

Avgitt januar 2024

RAPPORT SJØFART 2024/01

*Fall over bord fra krabbebåten Hunter –
LKUA i Barentshavet 30. januar 2023*



English summary included

Statens havarikommisjon (SHK) 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. Det er ikke Havarikommisjonens oppgave å ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Bruk av denne rapporten til annet enn forebyggende sjøsikkerhetsarbeid bør unngås.

Innholdsfortegnelse

MELDING OM HENDELSEN/HAVARIET	4
SAMMENDRAG	5
OM UNDERSØKELSEN	6
1. FAKTISKE OPPLYSNINGER	8
1.1 Hendelsesforløp.....	8
1.2 Redningsutstyr om bord.....	13
1.3 Vær og sjøforhold	14
1.4 Farvannsbeskrivelse	14
1.5 Fartøy	14
1.6 Operasjonelle forhold	15
1.7 Rekruttering av besetning og språkkunnskap.....	17
1.8 Medisin og helse	18
1.9 Rederiet og sikkerhetsstyring	19
1.10 Regelverk.....	21
1.11 Tilsyn med rederi og fartøy.....	22
1.12 Regulering av fremtidig snøkrabbefiske i Barentshavet.....	24
1.13 Varsel om sikkerhetskritiske forhold	25
1.14 Tidligere hendelser/ulykker	26
1.15 Andre opplysninger	27
1.16 Iverksatte tiltak	28
2. ANALYSE	32
2.1 Innledning	32
2.2 Hendelsesforløp.....	32
2.3 Redning og overlevelsesaspekter	33
2.4 Arbeid og ferdsel på akterdekket.....	34
2.5 Rederiets sikkerhetsstyring	35
2.6 Sjøfartsdirektoratets tilsynsfunksjon	35
2.7 Rammebetingelser for snøkrabbefangst.....	36
3. KONKLUSJON	38
3.1 Hovedkonklusjon.....	38
3.2 Undersøkelseresultater	38
4. SIKKERHETSTILRÅDINGER	40
VEDLEGG	42

Melding om hendelsen/havariet

På morgenen den 31. januar 2023 ble Statens havarikommisjon av Sjøfartsdirektoratet varslet om en ulykke. En fisker hadde dagen før falt over bord i Barentshavet og det var gjennomført søk gjennom natten.

Havarikommisjonen innledet en sikkerhetsundersøkelse og reiste til Tromsø den 2. februar 2023 for å foreta intervjuer av mannskapet, innhente informasjon og foreta befaring om bord.



Figur 1: Oversiktsbilde over fastlandet og Svalbard med Hunters kurslinje og sted hvor ulykken inntraff.
Kilde: Kystverket AIS

Sammendrag

Mandag 30. januar 2023 falt en fisker over bord fra et arbeidsdekk akterut på snøkrabbebåten Hunter i Barentshavet. Det var dårlig vær med snøbyger, vindstyrke på 30–35 knop fra øst-nordøst og 3–4 meter sjø fra øst. Ulykken oppsto i forbindelse med setting av krabbeteiner. Fiskeren som falt over bord, hadde som arbeidsoppgave å huke fast teinene med karabinkrok til settelinen som løp fritt ut gjennom setteluka.

Da fiskeren havnet i sjøen, iført arbeidsklær og et flyteplagg med 50 N oppdrift, hadde fiskeren liten mulighet til å overleve. Det fantes ingen andre fartøy eller redningsmannskaper i nærheten og fiskerens eneste mulighet for å overleve var å bli raskt funnet og reddet av fiskefartøyet.

Undersøkelsen har avdekket flere sikkerhetsproblemer. Under redningsaksjonen oppstod det språkproblemer som forsinket redningsarbeidet, og søket ble startet i en annen retning enn der hvor fiskeren hadde falt over bord. Det ble ikke kastet ut redningsbøye, og på grunn av været var det ikke forsvarlig å benytte MOB-båten. Det var heller ikke mulig å lokalisere fiskeren som hadde falt over bord. Regelmessige øvelser kunne avdekket både språkproblemer og tekniske svakheter, i tillegg til å ha styrket samarbeidet. Minimumskravene til redningsmidler var ikke i balanse med det som var risikoen i arbeidet som ble utført.

Settearrangementet hadde et grunnleggende svakt design. Det aktre arbeidsdekket hadde ingen fysiske barrierer mot fall over bord og designet gikk ut på at både settelina og teinene skulle gå fritt ut av setteluka uten å møte hindringer. I kombinasjon med en intens arbeidssituasjon medførte dette en risiko for å hekte seg fast. Manglende fysisk barriere var et avvik som ikke ble avdekket av Sjøfartsdirektoratet.

Revisjoner ble gjennomført da fartøyet ikke var operativt bemannet. Tilsynsmyndigheten fikk dermed ikke tilstrekkelig grunnlag for å avdekke språkproblemer og besetningens manglende kunnskap om skipets redningsmidler.

Arbeidssituasjonen på akterdekket var ikke forsvarlig. Prosedyrebeskrivelsene hadde store mangler og risikovurderinger var enten ikke foretatt eller ikke tilstrekkelig objektivt utført. Rederiets sikkerhetsstyringssystem hadde flere svakheter og rederiet etterlevde ikke forpliktelsene de hadde påtatt seg.

Rederiet har etter ulykken gjennomført flere tiltak som de mener skal bidra til økt sikkerhet. Havarikommisjonen mener rederiets tiltak ikke i tilstrekkelig grad ivaretar sikkerheten til fiskerne om bord.

Undersøkelsen har vist at rammebetingelser for snøkrabbefangst slik det er regulert i dag, kan påvirke sikkerheten negativt. Konkurransedrevet fiskeri med dagens rammebetingelser kan ha bidratt til økt risiko i arbeidet. Snøkrabbeflåten konkurrerte om å ta størst mulig andel av den totale kvoten raskest mulig. Dette kan ha bidratt til at aktører i bransjen tok risiko som kunne gå på bekostning av sikkerheten.

Havarikommisjonen fremmer fire sikkerhetstilrådninger etter denne undersøkelsen.

Om undersøkelsen

Formål og metode

Havarikommisjonen har klassifisert hendelsen som svært alvorlig etter definisjonen i sjøloven. Hensikten med denne undersøkelsen har vært å klarlegge hva som førte til at en fisker falt over bord i Barentshavet. Videre har Havarikommisjonen utredet hva som kan bidra til å øke sikkerheten og forhindre lignende ulykker og skadeomfang i fremtiden.

Ulykken og omstendighetene rundt denne er undersøkt og analysert i tråd med Havarikommisjonens sikkerhetsfaglige rammeverk og analyseprosess for systematiske undersøkelser (NSIA-metoden¹).

Informasjonskilder

De faktiske opplysningene er basert på intervjuer av mannskapet og samtaler med representanter fra rederiet. I tillegg har SHK hatt tilgang til dokumentasjon fra rederiets styringssystem, politiets etterforskningsdokumenter, logg fra hovedredningsentralen og dokumentasjon fra Sjøfartsdirektoratet samt flere tilsvarende undersøkelser.

Undersøkelserapporten

Rapportens første del, Faktiske opplysninger, beskriver hendelsesforløpet, tilhørende data og informasjon som er innhentet i forbindelse med ulykken, samt Havarikommisjonens gjennomførte undersøkelser og tilhørende funn.

Andre del av rapporten, Analyse, omhandler Havarikommisjonens vurderinger av hendelsesforløpet og medvirkende faktorer basert på faktiske opplysninger og gjennomførte undersøkelser. Omstendigheter og faktorer som er funnet å være mindre relevant for å forklare og forstå ulykken drøftes ikke i dybden.

Rapporten avsluttes med Havarikommisjonens konklusjoner og sikkerhetstilrådinger.

¹ NSIA – Norwegian Safety Investigation Authority. Se <https://havarikommisjonen.no/Om-oss/Metodikk>

1. Faktiske opplysninger

1.1 Hendelsesforløp	8
1.2 Redningsutstyr om bord	13
1.3 Vær og sjøforhold	14
1.4 Farvannsbeskrivelse	14
1.5 Fartøy	14
1.6 Operasjonelle forhold	15
1.7 Rekruttering av besetning og språkkunnskap	17
1.8 Medisin og helse	18
1.9 Rederiet og sikkerhetsstyring	19
1.10 Regelverk	21
1.11 Tilsyn med rederi og fartøy	22
1.12 Regulering av fremtidig snøkrabbefiske i Barentshavet	24
1.13 Varsel om sikkerhetskritiske forhold	25
1.14 Tidligere hendelser/ulykker	26
1.15 Andre opplysninger	27
1.16 Iverksatte tiltak	28

1. Faktiske opplysninger

1.1 Hendelsesforløp

1.1.1 FORLØPET TIL ULYKKEN

Den 28. januar 2023 kl. 1115 gikk snøkrabbebåten Hunter fra Båtsfjord med kurs for fiskefeltet øst av Hopen. I Båtsfjord hadde de levert fangst og fått om bord en ny styrmann.

Før avgang ble det gjennomført et sikkerhetsmøte som hadde en varighet på en time, og hele mannskapet var til stede. Dette var en standard prosedyre som ble gjennomført før oppstart av nytt tokt. Gjennomgangen gikk på både prosedyrer og praktisk bruk av redningsutstyr.

Sikkerhetsmøtene bestod av teori hvor skipperen demonstrerte en redningsdrakt og redegjorde for sikkerhetsprosedyrer. Besetningen testet ikke selv redningsutstyret og det var ingen fullskala øvelse i brann, mann over bord (MOB), evakuering m.m.

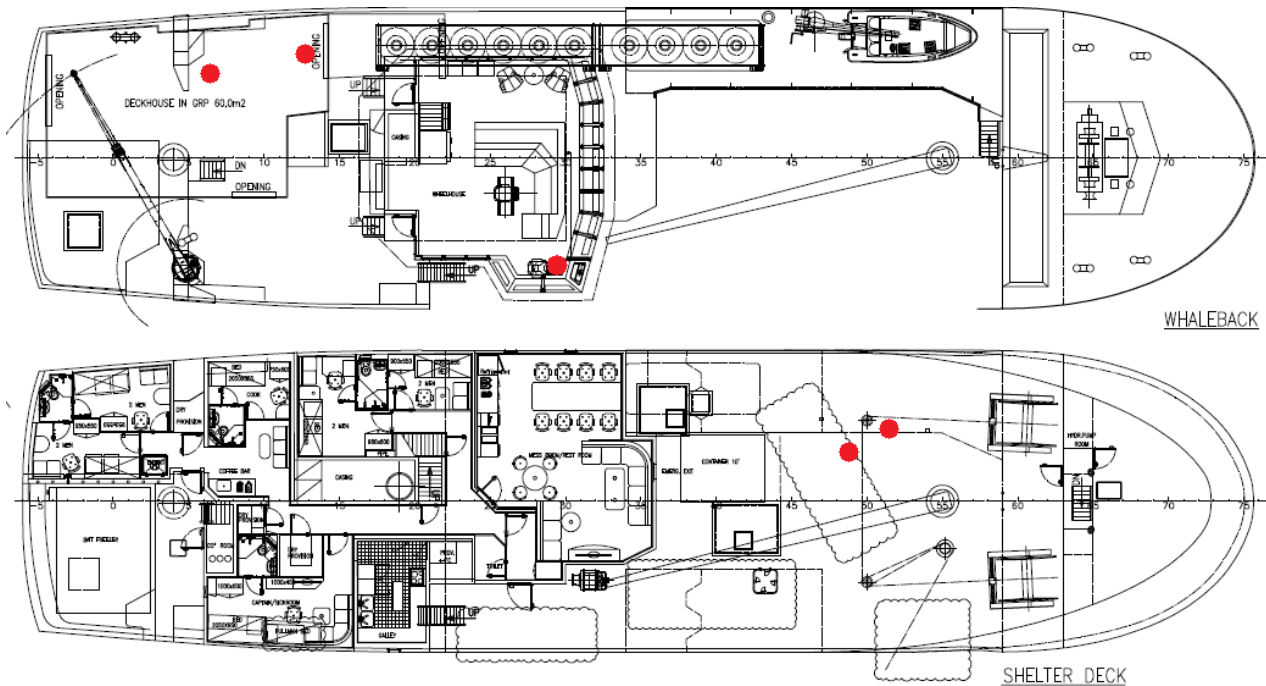
Den 30. januar 2023 kl. 0700 var de kommet tilbake til fiskefeltet øst-sørøst av Hopen og de startet med å ta inn en teinelenke de hadde satt ut på det forrige toktet.

Den nye styrmannen hadde tidligere erfaring fra krabbefiske og fikk fartøyspesifikk opplæring av skipperen da de lå i Båtsfjord før avgang. Han deltok på sikkerhetsmøtet, som ble avholdt på engelsk, med resten av mannskapet før avgang. Da de kom ut på fiskefeltet fulgte styrmannen med på hvordan skipperen og mannskapet gjennomførte setteprosessen av en teinelenke.

Det var vaktbytte kl. 1400 og styrmannen skulle under denne vakten ha sin første selvstendige vakt. Vakten ble gjennomført alene og det var ikke vanlig å bruke ekstra utkikk i styrehuset når de holdt på med fiskeoperasjoner. Før haling av teiner måtte besetningen klargjøre agn for teinene. Prosessen startet med at besetningen måtte fraktet agnet i bøtter fra akterdekket frem over transportbåndet og til fremre arbeidsdekk. Besetningen måtte da bevege seg fremover på båndet med lite eller ingen fysisk sikring fra å falle over bord. Alternativt kunne besetningen frakte agnet fremover lang skipets styrbord side, men det ble oppfattet som tungvint ettersom bøttene måtte bæres ned en bratt leder.

Ca. kl. 1430 begynte arbeidet med haling av en teinelenke. Arbeidet pågikk frem til mannskapet hadde sortert fangsten som skulle til produksjon i fabrikk. Deretter fjernet de gammel agn fra teinene de hadde tatt opp, og la inn ny agn før de stablet dem på fordekket. Det var lite plass på dekket til alle teinene fordi mannskapet ikke ønsket å stable de for høyt på grunn av bevegelsene i båten. Da de var ferdige ønsket styrmannen å se an været og sjøforholdene noe, og fiskerne tok en pause i styrehuset. Værforholdene på dette tidspunktet var stiv til sterk kuling fra øst-nordøst og noe redusert sikt grunnet snøbyger.

