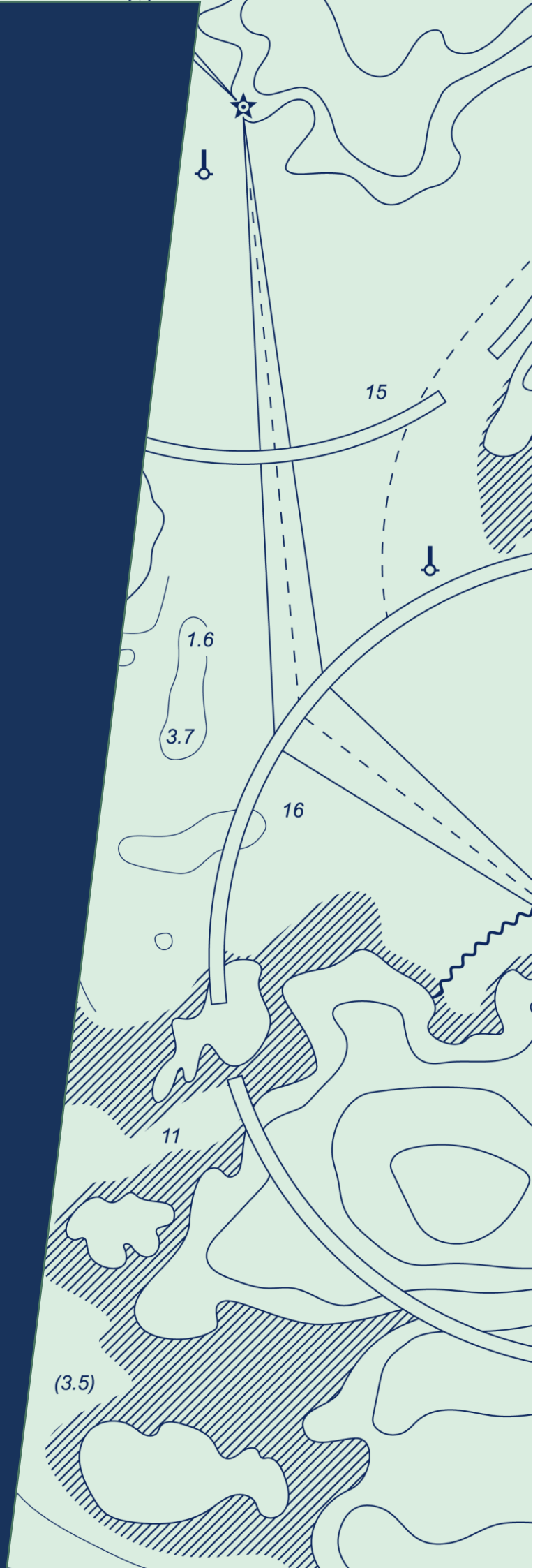


SVANÖ – man överbord i samband med fiske

Statens haverikommission har utrett en sjöfartsolycka utanför Tjörn, Västra Götalands län, den 15 april 2025

2026-03-25



Om Statens haverikommission

Statens haverikommission (SHK) utreder olyckor och allvarliga tillbud från säkerhetssynpunkt oavsett om de inträffat på land, till sjöss eller i luften. Myndighetens olycksutredningar ska sprida kunskap och ge underlag för åtgärder hos myndigheter, företag, organisationer och enskilda som förbättrar säkerheten och minskar risken för olyckor. Verksamheten ska också bidra till att människor kan känna trygghet och tillit till samhällets institutioner och till förtroendet för transportsystemen. I uppdraget ingår också att bedöma de insatser som samhällets räddningstjänst har gjort i samband med en olycka. Däremot ska utredningarna inte fördela skuld eller ansvar, vare sig straffrättsligt, civilrättsligt eller förvaltningsrättsligt.

SHK:s utredningar syftar till att ge svar på tre frågor

- Vad hände?
- Varför hände det?
- Hur undviks att en liknande händelse inträffar i framtiden?

Rapporten finns även på SHK:s webbplats: www.shk.se

Rapporten omfattas av licensen Creative commons erkännande 2.5 Sverige (CCBY 2.5 SE). Det betyder att du får kopiera, sprida och bearbeta texten under förutsättning att du anger att SHK är upphovsrättsinnehavare. Om du använder materialet i denna rapport ska du som källa ange Statens haverikommission och rapportnummer.

Illustrationerna i SHK:s rapporter skyddas av upphovsrätt. Om inte annat anges i rapporten är SHK upphovsrättsinnehavare. Om någon annan än SHK är upphovsrättsinnehavare behöver du dennes tillstånd för att få använda materialet.

ISSN 1400–5735

Diarienummer: S-88/25

Innehållsförteckning

Om Statens haverikommission	2
Sammanfattning	5
Orsaker till olyckan	5
Säkerhetsrekommendation	5
Summary in English	6
Causes of the accident	6
Safety recommendations	6
Utredningen	7
Utredningsmaterialet	7
1. Faktaredovisning	9
1.1 Verksamheten ombord	9
1.2 Händelseförloppet	10
1.3 Räddningsinsatsen	11
1.4 Skador	13
1.5 Olycksplatsen	13
1.6 Fartyget	14
1.6.1 Beskrivning av utrustning och system i relevanta delar	14
1.6.2 Besättningen	15
1.7 Meteorologisk information	16
1.8 Föreskrifter och tillsyn	16
1.8.1 Föreskrifter	16
1.8.2 Egenkontroll och tillsyn	17
1.9 Företagets organisation och ledning	18
1.10 Tidigare händelser	19
1.11 Särskilda prov och undersökningar	19
2. Vidtagna åtgärder	23
3. Analys	23
3.1 Vad var det som hände?	23
3.1.1 Händelseförloppet var mycket kort	23
3.1.2 Varför kunde besättningen inte förhindra att befälhavaren drogs överbord?	24
3.2 Räddningsinsatsen	24
3.2.1 Räddningsförsöken var verkningslösa	24
3.2.2 Räddningstjänstens insatser	25

3.3	Användande av flytväst.....	25
3.4	Det systematiska sjösäkerhetsarbetet	26
3.5	Tillsyn	27
4.	Slutsatser.....	28
4.1	Utredningsresultat.....	28
4.2	Orsaker till olyckan	28
5.	Säkerhetsrekommendation	29

Sammanfattning

Tisdagen den 15 april 2025 var fiskebåten SVANÖ ute och fiskade med burar efter havskräfta. Ombord fanns en befälhavare och en däcksmän. Under utsättning av burarna fastnade befälhavaren med benet i en lina som var en del av fiskeutrustningen. Lina var sammanbunden med de burar som redan låg i havet. Befälhavaren drogs överbord och drunknade.

Utredningen visar att det funnits flera brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet. De brister som identifierats är bland annat att det saknades skyddsanordningar för att hålla fiskeutrustningen åtskild från besättningen vid arbete på däck, att däcksmannen inte hade fått tillräcklig utbildning och träning för att hantera båtens system, och att de flytvästar som fanns ombord inte användes.

Om befälhavaren hade använt en sådan flytväst som fanns ombord hade chansen till överlevnad varit förhållandevis stor.

På systemnivå konstateras att Transportstyrelsens tillsyn har varit otillräcklig.

Orsaker till olyckan

Den direkta orsaken till att befälhavaren drogs överbord och drunknade var att han fastnade i det vid botten förankrade fiskeredskapet när fiskebåten gjorde framfart och att han saknade flythjälpmedel.

Det berodde i sin tur på brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet, i vilket riskerna med att bedriva burfiske på fiskebåten inte hade uppmärksamats och åtgärdats. De brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet som bidrog till olyckan var följande.

- Det saknades skyddsanordning för att förvara länklinan åtskild från besättningen vid arbete på däck.
- Besättningen bar inte flythjälpmedel.
- Däcksmannen saknade tillräcklig utbildning och träning i fiskebåtens navigations- och framdrivningssystem.

På systemnivå är det en brist att Transportstyrelsens tillsyn av fiskebåtar som omfattas av krav på egenkontroll i segmentet 5–15 meter är otillräcklig.

Säkerhetsrekommendation

Transportstyrelsen rekommenderas att

- undersöka vilka tillsynsåtgärder som är mest ändamålsenliga för att uppnå godtagbar sjösäkerhet för fiskebåtar som omfattas av krav på egenkontroll i segmentet 5–15 meter och vid behov utveckla och anpassa tillsynsmetoderna utifrån resultaten av denna undersökning, samt att utöka tillsynens omfattning (se avsnitt 3.5). (SHK 2026:04 R1)

Summary in English

On Tuesday, 15 April 2025, the fishing vessel SVANÖ was out at sea, fishing for Norway lobster using creels. On board were a captain and a deckhand. During the deployment of the pots, the captain's leg became entangled in a line that was part of the fishing equipment. The line was connected to the creels that had already been set in the sea. The captain was pulled overboard and drowned.

