

Slutrapport SHK 2023:11

HUCKLEBERRY FINN – Personolycka i samband med lastning i Trelleborgs hamn den 19 augusti 2022

Diariernr S-244/22

2023-09-08

SHK utreder olyckor och tillbud från säkerhetssynpunkt. Syftet med utredningarna är att liknande händelser ska undvikas i framtiden. SHK:s utredningar syftar däremot inte till att fördela skuld eller ansvar, vare sig straffrättsligt, civilrättsligt eller förvaltningsrättsligt.

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

ISSN 1400-5735

Illustrationer i SHK:s rapporter skyddas av upphovsrätt. I den mån inte annat anges är SHK upphovsrättsinnehavare.

Med undantag för SHK:s logotyp, samt figurer, bilder eller kartor till vilka någon annan än SHK äger upphovsrätten, tillhandahålls rapporten under licensen Creative Commons Erkännande 2.5 Sverige. Det innebär att den får kopieras, spridas och bearbetas under förutsättning att det anges att SHK är upphovsrättsinnehavare. Det kan t.ex. ske genom att vid användning av materialet ange ”Källa: Statens haverikommission”.



I den mån det i anslutning till figurer, bilder, kartor eller annat material i rapporten anges att någon annan är upphovsrättsinnehavare, krävs dennes tillstånd för återanvändning av materialet.

Omslagets bild tre – Foto: Anders Sjödén/Försvarmakten.

Innehåll

Allmänna utgångspunkter och avgränsningar	4
Utredningen.....	4
SAMMANFATTNING	6
Orsaker till olyckan.....	6
1. FAKTAREDOVISNING.....	8
1.1 Händelseförloppet.....	8
1.1.1 Allmänt.....	8
1.1.2 Räddningsinsatsen	11
1.1.3 Åtgärder efter händelsen.....	11
1.2 Personskador.....	12
1.3 Fartyget och beskrivning av huvuddäck	12
1.3.1 Fartyget.....	12
1.3.2 Huvuddäck.....	12
1.4 Lastbilarna och lastbilsföraren.....	14
1.5 Besättningen.....	15
1.5.1 Befälhavaren.....	15
1.5.2 Överstyrman	15
1.5.3 Andrestyrman	15
1.5.4 Lättmatroserna.....	16
1.5.5 Däckseleven.....	16
1.6 Olycksplatsen.....	16
1.7 Rederiet.....	17
1.8 Krav på olycksförebyggande åtgärder för fartyg	17
1.8.1 Krav på säkerhetsorganisations system	18
1.8.2 Krav på systematiskt arbetsmiljöarbete.....	20
1.8.3 Tillsyn.....	22
2. VIDTAGNA ÅTGÄRDER.....	24
3. ANALYS	24
3.1 Händelseförloppet.....	24
3.2 Faktorer som påverkat händelseförloppet.....	25
3.2.1 Utbildning och rutiner	25
3.2.2 Kommunikation och arbetspråk.....	27
3.3 Larmningen från fartyget	28
3.4 Rapportering och uppföljning av olyckor	28
3.5 Tillsyn av arbetsmiljö	29
4. UTLÅTANDE	31
4.1 Utredningsresultat	31
4.2 Orsaker till olyckan.....	32
5. SÄKERHETSREKOMMENDATIONER.....	33

Allmänna utgångspunkter och avgränsningar

Statens haverikommission (SHK) är en statlig myndighet som har till uppgift att utreda olyckor och tillbud till olyckor i syfte att förbättra säkerheten. SHK:s utredningar syftar till att så långt som möjligt klarlägga såväl händelseförlopp och orsak till händelsen som skador och effekter i övrigt. En utredning ska ge underlag för beslut som har som mål att förebygga att en liknande händelse inträffar i framtiden eller att begränsa effekten av en sådan händelse. Samtidigt ska utredningen ge underlag för en bedömning av de insatser som samhällets räddningstjänst har gjort i samband med händelsen och, om det finns skäl för det, för förbättringar av räddningstjänsten.

SHK:s utredningar syftar till att ge svar på tre frågor: *Vad hände? Varför hände det? Hur undviks att en liknande händelse inträffar?*

SHK har inga tillsynsuppgifter och har heller inte någon uppgift när det gäller att fördela skuld eller ansvar eller rörande frågor om skadestånd. Det medför att ansvars- och skuldfrågorna varken undersöks eller beskrivs i samband med en utredning. Frågor om skuld, ansvar och skadestånd handläggs inom rättsväsendet eller av t.ex. försäkringsbolag.

I SHK:s uppdrag ingår inte heller att vid sidan av den del av utredningen som behandlar räddningsinsatsen undersöka hur personer förda till sjukhus blivit behandlade där. Inte heller utreds samhällets aktiviteter i form av socialt omhändertagande eller krishantering efter händelsen.

Utredningen

SHK underrättades den 2 september 2022 om att ett tillbud till en mycket allvarlig sjöolycka med fartyget HUCKLEBERRY FINN, med registreringsbeteckningen IMO-nummer 8618358 och anropssignal SHLU, inträffat ombord under lastning i Trelleborgs hamn, Skåne län, den 19 augusti 2022 kl. 21.00.