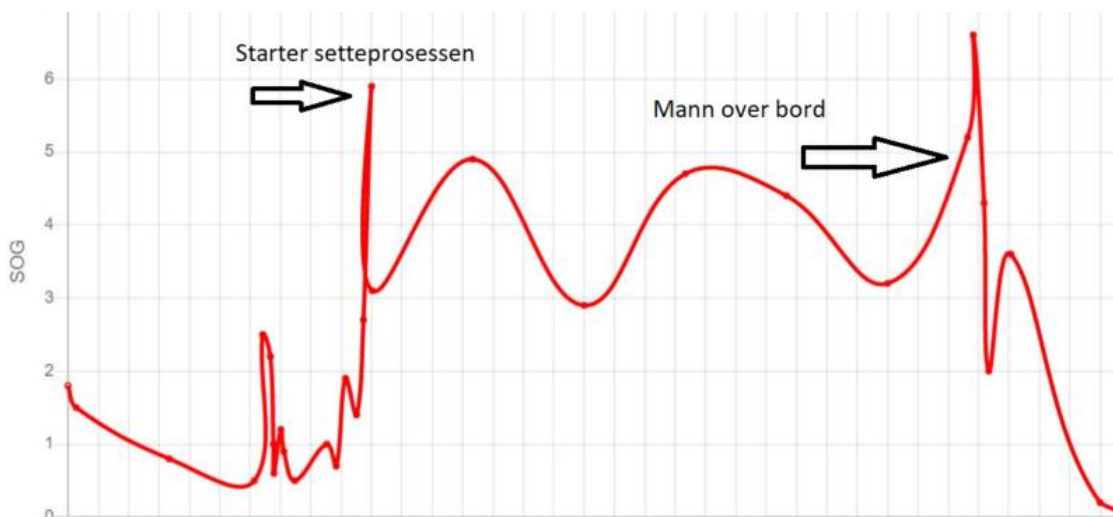
Ca. kl. 1700 startet forberedelsene til setteprosessen og kl. 1728 begynte de å sette ut teiner. Som vanlig var det to fiskere på fordekket og to fiskere på akterdekket, se figur 2. En fisker på fordekket og en på akterdekket hadde direkte kommunikasjon til styrehuset med intercom i hjelmene. Videoovervåkning fra styrehuset skulle gitt vakthavende i styrehuset oversikt over arbeidsoperasjonene, men anlegget hadde sluttet å fungere på vei ut til fiskefeltet. Videoovervåkningen var nylig blitt byttet ut da det tidligere anlegget hadde gått i stykker på forrige tokt.



Figur 2: Røde markeringer viser personer på dekk og i styrehuset slik de var plassert rett før ulykken.
Kilde: Rederiet. Illustrasjon: SHK.

Fiskerne på fordekket la teiner på transportbåndet og teinene ble fraktet opp og bort til de som stod på akterdekket. Fiskerne på akterdekket var organisert slik at den ene løftet teinene av transportbåndet og gjorde klar karabinkroken som var festet i hanefot til teinen, og ga karabinkroken videre til den andre fiskeren. Setteline hadde en dobling med et tynnere tau av to meters lengde, innspleiset på settelina ca. hver 20. meter

Fartøyets hastighet under setting av bruket ble oppgitt til ordinært å foregå i ca. 3,5–4 knops fart, alt etter værforholdene. Hastighetsgrafen viser at farten var noe høyere på ulykkesdagen enn hva som ble oppgitt å være vanlig.



Figur 3: Hastighetsgraf fra setteprosessen som startet kl. 1728 til mann over bord ca. kl. 1758. den 30. januar 2023. Kilde: Kystverket AIS. Illustrasjon: SHK

Med en fart på fire knop var det ca. 10 sekunder mellom hver teine som skulle hektes til settelinen hver 20. meter. Etersom festepunktet på settelinen bare var innenfor to meter, ga det fiskeren ca. ett sekund til å huke på karabinkroken. Fiskerne har opplyst at arbeidssituasjonen var krevende denne dagen og at de måtte bruke energi på både å holde seg fast og utføre arbeidsoperasjonen, ettersom det var mye bevegelser i fartøyet. Teinene kom i perioder også med noe ujevnt

mellomrom på transportbåndet. I starten av setteprosessen brukte de to fiskerne akterut derfor noen ekstra ferdig agnede teiner de hadde liggende på arbeidsdekkets styrbord side.

1.1.2 ULYKKEN

Ca. kl. 1758, etter en halvtimes arbeid hvor omtrent 180 av 300 teiner hadde blitt satt ut, hadde fiskeren som jobbet med å ta teinene av transportbåndet nettopp gitt den andre fiskeren nok en teine, og hadde snudd seg for å klargjøre den neste, se figur 4. Han støttet seg til teinene og andre holdepunkter på akterdekket for å ikke miste balansen på grunn av sjøgangen.

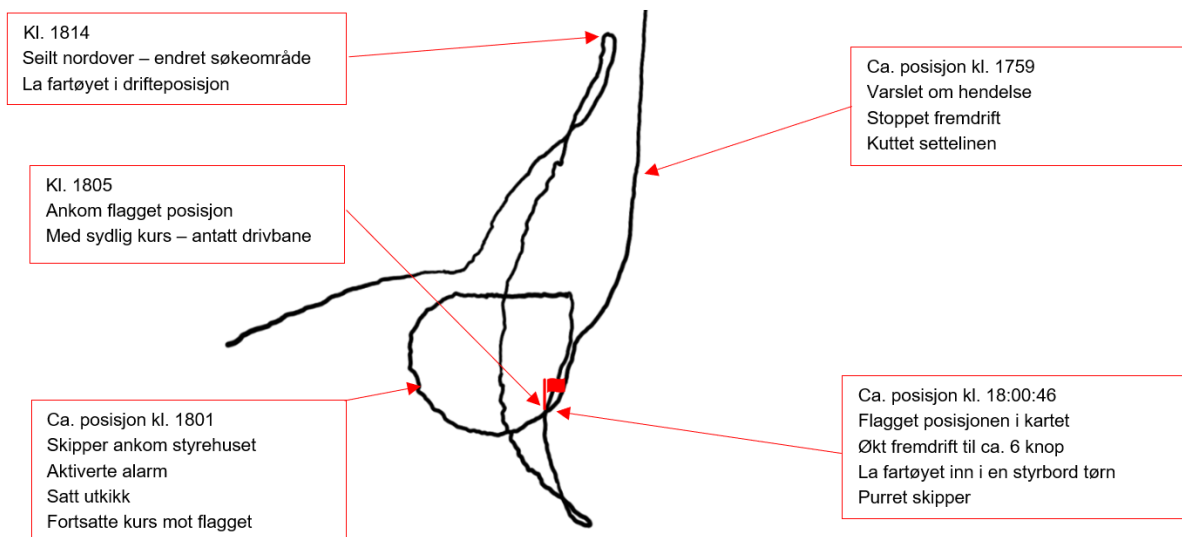
Fiskeren som stod ved transportbåndet hørte et svakt skrik, og da han snudde seg så han at den andre fiskeren var borte. Han forsto med en gang at den andre fiskeren var blitt dratt over bord.



Figur 4: Rekonstruksjon av fiskerne på akterdekk slik de stod på ulykkestidspunktet. Foto: SHK

Fiskeren, som ikke hadde intercom, løp fra akterdekket og opp til styrehuset og ba styrmannen om å stoppe fartøyet. Styrmannen stanset fremdriften og ble med fiskeren ned på arbeidsdekket akterut for å forstå hva som hadde skjedd. Styrmannen ble da kjent med at en fisker hadde falt over bord. Styrmann og fiskeren gikk helt akterut på styrbord side for å se om de kunne se eller høre noe fra han som hadde gått over bord. Deretter gikk styrmannen frem på fordekket og varslet de to fiskerne som stod der at de skulle kappe settelinene fra trommelen. Da styrmannen kom tilbake i styrehuset lagret han posisjonen i det elektroniske kartsystemet. Klokken var da ca. 1801. Styrmannen koblet deretter inn fremdriften igjen, la fartøyet i et styrbord tårn og forlot styrehuset for å purre skipperen på hans lugar ett dekk under. Skipperen ble vekket av styrmannen som fortalte at det var en «big alarm» og skipperen forsto umiddelbart at det hadde skjedd noe alvorlig.

Fiskeren på fordekket forsøkte først å dra settelinen tilbake med vinsjen for å kjenne etter om fiskeren i vannet hadde klart å kappe settelinen, men linen var fortsatt stram så han kuttet linen slik han hadde fått beskjed om av styrmannen. Fiskeren løp deretter helt akterut på styrbord side for å se etter fiskeren som hadde falt over bord, men det var vanskelig å se noen ting i mørket, med kraftig sludd. En fisker informerte i ettertid at han hørte tre tydelige rop fra aktenfor tvers på babord side og prøvde å identifisere nøyaktig hvor ropene kom fra. Fiskeren hadde gått til den andre siden for å se om han kunne se eller høre noe, men til det var sikten for dårlig og han hørte ingen flere rop. Se Figur 5, for en oversikt over sentrale hendelser ved ulykkestidspunktet.



Figur 5: Oversikt over hendelser ombord og fartøyets bevegelser rundt ulykkestidspunktet. Kilde: Fartøyets kartsystem. Illustrasjon: SHK

1.1.3 REDNINGSAKSJONEN

Da skipperen kom opp i styrehuset skaffet han seg et raskt overblikk over situasjonen, og ble fortalt at fiskeren som hadde til oppgave huke på teinene til settelinen hadde gått over bord. Styrmannen hadde påbegynt et tørt mot styrbord, og fiskefartøyet var da i posisjon vest for flagget posisjon når han kom opp i styrehuset. Lyskasteren stod allerede påslått og ble brukt for å søke nordover i tøret mot styrbord. Skipperen aktiverte alarmen på brannpanelet kort tid etter at han hadde fått oversikt over situasjonen. Han observerte at settelinen var kappet og han fikk beskjed om at det var kastet ut en livbøye.

Skipperen spurte styrmannen om flagget i det elektroniske kartsystemet markerte den posisjonen fiskeren hadde gått over bord og styrmannen bekreftet dette. Skipperen fortsatte derfor tøret mot styrbord og gikk deretter direkte mot flagget, samtidig som de brukte søkelyset aktivt.

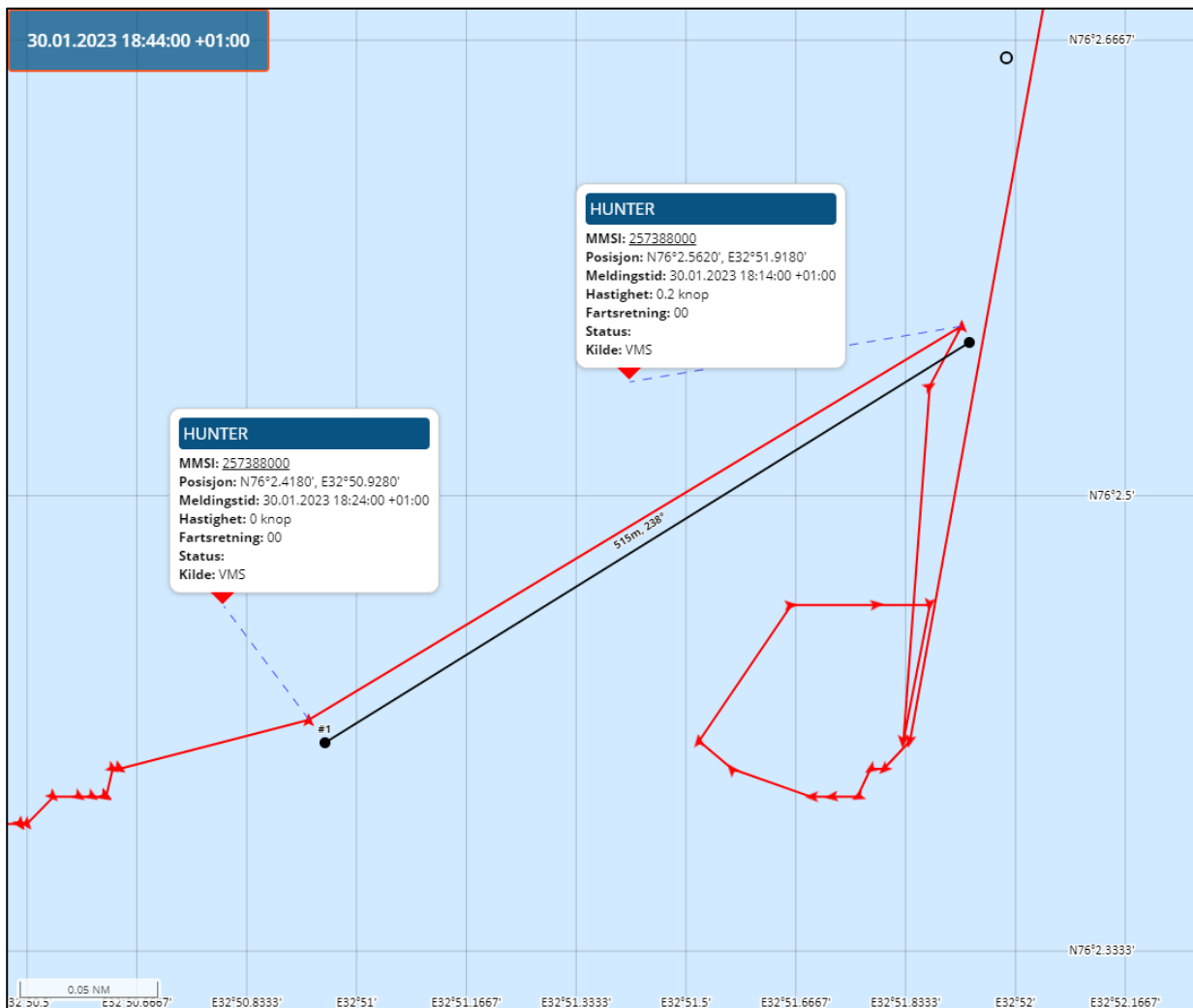
Etter at fartøyet hadde kommet til den markerte posisjonen fortsatte skipperen videre sydover. Årsaken til det var at det ville vært en naturlig drivbane for en person liggende i sjøen.

Etter noen minutter med søk sydover ble det klart for broteamet at kommunikasjonen de hadde hatt om flaggets plassering i det elektroniske kartsystemet berodde på en misforståelse. Posisjonen markerte likevel ikke hvor fiskeren hadde falt over bord, men rettere hvilken posisjon fartøyet hadde da styrmannen markerte flagget.

Skipperen manøvrerte deretter fartøyet lenger nord og fartøyet ble lagt vest for slepestreken, slik at de tok høyde for at fiskeren i vannet ville hatt en sydvestlig avdrift.

Kl. 1814 var fartøyet kommet opp til den posisjonen hvor de antok at fiskeren hadde falt over bord, se figur 6. Fartøyet ble deretter lagt i en drifteposisjon ved at de lå på været samtidig som de

fortsatte med visuelt søk. Drifteposisjonen ble opprettholdt i omtrent 10 minutter, og det ble tilbakelagt en distanse på ca. 515 meter.