The investigation reveals several shortcomings in the systematic maritime safety work. The identified deficiencies include, among other things, the lack of protective devices to keep the fishing equipment separated from the crew during work on deck, that the deckhand had not received sufficient training and education to handle the vessel's systems, and that the life jackets on board were not used.

If the captain had used the type of life jacket that was available on board, the chance of survival would have been relatively high.

At the systemic level, it is noted that the Swedish Transport Agency's supervision has been inadequate.

Causes of the accident

The direct cause of the captain being pulled overboard and drowning was that he became caught in the fishing gear that was anchored while the fishing vessel was underway, and that he lacked personal flotation devices.

This, in turn, was due to shortcomings in the systematic maritime safety work, in which the risks associated with pot fishing on the vessel had not been identified and addressed. The deficiencies in the systematic maritime safety work that contributed to the accident were as follows:

- There was no protective device to keep the connecting line separated from the crew during work on deck.
- The crew did not wear personal flotation devices.
- The deckhand lacked sufficient education and training in the vessel's navigation and propulsion systems.

At the systemic level, it is a deficiency that the Swedish Transport Agency's supervision of fishing vessels subject to self-inspection requirements in the 5–15 metres segment is inadequate.

Safety recommendations

The Swedish Transport Agency is recommended to:

- examine which supervisory measures are most appropriate to achieve an acceptable level of maritime safety for fishing vessels subject to self-inspection requirements in the 5–15 metres segment, and, if necessary, to develop and adapt supervisory methods based on the results of this review, as well as to expand the supervision (see section 3.5). (SHK 2026:04 R1)

Utredningen

SHK underrättades den 15 april 2025 om att en mycket allvarlig sjöolycka med fiskebåten SVANÖ med registreringsbeteckningen SFB-8345 hade inträffat samma dag vid niotiden.

Olyckan har utretts av SHK som företrätts av Kristina Börjevik Kovaniemi, ordförande t.o.m. den 11 augusti och Johan Albihn ordförande därefter, Björn Ramstedt, utredningsledare, Per Jakobsson, operativ utredare och Alexander Hurtig, utredare beteendevetenskap.

Som koordinator för Transportstyrelsen har Linda Eliasson deltagit, och för Sjöfartsverket har Ulf Holmgren deltagit.

Utredningsmaterialet

Ett haverisammanträde hölls den 23 oktober 2025. Vid mötet presenterade SHK det faktaunderlag som förelåg vid den tidpunkten.

Slutrapport SHK 2026:04

Fartygets data	
Flaggstat/	Sverige
Identitet fiskedistriktsnummer/anropssignal	GG-610/SFB-8345
Typ av fartyg	Fiskebåt
Nybyggnadsvarv/år	Stigfjord båtar/1984
Deplacement	8,3 ton
Längd, över allt	8,4 meter
Bredd	3 meter
Djupgående, max.	0,9 meter
Huvudmaskin, effekt	Volvo Penta D5A B TA
Framdrivningsarrangemang	Rak axel med backslag och slirkoppling
Roderarrangemang	Skegroder
Servicefart	9 knop
Ägarförhållande och ledning	Enskild firma

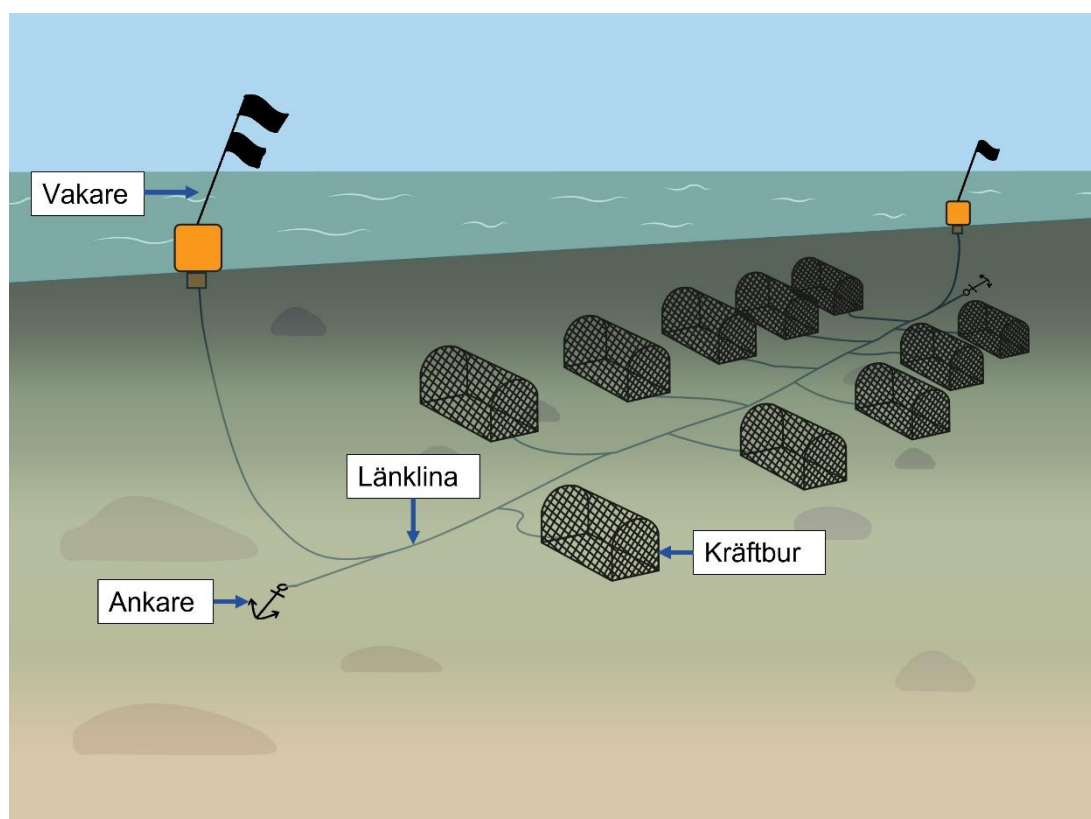
Uppgifter om resan	
Anlöpshamnar	Björholmen, Tjörn
Typ av resa	Nationell
Bemanning	2

Uppgifter om sjöolyckan	
Typ av sjöolycka	Mycket allvarlig sjöolycka
Datum och klockslag	2025-04-15, kl. 08.38
Position och plats för sjöolyckan	58°01,1' N 11°19,5' E
Väder	Ostlig vind 6 m/s, signifikant våghöjd 0,4 meter, god sikt
Konsekvenser	
- Personskador	En omkommen
- Miljö	Inga
- Fartygsskador	Inga

1. Faktaredovisning

1.1 Verksamheten ombord

På fiskebåten SVANÖ bedrevs burfiske efter havskräfta. Fisket bedrevs genom användning av kräftlänkar, där varje länk bestod av 50 kräftburar. En schematisk bild av en kräftlänk redovisas i figur 1. Varje bur var kopplad med en två meter lång lina längs en länklina som sträckte sig längs botten, hela kräftlänkens längd. Burarna var placerade längs länklinan med 18 meters mellanrum. För att hålla kräftlänken sträckt längs havsbotten fästes ett mindre ankare i vardera änden av varje kräftlänk. Från dessa ankare löpte en lina upp till ytan, där kräftlänken markerades med en flytande vakare.¹ Vakarna användes för att markera kräftlänkarna på havsytan och för att underlätta vittjandet, eftersom burarna kunde dras upp från botten via dessa linor. Kräftlänken bärgades genom att ta upp en av vakarna som markerade den ena änden av länken. Med hjälp av en lindragare, som var monterad vid fiskebåtens reling till styrbord, akter om styrhytten, lyftes kräftlänken ombord, en kräftbur i taget. När kräftburen hade lyfts ombord ställdes den på arbetsbänken till babord där burgaveln öppnades och buren vittjades på kräfta, varefter nytt agn sattes in i buren innan den staplades i aktern på arbetsdäcket.



Figur 1. En schematisk bild av hur en kräftlänk med burar kan vara utlagd. Bilden är publicerad med tillstånd av MAIB UK. Bilden är redigerad av SHK.

¹ Vakare – markeringsflagga som ska märka ut fiskeredskap enligt Havs- och vattenmyndighetens föreskrifter om märkning och utmärkning av fiskeredskap (1994:14).

Under bärgningsarbetet höll fiskebåten en fart på mellan en och två knop. Länklinan som förband kräftburarna blev kvajlad, dvs. lagd i bukter, på arbetsdäcket längs styrbords reling. Ibland, när båten rullade till, kunde vatten tränga in på däckets genom de tre länsportarna, dvs. dräneringsöppningar, som satt på vardera sidan av arbetsdäcket i höjd med däcksnivån. När detta inträffade fanns en risk att fiskeutrustningen spolades runt på däckets av det inträngande vattnet.