Tillbudet har utretts av SHK som företräts av Kristina Börjevik Kovaniemi, ordförande, Per Jakobsson, utredningsledare, Daniel Söderman, operativ utredare och Tomas Ojala utredare räddningstjänst.

Som koordinator för Transportstyrelsen har Anders Wranå deltagit och som koordinator för Arbetsmiljöverket Ingela Andersson.

Utredningsmaterialet

Intervjuer har genomförts med rederiets säkerhetsansvarige, personalchef, befälhavare och övriga i besättningen som berörts av händelsen. Föraren till lastbilen har intervjuats.

Haverisammanträden hölls den 8 mars 2023, ett digitalt samt ett fysiskt. Vid mötena presenterade SHK det faktaunderlag som förelåg vid den tidpunkten.

Slutrapport SHK 2023:11

Fartygets data

Flaggstat/fartygsregister	Sverige
Identitet	
IMO-nummer/anropssignal	8618358/SHLU
Fartygsdata	
Typ av fartyg	RoPax färja ¹
Nybyggnadsvarv/år	1988
Bruttotonnage	26 478
Längd, över allt	177,2 meter
Bredd	26 meter
Djupgående, max.	5,75 meter
Dödsvikt vid max. djupgående	6 254 ton
Lastdäck	3
Lastkapacitet	2 200 lastmeter
Passagerarkapacitet	400
Servicefart	
Ägarförhållanden och ledning	TT-Line AB, dotterbolag till TT-Line GmbH & Co. KG i Tyskland
Klassningssällskap	DNV
Säkerhetsbesättning	16

Uppgifter om resan

Anlöpshamnar	Trelleborg, Skåne län
Typ av resa	Stillaliggande vid kaj
Lastuppgifter/antal passagerare	1870 lastmeter / 321 passagerare
Bemanning	45

Uppgifter om tillbudet

Typ av tillbud	Tillbud till mycket allvarlig sjöolycka
Datum och klockslag	2022-08-19, kl. 21.00
Position och plats för tillbudet	Lat. 55° 22,1' N Long. 013° 08,9'E
Väder	Vind från NNO 3 m/s, lufttemperatur ca 20° C, molnigt och någon regnskur
Övriga omständigheter	
Konsekvenser	
Personskador	1
Miljö	
Fartyg	

¹ RoPax – Roll on Roll off fartyg som tar passagerare och lastas/lossas genom att lasten körs ombord.

SAMMANFATTNING

På kvällen den 19 augusti påbörjades lastning av RoPax fartyget HUCKLEBERRY FINN inför avresa till Polen. Fartyget beräknades att bli fullastat med fordon. Lasten bestod främst av lastbilar med trailers men även av ett mindre antal personbilar och bussar. Besättningen på lastdäck ansvarade för lastningen.

Lastningen av fartyget skedde genom att en laststyrman fördelade fordonen till olika lastdäck där ytterligare besättning anvisade fordonen till en plats att parkera på. Huvuddäck bestod av sex filer fördelade jämt på vardera sida om fartygets centercasing. Två lättmatrosor ansvarade för lastning av var sin sida av huvuddäcket. En av lättmatrosorna ansvarade för en däckselev som enbart observerade lastningen.

Lättmatrosorna arbetade initialt i samma fil med lastningen av de två första lastbilarna. I samband med lastningen behövde den första lastbilen backas. Någon kontroll av att det var fritt bakom lastbilen gjordes inte. Backmanövern hade inte heller kommunicerats till övrig besättning på huvuddäck. Den andra lastbilen blev samtidigt anvisad att parkera bakom den första. När den andra lastbilen väl var parkerad gick en av lättmatrosorna mellan de båda lastbilarna och klämdes fast mellan lastbilarna. Lastbilsföraren i den parkerade lastbilen såg vad som inträffade och backade sin bil. Lättmatrosen föll då ihop på lastdäcket med kraftiga smärtor men vid medvetande.

Ambulans tillkallades men på grund av missförstånd i kommunikationen mellan besättning och terminalpersonalen fördröjdes larmningen. Lättmatrosen fick inga bestående skador och kunde återgå i tjänst efter en tids sjukskrivning.

Orsaker till olyckan

Brister i rederiets riskanalys och rutiner har lett till att lastbilen backades utan att besättningen först hade säkerställt att utrymmet bakom lastbilen var fritt från hinder.

Bidragande orsaker har varit att lättmatrosorna har fått arbeta utan stöd från mer erfaren besättning trots att de har haft begränsad erfarenhet av arbetsuppgifterna. Brister i kommunikationen har också bidragit till att besättningen inte uppfattat varandras avsikter i samband med lastningen.

Bakomliggande orsaker var att:

- instruktioner rörande arbetsuppgifterna kommunicerades på svenska vilket har inneburit att den del av besättningen som inte talade svenska, inte har fått fullständig information om lastningsarbetet och förutsättningarna för detta,
- rederiet inte hade säkerhetsställt att besättningen hade de kunskaper som behövdes för att genomföra arbetsuppgifterna och
- att det saknades fastställda instruktioner för hur fordon skulle backas på lastdäck.