Figur 6: Fartøyets forskjellige posisjoner i søkeprosessen. Kilde: Kystverket AIS. Illustrasjon: SHK

Det var under hele søket svært vanskelige siktforhold med snødrev, hvilket gjorde arbeidet utfordrende. Mannskapet som holdt utkikk fikk beskjed om å se etter refleks, ettersom fiskeren som falt over bord hadde på seg en redningsvest og en hjelm som begge hadde reflekser.

Skipperen vurderte det slik at det verken var hensiktsmessig eller forsvarlig å sette ut MOB-båten for å utvide søkefeltet. Til det var sjøen for grov og sikten for dårlig.

Etter en times tid med forskjellige søkemønstre, beregnet etter fiskerens mest sannsynlige drivbane, ble det klart for besetningen at de ikke kom til å klare å finne fiskeren i live. Skipperen fikk senere beskjed om at det ikke var kastet ut noen livbøye, slik han først hadde blitt fortalt.

1.1.4 SØK ETTER ANTATT OMKOMMET

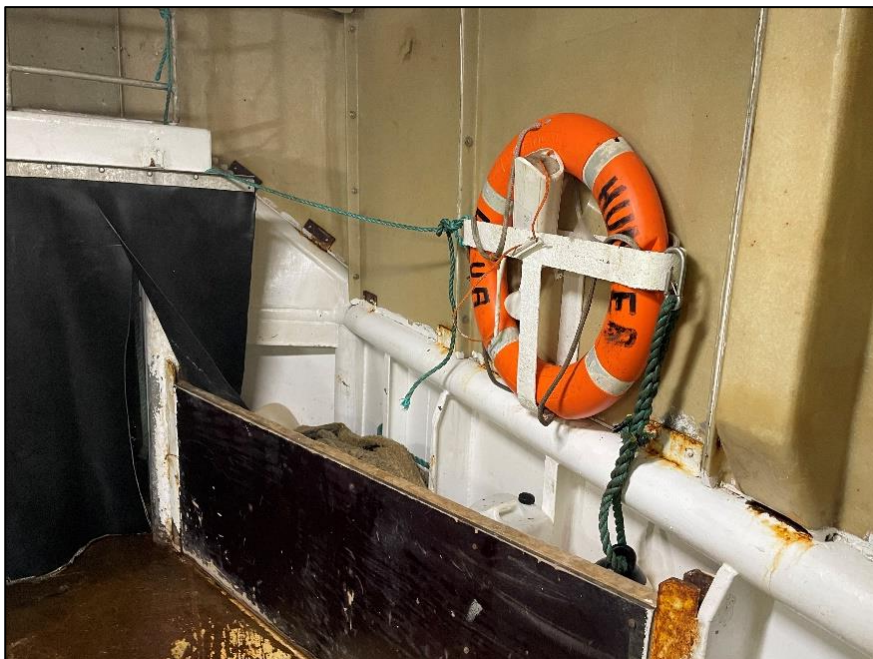
Skipper informerte rederiet om ulykken kl. 1856. Rederiet tok kontakt med HRS. Deretter var det direkte kontakt mellom skipper og HRS kl. 1940. Mayday ble sendt ut fra fartøyet kl. 2000.

To andre fiskefartøy ble etter hvert med på søket og fikk delegert egne søkeområder i samarbeid med Hunter og HRS.

Kystvakten ved KV Harstad ble også tilkalt for bistand og de bisto Hunter med å ta opp bruket som ble satt ut da ulykken skjedde. Teinelenken ga ikke flere spor om hva som hadde skjedd på ulykkesdagen.

1.2 Redningsutstyr om bord

Det var fire livbøyer om bord, fordelt slik at en livbøye med line var plassert på arbeidsdekket akterut, se figur 7, en livbøye med line var plassert forut på arbeidsdekket, og to livbøyer med lys og røyk befant seg på hver sin side av styrehuset.



Figur 7: Redningsbøye plassert på babord side på akterdekket. Foto: SHK

MOB-båten var plassert forut på babord side. Det var overlevingsdrakter til alle om bord og to redningsflåter sertifisert for 25 personer. Under fiske ble det på dekk benyttet flytevester med 50 N oppdrift. Flytevestene var bare noen uker gamle, men var modifisert med skrittstropper som enten var kappet av eller surret opp i bakkant av vesten.

I Havarikommisjonens samtaler med besetningen, om bruk av personlig sikkerhetsutstyr, uttrykte de fleste at den nåværende skipperen var sikkerhetsbevisst. Skipperen hadde en rutine med å samle besetningen før en ny tur for å vise redningsdrakter, rutiner ved brann, farer ved fartøyets fryseanlegg som var drevet med ammoniakk, samt generelle arbeidsrelaterte risikoer inkludert mann over bord. Skipperen hadde også kjøpt inn arbeidshjelmer og arbeidsflytevester, med reflekser. Mannskapet var pålagt at enhver som jobbet på åpent dekk skulle benytte begge deler, til enhver tid.

Noen av mannskapet mente at vesten medførte en viss fare for å bli hengende fast, og derfor var like mye til bryderi som den ga en ekstra trygghet. Arbeidsvesten var merket med 50 N oppdrift og hadde påsydd refleks, men ikke lys eller fløyte.

1.3 Vær og sjøforhold

1.3.1 METEOROLOGISK INSTITUTT

Havarikommisjonen har innhentet informasjon fra Meteorologisk institutt om værforholdene fra og med avgang Båtsfjord 28. januar på formiddagen, og fram til og med den 30. januar da ulykken inntraff.

Farvannet fra Finnmarkskysten og nordover mot feltet ved Hopen, i fiskevernsonen ved Svalbard, var fra avgang dominert av et lavtrykk øst av Island, som strakk seg videre opp i Barentshavet. Lavtrykket medførte stiv til sterk kuling fra øst-nordøst, bølgehøyde 3–4 meter og enkelte snøbyger. Det var fare for ising. Værtypen og bølgehøyden vedvarte også den 30. januar da Hunter hadde ankommet feltet sørøst av Hopen for å dra den første teinelenken.

1.3.2 VÆR- OG SJØOBSERVASJONER FRA FARTØYET

Fiskefartøyet returnerte til feltet med noe redusert fart grunnet værforholdene. De så an forholdene ved ankomst før de tok fatt på det første innhalet av en lenke som hadde stått ute, mens de selv leverte i Båtsfjord.

De vakthavende på fartøyet noterte ikke nøyaktige værobservasjoner den 30. januar eller på det tidspunktet ulykken inntraff, men mannskapet vurderte at vær og sjøforhold var innenfor de marginene som de oppfattet som akseptable for å drifte sitt fiske. I samtale med styrmannen om vær og sjøforhold på ettermiddagen under setting av dagens andre teinelenke, ble følgende oppgitt i ettertid: antatt vindstyrke 30–35 knop fra øst-nordøst, ca. 3 m sjø fra en østlig retning og noen snøbyger, ingen merkbar strøm.

1.4 Farvannsbeskrivelse

Fiskefartøyet Hunter driftet krabbefiske med teiner ca. 100 n.mil øst av Hopen i fiskevernsonen ved Svalbard. Teinelenkene ble satt på ca. 300 meters dybde i området kalt Hopendjupet, øst av Hopenbanken.

Den Norske Los beskriver Hopen som en bemannet ishavssøy i Barentshavet om lag 115 n.mil rett øst for sydspissen av Spitsbergen. Værforholdene på og ved Hopen er meget ugunstige mesteparten av året, med spesielt mye nedbør og tåke.

Havarikommisjonen antar at relativt liknende værforhold kan forventes også i den sydøstlige delen av vernesonen ved Hopen.

1.5 Fartøy

Hunter med kallesignal LKUA er et fiskefartøy som ble bygget som snurrevadbåt ved SIMEK A/S i Flekkefjord i 1989. I 2016 ble fartøyet kjøpt av rederiet Havøy Kystfiske AS og den ble bygget om for å kunne brukes til fangst av snøkrabbe. Ombyggingen var ferdig i februar/mars 2017 og aktivt fiske ble igangsatt. Fartøyet var NOR-registrert og skrog/maskineri var klasset Rina S.P.A.

1.6 Operasjonelle forhold

Hunter ble etter ombyggingen til snøkrabbefiske driftet i Barentshavet, hvor årets sesong var beregnet å vare fra januar til og med mai 2023. Utenom sesongen lå fartøyet i opplag.

Fisket var delt opp i tokt på 3–4 ukers varighet og dette toktet var årets andre. Årets sesong startet med aktivt fiske den 2. januar kl. 1150. Den 26. januar kl. 0700, etter 21 fiskedøgn, leverte Hunter ca. 63 tonn fangst i Båtsfjord. Snøkrabbefiske for norske deltagere foregikk etter det som innenfor fiskeri har blitt kalt «olympisk fiske»². Det betød at samtlige godkjente fartøy hadde samme rett til å fiske så mye av totalkvoten de kunne, inntil den var nådd.

1.6.1 SETTE- OG INNHALPROSESSEN

Krabbeteinene ble satt i lenker, og det var totalt 14 slike om bord på denne turen.

En lenke besto av ca. 6 000 meter tau, hvor krabbeteinene festes til settelina med en karabinkrok hver 20. meter. Fartøyet var rigget slik at de hadde setteliner på trommel fra fordekket og linen gikk i et trinsesystem akterover til det øvre akterdekket hvor krabbeteinene ble klipset inn på settelinen. Festepunktet for karabinkrokene var på innspleisede parallelle tau på to meters lengde, av en litt mindre dimensjon (16 mm) enn settelina (24 mm).

Setteprosessen besto av minimum fem besetningsmedlemmer på vakt samtidig. En dekksoffiser på broen, to fiskere på fordekk og to fiskere på arbeidsdekket akterut. De to fiskerne på fordekket la teiner på transportbåndet som var plassert på fartøyets babord side. Transportbåndet var tredelt og det første brakte teinene opp ett dekk og de to andre brakte teinene akterover. Teinene var ferdig agnet og lukket på fordekket før de ble sendt akterover. Fiskerne på fordekket la teinene på transportbåndet. De to på akterdekket delte jobben slik at en var ansvarlig for å ta teinene av transportbåndet og legge disse klare for den andre fiskeren som på sin side festet teinene til settelinen. Hver enkelt teine hadde en line på ca. 2 meter med en tykkelse på 12 mm som var festet i teinen med en hanefot og karabinkrok i den andre enden. Fiskeren som tok teina av transportbåndet, skulle sette den i en gunstig posisjon for den fiskeren som sto litt lengre akterut og gi ham enden av lina med karabinkroken. Fiskeren lenger akterut skulle huke karabinkroken inn på en innspleiset bukt på settelina og teinene gikk deretter akterover og ut setteluka.

Det overbygde arbeidsdekket akterut hadde en åpning fremover der transportbåndet gikk og enkel adkomst fra dekkets styrbord side. Setteluka var 1,52 meter høy og 2,88 meter bred, se figur 8.

² Felleskvote som deles mellom flere fartøy, som alle får beskjed om å avslutte fisket når felleskvoten er oppbrukt.



Figur 8: Setteluka på arbeidsdekket akterut. Foto: SHK

Setteluka var dekket av tre gummiskjørt som var festet på toppen. Setteluka lå i flukt med dekket slik at teinene gikk fritt ut i sjøen og arrangementet hadde ingen fysiske barrierer for fall over bord via setteluka. Sjøfartsdirektoratet kan etter søknad godta redusert høyde på rekkverk og skanseledning på arbeidsdekk fra 1 000 mm til 600 mm, men det var ikke søkt om dispensasjon fra kravet³. Arbeidsoperasjonen på akterdekket ble av flere i besetningen oppfattet som utfordrende ved mye sjøgang, da det var begrensede muligheter for å holde seg fast samtidig som de jobbet. Dekket var for det meste bart stål og tidligere anti-skli i maling var slitt bort i arbeidssonen.

På arbeidsdekket var det fastmontert et arrangement for sikkerhetsline.



Figur 9: Trommel og håndtak med karabinkrok til sikkerhetsline. Foto: SHK

³ Forskrift 13. juni 2000 nr. 660 om konstruksjon, utstyr og drift av fiskefartøy med lengde 15 meter eller mer § 6-4.

Wire til sikkerhetslinen, se figur 9, satt fast inne i trommelen og var ikke koblet til karabinkroken med håndtak som skulle vært festet på enden av wiren. Sikkerhetslinen var ikke i bruk under ulykken.

Setteprosessen krevde et kontinuerlig samarbeid mellom de på fordekket, de på akterdekket og vakthavende navigatør i styrehuset. Hvis fartøyets hastighet var for lav, kunne det hope seg opp med teiner på akterdekket og hvis hastighet var for høy, risikerte mannskapet akterut å ikke ha teiner tilgjengelig til innfestingen på settelina hver 20. meter.

Under innhal av bruket var det primært behov for to mann på styrbord side forut ved sorteringsbordet, før fangsten ble videresendt ned i fabrikken for foredling og frysing. I en viss grad alternerte noe mannskap mellom dekkarbeid og fabrikk ettersom behovet krevde det.

I fabrikken var det en dedikert leder på hvert skift, det samme var tilfelle på dekk.

1.7 Rekruttering av besetning og språkkunnskap

Da fartøyet forlot Båtsfjord 28. januar var besetningen på 21 personer. Nasjonalitetsfordeling var 4 nordmenn og 17 med utenlandsk bakgrunn fra Øst-Europa, Russland og Spania.

Rekrutteringen av fiskere ble vanligvis markedsført på Facebook og interessenter tok direkte kontakt med rederiet. Det ble ikke gjennomført individuelle språktester, men rederiet oppga at dialogen i ansettelsesprosessen ville ha avdekket manglende språkkompetanse.

Da fisket kom i gang, ble arbeidet på dekk og i fabrikken arrangert etter en 6-6 timers skiftordning. To mann tok seg av maskinrommet og fartøyets tekniske installasjoner. I tillegg var det en fast kokk om bord som la opp sin arbeidstid i samsvar med måltidene.

Den norske skipperen og en russisk styrmann delte også sine vakter i styrehuset med en 6-6 timers vaktordning.

Samtalene Havarikommisjonen har hatt med besetningen avslørte en viss felles språkutfordring. Flertallet om bord på denne turen var fra Øst-Europa, hvor de fleste yngre behersket engelsk, men ikke norsk. Det offisielle arbeidsspråket ombord var oppgitt av besetningen til å være engelsk, mens de ofte slo over på sitt eget morsmål seg imellom. I sikkerhetsstyringssystemet stod det at arbeidsspråket var norsk, men mesteparten av manualen var på både norsk og engelsk. Et besetningsmedlem, med spansk som morsmål, snakket ikke engelsk. Han var også svært dårlig på muntlig norsk og viste lite leseforståelse på alle andre språk enn spansk.

