

## SAMMANFATTNING

Den 21 september 2016 kolliderade tåg 9207 med tåg 6032 vid Öjebyn industriområde, på sträckan Piteå–Arneberg. Tåg 6032 hade gått från Piteå med medgivande att passera signal L2 som visade ”stopp”. Dock hade inte tåg 9207 lämnat sträckan utan var på väg mot Piteå. Vid kollisionen hade tåg 6032 hunnit stanna, medan tåg 9207 fortfarande hade en hastighet av ca 50 km/tim trots att föraren bromsade så snart han förstått att det fanns risk för en kollision.

De tre personer som fanns ombord på tågen fick lindriga skador. Stora materiella skador uppkom på loken i båda tågen och även på vagnar och last. Omfattande skador uppstod på cirka 50 meter spåranslagning.

Den direkta orsaken till olyckan var att den kontroll som fjärrtågklararen utförde av tågläget (dvs. kontroll av var tåg som tidigare befunnit sig på sträckan befann sig) ledde till den felaktiga slutsatsen att tåg 9207 var i Piteå och att sträckan mot Arneberg därmed var fri för tåg 6032.

Bakomliggande orsak till antagandet var att fjärrtågklararen förväxlade vilka tåg som kommit in i Piteå och i sina kontroller fäste större tilltro till anteckningar på en hjälpblankett för växling på Piteå bangård, än till indikeringar i tågledningssystemet Argus och till tågklarardokumentationen som förväntas föras och vara tillgänglig i dokumentations- och planeringsverktyget STEG.

Bakomliggande orsak på systemnivå var att infrastrukturförvaltaren inte fångat upp om fjärrtågklararen, som hade begränsad erfarenhet, hade tillräcklig förståelse för hur kontroll av tågklarardokumentationen ska utföras, vilken status de olika hjälpsystemen har i förhållande till varandra och hur informationen från dem ska tolkas.

Ytterligare möjliga påverkande faktorer var att infrastrukturförvaltaren dels låtit enbart erfarna tågklarare vara delaktiga i framtagandet av systemet när STEG utvecklades, dels inte närmare analyserat vilka risker som kan behöva omhändertas när ett system med ökat fokus på planering införs samtidigt som det ska ersätta tidigare system för dokumentation.

## **Säkerhetsrekommendationer**

Ett antal orsaksfaktorer bidrog till olyckan mellan Arnemark och Piteå. Flera av dem är kopplade till hur information från de system som tågklareraren arbetade i tolkades.

Haverikommissionen utgår från att lärdomar och erfarenheter från olyckan som belysts i denna rapport beaktas av såväl Trafikverket som Transportstyrelsen i det fortsatta arbetet med att införa och godkänna ett nationellt tåglednings-system.

Med anledning av utredningsresultatet lämnar haverikommissionen följande säkerhetsrekommendationer.

### **Trafikverket rekommenderas att:**

- Beträffande de kontroller som ska genomföras av fjärrtågklarerare innan ett tåg tillåts passera en signal som visar ”stopp”, analysera om möjligheten att välja kontrollmetod och att bara använda en kontrollmetod innebär tillräckligt hög säkerhet. *(RJ 2017:03 R1).*
- Se över om det behöver förtydligas, eller genomföras utbildningsinsatser i, hur kontroller av den egna tågklarerardokumentationen ska göras, vad sådana kontroller ska innefatta och vilken status olika blanketter och elektroniska system har i förhållande till varandra. *(RJ 2017:03 R2).*

### **Transportstyrelsen rekommenderas att:**

- Inom ramen för sin tillsyn granska hur Trafikverket genom sitt säkerhetsstyrningssystem omhändertar de lärdomar och erfarenheter beträffande förståelsen för, utbildningen i, funktionaliteten hos och uppföljningen av planerings- och dokumentationssystemet STEG och dess användning i relation till blanketter och övriga system som belysts i denna rapport. *(RJ 2017:03 R3).*