Säkerhetsrekommendationer

TT-Line GmbH & Co. KG rekommenderas att:

- säkerställa att lämpliga åtgärder vidtas för att hantera och kommunicera identifierade risker i samband med lastning och lossning (se avsnitt 3.2). (*SHK 2023:11 R1*)
- Se över sina rutiner över hur instruktioner och annan information förmedlas till samtliga berörda ombord (se avsnitt 3.2). (*SHK 2023:11 R2*)
- I händelse av nöd säkerställa att den som kontaktar extern hjälp kan förmedla en aktuell bild av nödsituationen (se avsnitt 3.3). (*SHK 2023:11 R3*)

Transportstyrelsen rekommenderas att:

- utreda hur en likvärdig tillsyn av arbetsmiljön kan säkerställas för fartyg som har delegerad tillsyn respektive fartyg där Transportstyrelsen utövar periodisk tillsyn. En sådan utredning bör innehålla en bedömning av vilka konsekvenser skillnaden i tillsynen av arbetsmiljön kan få ur ett säkerhetsperspektiv. (se avsnitt 3.5). (*SHK 2023:11 R4*)

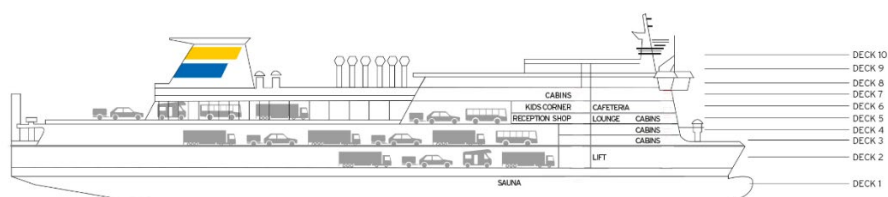
1. FAKTAREDOVISNING

1.1 Händelseförloppet

1.1.1 Allmänt

Vid 21-tiden den 19 augusti 2022 påbörjades lastningen av RoPax fartyget HUCKLEBERRY FINN inför avresa mot Polen. Lasten bestod till största delen av lastbilar med trailer men även av personbilar, husbilar, husvagnar och en buss. Besättningen hade en timme på sig att slutföra lastningen inför avgång kl. 22.00.

Fartyget var beräknat att bli fullastat och därför skulle fordonen parkerades tätt. Andrestyrman ansvarade för lastningen och till sin hjälp hade han två lättmatros² på däck 2 (huvuddäck), en matros² och överstyrman på däck 3 (trailerdäck) och två matros² på däck 5 (väderdäck). Kommunikationen mellan andrestyrman och den övriga besättningen som deltog i lastningen skedde på svenska med hjälp av radio.



Figur 1. Sidvy över fartygets olika däck. Bild: TT-Line AB redigerad av SHK

Besättningens uppgift var bland annat att dirigera fordon och att anvisa dem till rätt plats. De skulle också dra fram elkablar till de lastbilar som behövde el till sina kylaggregat under överfarten. Lastbilar som behövde elanslutning hade en skylt i vindrutan som visade detta. Besättningen kunde därför lätt identifiera vilka lastbilar som behövde el när de anvisade lastbilarna till en plats att parkera på.

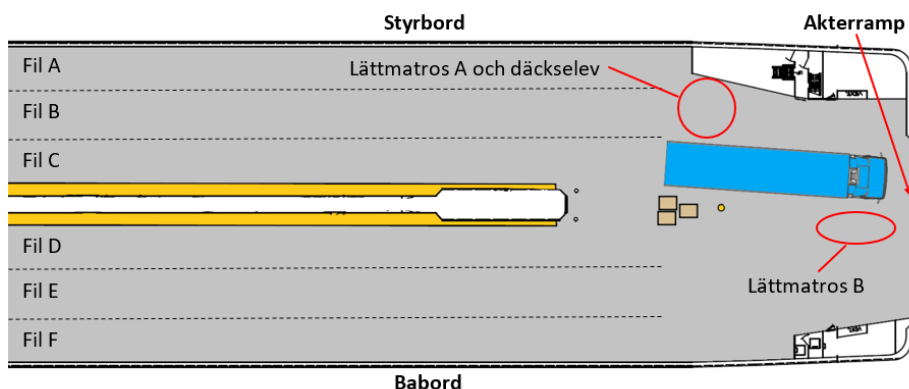
Andrestyrman, två lättmatros² (A och B) och en däckselev befann sig på huvuddäck under lastningen. Andrestyrman stod på den förliga rampen och visade lastbilsförarna när de kunde köra ombord och fördelade lastbilarna till babords respektive styrbord sida av huvuddäck. Andrestyrman förmedlade information, över radio, till lättmatros²erna om vilka filer lastbilarna lastas i och om det behövdes en strömanslutning.