1.8 Medisin og helse

1.8.1 HELSEOPPLYSNINGER

Det har ikke kommet frem medisin- og helseopplysninger om den forulykkede som anses som relevant for ulykken.

1.8.2 OVERLEVELSESEVNE

I temarapporten Kartlegging av fritidsbåtulykker ([Sjøfart 2019/02](#)) ble det foretatt undersøkelse av ulykker hvor overlevelsessevne etter fall over bord ble vurdert. Denne viser at når mennesker faller i vannet vil det alltid være fare for kuldesjokk som kan føre til rask drukning. Overlevelsessevnen etter fall i vann avhenger blant annet av bekledding, vanntemperatur og bølgehøyde. Kuldesjokk fører til raskere hjerterytme, gisp etter luft og økt pustefrekvens. Evnen til å holde pusten blir kraftig forringet og økt pustefrekvens gir økt risiko for å inhalere vann. Ved fall i kaldt vann vil det også kunne være fare for at disponerte personer blir rammet av et illebefinnende. Mennesker med hjerte- og karsykdom vil for eksempel kunne stå i fare for akutt hjertestans.

Generelt anses vindstyrke kraftigere enn 5 på beaufortskalaen (frisk bris, 8–10,7 m/s) å føre til at bølger bryter, noe som vil medføre større vanskeligheter med å holde luftveiene frie for vann og unngå drukning. Estimert overlevelsestid i vann ved ulike sjøtemperaturer, vindstyrke og bekledding er angitt i tabell 1.

Tabell 1: Estimert overlevelsestid i vann ved ulik temperatur, ulik vindstyrke (som en indikasjon på bølgeførhold) og med ulik bekledding. Modellen er basert på unge, tynne og friske menn som har på seg redningsvest. Kilde: Review of probable survival times for immersion in the North Sea (Robertson & Simpson, 1996)

CLOTHING ASSEMBLY (WORN WITH LIFEJACKET)	BEAUFORT WIND FORCE ¹	TIMESCALE WITHIN WHICH THE 'STANDARD MAN' IS LIKELY TO SUCCUMB TO DROWNING	
		WINTER (WATER TEMP 5°C)	SUMMER (WATER TEMP 13°C)
WORKING CLOTHES (NO IMMERSION SUIT)	0-2	within 3/4 hour	within 1 1/4 hours
	3-4	within 1/2 an hour	within 1/2 hours
	5 and above	within significantly less than 1/2 an hour	within significantly less than 1/2 hours
DRY MEMBRANE SUIT WORN OVER WORKING CLOTHES - NO LEAKAGE INTO SUIT	0-2	within 2 hours	> 3 hours
	3-4	within 1 hour	within 2 3/4 hours
	5 and above	within significantly less than 1 hour	within significantly less than 2 3/4 hours
MEMBRANE SUIT WORN OVER WORKING CLOTHES WITH 1 LITRE LEAKAGE INSIDE SUIT	0-2	within 1 1/4 hours	within 2 1/2 hours
	3-4	within 1/2 an hour	within 1 hour
	5 and above	within significantly less than 1/2 an hour	within significantly less than 1 hour
DRY INSULATED SUIT WORN OVER WORKING CLOTHES - NO LEAKAGE INTO SUIT	0-2	> 3 hours*	> 3 hours*
	3-4	> 3 hours	> 3 hours*
	5 and above	≥ 3 hours	> 3 hours
INSULATED SUIT WORN OVER WORKING CLOTHES 1 LITRE LEAKAGE INSIDE SUIT	0-2	> 3 hours	> 3 hours*
	3-4	within 2 3/4 hours	> 3 hours*
	5 and above	within significantly less than 2 3/4 hours May well exceed 1 hour	> 3 hours*

1.9 Rederiet og sikkerhetsstyring

Rederiet Havøy Kystfiske AS ble ISM-ansvarlig fra 1. august 2016. Rederiet eier to fartøy som er ISM-pliktige; Hunter og Sea Hunter. Sea Hunter deltok ikke i aktivt fiske i 2023-sesongen, men lå i opplag i Ålesund.

Rederiet og fartøyet hadde et kvalitets- og sikkerhetsstyringssystem som skulle oppfylle kravene i forskrift 5. september 2014 nr. 1191 om sikkerhetsstyringssystem for norske skip og flyttbare innretninger (forskrift om sikkerhetsstyringssystemer for skip m.m.). Systemet skulle blant annet sikre at rederiets operasjoner ivaretok krav til sjøsikkerhet og at obligatoriske lover og forskrifter ble fulgt.

Sikkerhetsstyringssystemet var utviklet av konsulentselskapet CCOM i Ålesund. Rederiet hadde en avtale med konsulentselskapet som innebar at de skulle tilby avviks-, vedlikeholds- og beredskapssystemer. Ettersom rederiet hadde en begrenset rederiorganisasjon var det besluttet at stillingen som utpekt person skulle ivaretas av en ansatt i konsultselskapet.

Sikkerhetsstyringssystemet var tilgjengelig for alle om bord og skipsfører var ansvarlig for at besetningen gjorde seg kjent med systemet. Det lå en kopi av sikkerhetsstyringssystemet på både norsk og engelsk i messa, som var besetningens felles oppholdsrom på frivakter.

1.9.1 SIKKERHETSSTYRINGSSYSTEMETS OVERORDNEDE POLITIKK

I den overordnede politikken skulle fartøyet drives på en sikker og miljøvennlig måte. Det var ingen jobb som var viktigere enn at det skulle brukes ekstra tid til planlegging, slik at arbeidsoperasjonene kunne gjøres sikkert og forsvarlig uten skader på personell, miljø eller eiendom.

Den overordnede politikken beskrev også at det måtte gripes inn og stoppe alle jobber som ble identifisert som mulig risiko for mennesker, eiendom eller miljø.

Under fartøyets operasjonsplaner og prosedyrer fremkom det at rederiet har etablert spesifikke prosedyrer og sjekklister for viktige operasjoner om bord, som sikkerheten for skip og hindring av forurensning. Videre at instruksjonene i sikkerhetsstyringssystemet dekket spesielle og kritiske operasjoner om bord, og skulle holdes enkle og entydige.

1.9.2 PROSEDYRE FOR BEREDSKAPSØVELSER

Sikkerhetsstyringssystemet beskrev at ethvert besetningsmedlem skulle minst delta i en båtøvelse og en brannøvelse hver måned når fartøyet var i drift. Ved båtøvelser skulle besetningen blant annet mønstre etter alarminstruksen, ta på seg redningsvester, få opplæring i bruk av redningsdrakter, i tillegg til at MOB-båt skulle låres og motoren startes.

Dekksbesetningen tok på det forrige toktet opp problemstillingen med at CCTV ikke fungerte og at sikkerheten ville være mye bedre med dette systemet i bruk. I protokollen fra det siste sikkerhetsmøtet stod det at MOB-båt ikke kunne testes under de forrige toktene grunnet dårlig vær, men at denne skulle sjøsettes når de kom til kai neste gang. Fartøyet kunne ikke dokumentere en praktisk utført mann over bord øvelse med dette mannskapet før denne turen.

1.9.3 PROSEDYRE FOR MANN OVER BORD (MOB)

Prosedyren beskrev at generalalarmen skulle utløses og at fartøyet skulle tøernes. Deretter skulle det umiddelbart iverksettes søk etter den savnede. MOB-båt skulle settes ut og besetningsmedlemmer skulle settes til å holde utkikk. Vakthavende skulle også etter prosedyren sende «Mayday» over radio.

1.9.4 PROSEDYRE FOR SETTING AV REDSKAP

Sikkerhetsstyringssystemet hadde egne prosedyrer for setting av redskap og utsetting av bøye. Av prosedyren fremkommer det at kommunikasjon skal sjekkes med vakthavende på bro og at kameraovervåkning alltid skal være aktivert fra bro. Ved dårlige værforhold skulle arbeidsoperasjonen alltid være utført av minst to personer.

Av risikofaktorer var det listet opp følgende momenter:

- *Det er risiko for å bli fast i ilettau eller teiner og dratt over bord.*
- *Klær kan feste seg i teiner, kan være farlig om man ikke kommer seg løs.*
- *Løse stropper på redningsvester skal ikke forekomme.*
- *Komme opp i farlige situasjoner pga. stress fordi man har hastverk og ikke har full kontroll over situasjonen.*

Sikkerhetstiltakene var opplistet slik:

- *Følge rutiner og være forsiktig spesielt i operasjoner hvor man kan falle over bord.*
- *Bruk av verneutrustning, redningsvest og hansker.*
- *Unngå bruk av klær som lett kan hekte seg fast i maskineri eller bruk som er på veg ut av båten.*
- *Stoppe maskineri før man skal utføre justering/repasjon.*
- *Avpasse fart på båten og hvor fort arbeidet må utføres etter egen erfaring på de som utfører arbeidet.*
- *Organisering av arbeidet (faste rutiner, faste arbeidsposisjoner).*
- *Rydding og spyling av dekk.*

1.9.5 RISIKOVURDERINGER

Risikovurderinger er omtalt flere steder i sikkerhetsstyringssystemet. Det fremkom at ethvert arbeid på dekk, i maskinrom, bysse o.l., som ikke dekkes av prosedyrer der mulig risiko er vurdert, skulle analyseres med hensyn til synliggjøring av risikoen ved jobben. Risikovurderingen kunne avdekket om risikoen ble redusert eller fjernet ved at jobben ble gjort på en annen måte. Resultatene av risikovurderingene skulle dokumenteres og arkiveres for fremtidig referanse for nye mannskapsmedlemmer om bord, i tillegg til at tilsynsmyndighetene kunne se disse ved inspeksjoner.

Sikkerhetsstyringssystemet beskrev detaljert fremgangsmåten for hvordan risikovurderinger skulle gjennomføres.

I vurderingen om arbeidsoperasjonen utgjorde noen risiko skulle følgende momenter hensyntas:

- *Hva kan gå galt?*
- *Hva er konsekvensen hvis noe går galt?*
- *Tiltak for å redusere konsekvensen.*

Deretter skulle følgende faktorer brukes i analysen for hvordan risiko og konsekvens kunne reduseres:

- *Har mannskapet nok ferdigheter til å utføre jobben sikkert?*
- *Er ytterligere opplæring nødvendig?*
- *Har mannskapet det riktige personlige verneutstyret tilgjengelig?*
- *Er riktig/tilstrekkelig verktøy tilgjengelig?*

Det var gjennomført en generell risikovurdering for ferdsel på dekk som inkluderte mann over bord og de risikoreduserende tiltak var følgende:

- *God belysning på dekk.*
- *Sikre løse gjenstander. Holde ryddig.*
- *Riktig skilting på plass for å merke farer.*
- *Måke snø, fjerne is, tørke opp oljesøl.*
- *Sikkerhetsmøte før oppstart av tokt.*

1.10 Regelverk

Relevant regelverk for denne hendelsen er angitt i delkapitlene nedenfor.

1.10.1 LOV OM SKIPSSIKKERHET

Lov 16. februar 2007 nr. 9 om skipssikkerhet (skipssikkerhetsloven) beskriver overordnede krav til sikkerhetsstyring for et rederi.

I henhold til § 7 skal rederiet sørge for å etablere, gjennomføre og videreutvikle et dokumentert og verifiserbart sikkerhetsstyringssystem i rederiets organisasjon og på det enkelte skip. Dette for å kartlegge og kontrollere risiko samt sikre etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller i sikkerhetsstyringssystemet selv.

1.10.2 FORSKRIFT OM SIKKERHETSSTYRINGSSYSTEM FOR NORSKE SKIP OG FLYTTBARE INNRETNINGER

Forskrift 5. september 2014 nr. 1191 om sikkerhetsstyringssystem for norske skip og flyttbare innretninger (forskrift om sikkerhetsstyringssystem for skip m.m.) har hjemmel i skipssikkerhetsloven og innfører International Safety Management Code (ISM) i norsk regelverk.

Ifølge ISM del a, 1 alminnelige bestemmelser punkt 1.2.2, skal selskapets mål for sikkerhetsstyring blant annet være:

1. *å sørge for sikker praksis ved drift av skip og et sikkert arbeidsmiljø,*
2. *å vurdere alle identifiserte risikoer for skipet, personellet og miljøet og å innføre egnet vern, og*
3. *stadig å forbedre ferdighetene til personell i land og om bord med hensyn til sikkerhetsstyring, herunder forberedelse på nødssituasjoner som omfatter både sikkerhet og miljøvern.*

1.10.3 FORSKRIFT OM ARBEIDSMILJØ, SIKKERHET OG HELSE FOR DE SOM HAR SITT ARBEID OM BORD PÅ SKIP

Forskrift 1. januar 2005 nr. 8 om arbeidsmiljø, sikkerhet og helse for de som har sitt arbeid om bord på skip (forskrift om arbeidsmiljø mv. på skip) har som formål å sikre at arbeid og fritid om bord tilrettelegges og organiseres slik at mannskapets sikkerhet og fysiske og psykiske helse ivaretas i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet.

I henhold til § 2-2 stilles det krav til utførelse av risikovurdering blant annet ved at:

- (1) *Farer om bord skal avdekkes. Når faren er avdekket, skal det foretas en vurdering av den risiko faren utgjør. Slik risikovurdering skal foretas regelmessig og ved:*
 - a. *innføring av nytt arbeidsutstyr eller ny teknologi, og*

- b. *øvrige endringer i organisering eller planlegging av arbeid som kan ha betydning for de som har sitt arbeid om bord sin sikkerhet og helse.*

§ 6-1. *Den som har sitt arbeid om bord sin medvirkning*

Planlegging og vurdering av arbeidsmiljøet og gjennomføring av nødvendige forebyggende tiltak skal skje i samarbeid med de som har sitt arbeid om bord.