Vid utsättning av kräftlänken höll fiskebåten en fart på omkring fyra knop. Metoden för utsättning av kräftlänken kunde variera något. Vid vissa tillfällen lyfte däcksmannen fram kräftburarna och placerade dem en i taget på relingen. Därefter släppte han ner kräftburarna i vattnet när länklinan sträcktes av båtens framfart. Vid andra tillfällen var det befälhavaren som släppte ner burarna i vattnet, efter att däcksmannen hade lyft fram kräftburen till relingskanten. Samtidigt övervakade befälhavaren båtens kurs och fart. Under utsättningen var fiskebåtens kurs normalt förinställd med hjälp av styrautomaten. Styrautomatens kurs justerades från en panel inne i styrhytten.

1.2 Händelseförloppet

Klockan sex på morgonen den 15 april 2025 avseglade SVANÖ, se figur 2, från sin hemmahamn på Björholmen, Tjörn. Fiskebåten tog sig till ett område beläget fem distansminuter² väster om Tjörn, där fisket bedrevs. Ombord på SVANÖ befann sig två besättningsmän; befälhavaren och en däcksmann.



Figur 2. Bild på SVANÖ.

Fiskebåten anlände till fångstområdet kl. 07.10. Planen för fisket var att bärga, vittja och återutsätta fem kräftlänkar. Kräftlänkarna låg på 40 till 50 meters djup. Besättningen inledde arbetet med att bärga den första kräftlänken. När den första länken med kräftburar

² En distansminut motsvarar 1852 meter.

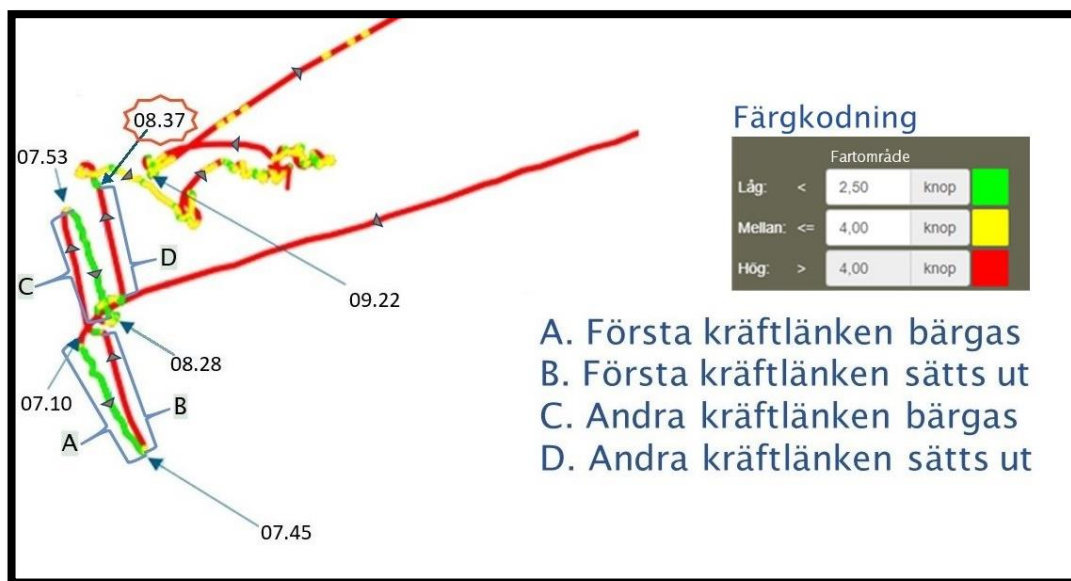
var ombord vände fiskebåten och satte ut kräftlänken igen i samma område. När arbetet med att sätta ut den första kräftlänken var klart hade klockan hunnit bli 07.45. Fiskebåten fortsatte sedan till den andra kräftlänken, som låg en halv distansminut bort.

Strax före klockan åtta på morgonen påbörjade besättningen arbetet med att bärga den andra kräftlänken. Klockan 08.28 var samtliga kräftburar i den andra länken bärgade och stod staplade på akterdäcket. Fiskebåten vände för att återigen sätta ut burarna. Arbetet fortskred som planerat fram till kräftbur nummer 46 av totalt 50. Befälhavaren ställde sig då av misstag med vänster ben i en av länklinans bukter när bur 46 just hade släppts över relingskanten. Den utlöpande länklinan virade sig runt benet och stramades åt. Eftersom kräftlänken var förankrad i sjöbotten och fiskebåten gjorde framfart drogs befälhavaren hastigt mot relingen av kraften i den spända länklinan.

Däcksmannen har berättat följande om det fortsatta händelseförloppet. Befälhavaren hamnade med ryggslutet i höjd med relingskanten och ryggen vänd mot vattnet, medan han kämpade för att hålla emot länklinan som drog honom mot vattnet. För att hålla sig kvar ombord höll sig befälhavaren fast i akterramen (galgen) och relingen. Han ropade åt däcksmannen att skära loss honom. Däcksmannen tog sig snabbt till den yttre styrplatsen och hämtade en kniv som satt på skottet (väggen) ovanför ratten. Därefter tog han sig tillbaka till befälhavaren och skar av länklinan. Snittet gjordes på den slaka linan mellan kräftbur nummer 47 och nummer 48, som båda stod kvar på arbetsdäcket. Eftersom befälhavaren satt fast i linan mellan bur nummer 46 och 47 kvarstod den dragande kraften i länklinan. Därefter försökte däcksmannen hålla kvar befälhavaren ombord genom att gripa tag i honom. De båda besättningsmännen kämpade mot draget från kräftlänken. Till slut orkade de inte hålla emot, och befälhavaren drogs över relingen och därefter ner under vattenytan till ett sådant djup att däcksmannen inte längre kunde se befälhavaren.

1.3 Räddningsinsatsen

Figur 3 visar ett målspar som kommer från fiskebåtens AIS-mottagare som bland annat kontinuerligt sände ut fartyget position, fart och kurs. Målspariet visar fiskebåtens rörelser under händelseförloppet och den närmaste tiden därefter. Det indikerar en fartminskning och kursändring kl. 08.37 som sannolikt berodde på att befälhavaren fastnade i länklinan då. När befälhavaren drogs över bord ökade farten kortvarigt eftersom draget från länklinan släppte. Omgående därefter sänkte däcksmannen farten. Med ledning av målspariet uppskattas olyckan därför ha inträffat kl. 08.37.



Figur 3. Målspår från fiskebåtens AIS-mottagare. Rödfärgat spår är farten >4 knop, gulfärgat spår 2,5–4 knop, grönfärgat spår <2,5 knop. Målspåret är framtaget av Havs- & vattenmyndigheten. Bilden redigerad av SHK.

Däcksmannen har berättat att han därefter försökte lokalisera befälhavaren i vattnet. Klockan 09.20 närmade sig SVANÖ en annan fiskebåt som befann sig i området och också bedrev burfiske. När SVANÖ närmade sig den andra fiskebåten försökte däcksmannen ropa till besättningen på den för att informera om att SVANÖ:s befälhavare hade gått överbord. Eftersom den andra fiskebåten hade fiskeutrustning i vattnet var det svårt för SVANÖ att komma tillräckligt nära för att kommunicera på det sättet. Befälhavaren på den andra fiskebåten, som var ensam ombord, uppfattade därför inte informationen. SVANÖ lämnade sedan platsen och den andra fiskebåten fortsatte med fisket.

Klockan 09.22 styrdes SVANÖ tillbaka mot land i låg fart men med många kursändringar. När fiskebåten befann sig ungefär en halv distansminut utanför Kaurö, omkring kl. 10.30, girade båten tillfälligt runt. Vid samma tidpunkt ringde däcksmannen en anhörig för att berätta vad som hade inträffat. Däcksmannen var chockad men den anhörige fick klart för sig att befälhavaren på SVANÖ hade fallit överbord och var saknad.

Den anhörige kontaktade SOS Alarm kl. 10.35. SOS Alarm kopplade samtalet vidare till Polismyndigheten. Klockan 10.50 ringde polisen tillbaka till SOS Alarm, som i sin tur informerade både den kommunala räddningstjänsten och Sjöfartsverkets Sjö- och flygräddningscentral (JRCC³) som tog över och koordinerade sjöräddningsinsatsen. Klockan 10.51 ringde däcksmannen själv upp SOS Alarm, och samtalet kopplades till JRCC. Under samtalet bekräftade däcksmannen att befälhavaren hade fallit överbord. Däcksmannen var chockad och hade svårt att navigera och framföra fiskebåten tillbaka mot hemmahamnen. JRCC försökte först få SVANÖ att vända tillbaka till platsen där befälhavaren dragits överbord, men insåg att fiskebåten redan var långt ifrån olycksplatsen. De försökte därför, med hjälp av fiskebåtens målspår från AIS, fastställa var manöverbordsituationen hade inträffat.

