må også utarbeides.

Pålegget var hjemlet i forskrift 13. juni 2000 nr. 660 om fiskefartøy på 15 m og derover § 8-3 og forskrift 14. mars 2008 nr. 306 om sikkerhetsstyringssystem.

Pålegget som ble gitt med kode B hadde frist for utbedring 21. september 2015 og skulle bekreftes/lukkes av skipsfører¹. Sirkel AS bekreftet til Sjøfartsdirektoratets lokale kontor den 10. september 2015 (ref. kapittel 1.8.2) at en preliminær opplæringsmanual var levert om bord i Arctic Pioneer samme dag.

Sjøfartsdirektoratet mottok ikke dokumentasjon på at en logg som skulle dokumentere en gjennomgåelse med underskrift av opplæringsansvarlig og mannskap var signert for av besetningen, eller hvorvidt de andre gitte pålegg var utført til satt dato. Manglende dokumentasjon utløste ingen sanksjoner eller puring fra Sjøfartsdirektoratet høsten 2015.

Sjøfartsdirektoratets uanmeldte tilsyn med fartøyet 3. desember avdekket at flere pålegg, inkludert pålegg nr. 1 som fartøyet hadde signert for 10.9, fortsatt ikke var utført. Stasjon Tromsø utstedte ny påleggsliste som ble endelig lukket 31. desember 2015.

1.10.3 Generelt om Sjøfartsdirektoratets tilsynsvirksomhet med fiskefartøy

Havarikommisjonen har innhentet Sjøfartsdirektoratets interne styrende dokumenter for tilsyn med skip, påleggsrutiner mv., samt hatt møter med ulike representanter fra etaten.

Sjøfartsdirektoratet ga i september 2014 ut rapporten «Fokus på risiko 2015».

Tilsynsarbeidet skulle i 2015 rette seg mer mot operative forhold, sikkerhetsstyring og forebyggende arbeid. Et av de områdene som skulle prioriteres var kontroll av innsendte tekniske tegninger med større fokus på en vurdering av sikkerhet i design. En del av denne dokumentasjonen er imidlertid ikke gjenstand for godkjenning av Sjøfartsdirektoratet. Dette gjelder bl.a. tegninger som viser arrangementsløsninger som omfatter fiskerens arbeidsforhold og ergonomi på de ulike arbeidsstasjonene. Sjøfartsdirektoratet ønsket derfor ifølge rapporten «Fokus på risiko 2015» å komme tidligere inn i design-/byggefase for å bidra til å verifisere gode arrangementsløsninger som sikrer arbeidstagerne mot ulykker. Sjøfartsdirektoratet har ansvar for å utarbeide regelverket, og vil gjennom tilsyn, kontroll og informasjon følge opp at rederier og dets mannskap om bord på sine fartøy etterlever dette. Rederiet og skipsfører har ansvar for å planlegge og gjennomføre risikovurderinger om bord.

¹ Sjøfartsdirektoratets koder ved frister på pålegg: A1 = før fart – tilbakehold, A2 = før fart – ikke tilbakehold, B = 1 mnd., C = 3 mnd.

Sjøfartsdirektoratet påminner på sin nettside www.fiskrisk.no følgende om gjennomføring av risikovurderinger om bord:

Besetningen som utfører arbeidsoppgavene har ofte den beste forståelsen av hva som kan føre til farlige situasjoner, og er de som gjerne har de beste løsningene på hvordan en kan unngå uønskede hendelser. Derfor bør alltid de involverte i arbeidsoperasjonen, sammen med evt. valgt verneombud, delta i risikovurderinger som utføres om bord.

1.11 Medisinske forhold

1.11.1 Obduksjonsrapport

Den forulykkede fiskeren ble obdusert ved Universitetssykehuset i Tromsø. Sykehusrapporten viste at han hadde tydelige overfladiske merker etter kontakt med tauverk, men ingen brudd eller indre blødninger. Rapporten konkluderte med drukning som dødsårsak.

1.11.2 Hypotermi og sjokk

Hypotermi/alvorlig nedkjøling oppstår ved kroppstemperatur under 35 °C. Når kroppstemperaturen faller, øker ufrivillig skjelving, normal pust vanskeliggjøres, dømmekraften reduseres raskt og hjerterytmeforstyrrelser kan oppstå.

Universitetssykehuset i Tromsø ble forespurt fra Havarikommisjonen om særlig risiko ved kalde farvann, og har gitt følgende uttalelse:

Imidlertid er problemet at man lenge før kjernetemperaturen synker til et farlig lavt nivå, kan egenredning settes ut av spill fordi man mister motorisk funksjon i hender og fingre, og mister evnen til å koordinere pusting og målrettede bevegelser. Man er utsatt for å drukne selv med flytevest hvis man stadig overskylles av bølger i krapp sjø fordi man ikke klarer å koordinere det å holde pusten med de stadige overskyllingene.

Den gode nyheten er at folk som drukner i kaldt vann (< 6° C) har mye bedre sjanser til å overleve enn man var klar over for 18 år siden, selv om den druknede har ligget livløs med hodet ned i vannet i lang tid. Det betyr at man aldri skal gi opp selv om man havner i den kalde sjøen og de innøvde redningsteknikkene ikke skulle fungere.

1.12 Tidligere relevante undersøkelser

SHT har i flere undersøkelser avdekket svakheter i rederienes arbeid knyttet til risikovurderinger. I forhold til operasjonell sikkerhet knyttet til fangst og produksjonsprosessene i den havgående fiskeflåten, bidrar dagens forskrift om konstruksjon, utstyr, drift og besiktelser for fiske- og fangstfartøy med største lengde på 15 meter og derover, og forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip i liten grad til å styrke rederienes evne til å avdekke farer og til å innføre relevante risikoreducerende tiltak.

Dette er tidligere påpekt til Sjøfartsdirektoratet gjennom en sikkerhetstilråding hvor de i samarbeid med næringens interesseorganisasjoner ble tilrådet å vurdere tiltak for å styrke rederienes sikkerhetsstyringsarbeid og rederienes evne til å avdekke farer, risikovurdere disse og iverksette tilstrekkelige risikoreducerende tiltak.

I forbindelse med en førstegangskontroll av et nybygget fartøy påpekte SHT at Sjøfartsdirektoratet ikke stilte krav om at rederiet måtte dokumentere risikovurderingen av arbeidsprosessene før førstegangskontrollen. Denne risikovurderingen ble dermed ikke en del av grunnlaget for førstegangskontrollen, og sjekklisterne fanget ikke opp de særskilte risikoområdene i fabrikkdelen.