§ 6-3. *Den som har sitt arbeid om bord sin rett til å stanse farlig arbeid*

(1) *Anser den som har sitt arbeid om bord at arbeidet ikke kan fortsette uten fare for liv eller helse, skal arbeidet avbrytes i samsvar med § 5-7 første ledd. Den som har sitt arbeid om bord skal snarest mulig melde fra til skipsfører som avgjør om arbeidet kan fortsette.*

(2) *Den som har sitt arbeid om bord som stanser arbeidet i samsvar med første ledd, er ikke erstatningsansvarlig for eventuell skade eller tap som følger av slik stansing.*

1.10.4 FORSKRIFT 13. JUNI NR. 660 OM KONSTRUKSJON, UTSTYR OG DRIFT AV FISKEFARTØY MED LENGDE 15 METER ELLER MER

§ 6-4. *Skansekledninger, rekkverk og beskyttelsesanordninger*

(1) *Forsvarlige skansekledninger eller rekkverk skal plasseres på alle utsatte deler av arbeidsdekk, og på dekk av overbygninger når disse er arbeidsplattformer. Høyden over dekk for skansekledninger eller rekkverk skal være minst en meter. Der høyden vanskeliggjør normal drift av fartøyet, kan Sjøfartsdirektoratet godkjenne lavere høyde, likevel ikke lavere enn 600 millimeter.*

1.11 Tilsyn med rederi og fartøy

Sjøfartsdirektoratet gjennomførte tilsyn og sertifisering av fartøyet og rederiet. Sertifikatkrav etter ISM-koden deler seg slik at det for fartøyet utstedes et sikkerhetsstyringssertifikat og for rederiet et godkjennessertifikat. Både sikkerhetsstyringssertifikat og godkjennessertifikat er gyldig i fem år med revideringer hvert femte år, i tillegg til en mellomliggende revisjon mellom 2. og 3. årsdato på sertifikatet.

I Sjøfartsdirektoratets felles påminnelse til fiskeflåten, publisert den 08.03.2019, kom det frem at fartøyene som skal revideres «*må være bemannet, ligge ved land og være i operativ stand under revisjonen. De kan for eksempel ikke ligge på verksted og være ubemannet*». Etter samtale med Sjøfartsdirektoratet har de bekreftet at de med «operativ stand» mener det besetningsantallet fartøyene vanligvis har under fiske og ikke begrenset til skipets bemanning i bemanningsoppgaven.

1.11.1 SIKKERHETSSTYRINGSSERTIFIKATET FOR FARTØYET

Fartøyet ble første gang sertifisert etter ISM-koden den 24. januar 2017 med et midlertidig sikkerhetsstyringssertifikat. Sjøfartsdirektoratet gjennomførte 20. oktober 2017 førstegangsrevisjon av fartøyet. Under revisjonen var det fra besetningens side kun skipsfører og maskinsjef til stede. Revisjonen resulterte i fem funn fra tilsynsmyndighetens side.

Den 25. september 2020 ble det gjennomført mellomliggende revisjon om bord i skipet. Under denne revisjonen besto besetningen av skipsfører, styrmann, maskinsjef og fabrikk sjef. Etter revisjonen ble det avdekket 23 funn fra tilsynsmyndighetens side. Ett avvik var så alvorlig at revisjonen ble avsluttet. Avviket gikk på at skipsfører ikke var fullt fortrolig med selskapets sikkerhetsstyringssystem, i tillegg til at det ikke var gjennomført en pålagt øvelse som var satt inn som et vilkår i en fartstillatelse når fartøyet skulle på verft. Revisjonen ble gjenopptatt den 28. september etter at tilsynsmyndigheten hadde mottatt en plan for nedgradering av det alvorlige

avviket. Fra revisjonsrapporten fremkom det at revisjonsleder hadde et inntrykk av at fartøyet hadde et stort forbedringspotensial i sikkerhetskultur, motivasjon og holdninger.

Den 6. januar 2021 ble det gjennomført en tilleggsrevisjon som følge av resultatet fra den mellomliggende revisjonen. Til stede fra besetningen var kun skipsfører og maskinsjef. Det ble avdekket fire avvik og to observasjoner under revisjonen. De avvik som er relevante i denne undersøkelsen omhandlet at sikkerhetsstyringssystemet måtte skrives på et språk alle om bord forstår, og at gjennomførte båt- og brannøvelser ikke kunne etterprøves i det elektroniske systemet.

Den 25. september 2022 ble det gjennomført fornyelsesrevisjon av sikkerhetsstyringssertifikatet. Under revisjon bestod besetningen av skipsfører, styrmann, maskinsjef og tre fiskere. Tilsynsmyndigheten gjorde totalt seks funn og ingen av så alvorlig art at det var behov for tilleggsrevisjon. I 2022 hadde Sjøfartsdirektoratet særlig søkelys på risikoforståelse og at risikovurderinger skulle være et styringsverktøy om bord. En observasjon gikk også på at det ikke alltid ble utført god nok årsaksanalyse i avviksrapportene.

Den 29. mars 2023 ble det utført en tilleggsrevisjon som følge av ulykken den 30. januar 2023. Det var totalt 21 besetningsmedlemmer om bord, og denne revisjonen var den første som ble gjennomført med fulltallig bemanning. Det ble avdekket totalt ni avvik, men ingen av disse var av så alvorlig karakter at sikkerhetsstyringssertifikatet ble tilbakekalt. Et funn alene inkluderte 13 observasjoner som gikk på teknisk tilstand av fartøyet. Mengden av funn, i kombinasjon med alvorlighetsgraden, medførte at Sjøfartsdirektoratet ga pålegg om at det skulle utføres ytterligere en tilleggsrevisjon innen tre måneder.

Sjøfartsdirektoratets gjennomførte revisjoner er risikobaserte, hvor tilsynsomfanget vurderes opp mot tidligere historikk og funn gjort under revisjoner. Et obligatorisk tilsyn er begrenset i omfang, mens et utvidet tilsyn kan omfatte utvalgte elementer eller alle elementer i ISM-koden. Hunter var i Sjøfartsdirektoratets register registrert med høy risiko, hvilket medførte en total gjennomgang av systemet.

Med unntak av revisjonen den 29. mars 2023, ble samtlige gjennomført uten at fartøyet var fullt ut bemannet. Revisjonen ble gjennomført mens fartøyet lå til kai og ingen av de nedtegnende prosedyrene ble demonstrert av besetningen.

1.11.2 GODKJENNINGSBEVIS FOR REDERIET

Rederiet hadde et godkjennelsesbevis for sikkerhetsstyring og beviset dokumenterte at selskapet overholdt kravene i ISM-koden.

Rederiet har blitt revidert hvert femte år i tillegg til en mellomliggende revisjon mellom 2. og 3. årsdato på sertifikatet, og det er gitt noen avvik hvor de fleste har gått på driften av systemet.

Med bakgrunn i tilleggsrevisjon av fartøyet ble rederiet pålagt å gjennomføre en tilleggsrevisjon. Revisjonen ble gjennomført i perioden 8.–12. juni 2023. Samlet ble det gjort 22 funn som resulterte i fem avvik og tre observasjoner. Som følge av alvorlig avvik mot etterlevelse av ISM-kodens krav ble rederiets godkjenningsbevis for sikkerhetsstyring trukket tilbake.

I praksis innebar tilbakekall av godkjennelsesbeviset et bruksforbud for rederiets fartøy som er omfattet av ISM-koden. Rederiet har formidlet til Havarikommisjonen at Sjøfartsdirektoratets vedtak ble påklaget, men at de i ettertid rettet de avvikene Sjøfartsdirektoratet avdekket under revisjonen.

1.11.3 FARTSSERTIFIKAT FOR FISKE OG FANGSTFARTØY

Fartssertifikatet for fiske og fangstfartøy har en gyldighet på fem år med sertifisering hvert femte år og en mellomliggende inspeksjon mellom 2. og 3. årsdato på sertifikatet.

Sjøfartsdirektoratet gjennomførte et tilsyn ved utstedelse av nytt fartssertifikat i desember 2021. Der ble det gitt til sammen 17 pålegg. Manglende dokumentasjon på arbeidsmiljømøter, manglende mannskapssertifikat, ikke dokumenterte risikovurderinger, opplæringsmanual ikke tilgjengelig på engelsk, feil på brannvarslingssystem, nød-generator/belysning fungerte ikke, ikke utført vedlikehold av MOB-davit og redningsredskaper som var utgått på dato, samt feil på brannslukningsmidler, var noe av det som ble avdekket. Basert på alvorlighetsgraden på avvikene ble det gitt frister for å iverksette tiltak før drift. På bakgrunn av dette klassifiserte Sjøfartsdirektoratet fartøyet i rød risikogruppe der utvidet sjekkliste ved fornyelse av fartssertifikatet for fiske og fangstfartøy skulle benyttes i fremtiden. De pålegg som ble gitt er senere rapportert utbedret av rederiet.

I 2021 hadde fartøyet også førstegangsinspeksjon for sertifisering om arbeids- og levevilkår på fiskefartøyet. Sjøfartsdirektoratet ga et pålegg om manglende dokumentasjon på regelmessige risikovurderinger.

1.12 Regulering av fremtidig snøkrabbefiske i Barentshavet

Det følger av forskrift 19. desember 2014 nr. 1836 om forbud mot fangst av snøkrabbe § 1 at «*Det er forbudt for norske og utenlandske fartøy å fangste snøkrabbe i norsk sjøterritorium og indre farvann, og på den norske kontinentalsokkelen. For norske fartøy gjelder forbudet også på andre lands kontinentalsokkel*». Det følger videre av § 3 i samme forskrift at «*Uten hinder av forbudet i § 1 kan fartøy med snøkrabbetillatelse etter konsesjonsforskriften fangste og lande inntil 717 tonn snøkrabbe utenfor territorialfarvannet i 2023*».

Dagens ordning reguleres ved at det er felles kvote som kan fiskes innenfor gitte tidsrammer.

Havarikommisjonen har fått opplyst at enkelte deltagere i denne næringen synes dagens ordning med snøkrabbefiske er utfordrende. Det ble nevnt at et mannskapskrevende og sesongbasert olympisk fiske med en felles kvote, gir et unødvendig konkurranseklima fartøyene imellom.

I januar 2023 ga Nærings- og fiskeridepartementet (NFD), et oppdrag til Fiskeridirektoratet om å vurdere fremtidig regulering av fangst av snøkrabbe på norsk sokkel i Barentshavet. Forslag til regulering skulle følges opp med etterfølgende dialog i møter mellom NFD, Fiskeridirektoratet, Fiskarlaget, Fiskebåt, Sjømat Norge og Råfiskelaget.

Endring i regulering av deltagelsen i fangst av snøkrabbe skulle skje på bakgrunn av en alminnelig høring. Høringen skulle omhandle forslag som ivaretar hensynene til lønnsomhet for fartøyene, miljø og redskapskonflikter samt legge til rette for nye driftsformer mellom land og sjø.

Følgende alternativ for regulering lå i oppdraget fra NFD til Fiskeridirektoratet:

- 1: *Tradisjonell lukking av fangst av snøkrabbe.*
- 2: *Delvis lukking, hvor totalkvoten deles mellom en åpen og en lukket gruppe, med kvalifiseringskrav for lukket gruppe.*
- 3: *Påmeldingsordning, med fartøyskvoter og siste utseilingsdato før refordeling.*

Fiskeridirektoratet kunne i høringsnotatet, hvis de anså det som formålstjenlig, vurdere ytterligere alternativ for regulering av deltagelsen. Høringsnotatet skulle inneholde en egen vurdering av

hvorvidt investeringer i fartøy og utstyr før skjæringsdatoen skulle kunne danne grunnlag for deltagelse i eventuell lukket gruppe, samt et forslag om å utvide stengningsperioden fra 1. juli til 31. desember. Det siste forslaget var basert på vitenskapelig råd fra Havforskningsinstituttet.

Etter høringen oversendte Fiskeridirektoratet den 26. oktober 2023 sitt endelige forslag til regulering av deltakelsen i fangst av snøkrabbe til Nærings -og fiskeridepartementet.⁴

1.13 Varsel om sikkerhetskritiske forhold

Havarikommisjonen sendte den 07. februar 2023 følgende varsel til involverte parter:

I forbindelse med den pågående undersøkelsen av dødsulykken om bord i fiskefartøyet, har Havarikommisjonen avdekket sikkerhetskritiske forhold som må ivaretas umiddelbart. Det gjøres oppmerksom på at Havarikommisjonen er i en tidlig fase av undersøkelsen. Havarikommisjonen har foretatt undersøkelser om bord på Hunter. Det også er gjennomført intervjuer med mannskapet.

Det er tre sikkerhetskritiske funn som Havarikommisjonen mener er av en slik art at det gis som varsel om sikkerhetskritiske forhold.

Sikkerhetskritisk funn knyttet til språkkunnskaper.

Arbeidsspråket om bord på Hunter var av rederiet angitt til å være engelsk. Flere av mannskapet hadde så dårlige engelskkunnskaper at Havarikommisjonen vurderer at det har vært vanskelig å oppfatte både arbeidsprosedyrer og sikkerhetsinstruksjoner slik at arbeidet kunne gjennomføres på en forsvarlig og sikker måte. Dette gjelder spesielt for personell som skal ha en rolle i krisesituasjoner.

Havarikommisjonen tilrår Sjøfartsdirektoratet å påse at rederiet Havøy Kystfiske A/S sikrer nødvendig engelskkunnskaper for besetningen på fiskefartøyet Hunter slik at sikker drift kan ivaretas.

Sikkerhetskritisk funn knyttet til transport av agn.

Før haling av teiner måtte besetningen klargjøre agn for teinene. Denne prosessen startet med at besetningen måtte frakte agnet i bøtter fra akterdekket frem over transportbåndet og til fremre arbeidsdekk. Dette gjorde at besetningen måtte bevege seg fremover på båndet med lite eller ingen fysisk sikring fra å falle over bord.

Havarikommisjonen tilrår Sjøfartsdirektoratet å påse at rederiet Havøy Kystfiske A/S sikrer at transporten av agn om bord gjøres på en slik måte at dette ikke utsetter besetningen for risiko for å falle over bord.

Sikkerhetskritisk funn knyttet til arbeidsprosess med kobling av teiner til line.

Arbeidsprosessen med setting av teiner foregikk slik at to fiskere på akterdekk måtte jobbe på et usikret dekk med stor fare for å falle over bord. Den ene fiskeren klargjorde teiner fra transportbåndet, hvor den andre fiskeren festet teinen til linen som bevegde seg bakover og ut av fartøyet helt akterut. Fysisk kontakt med kobling av teine til line utgjorde en risiko for å bli dratt med linen. Fall over bord i Barentshavet med de rådende arktiske forhold gir stor sannsynlighet for tap av liv.

Havarikommisjonen tilrår Sjøfartsdirektoratet å påse at rederiet Havøy Kystfiske A/S sikrer arbeidsprosessen på akterdekk under setting av line slik at det ikke oppstår risiko for fall over bord.

