SAMMANFATTNING

Fartyget OSLO WAVE låg i Bollstabruk och lastade trävaror i form av paketerad virkeslast. Under lastningen användes en av fartygets kranar samt en vikarmskran placerad på en större pråm som fartyget även var förtöjt vid. Två stuveriarbetare tjänstgjorde i fartygets lastrum med uppdrag att koppla loss virkespaketen när de hade placerats. Ingen luckbas eller signalman placerad på fartygets däck användes. Det var svårt med räckvidden för fartygets kran i vissa områden i lastrummet och därmed fick kranarmen opereras nära sina gränslägen. Kranföraren upplevde under lastningen att kranarmen kunde opereras i en ovanligt låg position. När lastningen hade pågått ca en och en halv dag släppte vajern som lårar (sänker) kranarmen och hela kranarmen föll ned i lastrummet och landade ca en halv meter ifrån stuveriarbetarna. Ingen person erhöll några fysiska skador.

Kranarmens kollaps orsakades av att kranarmen under lasthantering kunde sänkas för lågt vilket fick till följd att det inte fanns tillräckligt med vajer kvar på vinschtrumman för att orka hålla uppe kranarmens vikt tillsammans med aktuell last. Orsaken till att kranarmen kunde sänkas för lågt var att kranarmens nedre gränslägen var förbikopplade med en extra inkopplad strömbrytare i kranens kontrollskåp och därmed fanns inget nedre stoppläge för kranarmen. Till händelsen har bidragit att egenkontrollerna ombord på fartyget inte utförts på ett sådant sätt att den extra strömbrytaren upptäcktes. Besättningen var därför inte medveten om kranens bristande säkerhetsfunktion. Bidrog gjorde också att kranföraren inte genomförde en fullständig operativ kontroll av kranen innan körning och testade kranens nedre gränslägesfunktion fullt ut.

Haverikommissionen konstaterar även att det fanns bristande rutiner i hamnen rörande lasthantering samt att vissa arbetsrutiner inte var dokumenterade. Det har också noterats att det fanns brister i samordning i hamnen mellan de aktörer som var involverade i lastningen av fartyget.

Säkerhetsrekommendationer

De säkerhetsproblem som haverikommissionen identifierat i denna utredning är framför allt avsaknaden av dokumenterade och implementerade rutiner för lastning och lossning av fartyg. Därutöver har det konstaterats att en säkerhetskritisk funktion i kranen förbikopplats och sedan inte upptäckts innan kranen började användas.

De åtgärder som numera vidtagits (se avsnitt 3) bedömer haverikommissionen som ändamålsenliga.

När det gäller rederiet har det i utredningen kommit fram indikationer på att egenkontrollsystemet inte fungerar tillräckligt bra för att avvikelser ska upptäckas. Även om de åtgärder som rederiet numera vidtagit bör kunna leda till att en felfunktion identifieras innan en kran används, behöver det också vidtas åtgärder för att säkerställa att samtliga kontroller som ska genomföras enligt fartygets säkerhetsstyrningssystem (SMS), verkligen görs på ett fullständigt och korrekt sätt.

Bulkship Management AS rekommenderas därför att:

- vidta åtgärder för att säkerställa att de kontroller som ska genom-föras enligt fartygets SMS också genomförs på ett sådant sätt att avvikelser identifieras innan säkerhetskritiska arbetsmoment påbörjas. *(RS 2016:04 R1)*