Det vises blant annet til²:

- Havarikommisjonens rapport [Sjø 2011/05](#): Rapport om undersøkelse av sjøulykke på Tromsøflaket 30. september 2010 arbeidsulykke om bord i Geir II, 3YNB. Sikkerhetstilråding Sjø nr. 2011/06T ble gitt.
- Havarikommisjonens rapport [Sjø 2013/05](#): Rapport om sjøulykke om bord i fabrikktråleren Volstad, LNKS, arbeidsulykke i Barentshavet 16. august 2012. Sikkerhetstilråding Sjø nr. 2013/18T ble gitt.
- Havarikommisjonens rapport [SJØ 2013/11](#): Rapport om sjøulykke syd av Mandal - arbeidsulykke om bord i kystsnurperen Artus, LLGS, 5. desember 2012.

1.13 Undersøkelse av hjertestarter

Fartøyet var utrustet med en hjertestarter av type Powerheart G3 Full Auto, som ble benyttet da den forulykkede var hentet opp om bord. Det var en fullautomatisk versjon med ERC/AHA³ retningslinjer og dansk tale. Under intervjuer med besetningsmedlemmene som gjennomførte HLR, kom det fram at hjertestarterens funksjon og virkemåte hadde skapt usikkerhet. Havarikommisjonen har derfor fått den aktuelle hjertestarteren undersøkt og vurdert av spesialist.

Hovedkonklusjonene fra denne undersøkelsen og aktiviteten den 26. november 2015 er at det tok noe mer tid enn normalt (2 minutter og 24 sekunder) fra hjertestarteren ble startet til elektrodene ble plassert på pasienten. Dette kan ha sammenheng med språket på hjertestarteren som ikke var tydelig nok for livredder. Hjertestarteren var slått på i ca. 34 minutter, og under dette forløpet ble det aldri gitt sjokk fra hjertestarteren til pasienten grunnet asystoli (ingen elektrisk aktivitet) fra start til slutt. Asystoli er vanlig ved drukningsulykker i kaldt vann og er ikke en sjokkbar rytme. Det var ingen feil eller feilkoder under denne hendelsen og hjertestarteren har fungert i henhold til internasjonale retningslinjer.

1.14 Gjennomførte tiltak

Dagen etter ulykken kom mannskapet sammen og satte ned 19 HMS-relaterte forslag til forbedringspunkter for arbeid i fabrikk, 16 HMS-relaterte forslag til forbedringspunkter for arbeid på dekk, samt tre generelle forslag til forbedringspunkter rettet mot førstehjelpsutstyr.

Fartøyet ble slippsett ultimo desember på verft i Tromsø for planlagt vedlikehold. Den 10. desember 2015 sendte skipperen en skriftlig oppdatering til rederiet om gjennomførte og planlagte tiltak om bord. Havarikommisjonen har mottatt en kopi av denne:

² Se også vedlegg D.

³ European Resuscitation Council (ERC) og American Heart Association (AHA)

Sikkerhetsrapport FV Arctic Pioneer 10.12.2015

Arbeidet med HMS, risikovurderinger, utførelse av øvelser og intern sikkerhetsopplæring er nå kommet et langt steg videre siden vi fikk om bord den preliminare opplærings-manualen datert 10.09.2015.

Fartøyshåndboken er nå ferdig, og tar grundig for seg alle skipets sikkerhetssystemer, samt sjekklister for intern opplæring, evaluering av øvelser, stillingsinstrukser med crewcards til hver enkelt som lister opp vedkommendes oppgaver i tilfelle alarm. Blant annet er hver enkelt nå pålagt KAMERATKONTROLL i stillingsinstruksen, og gitt fullmakt til å bortvise enhver som ikke bruker pålagt sikkerhetsutstyr.

De nye kjøredraktene til mob-båt er nå på plass, samt en ny type hjelmer (hockeyhjelmer, som er bedre egnet til å brukes på sjøen. Når det gjelder arbeidsdresser med flytemidler har vi landet på Regatta 911, en god alrounddress. Det blir dog fremdeles påbudt å bruke oppblåsbar vest, selv om det brukes arbeidsklær med flytemidler i.

Hekken blir nå helt lukket med grind når vi er ferdig med utsett av teiner. Det er også montert 4 parallell løpestrenger på hekken, slik at enhver enkelt blir spent fast i sikkerhetssele under setting, og når grinden er åpen.

PREMASTER⁴ er nå installert og kjører. Der er alt av bl.a. sikkerhetsutstyr lagt inn, og flere forskjellige scenarioer med øvelser som blir kjørt ved avgang havn og ellers faste rutiner. Premaster blir overvåket fra land av leverandør, SIRKEL A/S, og månedlig rapport blir sendt fra dem til båten og rederiet, noe som gir dere mulighet til aktivt å overvåke både vedlikeholds og sikkerhetsarbeidet om bord. Det er bl.a. utarbeidet bedre operasjonsinstrukser for ankerwinch, mob-båt kran og mob-båt.

Sirkel vil før avgang 28.12.2015 kjøre et kurs om bord for hele mannskapet i bruk av Premaster, og trening/vedlikehold av utstyr og prosedyrer.

Det er også kommet en ekstra hjertestarter om bord, fra Blodstrupmoen. Ved turskifte ultimo Januar vil de kjøre et kurs for begge skift i bruk av hjertestarter, samt et noe utvidet førstehjelpskurs.

Alt av medisiner og førstehjelpsutstyr er nå fornyet/komplettert, og et samarbeid med APOTEK 1 er opprettet med tanke på fremtidig ettersyn. De har også utstyrt oss med et regneark hvor vi har fått katalogisert alt av medisiner, og medisinsk utstyr, samt plassering av hver enkelt del.

Vedlegger kopi av noen av de skjemaer vi bruker for evaluering/kontroll av internopplæring etc.

Den 29. desember 2015 dro Arctic Pioneer ut på sin fjerde tur.

⁴ Databasert vedlikehold og logistikkprogram (Havarikommisjonens kommentar).

I løpet av 2016 har Havarikommisjonen fått opplyst at følgende ytterligere tiltak er blitt gjennomført:

- *Hjertestarterkurs er gjennomført.*
- *Kurs hos Sirkel AS for opplæring for verneombud og medlemmer i arbeidsmiljøutvalget, 12 personer deltok.*
- *Rederiet holder flytedresser til mannskapet ved arbeid på dekk, i tillegg til flytevester og hjelmer.*
- *Før avgang ved ny tur er det brann og MOB-båt øvelse og full gjennomgang av båt med evt. nytt mannskap.*
- *I tillegg er det MOB-båt /brannøvelse minimum 1 gang pr. mnd.*
- *Rederiet og båten har hatt implementering av ISM med Sjøfartsdirektoratet, rederiet har fått et midlertidig godkjenningsbevis for sikkerhetsstyring og båten har fått et midlertidig sikkerhetsstyringssertifikat.*
- *Inngått avtale om Rusmiddeltesting av firma Gelmed AS.*
- *Alle har blitt gjort oppmerksomme på at det er nulltoleranse når det gjelder bruk av rusmidler.*
- *Alt blir informert på norsk og engelsk, både muntlig og skriftlig.*

Sjøfartsdirektoratet bekreftet 31. desember 2015 at utestående pålegg var blitt tilfredsstillende lukket.