⁴ <https://www.fiskeridir.no/Yrkesfiske/Dokumenter/Hoeringer/forslag-til-endringer-i-reguleringen-av-deltakelsen-i-fangst-av-snokrabbe>

1.14 Tidligere hendelser/ulykker

1.14.1 TIDLIGERE HENDELSER OM BORD I HUNTER

Den 30. april 2020 falt en fisker fra Hunter over bord i en ulykke som har mange likhetstrekk med denne ulykken. Fiskeren satt fast i settelina og klarte ikke å frigjøre seg. Han falt over bord gjennom setteluka akterut og besetningen fikk kappet settelina raskt. Det ble kastet ut en livbøye og en av mannskapet tok på seg en redningsdrakt, hoppet i sjøen og fikk festet en sele på fiskeren som lå i sjøen. Deretter ble begge heist om bord i Hunter. Det ble gjort en vurdering av skipperen at MOB-båten ikke skulle benyttes, da det ville tatt 5–10 minutter ekstra tid med å få denne på sjøen. Fiskeren som falt over bord, ble kun lettere skadet. Sikkerhetsline var montert på arbeidsdekket, men var ikke i bruk. I rederiets avvikssystem kom det frem at det ble gitt en ny gjennomgang av sikkerhetsrutinene om bord med henvisning til at montert sikkerhetsline for fremtiden skulle benyttes.

Arbeidsoperasjonen på akterdekket ble ikke risikovurdert opp mot nye erfaringer og det ble ikke satt opp andre fysiske barrierer eller utført noen korrigerende tiltak etter denne ulykken, utover at det ble presisert til mannskapet at sikkerhetsline skulle benyttes samt at det skulle utvises generell aktsomhet. Tilbakemeldingen fra et flertall av mannskapet til rederiet var at de motsatte seg å bruke sikkerhetsline. Begrunnelsen var at sikkerhetslinen var mer til hinder enn til fordel sett i et sikkerhetsperspektiv.

1.14.2 LIGNENDE HENDELSER FRA ANDRE UNDERSØKELSER

1.14.2.1 Arctic Pioneer

I rapport 2017/01 om personulykken om bord i fiskefartøyet Arctic Pioneer, der et besetningsmedlem omkom i forbindelse med setting av krabbeteiner, påpekte Havarikommisjonen følgende:

Frekvensen og innholdet i beredskapsopplæringen og treningen ikke hadde vært tilstrekkelig. Rederiet hadde heller ikke fastsatt en standard for bekledning på arbeidsdekket og redningsvest ble ikke benyttet. Fiskeren ville med stor sannsynlighet hatt bedre overlevelsessevne dersom han hadde benyttet redningsvest og/eller arbeidsflyteplagg som beskyttet mot nedkjøling.

Rederiet etablerte flere risikoreducerende tiltak og Havarikommisjonen fremmet av den grunn ingen sikkerhetstilrådinger.

1.14.2.2 Øysund

I rapport 2018/03 om personulykken om bord på brønnbåten Øysund, der et besetningsmedlem falt over bord, påpekte Havarikommisjonen at det ikke var etablert dokumenterte retningslinjer eller rutiner for ferdsel på dekk, eller for bruk av personlig sikkerhetsutstyr ved opphold eller arbeid på dekk.

SHK fremmet totalt to sikkerhetstilrådinger. Følgende sikkerhetstilråding er relevant for denne ulykken:

Ulykken med Øysund 16. november 2017 skjedde i forbindelse med at en av mannskapet gikk akterover dekk, og mest sannsynlig falt over bord som følge av at en bølge slo innover dekk. Undersøkelsen har vist at rederiet og skipsledelsen ikke hadde etablert dokumenterte retningslinjer eller rutiner for bruk av kommunikasjonsmidler eller personlig sikkerhetsutstyr ved opphold eller arbeid på dekk.

Statens havarikommisjon for transport tilrår Sølvtrans å foreta en dokumentert risikovurdering av farene ved ferdsel på dekk og implementere prosedyrer og retningslinjer for dette om bord.

1.14.2.3 Hovden Viking

I rapport 2022/02 om personulykken om bord på fiskefartøyet Hovden Viking, der et besetningsmedlem falt over bord da vedkommende klatret opp på rekkverket for å løsne en blåse, påpekte Havarikommisjonen følgende:

I denne hendelsen ble rekkverket, som er en fysisk sikkerhetsbarriere, benyttet som et arbeidsredskap. For at arbeidet skal bli utført på en mest mulig sikker måte er det viktig at rederiet har fokus på risikoforståelse hos mannskapet i sine arbeidsrutiner, der de også tar høyde for uforutsette hendelser.

1.14.2.4 Multi Vision

I rapport 2022/05 om personulykken om bord på servicefartøyet Multi Vision, der et besetningsmedlem havnet i vannet og ble klemt mellom fartøyet og en fiskemerid i forbindelse med fortøyning av fartøyet, påpekte Havarikommisjonen følgende:

Anløp og fortøyning ble sett på som en rutinepreget oppgave, og faren med å falle i vannet var dermed normalisert. Dette førte til at det ikke var tilstrekkelig bevissthet rundt risiko knyttet til denne operasjonen, verken i landorganisasjonen eller om bord blant mannskapet. Det er viktig at alle arbeidsoppgaver som kan innebære farer blir risikovurdert, og at risikoreduserende tiltak blir implementert i prosedyrer og i drift.

1.14.2.5 Titran

I rapport 2022/09 om personulykken om bord på lastefartøyet Titran, der et besetningsmedlem falt over bord fra dekkslukene og ut i sjøen, påpekte Havarikommisjonen følgende:

Risikoer i rutinemessige arbeidsoppgaver normaliseres over tid hos den enkelte, noe som fører til at risikoen etter hvert blir oversett eller ikke oppfattet. Rederier og andre må derfor vurdere behovet for risikovurderinger og sikker jobb-analyser på alle operasjonsområder som kan innebære risiko, også de som blir definert som rutineoperasjoner.

1.15 Andre opplysninger

Regjeringen har en nullvisjon⁵ for omkomne og hardt skadde på sjøen. På oppdrag fra Nærings- og fiskeridepartementet, har Sjøfartsdirektoratet levert et faglig grunnlag for en nullvisjon og skal jobbe videre med tiltak som kan resultere i en konkret handlingsplan. Denne skal gjelde for alle fartøy under direktoratets forvaltnings- og tilsynsansvar. Handlingsplanen skal inneholde konkrete tiltak som skal være gjennomførbare og virkningsfulle.

Fallhendelser var Sjøfartsdirektoratets definerte fokusområde i 2023. Det var utarbeidet en ekstra sjekkliste som skulle brukes ved sertifikattilsyn av fartssertifikat/konstruksjonssertifikat (last/fisk) og passasjersertifikat. I tillegg skulle den benyttes under uanmeldte tilsyn. Sjekklisten var omfattende og inkluderte blant annet befaring på arbeidsutsatte områder, gjennomgang av rederiets utarbeidede risikovurderinger og nedskrevne prosedyrer. Rederier og skipsførere ble på Sjøfartsdirektoratets nettside utfordret til å gjennomgå sjekklisten på egenhånd i løpet av 2023. Det foreligger ingen opplysninger om at dette har blitt gjennomført om bord Hunter.

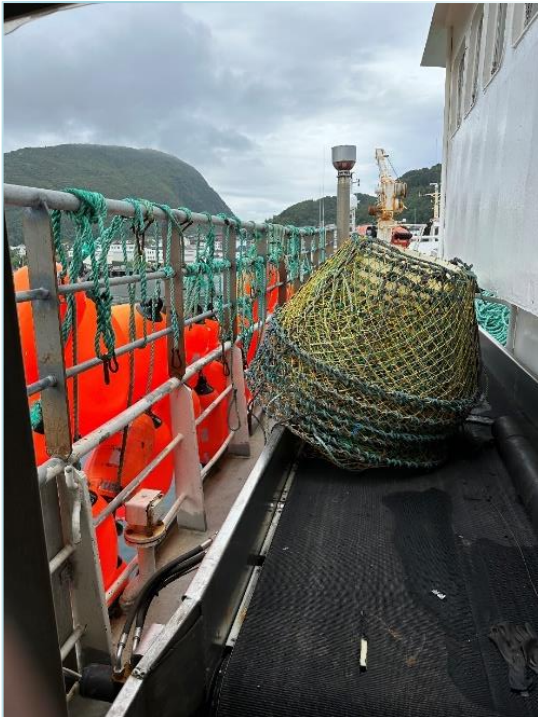
⁵ [Nullvisjon til havs: – Alle skal komme hjem fra jobb på havet, regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Sjøfartsdirektoratet hadde ikke gjennomført inspeksjon med særlig fokus på fallulykker om bord Hunter, noe som trolig skyldes at sertifikatfornyelsen ikke var gjennomført i 2023 i kombinasjon med at ulykken skjedde tidlig på året.

1.16 Iverksatte tiltak

Rederiet har iverksatt flere tiltak som følge av ulykken for å sikre arbeidsforholdene om bord under aktivt fiske.

Transportbåndet langs fartøyets babord side har fått et forhøyet rekkverk for å hindre fall over bord ved ferdsel på transportbåndet, se figur 10.



Figur 10: Påsveiset forhøyet rekkverk over det gamle rekkverket langs transportbåndet på babord side.
Foto: SHK

På arbeidsdekket akterut er det sveiset inn en stålkonstruksjon som fiskeren som fester teinene på settelinene skal stå beskyttet bak under arbeidet, se figur 11.



Figur 11: Stålbarriere på akterdekket for å hindre fall over bord. Foto: Rederiet

Fiskeren som haker teinene til settelinen, må også bruke sikkerhetsline som til enhver tid skal være i bruk i setteprosessen.

For raskere varsling til styrehuset er det montert varslingsknapp som aktiverer MOB-alarm direkte på fartøyets kartsystem. Ved samme posisjon er det også montert nødstopp for transportbåndene.



Figur 12: MOB-alarm. Foto: SHK



Figur 13: Nødstopp transportbånd. Foto: SHK

Nødstopp for transportbeltene var tidligere plassert på styrbord side av settelinen, hvilket medførte at fiskerne måtte gå under linen for å trykke på knappen. Nødstopperne er flyttet til babord side av settelinen, som er fiskernes vanlige plassering i en setteprosess, se figur 12 og figur 13.

Av personlig verneutstyr har fiskeren som jobber med å huke teinene på settelinen også redningsvest med AIS-sender, som automatisk aktiveres hvis den kommer i kontakt med vann.

AIS-signalet kommer direkte inn i fartøyets kartsystem og vil gjøre det enklere for besetningen å finne vedkommende som har falt over bord.

Rederiet har anskaffet en SULA-redningsbøyle⁶ som skal gjøre det mulig å få en person opp fra vannet uten bruk av MOB-båt. Denne er tiltenkt forhold hvor utsetting av MOB-båt ikke ansees forsvarlig grunnet høy sjøgang.

⁶ Patentert redningsbøyle fra Sula Vekst AS som gjør det mulig å få en livløs person opp fra sjøen.

2. Analyse

2.1 Innledning	32
2.2 Hendelsesforløp	32
2.3 Redning og overlevelsesaspekter	33
2.4 Arbeid og ferdsel på akterdekket	34
2.5 Rederiets sikkerhetsstyring	35
2.6 Sjøfartsdirektoratets tilsynsfunksjon	35
2.7 Rammebetingelser for snøkrabbefangst	36

2. Analyse

2.1 Innledning

Ulykken om bord skjedde i forbindelse med en rutinemessig operasjon som fiskerne utførte på daglig basis. Mange ulykker skjer i forbindelse med rutinemessige operasjoner, og det er viktig å identifisere hvilke faktorer som virket inn i denne hendelsen for å forhindre lignende ulykker.

Analysen innledes med en vurdering av hendelsesforløpet og de utløsende faktorene. Videre vurderes overlevelsesaspekter, arbeid og ferdsel på akterdekket, rederiets sikkerhetsstyring, og vurdering av redningsaksjonen. Analysen avsluttes med å se nærmere på Sjøfartsdirektoratets rolle som tilsynsmyndighet og rammebetingelser for fiske.

2.2 Hendelsesforløp

Undersøkelser av settelinen i ettertid ga ingen indikasjoner på hva som hadde skjedd. Det er sannsynlig at fiskeren enten heftet seg fast i settelina eller at en teine dro han over bord gjennom setteluka.

Arbeidsforholdene på akterdekket i høy sjø og på glatt underlag, uten noen fysiske barrierer mot å gå over bord var et sikkerhetsproblem. Innkobling av krabbeteiner til settelina innebar en risiko og jobben måtte gjennomføres fortløpende, raskt og konsentrert. Havarikommisjonen mener at arbeidsforholdene på akterdekket var kritikkverdig. Dette drøftes nærmere i kapittel 2.4.

Fiskeren som varslet om ulykken og styrmannen hadde ingen felles språkforståelse da de hadde forskjellige morsmål og begge var svake i engelsk. Da fiskeren forsøkte å varsle styrmannen i styrehuset forsto ikke styrmannen hva fiskeren mente. Styrmannen stoppet fremdriften umiddelbart, men det ble ikke klart for han hvorfor han måtte stanse. Styrmannen ble med fiskeren ned på akterdekket for å forstå hva som hadde skjedd.

Kameraovervåkningen fungerte ikke, og styrmannen mistet muligheten til å overvåke arbeidsforholdene på akterdekket. Dette tas med i vurderingen av arbeidsprosedyrer i vedlegg B.

Havarikommisjonen estimerer at styrmannen brukte minst to minutter på akter- og fordekket før han var tilbake i styrehuset for å markere posisjonen i kartsystemet. I tillegg tok det ca. 15–20 sekunder for fiskeren på akterdekket å ta seg derfra til styrehuset for å varsle styrmannen.

Da styrmannen varslet skipperen brukte han terminologien «big alarm». Skipperen måtte få en ny forklaring på hva som hadde skjedd da han kom opp i styrehuset. Han ble ikke gjort kjent med at styrmannen selv hadde brukt tid på dekk før flagget MOB-posisjon ble markert i kartsystemet, som representerte en langt sydligere posisjon enn der fiskeren faktisk hadde falt over bord. Konsekvensen av feil markering ble at de fullførte tårnet mot styrbord og gikk sydover før de snudde og gikk på vestsiden av slepestreken på en nordlig kurs. Misforståelsen rundt det markerte flagget var knyttet til kommunikasjonsproblemer. Mangel på rask varsling og kommunikasjonsproblemene medførte også forsinkelser i søket. Skipperen fikk blant annet informasjon om at en redningsbøye hadde blitt kastet på sjøen. Dette ble senere oppklart som en misforståelse.

Skipperens prioriteringer i den kritiske fasen av redningsaksjonen var å igangsette søk og ikke varsle Hovedredningssentralen, da det fremstod som åpenbart at det ville ta lang tid før noen kunne bistå dem. Dette drøftes videre i kapittel 2.3.

I sin dialog med skip hensyntar Hovedredningsentralen at besetningen må prioritere tid til eget søk. Havarikommisjonen vil påpeke at Hovedredningsentralen må sees på som en ressurs som kan avlaste broteamet ved å blant annet kontakte andre skip i nærheten.