Kommunikationen mellan förarna och besättningsmännen under lastning och lossning skedde genom hand signaler och visselpipa. Besättningen som deltog i lastningen bar gula varselkläder försedda med

² Behörighetsnivå för sjöfolk se förordningen om behörigheter för sjöpersonal (2011:1533) 2 kap 11–13§§.

reflexer och däckseleven som enbart observerade lastningen hade en orange väst som var märkt "Cadet".

Huvuddäck var indelat i sex olika filer med benämningen A till F från styrbord till babord. Lättmatros A ansvarade för att lasta styrbord sida och lättmatros B för babord sida om centercasingen³. Lättmatros A var lite osäker på hur den första lastbilen mot akterrampen i fil C skulle lastas. Lättmatros B erbjöd sig därför att hjälpa till med att ta emot och parkera den första lastbilen. Lättmatros B tog därför över arbetsuppgiften och de kom överens om att lättmatros A därefter skulle fortsätta med efterföljande bilar i fil C. Lättmatros B skulle återgå till att lasta på babords sida. För de berörda placering se figur 2.

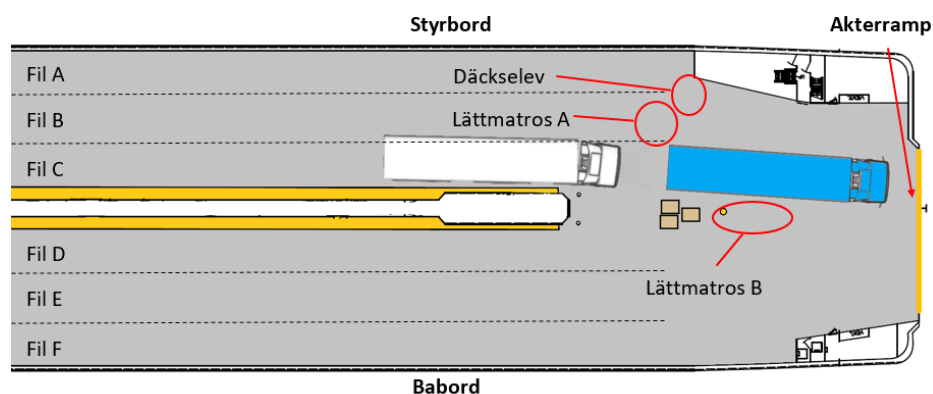


Figur 2. Skiss över hur den första lastbilen på styrbord sida dirigerades fram. Centercasingen markerad med vitt och gult.

Lättmatros B dirigerade lastbilen från dess högersida och rörde sig mellan centercasingen och akterrampen i fartygets centerlinje. När lastbilen var två till tre meter från akterrampen gav lättmatros B signal med sin visselpipa (bläste av) att lastbilen skulle stanna eftersom det hade fastnat ett föremål under trailern. Lättmatros A hörde stoppsignalen och såg att lastbilen stannade. Föraren hade höger sidoruta öppen och såg även lättmatros B i den högra backspeglern. Lättmatros B anvisade föraren att backa för att lättmatrosen skulle kunna ta bort föremålet. Föraren hade ingen uppmärksamhet riktad över den vänstra sida av lastbilen, men visste att det befann sig två personer där. Lättmatros A och däckseleven stod på lastbilens vänstra sida och lastbilen skymde därmed sikten mellan dem och lättmatros B, se figur 3.

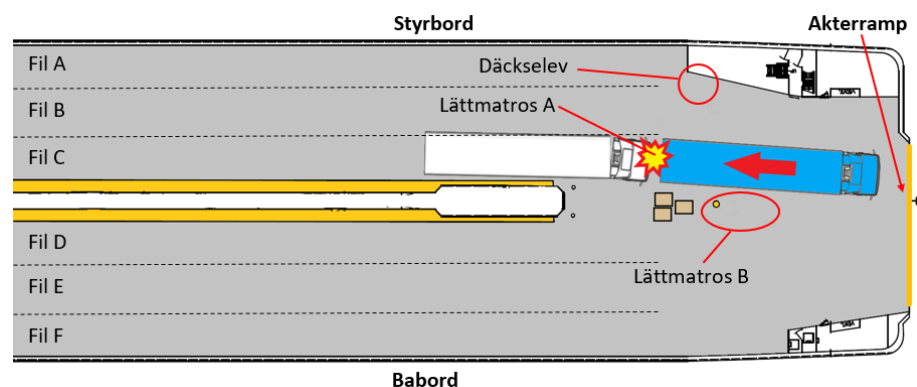
Under tiden som den första lastbilen körde ombord hade ytterligare en lastbil fördelats till samma fil. Den var försedd med en skylt i vindrutan som visade att den skulle anslutas till fartygets el. Den andra lastbilen rullade in på bildäck mot den första lastbilen och lättmatros A dirigerade den att parkera bakom den första.

³ Centercasing – Trapphuset i mitten av bildäcket. i utrymmet finns även hissar, ventilationsutrymmen, elanslutningar etc.



Figur 3. Skiss som visar hur den första lastbilen stoppades och ytterligare en lastbil dirigerades fram mot den första av lättmatros A. Lättmatros B stod då vid stötan i centerlinjen av fartyget.