2. ANALYSE

2.1 Innledning

Ulykken skjedde ombord i et nylig ombygd fartøy med et mannskap uten spesiell erfaring med denne type fiske. Kapittel 2.2 drøfter hendelsesforløpet. Kapittel 2.3 og 2.4 drøfter sikkerheten for besetningen. I kapittel 2.5 drøftes redningsinnsatsen, og kapitlene 2.6 og 2.7 drøfter hhv rederiets sikkerhetsarbeid og Sjøfartsdirektoratets tilsynsrolle.

2.2 Vurdering av hendelsesforløpet

Arbeidsulykken ble utløst av at teinestrengen mellom siste krabbeteine og ankeret løp feil ut bak en lagrings-/stålpinne som ikke var fjernet etter bruk. Da basen forsøkte å korrigere situasjonen entret han en faresone. Teinestrengen som var kommet i spenn bøyde ned stålpinnen, før den glapp over og traff basen. Han ble dratt videre overbord av endeankeret på teinelenken, gjennom den åpne akterenden på fartøyet.

Setting av lenkens teiner og innkoblingen av endeanker og posisjonsbøyer hadde forløpt normalt denne formiddagen. Dekksbesetningen flyttet seg deretter på sikker avstand og iakttok at resten av teinestrengen var på tur ut i sjøen. Ulykken inntraff da fartøyets bas må ha oppdaget at teinestrengen strammet seg rundt den gjenglemte stålpinnen på taubingen. En slik situasjon var ny for alle. Basen ønsket trolig bare å korrigere dette raskt for å få teinestrengen til å kunne løpe fritt ut gjennom porten akterut. Han forlot dermed en sikker posisjon og gikk inn i en faresone for å fjerne hindringen.

Situasjonen oppstod så raskt at hverken skipperen eller noen av de andre fiskerne på akterdekket hadde mulighet til å handle avvergende.

2.3 Arbeidsområdet på akterdekket

SHT anser arbeidsområdet ute på akterdekket som sammensatte faresoner. Manuell innkobling av teiner krevde fire mann, og setting av bruket måtte skje mens fartøyet gjorde relativ god fart gjennom vannet. En åpen akterende hvor teinelenken løp ut eksponerte mannskapet for flere farer i denne delen av arbeidsoperasjonen.

Det var ingen fysiske barrierer etablert i akterdekkets design for å hindre mannskap fra å entre en faresone når siste del av teinelenken løp ut.

Konsekvensen når ikke tilstrekkelige barrierer er bygget inn i designfasen, er at risikoreduserende tiltak må ivaretas i operasjonsfasen. Dette drøftes videre i kapittel 2.6

2.4 Overlevelsesaspekter

Besetningen benyttet ikke alltid redningsvest på arbeidsdekket akterut, og det er også usikkert om noen benyttet annen type arbeidsflyteplagg denne dagen. Undersøkelsen har vist at da basen ble dratt overbord var han uten bekledning som kunne styrket overlevelsessevnen i den tiden det tok å mobilisere redningsbåten, lokalisere og berge ham opp igjen. Basen hadde fått av seg støvlene og kommet seg ut av arbeidstøyet, etter at han havnet i sjøen. Dette bekrefter at han en tid har vært ved bevissthet. Imidlertid nådde han ikke bort til en av de to redningsbøyene som lå innen rimelig avstand, men ble gjenfunnet med hodet ned i vannet. SHT antar at sjøtemperaturen førte til rask nedkjøling som kan ha ført til tap av motoriske funksjoner i den tiden han lå i sjøen.

Rederiet hadde kjøpt inn oppblåsbare arbeidsflytevester til bruk under arbeid på akterdekket. Flere av mannskapet hadde imidlertid valgt å ikke bruke disse, da de hadde opplevd at vestene hadde blåst seg opp utilsiktet, og at utlørsersnorer kunne henge seg opp i teinene under arbeid på dekk.

Havarikommisjonen er opplyst om at mannskapet kjøpte inn sitt eget arbeidstøy uten at rederiets hadde fastsatt en standard. Dette kan ha medvirket til at arbeidstøyet fiskerne valgte i varierende grad var egnet til å sikre flyteevne og hindre hypotermi.

Havarikommisjonen mener at fiskebåtrederer til enhver tid og i det farvannet de opererer må vurdere hvilket sikkerhets- og arbeidsutstyr som er best egnet til å redusere både faren for drukning og for hypotermi dersom man faller over bord. Personlig teknisk sporingststyr som kan bidra til hurtig lokalisering av person i sjøen, er et ytterligere sikringstiltak som SHT her finner det relevant å nevne, selv om det i denne ulykken ikke ville endret resultatet.

Rederiet har opplyst at samtlige på dekk nå er pålagt å benytte arbeidsdresser med flytemidler i tillegg til oppblåsbar vest. SHT retter derfor ingen sikkerhetstilråding om dette til rederiet.

2.5 Redningsinnsatsen

2.5.1 Besetningens redningsinnsats

I arktiske farvann er hurtig redningsrespons avgjørende for at en person i sjøen ikke skal omkomme som følge av hypotermi/drukning.

Under de gitte forhold anser SHT at besetningen lokaliserte og fikk sin kollega opp av sjøen i løpet av kort tid, før de igangsatte og opprettholdt hjerte- og lungeredning frem til redningshelikopter satte ned redningspersonale.

Den etablerte rutinen om bord var at de som først mønstret på dekk skulle bemanne og sjøsette redningsbåten, men ikke alle tre som bemannet den ulykkesdagen hadde blitt familiarisert i oppgaven gjennom tidligere avholdte øvelser. Før båten ble sjøsatt var mannskapet noe heftet med at sikringspinner for redningsbåtens surringer satt hardt fast. Kun en av mannskapet fikk på seg personlig overlevelsesutstyr før de forlot moderfartøyet.