2.3 Redning og overlevelsesaspekter

Det er en rekke forhold som er med på å påvirke overlevelsesevnen i vann. Disse er blant annet vanntemperatur, bekledning, bruk av flytemidler, helsetilstand og tid i vannet. Havarikommisjonen har fått opplyst at forulykkede var svømmedyktig og i god form. Det har ikke fremkommet helseopplysninger om vedkommende som kan ha påvirket utfallet av ulykken.

Da fiskeren havnet i sjøen iført arbeidsklær og et flyteplagg med 50 N oppdrift, hadde fiskeren liten mulighet til å overleve, med mindre redningsaksjonen hadde vært gjennomført raskt. Flyteplagget var ikke egnet til denne typen operasjoner. Fiskeren var heller ikke utstyrt med personlige redningsmidler som gjorde at han enkelt kunne lokaliseres.

Sjøtemperatur på rundt 4 grader og sterk kuling vil føre til nedkjøling og hypotermi innen 30 minutter i henhold til tabell 1 i kapittel 1.8.2. Store bølger og kuldesjokk kan også ha påvirket evnen til å holde luftveiene frie for vann og forringet overlevelsestiden. Fiskeren kan også ha blitt påført skader i forbindelse med fallet over bord som kan ha medført reduserte muligheter til å holde hodet over vann.

Det fantes ingen andre fartøy eller redningsmannskaper i nærheten som kunne bistå i den akutte redningsfasen. Den eneste muligheten til å overleve en slik hendelse ville vært rask responstid fra mannskapet på fartøyet.

Fiske etter snøkrabbe skjer i et område som er særlig utsatt for dårlig vær på denne tiden av året. Fartøyene opererer helt opp til iskanten, og det er få andre fartøy i nærheten som kan bistå i en redningsaksjon.

MOB-båten oppfylte kravene i forskriften, men undersøkelsen har vist at det ikke var aktuelt å benytte denne på grunn av vær- og sjøforhold. Havarikommisjonen har forståelse for at skipsfører besluttet at fartøyets MOB-båt ikke kunne benyttes under de rådende forhold.

Det at fartøyet ikke kunne benytte seg av MOB-båten som oppfylte gjeldende krav ved en nødsituasjon, mener Havarikommisjonen er problematisk. Regelverket stiller samme krav til MOB-båt om det fiskes kystnært om sommeren eller i utsatte farvann. Rederiet har anskaffet en SULA-redningsbøyle som et supplement til MOB-båt. Slike benyttes vanligvis ombord skip under 24 meters lengde som ikke har eget krav til MOB-båt.

Havarikommisjonen mener kravene til redningsmidler for fartøy som ferdes i disse områdene bør styrkes. I enkelte sjøtilstander er MOB-båten ikke mulig å benytte, og det er svake eller ingen absolutte myndighetskrav knyttet til bruk av redningsmidler ved arbeid på dekk. Rederiene er pålagt å risikovurdere farlige arbeidsoperasjoner, for så å selv utarbeide egnede sikkerhetstiltak.

Havarikommisjonen mener at minimumskravene til redningsmidler ikke er i balanse med det som er risikoen i arbeidet som utføres, og fremmer en sikkerhetstilråding til Sjøfartsdirektoratet på dette forholdet.

2.4 Arbeid og ferdseil på akterdekket

Havarikommisjonen varslet om sikkerhetskritiske forhold om bord, herunder funn knyttet til arbeidsprosessen med kobling av teiner til settelina, se 1.13.

Det akre arbeidsdekket hadde ingen fysiske barrierer mot fall over bord og designet gikk ut på at både settelina og teinene skulle gå fritt ut av setteluka uten å møte hindringer. Dette designet var problematisk da det ikke oppfylte kravet til minimums rekkehøyde på 1 000 millimeter. Hvis rekkehøyden på 1 000 millimeter vanskeliggjør normal drift av fartøyet kan Sjøfartsdirektoratet godkjenne en lavere høyde, likevel ikke lavere enn 600 millimeter, se kapittel 1.10.4. Rederiet hadde ikke søkt om dispensasjon fra høydekravet, og setteluka på Hunter hadde ingen barrierer ved at åpningen gikk helt ned til dekket. Manglende oppfyllelse av gjeldende regelverk ble ikke identifisert av rederiet eller av Sjøfartsdirektoratet i ombyggningsfasen eller ved senere inspeksjoner. Hensikten med rekkverk er å beskytte besetningen fra å falle over bord.

Arbeid på dette dekket anses som risikofyllt, selv under rolige forhold. Det var en intens arbeidssituasjon, der fiskeren måtte feste teinene til settelina ca. hvert tiende sekund med ca. et sekunds margin i til dels høy sjøgang. De ulike faremomentene var eksempelvis at fiskerne kunne få fingre i klem ved enden av bukten der settelinen var doblet, karabinkroken kunne ved feiltakelse settes i arbeidsvestens stropper eller fiskerne kunne plassere seg feil i forhold til teinene som var på vei ut setteluka.

Verken Fiskeridirektoratet eller Sjøfartsdirektoratet stiller spesifikke krav til hvordan fiskeoperasjonene utføres, og løsningene er forskjellige fra skip til skip. Tilsynsmyndighetene har anledning til å avdekke svakt design og farlige arbeidsoperasjoner ved tilsyn eller sertifikatfornyelser, men ettersom disse blir gjennomført ved kai vil det være vanskelig å danne seg et korrekt risikobilde av fiskeoperasjonen.

I etterkant av ulykken iverksatte rederiet umiddelbare tiltak for å øke sikkerheten på akterdekket. Det ble montert en stålbarriere som fiskerne kunne stå bak da de heftet på teinene, i tillegg til bruk av sikkerhetsline. Det ble montert en alarm som kunne aktiveres ved mann over bord. Havarikommisjonen mener at de iverksatte tiltakene ikke endrer designets største svakhet som er et arbeidsdekk uten adekvate fysiske barrierer mot å falle over bord. Rederiet mente at settearrangementet var trygt og viste til at arbeidet som utføres på akterdekket er vurdert som innenfor en akseptabel risiko. Havarikommisjonen mener at rederiets iverksatte tiltak som er beskrevet i 1.16 fortsatt ikke i tilstrekkelig grad ivaretar sikkerheten. Havarikommisjonen fremmer derfor en sikkerhetstilråding om at Sjøfartsdirektoratet må påse at rederiet sikrer arbeidsprosessen på akterdekk under setting av line.

Sikkerheten på arbeidsdekket må sees i sammenheng med ivaretagelsen av den generelle sikkerheten om bord. Dette drøftes videre i kapittel 0.

2.5 Rederiets sikkerhetsstyring

Rederiets sikkerhetsstyringssystem hadde tilsynelatende fokus på gode arbeids- og sikkerhetsvilkår, men undersøkelsen har vist at det var påfallende lite av dette som ble gjenspeilet i driften av fartøyet.

Havarikommisjonen mener rederiet har et forbedringspotensial når det kommer til å ivareta rollen og plikten sin som et rederi. Rederiet ivaretok selv den tekniske driften av fartøyene, i tillegg til ansettelse av personell og oppfølging av sikkerhetsstyringssystemet. Det var ikke etablert gode løsninger for en stedfortreder som kunne utføre disse oppgavene ved fravær. Da ulykken skjedde var oppfølgingen av styringssystemet ivaretatt av utpekt person som ikke hadde kjennskap til den daglige driften av fartøyet.

Rederiets overordnede politikk i sikkerhetsstyringssystemet ble ikke etterlevd da de verken hadde eierskap eller tilstrekkelig med forståelse for systemet.

Manglende kompetanse på noen områder kan i de fleste tilfeller avhjelpes med bruk av eksterne konsulenter. I tilfeller hvor bruken av konsulenter er så stor at et rederi selv ikke klarer å ivareta egen politikk uten bistand, vil dette utgjøre et sikkerhetsproblem. Eksempler på dette var prosedyrebeskrivelser med til dels store mangler og risikovurderinger som ikke var gjennomført tilstrekkelig objektivt. Se også vedlegg B for mer detaljer om undersøkelsen av rederiets sikkerhetsstyringssystem.

Havarikommisjonen mener at et godt sikkerhetsstyringssystem som gjenspeiler driften, risikoer og forventinger i kombinasjon med familiarisering og praktiske øvelser, er og forblir en forutsetning for sikker drift. Dette var ikke tilfelle for det aktuelle rederiet, og Havarikommisjonen retter en tilråding til rederiet på dette forholdet.

2.6 Sjøfartsdirektoratets tilsynsfunksjon

Tilsyn og revisjoner utgjør vanligvis en sikkerhetsbarriere ved at mangler kan avdekkes og rettes fra rederiets side. Hunter har gjennom tilsyn fått påpekt mange avvik de siste årene. Disse avvikene har rederiet lukket med å gjennomføre tiltak. Mange avvik har vært gjentakende uten at tilsynsmyndigheten har reagert.

Revisjoner var gjennomført i tidsperioder hvor fartøyet ikke hadde vært i vanlig drift ettersom årsdatoene på sertifikatet er på utsiden av sesong for snøkrabbefiske. I de fem revisjonene av fartøyet før ulykken, var det kun ved en at besetningen tilsvarte bemanningen i fartøyets bemanningsoppgave. Dette utgjorde kun en mindre del av det faktiske besetningsantallet på 21 personer fartøyet hadde når det bedrev aktivt fiske. En revisjon av sikkerhetsstyringssystemet om bord med hele bemanningen til stede kunne avdekket at besetningen ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om fartøyets sikkerhetsstyringssystem og at enkelte hadde utfordringer knyttet til felles språkforståelse. Revisjonene var gjennomført på norsk, men intervjuene med de som ikke hadde norsk som morsmål ble gjennomført på engelsk. Under revisjonene har det vært få utenlandske arbeidere om bord.

Undersøkelsen har vist at Sjøfartsdirektoratets tilsyn ikke har vært i henhold til egne retningslinjer, se kap. 1.11. Dette utgjør et sikkerhetsproblem, og Havarikommisjon fremmer en tilråding til tilsynsmyndighetene på dette forholdet.

2.7 Rammebetingelser for snøkrabbefangst

Undersøkelsen har vist at rammebetingelser for snøkrabbefangst slik det er regulert i dag, kan påvirke sikkerheten negativt. Aktørene konkurrerer om å ta størst mulig andel av den totale kvoten raskest mulig. Dette kan medføre at rederier og fiskefartøy tar risiko som kan gå på bekostning av sikkerheten. Fiskeridirektoratet har ikke ansvar for sjøsikkerhet i myndighetsutøvelsen av å følge opp fiskeri etter snøkrabbefiske. Samtidig har Sjøfartsdirektoratet, som har ansvar for oppfølging av sikkerheten, ikke noe ansvar for rammebetingelser for fiskerirammer. Hvordan rammebetingelser er anlagt vil kunne påvirke hvordan fiskeri drives og gjennomføres i praksis, noe som igjen påvirker sikkerheten om bord i det enkelte fartøy og i bransjen generelt.

Når to myndigheter regulerer ulike rammebetingelser for en næring innen to forskjellige forvaltningsområder, vil det kunne påvirke sikkerheten.

Fiske etter snøkrabbe er forholdsvis nytt i norsk sammenheng, og skipene er vanligvis ombygd fra annen type fiske. Usikre rammebetingelser kan gi lav investeringsvilje fra rederiene, med midlertidige løsninger, ettersom ombygningskostnadene blir høye.

Fiskefartøy med tildelte kvoter innenfor annet fiskeri erfarer også ulykker og tidspress. Samtidig gir et kvotebasert fiskeri gitte rammer for fiske. Dette kan igjen gi mannskap, skipsledelse og rederi en viss forutsigbarhet og trygghet som ikke utfordrer dem til å ta valg de vanligvis ikke ville tatt, på bekostning av sikkerheten.

Siden Fiskeridirektoratet har fremmet en anbefaling til Nærings- og fiskeridepartementet om blant annet kvotebasert snøkrabbefiske, fremmes det ikke noen tilråding på dette området.

3. Konklusjon

3.1 Hovedkonklusjon.....	38
3.2 Undersøkelseresultater	38

3. Konklusjon

3.1 Hovedkonklusjon

Ulykken skjedde i forbindelse med at to fiskere jobbet på et usikret arbeidsdekk i dårlig vær uten fysiske barrierer mot fall over bord. Den ene fiskeren som jobbet med å koble teiner på settelinen falt over bord og den andre fiskeren varslet skipsledelsen om ulykken.

Under redningsaksjonen oppstod det språklige misforståelser som ga forsinkelser i redningsarbeidet. Misforståelsene medførte at søket ble startet i en annen retning enn der hvor fiskeren sannsynligvis hadde falt over bord. Manglende trening og gjennomføringer av øvelser var trolig årsaken til at det ikke ble kastet ut livbøye til fiskeren som hadde gått over bord.

Arbeidssituasjonen på akterdekket ble av mannskapet og rederi ansett som en rutineoperasjon. Det var gjennomført en risikovurdering for deler av arbeidsprosessen, men den hadde store mangler. Manglende identifisering av den farlige arbeidsoperasjonen fra rederiets side utgjorde et sikkerhetsproblem. Heller ikke Sjøfartsdirektoratet avdekket den farlige arbeidssituasjonen eller manglende fysiske barrierer mot fall over bord.

3.2 Undersøkelseresultater

- Minimumskravene til redningsmidler var ikke i balanse med det som var risikoen i arbeidet som ble utført. Det var ikke forsvarlig å benytte MOB-båten på grunn av værforholdene, og det var svake eller ingen absolutte myndighetskrav knyttet til bruk av redningsmidler ved arbeid på dekk. Det var heller ikke mulig å lokalisere fiskeren som hadde falt over bord.
- Akterdekket var ikke sikret mot fall over bord. Det manglet sklisikring og det ble arbeidet med bevegelig setteline og krabbeteiner. Settearrangementet hadde et grunnleggende svakt design hvor hukiing av krabbeteiner til settelina måtte skje innenfor et sekunds margin.
- Sjøfartsdirektoratets revisjoner ble gjennomført på et tidspunkt da fartøyet ikke var operativt bemannet. Tilsynsmyndigheten fikk dermed ikke tilstrekkelig grunnlag for å avdekke språkproblemer og besetningens manglende kunnskap om skipets redningsmidler.
- Konkurransedrevet fiskeri med dagens rammebetingelser kan ha bidratt til økt risiko i arbeidet. Aktørene konkurrerte om å ta størst mulig andel av den totale kvoten raskest mulig. Dette kan ha medført at rederier og fiskefartøy tok risiko som kunne gå på bekostning av sikkerheten.
- Rederiets sikkerhetsstyringssystem fungerte ikke i praksis, og hadde store mangler da rederiet selv ikke etterlevde de forpliktelsene de hadde påtatt seg. Rederiet hadde satt av begrensede ressurser til å arbeide med sikkerhetsstyringssystemet og det var ikke etablert tilstrekkelige rutiner for en stedfortreder ved fravær. Utpekt person som hadde ansvaret for overvåkning av sikkerhetsstyringssystemet, var en innleid konsulent som ikke hadde kjennskap til den praktiske driften. Det medførte at rederiets politikk ikke ble etterlevd i praksis. Prosedyrebeskrivelser hadde dels store mangler og risikovurderinger var ikke gjennomført tilstrekkelig objektivt.