Lättmatros A gick in mellan lastbilarna för att hämta en elkabel som fanns i centercasingen på andra sidan om lastbilarna när den första lastbilen började att backa. Lättmatros A försökte ta sig tillbaka, men hann inte hela vägen ut och klämdes fast mellan lastbilarna, se figur 4.



Figur 4. Skiss som visar hur lättmatros A gick mellan lastbilarna samtidigt som den första lastbilen backade och klämdes fast lättmatros A.

Föraren i den första lastbilen som backade upplevde ett motstånd och uppfattade att något hade hänt och stannade därför. Föraren i den andra lastbilen såg vad som hände och började backa. När pressen från lastbilarna minskade, föll lättmatros A ihop på durken, oförmögen att ställa sig upp, men vid medvetande.

Samtidigt som den första lastbilen slutade att backa uppfattade lättmatros B ett ljud bakom trailern och skyndade sig för att se vad som hade hänt och hittade lättmatros A liggandes på durken bakom lastbilen. När föraren i den första lastbilen insåg att något var fel körde föraren fram en liten bit och gick därefter ut och såg att lättmatros A låg bakom lastbilen.

Däckseleven ropade efter hjälp över sin radio vilket uppfattades av andrestyrman. Efter någon minut kom först andrestyrman och därefter befälhavaren och andra i besättningen till platsen. De konstaterade snabbt att ambulans behövde tillkallas och befälhavaren bad terminalpersonalen att kontakta SOS Alarm.



Figur 5. Lastbilarna strax efter händelsen. Bild: från besättningen.

1.1.2 *Räddningsinsatsen*

Besättningen kontaktade TT-Line AB:s terminalpersonal i hamnens incheckning via radio när de förstod att lättmatros A var allvarligt skadad. Besättningen ville att terminalpersonalen skulle ringa SOS Alarm och öppna grindarna till hamnområdet för ambulansen. Terminalpersonalen missuppfattade besättningen och ringde därför inte SOS Alarm utan inväntade ytterligare instruktioner från besättningen. Efter att besättningen åter kontaktat dem ringde terminalpersonalen SOS Alarm 15 minuter senare, kl. 21.18.

SOS Alarm larmade ambulans, men terminalpersonalen hade inte kunnat förmedla några detaljer om olyckan som SOS-operatören kunde delge ambulanspersonalen. SOS-operatören fick därför kontakta terminalpersonalen igen som i sin tur kontaktade besättningen och först därefter kunde ytterligare uppgifter förmedlas till ambulanspersonalen. När ambulansen kom fram undersöktes lättmatrosen och togs därefter till sjukhus för ytterligare undersökningar och observation i tre dagar.

1.1.3 *Åtgärder efter händelsen*

Vid olyckan blev rederiets landorganisation aldrig inblandad eftersom besättningen bedömde att de själva kunde hantera situationen ombord.

Efter olyckan samlades berörd del av besättningen på bryggan och gick igenom vad som hade hänt. Mötet hölls på svenska och en polsktalande matros översatte vad som sades till lättmatros B.

Befälhavaren skickade en rapport (på engelska) till rederiets kvalitets- och säkerhetsavdelning två dagar efter händelsen. I rapporten beskrevs händelsen och vad som orsakat den. Som förebyggande åtgärder föreslogs ett annat sätt att dra elkabeln till lastbilar som skulle elanslutas.

Händelsen rapporterades även till Försäkringskassan. Besättningen hade uppfattningen att enbart händelser med egendomsskador på fartyget eller t.ex. kajanordningar skulle rapporteras till Transportstyrelsen. Först efter att Transportstyrelsen uppmärksammat rederiet om att de skulle skicka in en rapport om sjöolycka inkom rederiet med en rapport två veckor efter händelsen.

1.2 Personskador

Lättmatrosen fick kraftiga smärtor, men inga frakturer eller kända bestående skador och återgick efter en tids sjukskrivning i tjänst ombord på fartyget.

1.3 Fartyget och beskrivning av huvuddäck

1.3.1 *Fartyget*

Fartyget, ett RoPax fartyg byggdes 1988 i Tyskland och fick namnet NILS DACKE. Fartyget bytte 1993 namn till PETER PAN för att 2002 slutligen få namnet HUCKLEBERRY FINN. Fartyget kunde lasta 2 200 meter rullande gods, fördelat på tre däck. Det rullande godset lastades på däck 2, 3 och 5. Till däck 2 och 3 kunde lastning och lossning ske via ramper direkt från kajen, medan däck 5 nåddes via interna lyftbara ramper från däck 3. Från början kunde fartyget även ta ombord järnvägsvagnar på däck 2, men spåren var inte i bruk vid tiden för olyckan.

Fartyget kunde ta 400 passagerare. Det fanns 133 passagerarhytter ombord med totalt 324 bäddar. Fartyget utgick från Trelleborg och trafikerade främst Travemünde och Rostock i Tyskland, men tidvis även Świnoujście i Polen och Klaipėda i Litauen

1.3.2 *Huvuddäck*

Huvuddäcket bestod av totalt sex filer avsedda för rullande fordon. I långskeppsled avskildes däcket delvis av en centercasing som var 2–3 meter bred. På däckets aktra del slutade centercasingen ca 27 meter från akterrampen. Mellan centercasingen och akterrampen fanns en pelare som stöttade däcket ovanför. Pelaren var placerad 14 meter in på däck från akterrampen.