Månedlige øvelser ble foretatt mens fartøyet lå i havn, dette tilfredsstiller forskriftens krav. At personlig overlevelsesutstyr og tidligere erfaring med fartøyets redningsbåt manglet for flere av de som bemannet den, økte risikoen for at ulykken kunne ha eskalert. Dette indikerer at frekvensen av øvelser og innholdet i opplæring ikke hadde vært tilstrekkelig før 26. november.

Rederiet har i ettertid opplyst de har gjennomført flere tiltak i forhold til bekledning for MOB-båt personell, gjennomføring av øvelser og utarbeidelse av operasjonsinstrukser.

SHT retter derfor ingen sikkerhetstilråding om dette til rederiet.

2.5.2 Redningsetatenes innsats

For mannskapet på Arctic Pioneer, som ikke ville avslutte HLR før dette var klarert fra medisinsk hold, medførte det en ekstra belastning at helikopteret med medisinsk personell ikke kom fram til fartøyet før kl. 1735, dvs. ca. fem timer etter at skipperen varslet HRS-N.

Forsinkelsen kan ha hatt en sammenheng med at oppdraget fra LRS, Svalbard sin side ble betraktet som transport av omkommet person og ikke en akutt redningsaksjon. SHT har valgt å ikke vurdere dette ytterligere, da forsinkelsen ikke fikk betydning for overlevelsesaspektet.

2.5.3 Vurdering av hjertestarter

Under intervjuer med besetningsmedlemmene som gjennomførte HLR, kom det fram at hjertestarterens funksjon og virkemåte hadde skapt usikkerhet. SHT har fått hjertestarteren undersøkt og den ble funnet å være i orden (kapittel 1.13). Mannskapet som utførte HLR hadde ikke trent på bruk av fartøyets hjertestarter og alle forsto heller ikke stemmeveiledningen/språket.

SHT mener at en hjertestarter må ha et språk/stemmeveiledning som brukerne forstår, og at opplæring og øvelse i bruk er en betingelse. Rederiet har byttet hjertestarter og har i ettertid gjennomført kurs for besetningen.

2.6 **Rederiets sikkerhetsstyring og HMS-arbeidet om bord**

Et godt HMS-arbeid er en av forutsetningene for å skape og opprettholde en trygg arbeidsplass. Alle arbeidsplasser er forskjellige, og det er ikke alltid mulig å fjerne alle farer. Det er derfor nødvendig å systematisk identifisere, evaluere og iverksette ulykkesforebyggende tiltak. Initiativ fra ledelsen og medvirkning fra mannskapet er avgjørende for å lykkes med dette.

SHT fikk opplyst at konsulenten som utarbeidet opplæringsmanualen gjennomførte en risikokartlegging rett før avgang fra Tromsø, men Havarikommisjonen har ikke fått dokumentert at det ble utarbeidet spesifikke risikovurderinger knyttet til arbeidsprosessen for haling/setting av teiner. Det er SHTs oppfatning at konsulentens arbeid før første tur på feltet resulterte i en preliminær manual som kunne innfri et av de utestående pålegg som var gitt, men som i mindre grad ga støtte til besetningen i forhold til sikre arbeidsoperasjoner.

Opplæringsmanualen beskrev hvordan HMS-arbeidet skulle foregå, men det var ikke etablert systematiske HMS-rutiner om bord. Mannskapet hadde ikke valgt verneombud, og det var heller ikke opprettet et arbeidsmiljøutvalg (AMU).

Rederiet hadde stilt oppblåsbare redningsvester til rådighet for bruk på dekk. Disse ble imidlertid ikke benyttet konsekvent. Dersom det hadde vært etablert en arena for å drøfte slike problemer ville det vært en større sannsynlighet for at ledelsen eller mannskapet hadde tatt tak i det på en tilfredsstillende måte. Selv om inkonsekvent bruk av redningsvest eller annet arbeidsflyteplagg forekom om bord, var det blitt en stilltiende aksept for at dette var besetningens egenansvar.

SHT mener undersøkelsen har vist at rederiet ikke hadde foretatt en tilstrekkelig systematisk og dokumentert kartlegging og vurdering av risikoforhold om bord før 26. november.

Dagen etter ulykken kom mannskapet sammen og skrev ned 19 forbedringspunkter relatert til HMS-arbeidet. Rederiet har i etterkant gjennomført en rekke tiltak for å styrke sikkerhetsarbeidet (se kap. 1.14). SHT mener at mange av disse punktene kunne blitt avdekket og behandlet før ulykken, dersom rederi og fartøy hadde tilrettelagt for de møteplasser ASH-forskriften legger opp til.

Med bakgrunn i rederiets gjennomførte tiltak etter ulykken fremmer Havarikommisjonen likevel ingen sikkerhetstilrådinger knyttet til risikovurderinger og etablering av de fora som ASH-forskriften krever.

2.7 Sjøfartsdirektoratets tilsynsrolle

Sjøfartsdirektoratets tilsynsarbeid skulle i 2015 rette seg mer mot operative forhold, sikkerhetsstyring og forebyggende arbeid. Et av de områdene som skulle prioriteres var kontroll av innsendte tekniske tegninger med større fokus på en vurdering av sikkerhet i design.

Sjøfartsdirektoratets inspektør gjennomførte befaringer av fartøyet 18. august 2015 for å gi verftet i Danmark og rederen mulighet for å rette opp påpekte mangler, før førstegangsbesiktelsen og utstedelse av fartssertifikat. Etter denne befaringen utarbeidet inspektøren en liste med 22 anmerkninger, herunder et punkt til rederiet med spørsmål om hvordan fisket og arbeidet om bord skulle foregå sikkert (ref. kapittel 1.10.1). Inspektøren vektla der at fisket var nytt for alle, og at arbeidsoppgavene måtte avklares og risikovurderes. SHT mener at dette var i tråd med Sjøfartsdirektoratets fokusområde for 2015 og en relevant problemstilling å trekke fram.

I forbindelse med utstedelse av fartssertifikat ble det gjennomført en førstegangsbesiktelse. Sjøfartsdirektoratet ga rederiet fem pålegg. Ingen av disse påleggene adresserte tydelig at arbeidsoppgavene skulle avklares og risikovurderes før oppstart. SHT mener at påleggene kunne hatt bedre effekt om de hadde tydeliggjort anmerkningene gitt ved befaringen 18. august 2015.

Ulykken på Arctic Pioneer er en av flere arbeidsulykker i havfiskeflåten i forbindelse med operasjon av fiske- og fangstutstyr. Det stilles i gjeldende regelverk få krav knyttet til design og operasjon av dette utstyret. Sjøfartsdirektoratet skulle ifølge rapporten «Fokus på risiko 2015» ha fokus på sikre arbeidsplasser (se kapittel 1.10.3) i sin tilsynsvirksomhet for 2015. Bortsett fra nevnte befaringsrapport hvor det ble påpekt behov for å gjennomføre risikoanalyser av arbeidsoperasjonene, kan ikke SHT se at Sjøfartsdirektoratet rettet særskilt oppmerksomhet mot arbeidsplassikkerhet om bord på Arctic Pioneer.