4. Sikkerhetstilrådingar

4. Sikkerhetstilrådingar

Statens havarikommisjon fremmer følgende sikkerhetstilrådingar⁷ som har til formål å forbedre sjøsikkerheten:

Sikkerhetstilråding Sjøfart nr. 2024/01T

Den 30. januar 2023 var snøkrabbebåten Hunter på fiskefeltet i Barentshavet, da en fisker under setting av krabbeteiner omkom etter fall over bord.

Undersøkelsen har vist at minimumskravene til redningsmidler ikke er i balanse med det som er risikoen i arbeidet som utføres. Det var ikke forsvarlig å benytte MOB-båten, og det var svake eller ingen absolutte myndighetskrav knyttet til bruk av redningsmidler ved arbeid på dekk. Det var heller ikke mulig å lokalisere fiskeren som hadde falt over bord.

Statens havarikommisjon tilrår Sjøfartsdirektoratet å gjennomføre tiltak som sikrer balanse mellom krav til redningsmidler og de forventede arbeidsforhold for fiske etter snøkrabbe.

Sikkerhetstilråding Sjøfart nr. 2024/02T

Den 30. januar 2023 var snøkrabbebåten Hunter på fiskefeltet i Barentshavet, da en fisker under setting av krabbeteiner omkom etter fall over bord.

Undersøkelsen har vist at arbeid på akterdekket ikke var sikret med fysiske barrierer mot fall over bord. Dette i kombinasjon med manglende sklisikring og bevegelig setteline økte risikoen for fall over bord.

Statens havarikommisjon tilrår Sjøfartsdirektoratet å påse at rederiet Havøy Kystfiske AS etablerer barrierer slik at sannsynligheten for fall over bord reduseres.

Sikkerhetstilråding Sjøfart nr. 2024/03T

Den 30. januar 2023 var snøkrabbebåten Hunter på fiskefeltet i Barentshavet, da en fisker under setting av krabbeteiner omkom etter fall over bord.

Undersøkelsen har vist at rederiets sikkerhetsstyringssystem ikke fungerte som en sikkerhetsbarriere da rederiet selv ikke etterlevde de forpliktelsene de hadde påtatt seg. Prosedyrebeskrivelsene hadde store mangler og risikovurderinger var enten ikke foretatt eller ikke tilstrekkelig objektivt utført.

Havarikommisjonen tilrår Havøy Kystfiske AS å gjennomføre tiltak i sikkerhetsstyringen for å oppnå trygge arbeidsplasser om bord på rederiets skip.

⁷ Undersøkelserapporten oversendes Nærings- og fiskeridepartementet som treffer nødvendige tiltak for å sikre at det tas behørig hensyn til sikkerhetstilrådingene.

Sikkerhetstilråding Sjøfart nr. 2024/04T

Den 30. januar 2023 var snøkrabbebåten Hunter på fiskefeltet i Barentshavet, da en fisker under setting av krabbeteiner omkom etter fall over bord.

Undersøkelsen har vist at Sjøfartsdirektoratets revisjoner ble gjennomført da fartøyet ikke var operativt bemannet slik retningslinjene for revisjon tilsa. Tilsynsmyndigheten fikk dermed ikke tilstrekkelig grunnlag for å avdekke språkproblemer og besetningens manglende kunnskap om skipets redningsmidler.

Statens havarikommisjon tilrår Sjøfartsdirektoratet i større grad å følge opp egne retningslinjer slik at skip som revideres er i den operative tilstand som er forventet under aktivt fiske når det gjennomføres revisjoner om bord.

Statens havarikommisjon
Lillestrøm, 29. januar 2024

Vedlegg

Vedlegg A Detaljer om fartøyet og ulykken

Fartøyet	
Navn	Hunter
Flaggstat	Norge
Klasseselskap	Rina klasse for skrog og maskinere. Ellers uklasset.
IMO-nummer/Kallesignal	8906949/LKUA
Type	Fiskefartøy
Byggeår	1989
Eier	Havøy Kystfiske AS
Operatør/ISM-ansvarlig	Havøy Kystfiske AS
Konstruksjonsmateriale	Stål
Lengde / største lengde	38,609 meter / 44,90 meter
Brutto tonnasje	877,0 BT
Sikkerhetsbemanning	5
Reisen	
Avgangshavn	Båtsfjord
Ankomsthavn	Tromsø
Type reise	Fiske i Barentshavet
Last	Snøkrabbe
Personer om bord	21
Ulykkesinformasjon	
Dato og tidspunkt	30.01.2023 ca. kl. 18:00.
Ulykkestype	Fall over bord
Sted/posisjon hvor ulykken inntraff	Barentshavet
Sted om bord hvor ulykken inntraff	Arbeidsdekk akterut
Skadde/omkomne	En fisker omkom
Skader på skip/miljø	Nei
Skipsoperasjon	Fisking
Hvor i reisen var fartøyet	Underveis
Ytre miljø	Østlig kuling og snøbyger

Vedlegg B Videre undersøkelse av rederiets sikkerhetsstyringssystem

Sikkerhetsstyringssystemet om bord var på både engelsk og norsk, men undersøkelsen viser at opplæring og gjennomgang ikke var tilstrekkelig utført, selv om mannskapet hadde signert på at det var gjennomgått. Det ble under Havarikommisjonens intervjuer avdekket store mangler på kunnskapsnivået, og flere av besetningen hadde liten eller ingen forståelse for verken hensikten eller bruken av systemet. De forholdt seg i hovedsak til muntlig overførsel av kunnskap og praktisk demonstrasjon av arbeidsoppgaver. En gjennomgang av sikkerhetsstyringssystemet avdekket at det var store mangler i prosedyrebeskrivelsene. Mangel på nedskrevne rutiner ble erstattet med erfaringsbaserte metoder, og rederiet mistet kontrollen på hvordan besetningen utførte oppgavene om bord. I det videre følger en nærmere gjennomgang av vesentlige deler av sikkerhetsstyringssystemet.

RISIKOVURDERING

Rederiet hadde identifisert faren for fall over bord fra akterdekket gjennom setteluka og de hadde erfart det i en lignende ulykke tre år tidligere. Likevel hadde ikke rederiet i tilstrekkelig grad adressert problemene.

Rederiet hadde utført en generell risikovurdering, sist revidert i september 2022. Denne omfattet farer ved ferdsel på dekk og risikoen for mann over bord. Ferdsel på akterdekket var ikke vurdert konkret. Arbeidsoperasjonen på akterdekket var heller ikke risikovurdert, men det forelå en risikovurdering knyttet til første fase av setteprosessen. Denne fasen ble vurdert som sikker uten at det ble iverksatt risikoreducerende tiltak. Fasen med innkobling av teiner på settelina var ikke risikovurdert og slik Havarikommisjonen vurderer det, var det denne fasen som innebar størst risiko.

Havarikommisjonen mener at en objektiv og grundig risikovurdering av hele setteprosessen ville avdekket at arbeidsoperasjonen på akterdekket ikke var forsvarlig å gjennomføre.

ARBEIDSPROSEDYRER

Det var flere av rederiets arbeidsprosedyrer som ikke ble fulgt eller hadde mangler. Nedenfor er et utvalg av relevante for denne ulykken.

- Prosedyren for fiske beskrev at overvåkningskameraet på akterdekket alltid skulle være i bruk under setteprosessen, slik at vakthavende kunne følge med på arbeidsoperasjonen. Overvåkingen ble av rederiet ansett som en sikkerhetsbarriere under aktivt fiske, og dermed en forutsetning for å gjennomføre fiskeoperasjonene. Overvåkningsanlegget fungerte ikke på ulykkesdagen.
- Prosedyren knyttet til arbeidsoperasjonen på akterdekket var kortfattet, og den dekket ikke enkle beskrivelser om hvem, hva eller hvordan oppgaver skulle utføres, samt hvilke faremomenter som måtte hensyntas.
- Prosedyren for mann over bord hadde flere mangler og mannskapet var ikke trent på innholdet. Posisjonsdata viser at tid gikk tapt da de i starten av redningsprosessen søkte i en annen retning enn der hvor fiskeren sannsynligvis hadde falt over bord. Havarikommisjonens vurdering er at mye gikk galt i disse kritiske minuttene fra ulykken skjedde til de startet å søke der de antok at fiskeren hadde falt over bord.
- Rederiet hadde tidligere forsøkt å få mannskapet til å bruke sikkerhetsline i setteprosessen. Sikkerhetslinen montert på akterdekket ble ikke benyttet og den fungerte heller ikke. Det var

heller ingen beskrivelse av denne i styringssystemet og rederiet fulgte ikke opp besetningens manglende bruk av sikkerhetslinen.

Havarikommisjonen mener at rederiet ikke har vektlagt sikker styring av driften i tilstrekkelig grad gjennom gode arbeidsprosedyrer. Manglende prosedyrebeskrivelse av sentrale arbeidsoppgaver burde vært avdekket av tilsynsmyndigheten gjennom de mange revisjoner og inspeksjoner om bord de siste årene.

ØVELSER OG OPPLÆRING AV BESETNINGEN

Sikkerhetsstyringssystemets beskrivelser av de månedlige øvelsene på mann over bord ble ikke utført som beskrevet.

Bruk av livbøyer var ikke testet i praksis om bord med denne besetningen. Ved jevnlig trening og familiarisering av redningsutstyret ville besetningen fått demonstrert bruken av livbøyer som også hadde lys og oransje røyk. Innenfor de to første minuttene etter at fiskeren falt over bord, passerte både styrmannen og fiskerne styrbord livbøye utstyrt med lys og røyk mer enn fem ganger, uten at denne ble benyttet. Havarikommisjonen mener at en livbøye med lys og røyk kunne bidratt til et bedre grunnlag da søket startet, og gitt besetningen og fiskeren som falt over bord et felles referansepunkt.

Sikkerhetsstyringssystemet hadde begrenset informasjon om korrekt handlemåte ved mann over bord situasjoner. Det var henvist til skipets alarminstruks, men instruksjonen beskrev ikke hva som skulle gjøres, kun hvem som skulle bemanne MOB-båten.

Sjekklisten for mann over bord hadde flere mangler.

- Den opplyste ikke om hvilke strakstiltak en person som oppdaget mann over bord skulle utføre. Vanlige oppgaver er å holde øye med personen i vannet, peke og kaste ut en livbøye med røyk og lys. Det at fiskeren på akterdekket valgte å varsle fremfor å kaste ut en bøye og holde utkikk, var under omstendighetene en rasjonell reaksjon, spesielt da fiskeren ikke hadde fått opplæring eller trening på hvilke oppgaver han faktisk skulle ha hatt.
- Den manglet tiltak om å flagge MOB-posisjon i kartet, som var avgjørende for å søke i riktig område. Dette var medvirkende til at fiskeren ikke ble funnet. Dette er drøftet i kapittel 2.3.

MOB-båten hadde ikke vært testet eller vært på sjøen med dette mannskapet i denne sesongen, noe som ga besetningen lite kunnskap om mann over bord situasjoner. Havarikommisjonen mener at jevnlig øvelser på mann over bord og søk ville gitt besetningen bedre forutsetninger for å håndtere en virkelig hendelse.

UTPEKT PERSONS ROLLE I SIKKERHETSSTYRINGSSYSTEMET

For å sikre sikker drift av skip og for å sørge for kontakt mellom selskapet og de ombordværende, skal hvert selskap utpeke én eller flere i land som skal ha direkte kontakt med høyeste nivå i ledelsen. Den utpekte personens ansvar og myndighet skal omfatte overvåkning av de sidene av driften av hvert skip som gjelder sikkerhet og hindring av forurensning samt sikring av at nødvendige ressurser og landbasert støtte blir benyttet etter behov. Dette følger av ISM-kodens kapittel 4⁸.

Rederiet hadde utpekt en ansatt i et konsulentselskap til å fungere som utpekt person. Denne personen hadde lite eller ingen kontakt med besetningen i det daglige, utover dialog med skipperen ved behov. Det var få av besetningen som visste hvem utpekt person var, eller hva som

⁸ Forskrift om sikkerhetsstyringssystem for skip m.m

var vedkommende sin rolle. Mannskapets manglende identifisering av utpekt person har også vært et tema under revisjoner med Sjøfartsdirektoratet.

Havarikommisjonen mener rederier som benytter seg av innleid utpekt person bør være oppmerksomme på at rollen fullt ut skal ivaretas som om den utpekte personen var ansatt i rederiet.

VURDERING AV BESETNINGENS SPRÅKKUNNSKAPER

Arbeidsspråket var ifølge rederiets sikkerhetsstyringssystem på norsk, men de som snakket et annet språk skulle få en gjennomgang av sikkerhetsstyringssystemet på engelsk. Sikkerhetsstyringssystemet var i det vesentlige også oversatt til engelsk.

Under intervjuene med besetningen ble det avdekket at flere om bord ikke behersket engelsk tilstrekkelig godt til å gjennomføre normale samtaler. Samtlige av de Havarikommisjonen intervjuet bekreftet at arbeidsspråket var engelsk og ikke norsk som sikkerhetsstyringssystemet beskrev. Sikkerhetsmøtene ble også holdt på engelsk.

I ansettelsesprosessen hadde rederiet svak kontroll på besetningens engelskkunnskaper. Det var ingen ansettelsesprosedyrer i selskapets sikkerhetsstyringssystem som ga veiledning om dette.

Havarikommisjonen mener manglende felles språkforståelse var årsaken til flere misforståelser i den kritiske fasen av søket etter fiskeren som hadde falt over bord. Hadde besetningen hatt felles språkforståelse og benyttet seg av korrekt maritim terminologi, kunne de unngått misforståelser og forsinkelser i redningsarbeidet. Forsinkelsen som følge av manglende felles språkforståelse i redningsarbeidet, utgjorde et sikkerhetsproblem.

Rederiet har endret sine prosedyrer ved at de i ansettelsesprosessen sjekker den enkeltes språkkompetanse. I tillegg skal rederiet endre arbeidsspråket i sikkerhetsstyringssystemet til engelsk.