Utrymmet mellan centercasingen och pelaren kunde inte användas till last och användes därför till att förvara diverse stuvningsutrustning och för maskinförnödenheter som levererats till fartyget. Vid pelaren fanns även en pulpet och några soptunnor, se figur 6 och 7.



Figur 6. Bilden som är tagen från aktern och föröver, in mot bildäck, visar pelaren i centerlinjen samt akterkant på centercasingen där elkablarna var upphängda.



Figur 7. Bilden är tagen midskepps och mot akterrampen i fil C. Till höger i bilden syns centercasingen och strax bakom pelaren i centerlinjen.

1.4 Lastbilarna och lastbilsföraren

Det första ekipaget som var involverat i händelsen var en dragbil med en treaxlad trailer med mjukt kapell på sidorna och fasta dörrar baktill. Det andra lastbilen var en dragbil med en kyltrailer som behövde strömförsörjas under överfarten. Båda ekipagen var 16,5 meter långa.



Figur 8. Den första lastbilen. Bilden tagen efter olyckan när den andra lastbilen backat bort. Bild: Polismyndigheten.

Lastbilsföraren i den första lastbilen hade ca 25 års erfarenhet av att köra lastbil och åkte regelbundet med färja ungefär två gånger i veckan. Föraren hade påbörjat sin resa runt kl. 01.00 för att vara i Göteborg på morgonen och åkte därefter vidare till Stenungssund för att lasta. Vid 16-tiden kom han till Trelleborg där han stannade tills det var dags att köra ombord på HUCKLEBERRY FINN. Föraren har uppgett att han drack två öl innan han körde ombord på färjan.

1.5 Besättningen

Besättningen ombord bestod av totalt 45 personer varav 16 personer ingick i säkerhetsbesättningen. Säkerhetsbesättningen var uppdelad på en befälhavare, en överstyrman, två andrestyrmän som även arbetade som laststyrmän och fem däcksmanskap (tre matroser och två lättmatroser), fem maskinpersonal samt två intendenturpersonal. Säkerhetsbesättningen är det minsta antalet personer i en besättning som behövs för att framföra fartyget. Beroende på verksamhet och antalet passagerare och last kan antalet besättning ökas vid behov. Därför tjänstgjorde det vid tillfället ytterligare två däcksmanskap samt extra maskin- och intendenturpersonal om totalt 27 personer ombord.

För att ingå i säkerhetsbesättningen ombord på ett fartyg krävs, enligt förordningen om behörigheter för sjöpersonal (2011:1533), olika behörigheter för olika befattningar. I grunden baseras varje befattning på en viss grundutbildning som efter erfarenhet ombord kan omvandlas till en behörighet för en ny högre befattning ombord. Som exempel var kravet för att få mönstra ombord som lättmatros en godkänd treårig gymnasieutbildning samt 60 dagars fartygsförlagd praktik. Efter att ha tjänstgjort som lättmatros i ytterligare 18 månader kunde personen begära ut behörigheten matros och mönstra i den befattningen. Bara antalet faktiska dagar ombord räknas som behörighetsgrundande. Grundtanken är att med mer erfarenhet kan du få ett större ansvar för olika arbetsuppgifter ombord.

Majoriteten av besättningen var svenskspråkig. Ett fåtal i besättningen behärskade dock inte svenska, däribland lättmatros B. Mycket av den dagliga kommunikationen skedde på svenska och när det behövdes användes engelska som gemensamt språk.

1.5.1 Befälhavaren

Befälhavaren hade arbetat ombord på HUCKLEBERRY FINN sedan slutet på 1990-talet och haft befattningen som befälhavare sedan många år tillbaka.

1.5.2 Överstyrman

Överstyrman hade arbetat på olika färjor inom rederiet sedan 2008 i huvudsak som andrestyrman. Sedan ett år tillbaka hade han arbetat på HUCKLEBERRY FINN och veckan före olyckan som överstyrman. Överstyrman på HUCKLEBERRY FINN har förutom uppgiften att framföra fartyget även ansvaret för daglig schemaläggning av personal.

1.5.3 Andrestyrman

Andrestyrman hade arbetat i befattningen på rederiets fartyg sedan 2009 och sedan 2019 enbart ombord på HUCKLEBERRY FINN. Befattningen omfattade ett operativt ansvar vid lastning och därför benämndes befattningen ofta som laststyrman. Under 2022 hade andrestyrman arbetat 83 dagar ombord, dessförinnan hade han totalt nästan 900 dagar ombord i sin nuvarande tjänst.

1.5.4 Lättmatroserna

Lättmatros A mönstrade på fartyget första gången i januari 2022, som en del av en praktik inom ramen för lättmatrosens utbildning. Efter avslutad praktik började lättmatros A att arbeta som vikarie ombord i juni samma år. Lättmatros A hade arbetat totalt 44 dagar ombord och av dessa dagar var 36 som lättmatros. Vid påmönstring första gången genomfördes en förtrogenhetsutbildning och en introduktionsutbildning på fartyget.