SHT har i tidligere undersøkelser avdekket svakheter i rederienes arbeid knyttet til risikovurderinger. Det er rettet sikkerhetstilrådninger både til rederier og Sjøfartsdirektoratet vedrørende dette. SHT fremmer derfor ingen nye tilrådninger.

3. KONKLUSJON

3.1 Hendelsesforløpet

- a) Tauverket mellom siste krabbeteine og ankeret hang seg, under setting, fast bak en gjenglemt lagrings-/stålpinne.
- b) Da basen forsøkte å korrigere situasjonen entret han inn i en faresone.
- c) Tauet som kom i spenn bøyde ned og glapp over den gjenglemt lagrings-/stålpinnen. Basen ble først truffet i overkroppen av tauverket og deretter dratt videre over bord av endeankeret på teinelenken.
- d) Basen ble dratt på sjøen gjennom åpningen akterut på fartøyet.
- e) Arbeidsprosess, rutiner og akterdekkets design muliggjorde at en forglemmelse førte til en faresituasjon på dekk.
- f) Mannskapet fant fiskeren raskt og iverksatte livreddende innsats.
- g) Fiskeren ville med stor sannsynlighet hatt bedre overlevelsessevne dersom han hadde benyttet redningsvest og/eller arbeidsflyteplagg som beskyttet mot nedkjøling (hypotermi) og kunne forhindre drukning.

3.2 Rederiets HMS-arbeid og sikkerhetsstyring

- a) Rederiet hadde ikke fastsatt en standard for bekledning på arbeidsdekket og mannskapet kjøpte inn sitt eget arbeidstøy. Dette kan ha medvirket til at arbeidstøyet fiskerne benyttet, i varierende grad var egnet til å sikre flyteevne og hindre hypotermi ved fall over bord.
- b) Opplæringsmanualen beskrev hvordan HMS-arbeidet skulle foregå, men det var ikke etablert systematiske HMS-rutiner om bord. Mannskapet hadde ikke valgt verneombud, og det var heller ikke opprettet et arbeidsmiljøutvalg (AMU).
- c) Frekvensen av og innholdet i beredskapsopplæring og trening hadde ikke vært tilstrekkelig. Dette bidro trolig til at kun en av de tre om bord fikk på seg redningsvest, at ikke alle var familiarisert med oppgaven og at de var usikre på hjertestarterens funksjon og virkemåte.
- d) Rederiet hadde ikke foretatt en tilstrekkelig systematisk og dokumentert kartlegging og vurdering av risikoforhold om bord før 26. november.

3.3 Regelverk og tilsyn

- a) Sjøfartsdirektoratet skulle ifølge rapporten «Fokus på risiko 2015» ha fokus på sikre arbeidsplasser i sin tilsynsvirksomhet for 2015.
- b) Bortsett fra befaringen i august 2015 hvor det ble påpekt behov for å gjennomføre risikoanalyser av arbeidsoperasjonene, kan ikke SHT se at Sjøfartsdirektoratet rettet særskilt oppmerksomhet mot arbeidsplassikkerhet om bord på Arctic Pioneer.

- c) Ulykken på Arctic Pioneer er en av flere arbeidsulykker i havfiskeflåten i forbindelse med operasjon av fiske- og fangstutstyr. Det stilles i gjeldende regelverk få krav knyttet til design og operasjon av dette utstyret.

4. SIKKERHETSTILRÅDINGER

Undersøkelsen av denne sjøulykken har avdekket flere områder hvor sjøsikkerheten kan forbedres. Dette er områder hvor det aktuelle rederiet i etterkant av ulykken har gjennomført tiltak og områder hvor SHT tidligere har fremmet sikkerhetstilrådinger til myndighetene.

Med bakgrunn i dette anser ikke Havarikommisjonen det som nødvendig å fremme nye sikkerhetstilrådinger i forbindelse med denne ulykken.

Statens havarikommisjon for transport
Lillestrøm, 31. januar 2017

DETALJER OM FARTØYET OG ULYKKEN

Fartøyet	
Navn	Arctic Pioneer
Tidligere navn	Boraøyernes
Flaggstat	Norge
Tidligere flaggstat	Grønland
Registreringsnummer	T-238-T
Klasseselskap/klasesertifikat	DNV / 1A1 Fishing vessel Ice (C)
IMO nummer/kallesignal	6808533/LDQA
Type	Fiskefartøy
Byggeår/verft	1967/Skala Skipasmidja, Færøyene
Ferdigstilt ombygging/verft	Juni 2015/Svendborg verft, Danmark
Eier	Arctic Pioneer AS
Operatør/ISM ansvarlig	Arctic Pioneer AS
Konstruksjonsmateriale	Stål
Lengde	44,90 meter
Bredde	8,50 meter
Dypgående	4,45 meter
Brutto tonnasje	528
Bemannning	21 personer
Reisen	
Avgangshavn	Tromsø
Ankomsthavn	Tromsø
Type reise	Snøkrabbefiske i Svalbardsonen
Ulykkesinformasjon	
Dato og tidspunkt	26.11.2015
Ulykkestype	Tap av liv/personskade
Sted/posisjon hvor ulykken inntraff	Fiskevernsonen ved Svalbard, nordøstlig del av Barentshavet N: 76° 03' 00'' Ø: 034° 47' 00''
Sted om bord hvor ulykken inntraff	Arbeidsdekket akterut
Omkomne/skadde	Et besetningsmedlem omkommet/en skadet
Hvor i reisen var fartøyet	I fiske
Ytre miljø	Øst sørøst frisk bris, moderat sikt, bølgehøyde ca. 3 meter, mørketid.

VEDLEGG

Vedlegg A: Regulering av snøkrabbefiske og fakta om snøkrabbe

Vedlegg B: Generelt om snøkrabbefiske og registrerte ulykker i forbindelse med slik fangst i Barentshavet

Vedlegg C: Tidligere relevante undersøkelser

VEDLEGG A: REGULERING AV SNØKRABBEFISKE OG FAKTA OM SNØKRABBE

Regulering av snøkrabbefiske

Forvaltningen av snøkrabbe har en omfattende regulering både på globalt, regionalt og bilateralt nivå. Snøkrabbe er definert som en sedentær art (bunntilknyttet) hvilket utløser regelverk i De forente nasjoners havrettskonvensjon. Havrettskonvensjons internasjonale overenskomst skal regulere ferdsel og økonomisk aktivitet på åpent hav, samt kyststaters rettigheter i deres nære havområder. Derfor er nå mesteparten av snøkrabbefiske i området kalt Smutthullet under russisk jurisdiksjon fordi man følger delelinjen, og kun en mindre del er tilgjengelig for norsk snøkrabbefiske.