Däcksmannen uppgav att en annan fiskebåt hade befunnit sig i samma område och att besättningen på den fiskebåten kände till platsen för olyckan.

³ JRCC – Joint Rescue Co-ordination Centre.

JRCC larmade under tiden ut enheter från Sjöräddningssällskapet och Sjöfartsverket. Även dykare från Räddningstjänsten Storgöteborg larmades, men den insatsen avbröts senare eftersom de bedömde att det var för djupt för dem att dyka på platsen. JRCC informerade även fartyg i närheten över VHF-radio om händelsen. Tre enheter från SSRS började söka av ett större område. JRCC kom i kontakt med den fiskebåt som däcksmannen på SVANÖ tidigare hade försökt nå och som fortfarande befann sig i närheten av olycksplatsen. Befälhavaren på den fiskebåten bekräftade att SVANÖ hade passerat och att han hade sett däcksmannen, som verkade förvirrad. Däcksmannen hade ropat något, men befälhavaren kunde inte urskilja vad som sades. Fiskebåten ombads att delta i sökandet efter SVANÖ:s befälhavare och satte därför kurs mot det område där SVANÖ:s kräftlänkar var utlagda.

På begäran av JRCC började fiskebåten senare bärga den kräftlänk där man befarade att befälhavaren hade fastnat. Klockan 11.43 inleddes arbetet med att bärga länken från den norra vakaren. SSRS enhet *RS L WALLENSTAM*, som hade hämtat sjukvårdspersonal i Björholmen, lade sig bredvid fiskebåten för att assistera.

Klockan 12.12 nådde man slutet av kräftlänken och där fann man befälhavaren med länklinan virad två varv runt vänster underben. På länklinan, efter befälhavaren, satt ytterligare en bur. Länklinan var kapad nio meter efter den sista buren.

Befälhavaren lyftes ombord på *RS L WALLENSTAM*, där sjukvårdspersonalen kunde konstatera att befälhavarens liv inte gick att rädda.

1.4 Skador

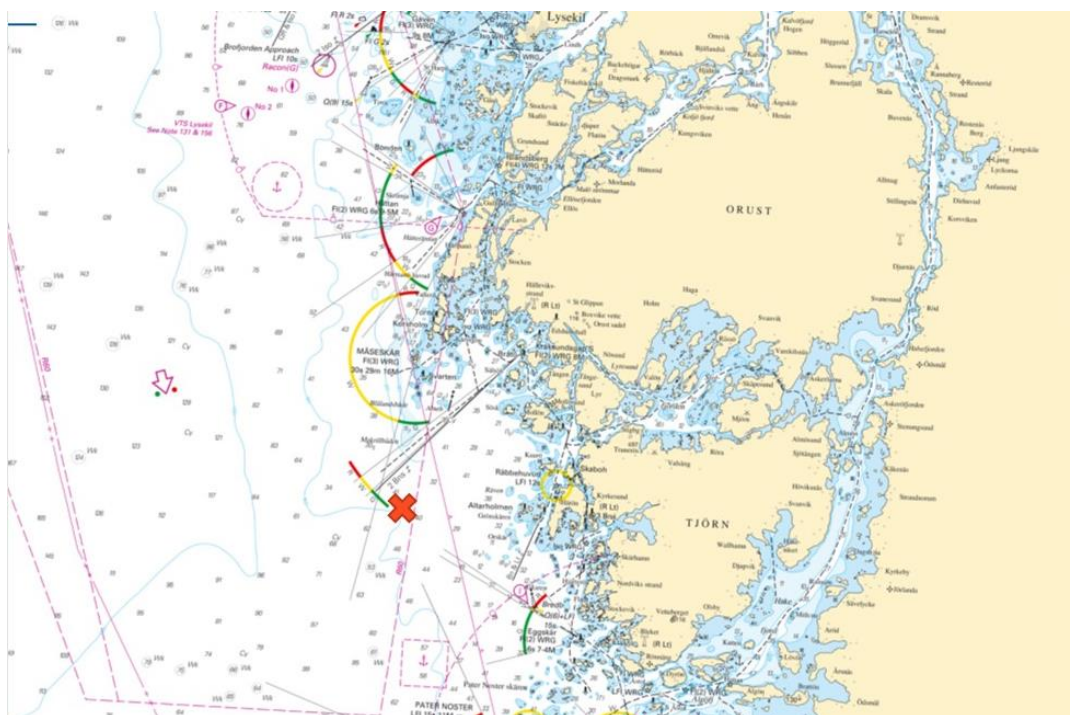
Enligt obduktionsprotokollet hade den omkomne besättningsmannen hudmissfärgningar och ytlig överhudsavskrapning runt den övre delen av vänstra underbenet, vilket tyder på skador som sannolikt uppkom när linan till kräftlänken virade sig runt benet. Den rättsmedicinska undersökningen talar starkt för att dödsorsaken var drunkning.

Inga skador på fiskebåten uppstod vid händelsen.

1.5 Olycksplatsen

Området där kräftfisket bedrevs låg ungefär fem distansminuter väster om Tjörn, se figur 4. Vattendjupet där kräftburarna sattes ut varierade mellan 40 och 50 meter. Området har mobiltäckning och nås av kustradiostationer via VHF-radio.⁴

⁴ VHF-radio (Very High Frequency) – radio som kan användas på kortare avstånd för radiokommunikation till sjöss.



Figur 4. Kartbild över området för kräftfisket. Det röda krysset visar platsen för händelsen. © Sjöfartsverket nr 26-00511.

1.6 Fartyget

Fiskebåten byggdes 1984 av Stigfjord båtar, som är ett svenskt varv som tillverkat arbetsbåtar sedan 1975. Fiskebåten var av modellen Stigfjord 28. Enligt varvet har modellen tillverkats i en serie omfattande över 390 exemplar. Fiskebåtens styrhytt satt i främre delen av fiskebåten. Akter om styrhytten fanns ett arbetsdäck. Babordssidan av arbetsdäcket var täckt ett med ett s.k. shelterdäck för att ge väderskydd för besättningen under arbete ute på arbetsdäcket. Längst akterut på arbetsdäcket förvarades kräftburarna innan de sattes ut. Enligt information från Transportstyrelsen var fiskebåten utrustad med en motor av typen Volvo Penta D 47, 1968 på 70 kW. Denna motor hade dock vid något tillfälle blivit utbytt till en starkare Volvo Penta D5A-B TA på 80 kW. Fiskebåten saknade möjligheter för någon i vattnet att på ett enkelt sätt ta sig ombord.

Fiskebåtens ägare tillika befälhavare hade köpt in fiskebåten hösten 2019. Till en början hade fisket varit en bisyssla men fisket hade successivt ökat och befälhavaren hade fiskat på heltid i två år innan händelsen. När fiskebåten hade förtöjt till kaj efter olyckan städades däcket. SHK har därför inte kunnat undersöka fiskebåten i det skick den var vid olycks-tillfället.

1.6.1 Beskrivning av utrustning och system i relevanta delar

I styrhytten fanns förutom styrplatsen även radar, autopilot, ekolod och en sjökortsplotter, som var ihopkopplad med GPS.⁵ I akterkant inne i styrhytten fanns en VHF-radio. Till styrbord, akter om styrhytten, fanns en yttre manöverplats med motorreglage och ratt, se figur 5. På motorreglaget fanns tre manöverspakar. Reglaget till babord var för backslaget, och mittreglaget reglerade varvtalet. Reglaget längst till styrbord fanns enbart på den yttre styrplatsen och justerade slirkopplingen till propelleraxeln. Med hjälp av denna kunde man

⁵ GPS (Global Positioning System) – ett satellitnavigationsystem.

höja varvtalet för att öka trycket i hydrauliksystemet till hydraulpumpen för lindragaren utan att fiskebåtens fart ökade.

Ute vid relingen, styrbord om den yttre styrplatsen, satt en lindragare för att dra upp kräftburarna. På arbetsdäcket fanns flera nivåskillnader, bland annat i form av upphöjda luckor, som gav åtkomst till utrymmen som maskinrummet och styrmaskinrummet. Dessutom var den aktra delen av däckets något förhöjd, vilket bidrog till ytterligare variation i nivåerna på däckets.