Lättmatros B mönstrade på första gången i maj 2022. Lättmatros B talade förutom polska även engelska, men behärskade inte svenska. Lättmatrosen studerade på en sjöbefälsskola i Polen, men arbetade ombord under sommaren 2022 och hade totalt 75 dagar ombord på fartyget som lättmatros. Besättningen hade ett gott förtroende för lättmatrosen som arbetat ombord i längre pass sedan våren. Vid påmönstring första gången genomfördes en förtrogenhetsutbildning och en introduktionsutbildning.

Lättmatroserna hade arbetat tillsammans under några dagar innan händelsen, men hade inte lastat tillsammans. De hade haft vissa kommunikationssvårigheter vilket lett till missförstånd vid några tillfällen. På grund av detta var de inte planerade att arbeta fler dagar tillsammans.

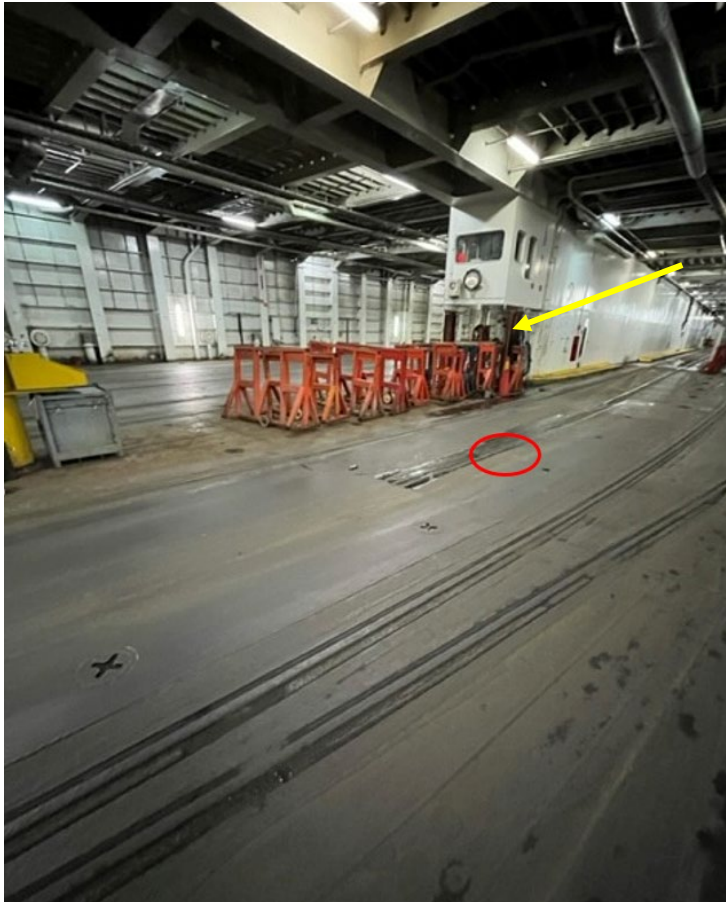
1.5.5 Däckseleven

Däckseleven hade kommit ombord dagen före händelsen och hade ännu inte genomfört sin förtrogenhetsutbildning ombord. Däckseleven var därför inte delaktig i lastningen och inte heller inkluderad i säkerhetsorganisationen vid olyckstillfället. För att komma in i arbetet ombord fick däckseleven tillåtelse att följa med lättmatros A och observera lastningen.

1.6 Olycksplatsen

Olyckan skedde på huvuddäck i närheten av akterrampen. Däcket var i princip tomt när det första ekipaget kördes in i fil C och stoppades av lättmatros B. Bakändan på den första lastbilen slutade ca 18,5 meter för om akterrampen. Nästa ekipage stoppades alldeles bakom den första och täckte det kvarvarande utrymmet akter om centercasingen.

De båda lastbilarna täckte därmed hela utrymmet och ca 10 meter av centercasingen. I det aktuella fallet var strömförsörjningskabeln som skulle kopplas till den andra lastbilen ansluten vid aktra delen av centercasingen. Den närmsta vägen att hämta elkabeln var därför genom att gå mellan lastbilarna.



Figur 9. Den röda ringen visar ungefärlig plats där lättmatros A klämdes mellan lastbilarna. Den gula pilen visar var elkablarna förvarades. Markeringar infogade av SHK. Bild: Besättningen.

1.7 Rederiet

TT-Line AB är ett svenskt bolag med säte i Trelleborg och är arbetsgivare till personalen på två svenskflaggade fartyg som ägs och drivs av det tyska moderbolaget TT-Line GmbH & Co. KG (Rederiet). Rederiet bedriver färjetrafik med nio olika RoPax fartyg mellan Sverige, Tyskland och Polen. Rederiet grundades 1962 när deras första färja startade trafik mellan Trelleborg och Travemünde. Alla funktioner relaterade till säkerhetsorganisationen var placerade vid huvudkontoret i Travemünde, medan arbetsmiljöarbetet leddes från kontoret i Trelleborg.