Med hjemmel i lov 6. juni 2008 nr. 37 om forvaltning av viltlevende marine ressurser (havressurslova) er det gitt forskrift 19. desember 2014 nr. 1836 om forbud mot fangst av snøkrabbe. Her gjelder et generelt forbud mot fangst av snøkrabbe i hele det norske jurisdiksjonsområdet, inkludert Fiskevernsonen ved Svalbard. For norske fartøy gjelder forbudet også på andre lands kontinentalsokler. Det kan gis dispensasjon fra forbudet. Dette sikrer at det fortsatt kan høstes snøkrabbe, samtidig som forvaltningen gjennom dette fisket får innhentet nødvendig informasjon og datamateriale for det videre arbeidet med en forvaltningsplan. Ettersom kartlegging av fiskeriomfanget og arbeidet med en helhetlig forvaltningsplan nå er startet, ønsker man ikke at fangst av snøkrabbe skal være et selvstendig driftsgrunnlag for nye fartøy som vil inn i fisket.

Forskriften innebærer at alle som ønsker å fangste snøkrabbe trenger dispensasjon. Fra og med 1. januar 2016 ble det regulert slik at det skulle bli ulovlig å fiske snøkrabbe dersom man ikke parallelt var oppført i fiskefartøyregisteret med kvote. Reguleringen hadde imidlertid ikke tilbakevirkende kraft.

Fakta om snøkrabbe

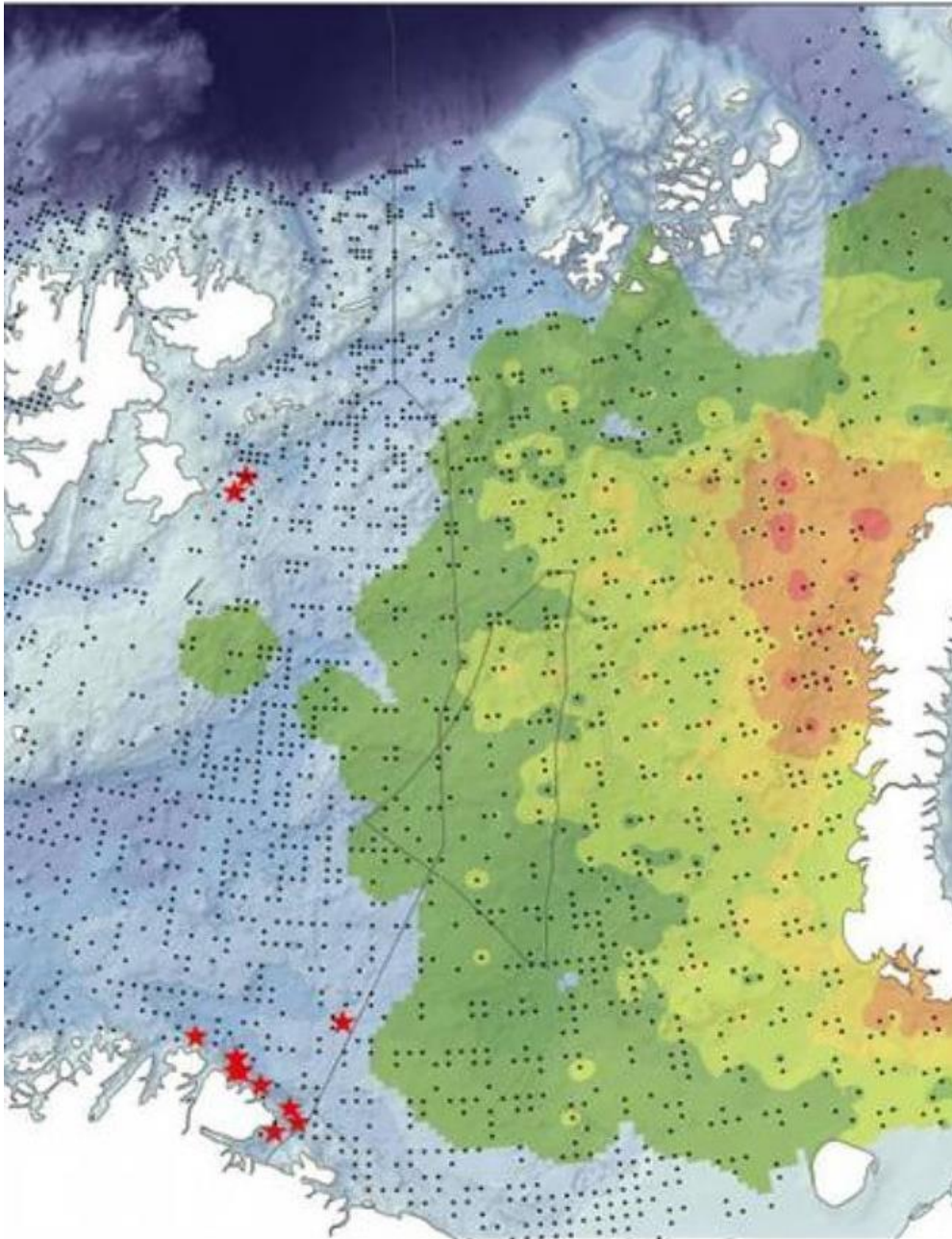


Snøkrabben er noe mindre enn kongekrabben. Foto: Jan H. Sundet / Havforskningsinstituttet i Tromsø

- Snøkrabbe er en art av krabber som er nylig introdusert til norske farvann.
- Snøkrabben finnes i Beringhavet, langs østkysten av Canada og vestkysten av Grønland.
- Den har sin opprinnelse i Nord-Amerika, hvor den fiskes kommersielt. Fangstene i Canada og Alaska kan årlig utgjøre 100.000 tonn.
- Den lever på bløtbunn og er en mer arktisk art enn kongekrabben – den trives i kalde vannmasser.
- Dietten består for det meste av bunndyr som små muslinger, børstemark og sjøstjerner.
- Snøkrabben har et siste skallskifte i forbindelse med kjønnsmodningen ved 5-7 år. Etter dette vokser den ikke mer og vil maksimalt leve i ca. fem år til.
- Hannene blir betydelig større enn hunnene og veier opp til to kilo.
- Det er kun hankrabber det fiskes på, og i områdene nevnt over er det minstemål på 95 - 100 mm skjoldbredde.
- Snøkrabbe ble for første gang funnet av russiske fiskere i Barentshavet i 1996. I 2013 konstaterte forskere at snøkrabbe er blitt mer vanlig enn kongekrabbe i Barentshavet.
- Krabbefisket skjer i det 67.000 kvadratkilometer store Smutthullet. Dette er internasjonalt farvann, eller «åpent hav» fordi de økonomiske sonene ikke kan gå lenger ut i havet enn 200 nautiske mil.