Ombord på fiskebåten fanns två uppblåsbara flytvästar, båda med en flytkraft på 165 N. Flytvästarna var utrustade med automatisk utlösningssystem. Flytvästarnas utlösningssystem hade gått ut och skulle ha ersatts 2019 respektive 2021. Det fanns även två överlevnadsdräkter ombord som kunde användas vid en nödsituation om fiskebåten behövde överges.



Figur 5. Bild på den yttre manöverstationen. Lindragaren för att bärga kräftlänken var monterad vid styrbordsrelingen.

1.6.2 Besättningen

Befälhavaren var i övre sextioårsåldern. Han hade bedrivit fiske under minst 15 år som en bisyssla vid sidan av annat arbete, men övergick ett par år före händelsen till att arbeta heltid med burfiske. Befälhavaren hade en skepparexamen motsvarande klass VIII, men denna var inte registrerad hos Transportstyrelsen. Befälhavaren hade genomgått en säkerhetsutbildning för fiskare både 2019 och 2024. Han hade även ett giltigt läkarintyg för sjöfolk. Vid olyckstillfället var befälhavaren klädd i arbetskläder bestående av snickarbyxor, regnbyxor med hängslen, en anorak med galonerade ärmar och gummistövlar med stålhätta.

Däcksmannen var i sextioårsåldern och hade arbetat med småskaligt fiske i större delen av sitt liv. Han hade genomfört en säkerhetsutbildning för fiskare 2024 och hade även ett giltigt läkarintyg för sjöfolk.

Befälhavaren och däcksmannen hade arbetat tillsammans de senaste åren, efter att SVANÖ köptes in. Det har framkommit att det alltid var befälhavaren som manövrerade fiskebåten medan däcksmannen utförde enklare arbetsuppgifter som främst berörde det praktiska arbetet ombord under ledning av befälhavaren. Däcksmannen var således varken tränad eller van att manövrera fiskebåten. Han saknade också kännedom om fiskebåtens navigations- och framdrivningssystem. Han var inte heller bekant med radiosystemet.

Däcksmannen hade begränsade förutsättningar för att hantera fartyget, dess system och övriga arbetsmoment relaterade till fiskebåten. En förutsättning för att däcksmannen skulle kunna arbeta ombord var att befälhavaren ledde arbetet och instruerade däcksmannen om vad han skulle göra.

1.7 Meteorologisk information

SMHI har tagit fram väderinformation för området där olyckan inträffade. Vädret var lugnt, och tidigare under natten hade det förekommit dis eller dimma utmed kusten. Vindriktningen var från ost till sydost med en medelvind på 6 m/s. Den uppskattade ytströmmen hade en ostsydostlig riktning och var drygt en knop. Lufttemperaturen var mellan +8 och +10 C°. Vattentemperaturen var +8 C°.

Enligt observationer från fiskebåten som fiskade i området var strömmen nordnordvästlig gående.

1.8 Föreskrifter och tillsyn

1.8.1 Föreskrifter

Fartyget omfattades av Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fartyg i nationell sjöfart (TSFS 2017:26). Av dessa framgår bland annat följande.

Redaren ansvarar för att fartyget, utrustningen och det systematiska sjösäkerhetsarbetet genomgår de fortlöpande kontroller som är nödvändiga för att säkerställa fortsatt överensstämmelse med tillämpliga krav (1 kap. 21 § första stycket).

Redaren ska säkerställa att fartyget genomgår löpande systematiskt sjösäkerhetsarbete som är anpassat till den verksamhet som bedrivs och som bidrar till en god säkerhetskultur (1 kap. 25 §). Det systematiska sjösäkerhetsarbetet ska säkerställa bland annat

- att det finns rutiner som är nödvändiga för en säker fartygsdrift och för hantering av tillbud och olyckor,
- att en säker arbetsmiljö upprätthålls,
- att det finns tillräckligt skydd mot samtliga identifierade risker,
- att besättningen har nödvändig kunskap och kompetens för att hantera all teknisk utrustning som är väsentlig för en säker drift och att periodiska övningar genomförs,
- att besättningens kompetens i säkerhetsarbete upprätthålls och utvecklas, och
- att det finns tillräcklig beredskap för nödsituationer med avseende på såväl sjösäkerhet som miljöskydd (1 kap. 26 §).

Redaren ska säkerställa att det finns dokumentation som gör det möjligt att bedöma sjövärdigheten, upprätthålla säker drift samt utföra underhåll, felsökning, fortlöpande

kontroller och tillsyn på ett effektivt sätt (1 kap. 27 §). I bestämmelsen listas också vad dokumentationen ska omfatta.

Det systematiska sjösäkerhetsarbete som utförs ska dokumenteras på ett sätt som är praktiskt användbart för alla som är delaktiga i verksamheten och som effektivt bidrar till att uppfylla de krav som ställs på sjösäkerhetsarbetet (1 kap. 28 §).

Fartyg ska utformas, utrustas, användas och underhållas på ett sådant sätt att kombinationen av sannolikheten för och konsekvenserna av oönskade händelser resulterar i en godtagbar säkerhetsnivå (2 kap. 4 §). I anslutning till den bestämmelsen finns ett allmänt råd som anger att risker i verksamheten kan hanteras genom en kombination av tekniska och operativa åtgärder som sammantaget resulterar i en godtagbar säkerhetsnivå.

Fartyg och utrustning ska utformas med särskild hänsyn till mänskliga faktorer så att risker relaterade till felaktigt handhavande minimeras (2 kap. 5 §). I de tillhörande allmänna råden anges bland annat att kontakt med trossar, varplinor och rörliga delar så långt som möjligt ska förhindras genom skyddsanordningar.

I den utsträckning som är relevant för fartyget och dess verksamhet ska samtliga ombordvarande ha tillgång till lämplig individuell flytutrustning som är utformad så att lokalisering underlättas (8 kap. 2 § 1). I de tillhörande allmänna råden anges att individuell flytutrustning bör utgöras av räddningsvästar som är utformade på ett sådant sätt att personer som hamnat i vattnet kan flyta på ett säkert sätt under alla förhållanden som kan förväntas.

1.8.2 Egenkontroll och tillsyn

Transportstyrelsen är tillsynsmyndighet. Regelverket bygger i huvudsak på egenkontroll, dvs. att redaren själv kontrollerar att fartyget är sjövärdigt och att reglerna följs. Egenkontrollen ska avrapporteras årligen till Transportstyrelsen via deras e-tjänst EKAN (Egenkontroll av fartyg i nationell sjöfart). Avrapporteringen innebär ett krav på att redaren intygar att man har gjort det som är nödvändigt för att fartyget och verksamheten ska vara tillräckligt säkra. Det finns inte något krav på att den dokumentation som ska finnas om fartyget och verksamheten ska skickas in. När rederiet har intygat att egenkontrollen är gjord i systemet genereras ett s.k. egenkontrollintyg som redaren själv skriver ut. Intyget ska förvaras ombord.

När det gäller fartyg under 15 meter som transporterar högst 12 passagerare ska Transportstyrelsen utföra s.k. riskbaserad tillsyn. Det betyder att verksamheter som är mer riskfyllda ska få tillsyn oftare än verksamheter som är mindre riskfyllda. Tillsyn kan också initieras efter en olycka eller efter rapportering om missförhållanden ombord. Transportstyrelsen ska också genomföra stickprovskontroller. Någon periodisk tillsyn genomförs alltså inte.

I Transportstyrelsens sjösäkerhetsplan⁶ beskrivs myndighetens arbete med sjösäkerhet. Planen syftar till att beskriva de risker som myndigheten har identifierat och de åtgärder som har eller ska vidtas för att minimera riskerna och/eller minimera konsekvenserna av dessa risker. I avsnitt 2.3 identifieras fiskefartyg mellan 5 och 15 meter som en risk baserat på antalet olyckor och mot bakgrund av de rekommendationer som SHK utfärdat i olika olycksutredningar. Det framgår även att SHK identifierat att de direkta orsakerna till

⁶ TSG 2022-9672, version 02.00.

olyckorna har varit bristande stabilitet, konstruktion, livräddningsutrustning och utbildning. Rekommendationerna som nämns är bland annat att stärka tillsynen och att aktivt informera branschen om regelverk och risker. I samma avsnitt framgår också att Kustbevakningen har noterat att obligatoriska utbildningar för fiskare ibland saknas eller har löpt ut.

Den åtgärd som föreslås i sjösäkerhetsplanen (avsnitt 2.3.2) är att delegera viss tillsyn till Kustbevakningen. Den tillsyn som delegerats till Kustbevakningen framgår av Transportstyrelsens tillkännagivande om Kustbevakningens medverkan vid viss tillsyn (TSFS 2018:42). Av föreskriften framgår att Kustbevakningen genom delegation ska utöva tillsyn av bland annat behörigheter, certifikat och egenkontrollintyg. Ingen tillsyn av de fysiska säkerhetsanordningarna ombord är delegerade till Kustbevakningen. Den delegerade tillsynen omfattar inte det systematiska sjösäkerhetsarbetet i övrigt.

I verksamhetsplanen för 2024–2026 anger Transportstyrelsen att myndigheten på grund av resursbrist behövt prioritera internationella åtaganden: ”Det tonnage som omfattas av det funktionsbaserade regelverket och riskbaserad tillsyn som huvudsakligen består av små passagerarfartyg, kommer därför inte att bli föremål för tillsyn i den omfattning som är nödvändig för att upprätthålla säkerheten”.⁷

Enligt uppgifter från Transportstyrelsen genomfördes, främst under covid-19-pandemin, viss dokumentationskontroll för fartyg i segmentet 5–15 meter. Vid de kontrollerna begärde Transportstyrelsen in den dokumentation som ska ligga till grund för det systematiska sjösäkerhetsarbetet ombord. De senare åren har några sådana dokumentationskontroller inte utförts. Viss händelsestyrd tillsyn – dvs. tillsyn efter exempelvis anmälningar eller tillbud – har också förekommit. Enligt uppgifter från Transportstyrelsen har den händelsestyrda tillsynen ökat de senaste åren. Därutöver har Transportstyrelsen inte genomfört den riskbaserade tillsynen i segmentet 5–15 meter.

Transportstyrelsen har informerat SHK om att myndigheten under 2026 kommer genomföra vissa organisatoriska åtgärder för att stärka sin förmåga att utöva tillsyn på det nationella tonnaget. Bland annat kommer vissa fartygsinspektörer bara att ansvara för tillsyn av nationella fartyg för att på så vis förhindra att resurser styrs över till det internationella tonnaget.

1.9 Företagets organisation och ledning

Fiskebåten ägdes av befälhavaren i en enskild firma. Befälhavaren hade skickat in den årliga självdeklarationen via EKAN till Transportstyrelsen. Den senaste kom in den 4 april 2025. Verifieringen av att kraven uppfyllts byggde enligt självdeklarationen på ”empiriska data”.⁸ I självdeklarationen uppgavs att fiskebåten var godkänd för fartområde D.⁹ Den dokumentation som ska utgöra underlag till självdeklarationen har inte återfunnits hos den avlidne ägaren eller ombord på fiskebåten.

⁷ Verksamhetsplan 2024–2026 TSG 2023-3173 s. 14.

⁸ Reglerna ger därmed möjlighet att verifiera de krav som ställs med något som kan jämföras med praktisk erfarenhet i stället för specificerade krav.

⁹ Fartområde D – Enligt Fartygssäkerhetsförordningen (2003:438) ett fartområde där sannolikheten för en signifikant våghöjd som överstiger 1,5 meter är mindre än 10 procent under en ettårsperiod för åretruntrafik eller under en begränsad period av året för trafik endast under den perioden. Området får vid medelvattenstånd inte sträcka sig längre än 3 distansminuter från strandlinjen. Under perioden den 1 juni till och med 31 augusti får fartyg som är godkända för område D befinna sig högst 3 distansminuter från strandlinjen.

1.10 Tidigare händelser

Det har framkommit uppgifter om ett tidigare tillbud på SVANÖ där en besättningsmedlem fastnade i kräftlänken. Inga kända åtgärder för att minska risken för att händelsen skulle upprepas har genomförts.

SHK har utrett liknande händelser där fiskare har förolyckats. Två drunkningsolyckor på Hjälmarens, (SHK 2025:12) och (RS 2015:06), samt en händelse med fiskebåten GELIA (RS 2014:04), har undersökts. Vid dessa händelser föll fiskarna överbord, eller, i fallet med GELIA, hamnade i vattnet när fiskebåten sjönk. Flytvästar användes inte i något av de fallen. Utöver detta har SHK genomfört ett antal andra utredningar som har berört andra frågor om det systematiska sjösäkerhetsarbetet på fiskebåtar under tolv meter: DANA (RS 2014:07), SARA (RS 2015:01), GULLBRIS (RS 2016:06), HADDOCK (RS 2020:02) och KINGSTON (RS 2022:04).

1.11 Särskilda prov och undersökningar

Med anledning av olyckan har SHK undersökt vilka möjligheter befälhavaren hade haft att hålla sig flytande efter att han dragits överbord om han hade burit en flytväst. SHK har genomfört ett test med förutsättningar snarlika dem som rådde vid händelsen. Tre olika flytvästar användes vid testerna, se bild 6. Två av flytvästarna var självutlösande uppblåsbara flytvästar, varav den ena hade samma flytkraft, 165 N, som de flytvästar som fanns ombord på SVANÖ. Därutöver testades en flytväst med fasta flytelement. Förutsättningarna och skillnaderna mellan provtillfället och olyckstillfället är listade i tabell 1 nedan.

Tabell 1

Förutsättningar	Olyckstillfälle	Prov
Antal kräftburar	46 kräftburar i vattnet	70 burar i vattnet
Vattendjup	40–50 meter	50 meter
Avstånd mellan kräftburarna	18 meter	12,4 meter
Kräftburens vikt på land	1,8 kg	2,6 kg
Person i vatten	100 kg utan kläder	85–90 kg utan kläder
Avstånd mellan sista kräftbur till objekt	Uppskattningsvis 8 meter. En kräftbur, nr 47, hängde i länklinan efter befälhavarens ben	8 meter
Väderförhållanden	Vind: O–SO, 6 m/s Signifikant våghöjd: 0,4 m Ytström: SO 1 knop	Vind: SV 8–10 m/s Signifikant våghöjd: 0,9 m Ytström: SV 1,3–1,4 knop

Strömmen var alltså något kraftigare, sjögången något högre och burarna något tyngre vid testerna i jämförelse med förhållandena vid olyckstillfället.

En ISO-certifierad provdocka, avsedd för provning av livräddningsutrustning, användes vid testet. Provdockans vikt var något lägre än befälhavarens faktiska vikt.

I provdockans högra ben fästes linan från kräftlänken. En kontrollina fanns kvar mellan dockan och fiskebåten för att bärga dockan efter varje test. Under själva testet var denna lina slak. Vid haverisammanträdet, som hölls efter att testet hade genomförts, framkom ny information om hur länklinan hade suttit fast runt befälhavarens ben. Det var känt sedan tidigare att befälhavaren fastnade i länklinan mellan bur 46 och 47. Vid haverisammanträdet framkom att däcksmannen kapade linan mellan bur 47 och 48, och inte mellan bur 47 och befälhavarens ben och som SHK tidigare hade utgått från. Det innebar att även bur nr 47 följde med befälhavaren överbord och hängde i en slak lina från befälhavarens ben. Testerna utfördes inte med en sådan extra kräftbur.



Figur 6. Bilder på de flytvästar som användes vid testet. Bilden längst till höger med tillstånd av Viking Life-Saving®. Bilden längst till höger redigerad av SHK.

Vid det första testet utrustades provdockan med en flytväst med fasta flytelement, som hade en flytkraft på 50 N. Västen var utrustad med en integrerad sele, en dragkedja framtill samt två grenremmar som användes under testet. Efter att dockan hade släppts ner i vattnet drogs den ganska omgående ner under vattenytan, se figur 7.



Figur 7. Bild där provdockan är utrustad med deplacerande (fasta flytelement som ger omedelbar flytkraft utan att behöva blåsas upp) flytväst med 50 N flytkraft.

Vid det andra testet utrustades provdockan med en uppblåsbar SOLAS-flytväst¹⁰ med en flytkraft på 165 N. Flytvästen hade samma flytkraft som de flytvästar som fanns ombord på

¹⁰ SOLAS flytväst – flytvästen uppfyller kraven enligt EU och IMO:s Safety of Life at Sea (SOLAS) direktiv, som bland annat innehåller krav på material, flytkraft och synlighet.

SVANÖ. Flytvästen fästes med grenremmar och spänne på framsidan av västen. Efter att dockan hade sänkts ner i vattnet löste flytvästen automatiskt ut och höll dockans huvud vid vattenytan, men när vågtopparna passerade över dockan drogs dess huvud under vattenytan kortare perioder, se figur 8.



Figur 8. Bild där provdockan är utrustad med en uppblåsbar flytväst med en flytkraft på 165 N.

Vid det tredje testet användes en uppblåsbar flytväst med en flytkraft på 275 N. Flytvästen fästes med ett spänne på bröstet. Det fanns möjlighet att fästa grenremmar men västen var konstruerad för att kunna användas utan, och några grenremmar användes därför inte vid testet. Flytvästen höll dockans huvud över vattenytan den största delen av tiden. Vågorna sköljde emellanåt över dockan när vågtopparna passerade men dockans huvud låg mer konstant ovanför vattenytan än vid testet med flytvästen med flytkraft på 165 N, se figur 9.