- Snøkrabbefiske i Barentshavet er en industri i vekst, fra 1-2 fartøyer i 2013 til totalt 22 observerte fartøy i 2014.
- Snøkrabbe er en svært populær delikatesse i Japan og USA.

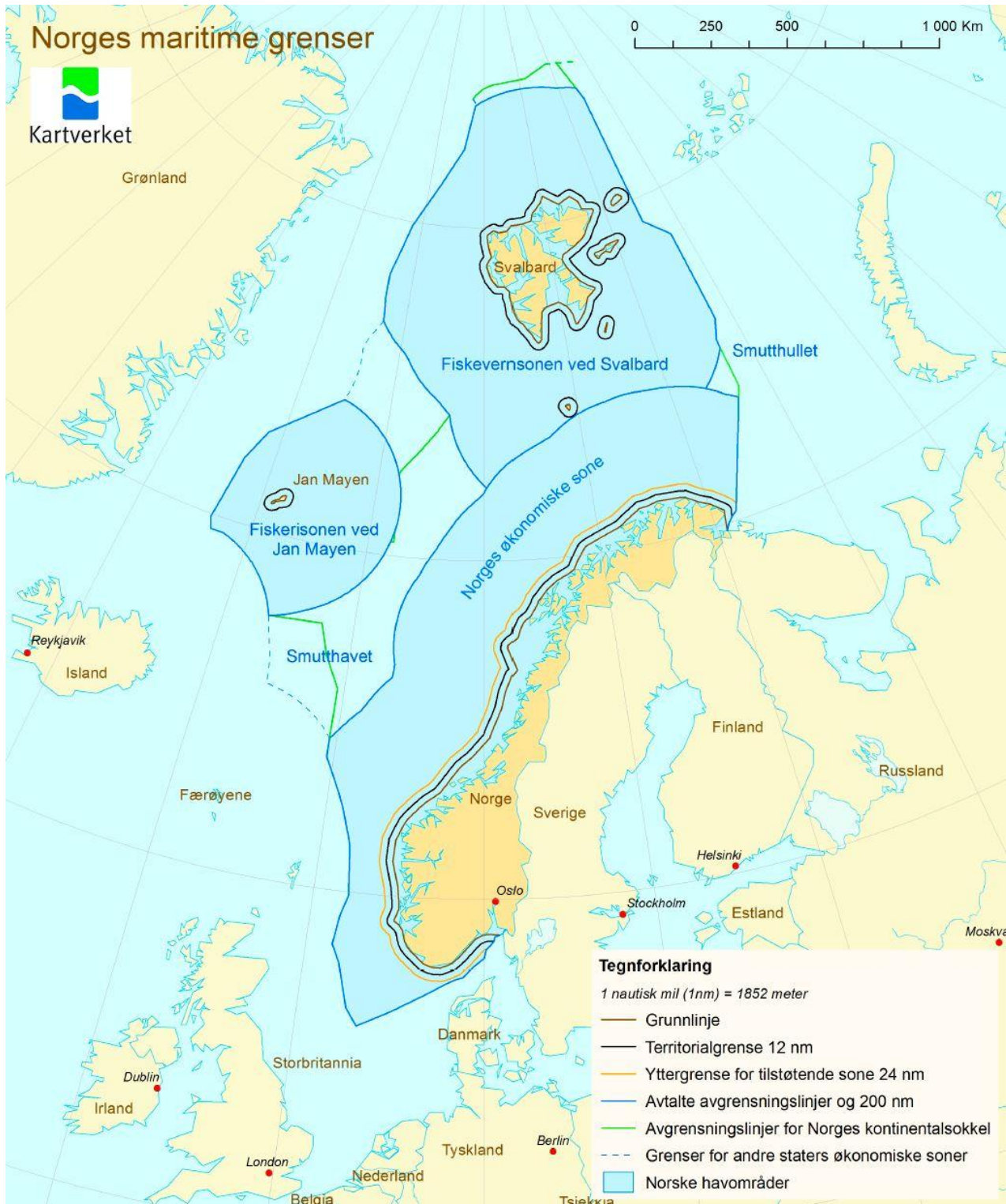
Kilde: SNL, Kystvakta og Framsenteret



Kartet viser at mesteparten av snøkrabba i Barentshavet står i den russiske sonen. De røde feltene viser de tettste forekomstene, i områdene som er merka med grønt er tettheten mindre. Stjernene markerer enkeltobservasjoner. Kilde: Havforskningsinstituttet

VEDLEGG B: GENERELT OM SNØKRABBEFISKET OG REGISTRERTE ULYKKER I FORBINDELSE MED SLIK FANGST I BARENTSHAVET

Snøkrabbefisket fra norske fartøy foregår i Barentshavet, primært i den delen av området kalt Smutthullet. I 1996 ble snøkrabbe for første gang registrert i Barentshavet av russiske fiskere og de siste årene har fisket etter snøkrabbe vokst kraftig.



Norges maritime grenser og arealer. Kart: © Kartverket

Den norske Kystvakten har opplyst at fisket har økt dramatisk spesielt i det internasjonale havområdet, fra 1-2 fartøyer i 2013 til totalt 22 observerte fartøy i dette spesielle fisket i 2014. Fartøyene som deltar i fisket er i 50 % av tilfellene fartøy som tidligere har hatt sine virkeområder i andre deler av verden, og har således aldri tidligere vært i Barentshavet.

Kystvakten har opplyst at det i perioden 5. november 2014 til 2. februar 2015 har vært registrert fire mann over bord ulykker/drukninger fra fartøy engasjert i snøkrabbefiske i Barentshavet. To fra russiske fartøy, en fra et litauisk fartøy, og en fra et spansk fartøy. I tre av fire tilfeller med MOB er det kommet frem at personene som er omkommet ikke har hatt flytemidler og i tillegg var tynnkledd.

Havarikommisjonen har også fått kjennskap til en MOB-ulykke/drukning som inntraff i april 2016 fra et litauisk snøkrabbefartøy.