Figur 9. Bild där provdockan är utrustad med uppblåsbar flytväst med en flytkraft på 275 N.

2. Vidtagna åtgärder

Efter händelsen har fiskebåten blivit såld och verksamheten avvecklad. Några åtgärder har därför inte vidtagits.

3. Analys

I analysen kommer frågeställningar som rör orsakerna till olyckan, räddningsinsatsen, användande av flytväst, det systematiska sjösäkerhetsarbetet i övrigt och Transportstyrelsens tillsyn att beröras.

3.1 Vad var det som hände?

3.1.1 Händelseförloppet var mycket kort

Under utsättningen av kräftburarna låg länklinan i bukter på arbetsdäcket, och det fanns inte någon skyddsanordning för att hålla burarna och länklinan åtskild från besättningen vid arbetet. Luckorna på arbetsdäcket innebar att det fanns nivåskillnader på däck som medförde en risk för att snubbla.

Befälhavaren fokuserade huvudsakligen på fiskebåtens kurs och fart under utsättningen av kräftlänken. Det finns dock information som tyder på att han även kan ha utfört uppgiften att släppa i kräftburarna från relingskanten i takt med att länklinan sträcktes. Det är klart att befälhavaren av någon anledning förflyttade sig på arbetsdäcket och klev i länklins bukter samtidigt som fartyget gjorde framfart. Detta ledde till att länklinan snabbt drogs åt runt befälhavarens ben och drog honom mot relingskanten.

När befälhavaren fastnade i länklinan instruerade han däcksmannen att skära loss honom. Däcksmannen tog sig snabbt föröver till den yttre manöverplatsen och hämtade en kniv, som han sedan använde för att kapa länklinan. I den stressade situationen kapade han linan

mellan två av de kvarvarande kräftburarna på däck, vilket gjorde att draget från de redan utlagda kräftburarna inte minskade.

Ingenting tyder på att någon av besättningsmännen agerade för att minska fiskebåtens fart. Om farten hade sänkts eller framdriften helt stoppats, hade befälhavaren sannolikt kunnat hålla sig fast i båten, åtminstone en längre tid än vad som nu blev fallet. Det hade i sin tur ökat möjligheterna för att genomföra åtgärder som hade kunnat få loss linan från befälhavarens ben.

De båda besättningsmännen kämpade därefter mot draget från kräftlänken för att hålla befälhavaren kvar ombord. Draget från den vid botten förankrade länklinan och båtens framfart blev dock snabbt för stort, och befälhavaren drogs överbord. Däcksmannen har berättat att befälhavaren omgående försvann under ytan till ett sådant djup att däcksmannen inte längre kunde se befälhavaren. Befälhavaren bedöms ha omgående dragits djupt ned i vattnet på grund av strömmen och tyngden från kräftlänken.

Olycksförloppet, från det att befälhavaren fastnade i länklinan till dess att han drogs överbord och ner under vattnet, var mycket kort.

3.1.2 Varför kunde besättningen inte förhindra att befälhavaren drogs överbord?

Genom utredningen har det framkommit att däcksmannen inte hade fått någon utbildning eller träning i att hantera fiskebåtens manövreringssystem, navigationsutrustning eller radioutrustning. Han hade inte heller den träning eller de förutsättningar i övrigt som krävdes för att, utan direkt arbetsledning från befälhavaren, hantera den utrustning och de arbetsmoment som burfisket ombord krävde. Till det kommer att händelseförloppet var mycket hastigt. Den plötsligt uppkomna situationen orsakade stor stress hos däcksmannen, vilket ytterligare sänkte hans förmåga att agera på ett adekvat sätt. Sammantaget bedömer SHK att däcksmannen vid olyckstillfället saknade förutsättningar för att agera ändamålsenligt. Det orsakade i sin tur att däcksmannen skar av länklinan på fel ställe och inte heller sänkte fiskebåtens fart, vilket var åtgärder som kunde ha förhindrat att befälhavaren drogs överbord.

3.2 Räddningsinsatsen

3.2.1 Räddningsförsöken var verkningslösa

Omedelbart efter att befälhavaren hade dragits överbord försökte däcksmannen att lokalisera befälhavaren i vattnet genom att köra runt i området. Eftersom befälhavaren satt fast på ett förhållandevis stort djup blev försöket resultatlöst.

JRCC underrättades först cirka två timmar efter att olyckan hade inträffat av en anhörig som däcksmannen då hade ringt upp från sin mobiltelefon. Radioutrustningen användes inte för att göra nödanrop. Att radioutrustningen inte användes berodde på att däcksmannen inte hade fått utbildning eller träning i att använda denna.

SHK konstaterar att möjligheterna att rädda befälhavarens liv efter att han hade dragits överbord var mycket små. Befälhavaren drogs omedelbart ned mot sjöbotten till ett förhållandevis stort djup. Den enda tillgängliga möjligheten att få tag i befälhavaren i den situationen var att bärga länklinan från den vakare som markerade den andra änden av kräftlänken. Det hade tagit en sådan tid i anspråk att det är mycket osannolikt att

befälhavarens liv hade gått att rädda även om en sådan räddningsinsats hade påbörjats omgående. Att däcksmannen inte omedelbart larmade eller i övrigt agerade på ett ändamålsenligt sätt efter att befälhavaren hade dragits överbord bedöms därför inte ha påverkat olycksförloppet.

3.2.2 Räddningstjänstens insatser

SHK bedömer att det saknades förutsättningar för en framgångsrik livräddande insats från räddningstjänsten under de förhållanden som rådde. SHK väljer därför att inte göra någon närmare granskning av räddningsinsatsen.

3.3 Användande av flytväst

När befälhavaren drogs överbord saknade han flytväst. SHK har genomfört tester i syfte att undersöka om chanserna att överleva hade ökat om flytväst hade använts. Testerna genomfördes under liknande men något mer krävande väderförhållanden än de som rådde vid olyckstillfället. Till att börja med var strömmen något starkare och våghöjden högre. Den något kraftigare strömmen vid teststillfället bedöms ha påverkat resultaten i viss mån på så sätt att draget från länklinan vid testerna var något starkare än vid olyckstillfället. Den något högre våghöjden bedöms ha påverkat testresultatet på så sätt att provdockans huvud blev översköljt i något större utsträckning vid testerna av flytväst nr 2 och nr 3 än om förhållandena hade varit identiska med de som rådde vid olyckstillfället.

Antalet kräftburar var fler och tyngre vid teststillfället. Skillnaden bedöms inte ha påverkat testresultatet.

Till skillnad mot vid olyckstillfället användes vid genomförandet av testerna inte någon kräftbur som hängde i den slappa länklinan efter befälhavarens ben (motsvarande bur nr 47 vid olyckstillfället). Avsaknaden av denna bur under testet bedöms inte ha påverkat testresultatet nämnvärt.

Den provdocka som användes hade en något lägre vikt än befälhavaren. Eftersom en människokropp generellt har en något lägre densitet än vatten och därmed en naturlig flytkraft, så länge lungorna är fyllda med luft, bedöms skillnaden i vikt inte ha nämnvärt påverkat testresultatet.

Testresultaten visar att om en sådan flytväst som fanns ombord – en uppblåsbar flytväst med 165 N flytkraft – hade använts och löst ut skulle befälhavaren sannolikt ha kunnat hålla huvudet ovanför vattenytan tillräckligt för att undvika att drunkna under en tid, även om draget från länklinan förmodligen hade gjort det svårt att hålla huvudet över vattenytan konstant. Befälhavaren var vid medvetande när han drogs överbord och hade därför kunnat agera för att försöka komma loss och för att hålla huvudet ovanför vattenytan. Hade befälhavaren dessutom burit en lättåtkomlig kniv hade det eventuellt funnits möjligheter att skära sig loss. Dessutom hade möjligheterna att bistå befälhavaren ökat markant. SHK bedömer att chanserna för befälhavaren att överleva hade varit förhållandevis stora om en av de flytvästar som fanns ombord hade använts och fungerat.

3.4 Det systematiska sjösäkerhetsarbetet

Vid SHK:s undersökning av fiskebåten har säkerhetsbrister i arbetsdäckets utformning framkommit. Länklinan låg i stora bukter på det arbetsdäck där besättningen arbetade med att sätta ut och bärga kräftlänkarna. Det fanns inte någon skyddsanordning för att hålla besättningen åtskild från länklinorna vid det arbetet. Dessutom fanns flera nivåskillnader på arbetsdäcket, vilket ökade risken för att snubbla och i förlängningen att komma i ofrivillig kontakt med fiskeredskapen. Arbetsdäckets utformning innebar därför risk för att besättningen skulle trassla in sig i fiskeredskapen i samband med burfisket, vilket också bekräftas av att det hade inträffat tidigare. SHK konstaterar därför att arbetsdäcket inte hade utformats med särskild hänsyn till mänskliga faktorer så att risker relaterade till felaktigt handhavande minimeras (se 2 kap. 5 § TSFS 2017:26). Att riskerna med arbetsdäckets utformning inte hade identifierats och åtgärdats var en allvarlig brist i det systematiska sjösäkerhetsarbetet.