VEDLEGG C: TIDLIGERE RELEVANTE UNDERSØKELSER

Ulykken om bord på autolinefartøy Geir II (Sjø Rap 2011/05)

Ett av fartøyets besetningsmedlemmer omkom ved en klemulykke under arbeid i fabrikken om bord i fiskefartøyet Geir II. Autoline fartøyet er nybygd, og fabrikkbygget om bord for foredling og pakking av råstoff var under innkjøring når skipet fisket på Tromsøflaket 30. september 2010.

Sikkerhetstilråding Sjø nr. 2011/06T

Sjøfartsdirektoratet stilte ikke krav om at rederiet måtte dokumentere risikovurderingen av arbeidsprosessene før førstegangskontrollen. Denne risikovurderingen ble dermed ikke en del av grunnlaget for førstegangskontrollen, og sjekklistene fanget ikke opp de særskilte risikoområdene i fabrikkdelen.

Havarikommisjonen tilrår at Sjøfartsdirektoratet vurderer dokumentasjonsgrunnlaget for førstegangstilsyn for fabrikkskip, slik at de oppnår mer systematiske og målrettede kontroller av den totale sikkerheten om bord, inkludert kontroll av arbeidsutstyret og arbeidsprosessene.

Ulykken om bord på fabrikktråleren Volstad (Sjø Rap 2013/05)

Fabrikktråleren Volstad var 16. august 2012 i fiske etter torsk nord i Barentshavet. En av fiskerne om bord omkom under arbeid alene i fryserommet, i ferd med å stue blokker av frossen fisk. Ulykken skjedde da fiskeren skulle klare opp en forkiling av blokker på transportbåndet. Den omkomne ble funnet fastklemt på enden av transportbåndet med venstre jakkeslag surret fast rundt båndets drivaksel. Fra rapporten siteres følgende:

I forhold til operasjonell sikkerhet knyttet til fangst og produksjonsprosessene i den havgående fiskeflåten bidrar dagens forskrift om konstruksjon, utstyr, drift og besiktelser av fiske- fangstfartøy med største lengde på 15 meter og derover, og forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip i liten grad til å styrke rederienes evne til å avdekke farer og til å innføre relevante risikoreduserende tiltak.

Havarikommisjonen fremmer to sikkerhetstilrådinge i forbindelse med denne undersøkelsen. En sikkerhetstilråding rettes til rederiet relatert til etterlevelse av sikkerhetsstyringsystemet. Den andre sikkerhetstilrådingen rettes til Sjøfartsdirektoratet, og knytter seg til behov for å styrke rederienes sikkerhetsstyringsarbeid med tanke på personsikkerhet i den havgående fiskeflåten.

Sikkerhetstilråding Sjø nr. 2013/17T

Undersøkelsen etter arbeidsulykken på Volstad har vist en arbeidspraksis om bord hvor viktige retningslinjer, knyttet til å stoppe transportbåndene før arbeid med å løse forkilte blokker ble iverksatt, ikke ble overholdt. En mer aktiv involvering fra rederiet knyttet til etablering og bruk av verne- og miljøutvalg, oppfølging av skipsledelsens gjennomgang, samt interne revisjoner kunne, ha avdekket og rettet opp denne uheldige praksisen.

Statens havarikommisjon for transport tilrår at rederiet Volstad AS i større grad følger opp HMS-arbeidet om bord og i samarbeid med besetningen søker løsninger som sikrer etterlevelse av sikkerhetsstyringsystemet.

Sikkerhetstilråding Sjø nr. 2013/18T

Ulykken på Volstad er en av mange arbeidsulykker i havfiskeflåten i forbindelse med operasjon av fiske- og fangstutstyr, samt arbeide i fabrikk og lasterom. Det stilles i gjeldende regelverk få krav knyttet til design og operasjon av dette utstyret og myndighetene vurderer i liten grad den

operasjonelle sikkerheten. Dette fører til at den operasjonelle sikkerheten i hovedsak avhenger av det enkelte rederis evne til å avdekke farer, risikovurdere disse og iverksette tilstrekkelige risikoreduserende tiltak. SHT har i flere undersøkelser avdekket svakheter i rederienes arbeid knyttet til risikovurderinger.

Statens havarikommisjon for transport tilrår Sjøfartsdirektoratet i samarbeid med næringens interesseorganisasjoner å vurdere tiltak for å styrke rederienes sikkerhetsstyringsarbeid og rederienes evne til å avdekke farer, risikovurdere disse og iverksette tilstrekkelige risikoreduserende tiltak. Dette med tanke på personsikkerhet knyttet til fangst og produksjonsprosesser om bord i havfiskeflåten.

Ulykken om bord på kystsnurperen Artus (Sjø Rap 2013/11)

Under fiske onsdag 5. desember 2012 omkom en fra besetningen om bord på ringnotsnurperen Artus. Ulykken skjedde under arbeid med oppstramming av flåsnurpen. Den forulykkede ble klemt fast på nokken på styrbord ankervinsj under flere lag med 32 mm nylontrasse. Fra rapporten siteres følgende:

Arbeidsulykker knyttet til fangst- og redskapshåndtering i den havgående fiskeflåten inntreffer jevnlig. SHT mener at ulykken om bord på Artus ikke var et enestående tilfelle, men heller en av mange arbeidsulykker knyttet til redskapshåndtering i denne delen av flåten, og har valgt å se denne ulykken i lys av dette.

Når fartøyet settes i drift må risikoen som ikke er ivaretatt gjennom design og byggefasen ivaretas av rederi og besetning. Her er rederiets evne til å kartlegge farer, gjennomføre risikovurderinger og implementere tiltak en svært viktig barriere mot ulykker knyttet til fangst- og produksjonsprosessen. Det er også vesentlig å etablere en systematisk tilnærming for identifisere og endre på usikker arbeidspraksis.

Dagens regelverk stiller få og vage krav som ivaretar fiskernes sikkerhet ved bruk av fiske- og fangstredskap. Regelverket stiller ikke krav om at det skal gjennomføres risikovurderinger knyttet til operasjon av fartøyet allerede i designfasen. Dette kan føre til at effektive sikkerhetsbarrierer ikke bygges inn, og at mannskapets sikkerhet i for stor grad blir avhengig av organisatoriske forhold knyttet til operasjon av skipet. Både bygge- og arbeidssikkerhetsregelverket bør bidra mer enn i dag i forhold til å ivareta også operasjonell sikkerhet. En viktig læring fra denne ulykken er at rederiets sikkerhetsarbeid må påbegynnes allerede i designfasen. Rederiet må ta en aktiv rolle og involvere brukerne, bruke kompetent HMS-personell til å gå kritisk gjennom løsningene og på den måten gjøre arbeidsforholdene sikrere for fiskerne som skal operere fartøyet.