I det systematiska sjösäkerhetsarbetet ingår att säkerställa att besättningen har nödvändig kunskap och kompetens för att hantera all teknisk utrustning som är väsentlig för en säker drift och att periodiska övningar genomförs. Däcksmannen hade inte fått någon utbildning eller träning i att hantera fiskebåtens manövreringssystem, navigationsutrustning eller radioutrustning. Han hade inte heller fått den träning som han skulle ha behövt för att på ett säkert sätt bistå befälhavaren i de arbetsmoment som burfisket omfattade. SHK konstaterar därför att besättningsmannen inte hade nödvändig kunskap och kompetens för att hantera all teknisk utrustning som är väsentlig för en säker drift (jfr 1 kap. 26 § TSFS 2017:26). Den uteblivna utbildningen och träningen utgjorde också brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet.

De flytvästar som fanns ombord hade utlösningssystemer vars bäst före-datum hade passerat för flera år sedan, vilket innebar att deras funktionalitet inte kunde garanteras. Det har också framkommit att flytvästarna sällan eller aldrig användes av besättningen. Det försenade underhållet av flytvästarna och den omständigheten att flytvästarna inte användes trots att vissa moment av arbetet ombord kunde medföra risk för att falla överbord utgjorde också en brist i det systematiska sjösäkerhetsarbetet.

SHK har noterat att rederiet i EKAN har angivit att fartyget avsågs att användas i fartområde D. Platsen för olyckan, som även var det område där fisket normalt genomfördes, var längre ut från land, i fartområde B. Det tyder på brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet, även om det inte haft någon egentlig påverkan på olycksförloppet.

Sammantaget har SHK genom utredningen alltså funnit flera brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet. Eftersom verksamheten har upphört efter olyckan väljer SHK att inte utfärda någon rekommendation till rederiet.

3.5 Tillsyn

SHK har genomfört ett flertal olycksutredningar där händelser ombord på fiskebåtar inom segmentet 5–15 meter utretts. I en av de tidigare utredningarna (KINGSTON, RS 2022:04) rekommenderades Transportstyrelsen bland annat att stärka och effektivisera de dokumentationskontroller och övriga tillsynsåtgärder som genomförs av fartyg som omfattas av krav på egenkontroll i segmentet 5–15 meter. I sitt svar på rekommendationen angav Transportstyrelsen att det i den senaste tillsynsplanen hade beslutats att antalet dokumentationskontroller skulle dubblas under det då innevarande året, i jämförelse med året innan då den aktuella olyckan inträffade. SHK bedömde att svaret var delvis tillfredsställande eftersom dokumentationskontrollerna skulle öka, men konstaterade samtidigt att Transportstyrelsen inte planerade att vidta några åtgärder för att effektivisera de dokumentationskontroller som genomförs och att svaret inte heller behandlade frågan om övriga tillsynsåtgärder.

Transportstyrelsen har informerat SHK om att myndigheten inte längre genomför några dokumentationskontroller och att de övriga åtgärder som SHK rekommenderade avseende tillsyn i den nyss redovisade utredningen inte har vidtagits.

Av Transportstyrelsens sjösäkerhetsplan framgår att myndigheten har identifierat ett flertal risker för sjösäkerheten för fiskefartyg i segmentet 5–15 meter. Av sjösäkerhetsplanen framgår dock också att myndigheten inte avser att genomföra några andra åtgärder för att stärka tillsynen av fartygen än att delegera tillsyn av bemanning och certifikat till Kustbevakningen.

I Transportstyrelsens senaste verksamhetsplan för 2024–2026 anges att myndigheten inte kommer att utföra ”tillsyn i den omfattning som är nödvändig för att upprätthålla säkerheten”.¹¹ Transportstyrelsen har dock informerat SHK om att vissa organisatoriska förändringar håller på att genomföras för att stärka förmågan att utöva tillsyn på det nationella tonnaget.

Någon tillsyn av SVANÖ har inte skett sedan fiskebåten togs i bruk på 1980-talet. Resultaten i denna utredning, liksom i flera av de tidigare utredningar som SHK har genomfört, talar med styrka för att det finns ett omfattande behov av tillsyn avseende detta segment av fiskebåtar. SHK bedömer att det finns en överhängande risk för att Transportstyrelsens tillsyn – trots den aviserade organisatoriska förändringen – riskerar att bli otillräcklig för att svara mot det behovet. SHK bedömer att Transportstyrelsen bör öka tillsynens omfattning för fiskefartyg i segmentet 5–15 meter.

Genomgående för de tidigare undersökningar som SHK har gjort avseende detta segment av fiskebåtar är att det saknas dokumentation på att det systematiska sjösäkerhetsarbetet har genomförts. Transportstyrelsen har informerat SHK om att dokumentationen också regelmässigt saknades vid de dokumentationskontroller som myndigheten tidigare genomförde. Det är osäkert om egenkontroller och dokumentationskontroller är ändamålsenliga åtgärder för att åstadkomma förbättrad sjösäkerhet för de aktuella fartygen. SHK bedömer att det finns anledning för Transportstyrelsen att se över de tillsynsmetoder som används.

Transportstyrelsen rekommenderas därför också att undersöka vilka tillsynsåtgärder som är mest ändamålsenliga för att uppnå godtagbar sjösäkerhet för fiskebåtar som omfattas av

¹¹ Verksamhetsplan 2024-2026 TSG 2023-3173 s. 14.

krav på egenkontroll i segmentet 5–15 meter och vid behov utveckla och anpassa tillsynsmetoderna utifrån resultaten av denna undersökning.

4. Slutsatser

4.1 Utredningsresultat

- a) Fiskebåten bedrev burfiske utanför Tjörn.
- b) Befälhavaren trampade i en av länklinans buktar under utsättning av en kräftlänk.
- c) Länklinan sträcktes runt befälhavarens ben och drog honom mot relingen.
- d) Däcksmannen försökte skära loss befälhavaren men kapade på fel ställe på länklinan, vilket inte frigjorde befälhavaren, och försökte sedan hålla befälhavaren kvar ombord.
- e) Befälhavaren drogs överbord och drogs omgående ner mot sjöbotten.
- f) Ingen i besättningen bar några flythjälpmedel.
- g) Fiskebåten gjorde framfart samtidigt som länklinan var förankrad vid botten, vilket bidrog till att olycksförloppet blev hastigt.
- h) Däcksmannen hade inte tillräcklig utbildning eller träning.
- i) Det saknades skyddsanordningar för att förhindra att besättningen fastnade i länklinan som låg löst på däck.
- j) Det fanns nivåskillnader på arbetsdäcket som innebar snubbelrisk.

4.2 Orsaker till olyckan

Den direkta orsaken till att befälhavaren drogs överbord och drunknade var att han fastnade i det vid botten förankrade fiskeredskapet när fiskebåten gjorde framfart och att han saknade flythjälpmedel.

Det berodde i sin tur på brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet, i vilket riskerna med att bedriva burfiske på fiskebåten inte hade uppmärksamats och åtgärdats. De brister i det systematiska sjösäkerhetsarbetet som bidrog till olyckan var följande.

- Det saknades skyddsanordning för att förvara länklinan åtskild från besättningen vid arbete på däck.
- Besättningen bar inte flythjälpmedel.
- Däcksmannen saknade tillräcklig utbildning och träning i fiskebåtens navigations- och framdrivningssystem.

På systemnivå är det en brist att Transportstyrelsens tillsyn av fiskebåtar som omfattas av krav på egenkontroll i segmentet 5–15 meter är otillräcklig.

5. Säkerhetsrekommendation

Transportstyrelsen rekommenderas att

- undersöka vilka tillsynsåtgärder som är mest ändamålsenliga för att uppnå godtagbar sjösäkerhet för fiskebåtar som omfattas av krav på egenkontroll i segmentet 5–15 meter och vid behov utveckla och anpassa tillsynsmetoderna utifrån resultaten av denna undersökning, samt att utöka tillsynens omfattning (se avsnitt 3.5). (SHK 2026:04 R1)

SHK emotser besked senast **den 25 juni 2026** om vilka åtgärder som har vidtagits med anledning av de rekommendationer som har lämnats i rapporten.

För Statens haverikommission

Johan Albihn

Björn Ramstedt