1.8 Krav på olycksförebyggande åtgärder för fartyg

Rederier som bedriver internationell sjöfart med fartyg av en viss storlek omfattas av krav på en säkerhetsorganisation enligt internationella säkerhetsorganisationskoden (ISM-koden)⁴. Europaparlamentets och Rådets förordning (EG) nr 336/2006⁵ hänvisar till ISM-koden.

⁴ ISM-koden – International Safety Management Code.

⁵ Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 336/2006 av den 15 februari 2006 om genomförande av Internationella säkerhetsorganisationskoden i gemenskapen och upphävande av rådets förordning (EG) nr 3051/95.

Den så kallade sjöarbetskonventionen (MLC) ⁶ innehåller krav på arbetsförhållanden och arbetsmiljön ombord. Kraven på certifikat (sjöarbetscertifikat) och försäkran om överensstämmelse med koden gäller för fartyg som används i internationell fart över en viss storlek⁷.

I nationell rätt regleras krav på arbetsmiljön ombord på fartyg i huvudsak i fartygssäkerhetslagen (2003:364) och arbetsmiljölagen (1977:1160) med tillhörande förordningar och föreskrifter.

Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2019:56) om arbetsmiljö på fartyg och Sjöfartsverkets författningssamling (t.ex. SJÖFS 2005:25 om skyddsanordningar och skyddsåtgärder) innehåller närmare föreskrifter angående arbete ombord på fartyg. I TSFS 2019:56 anges vilka av Arbetsmiljöverkets föreskrifter som gäller för arbete ombord. Bland annat ska Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 2001:1) gällande systematiskt arbetsmiljöarbete tillämpas.

1.8.1 Krav på säkerhetsorganisations system

I förordning EG 336/2006 (bilaga 1 del A 1.1.4) definieras en säkerhetsorganisation som ett strukturerat och dokumenterat system som gör det möjligt för rederiers personal och ombordanställda att effektivt genomföra företagets säkerhets- och miljöskyddspolicy. Redaren ska säkerställa att det för rederiets verksamhet finns en tydlig säkerhetsorganisation med fastställda nödrutiner och en besättning som är utbildad och övad för att kunna hantera nödsituationer. Vidare ställs krav på system för rapportering av olyckor och tillbud för att organisationen ska kunna förebygga liknande händelser. Personalen ska få information om säkerhetsorganisationen på ett fastställt arbetspråk eller ett språk de förstår samt kunna kommunicera effektivt när de utför uppgifter relaterad till säkerhetsorganisationen.

Rederiets säkerhetsorganisation

Rederiet hade dokumenterat sitt säkerhetsorganisations system dels i en rederigemensam del (huvudmanualen), dels i olika fartygsspecifika dokument.

Huvudmanualen gällde för moderbolagets alla fartyg oberoende av var fartygen var registrerade. Rederiet hade valt att använda engelska för all dokumentation och kommunikation rörande säkerhetsorganisations systemet. Huvudmanualen följde strukturen i ISM-koden och beskrev bland annat rederiets organisation, krisberedskap, hantering av personal, nödrutiner, rapportering mm. Systemet fanns digitalt och kommuniceras i huvudsak digitalt till de olika fartygen.

De fartygsspecifika dokumenten beskrev bland annat organisation och ansvar ombord på det specifika fartyget. Systemet omfattade också

⁶ MLC – Marine Labour Convention.

⁷ 3 kap. 9a och b fartygssäkerhetslagen.

detaljerade befattningsbeskrivningar och checklistor för introduktionsutbildning samt förtrogenhetsutbildningar.

Förtrogenhetsutbildning och introduktionsutbildning

Som en del av rederiets säkerhetsprocedurer skulle en nyanställd eller en anställd som tillträdde en ny befattning genomgå en förtrogenhetsutbildning⁸ och en introduktionsutbildning⁹. Utbildningarna utfördes under den första veckan personen var ombord.

Förtrogenhetsutbildningen syftade till att ge kunskap om det specifika fartygets säkerhetsorganisation. Den berörde frågor som organisation, ansvarsområden, brand, evakuering, livräddning och sjöfartsskydd.

Introduktionsutbildningen syftade till att ge kunskap om drifrutiner, fartygets utrustning, vakthållning samt säkerhet och miljö för att den nyanställda skulle kunna arbeta i sin befattning ombord.

Checklistorna användes för att bocka av olika moment i respektive utbildning. Efter avslutad utbildning undertecknades checklistorna av den anställde och ansvarigt befäl. Den skickades därefter till rederiets utbildningsansvarige som utfärdade ett intyg som bevis på genomförd utbildning. När intyget undertecknats fick den nyanställda ingå i fartygets säkerhetsorganisation och var formellt sett godkänd att arbeta i den tänkta befattningen ombord.

I checklistan för introduktionsutbildningen nämns lasthantering och hantering av elanslutning, men utan utförligare instruktioner. Kunskap om hur arbetet förväntades utföras förmedlades genom att en erfaren besättningsmedlem visade och berättade om uppgifterna för den som skulle skolas in.

Beroende på tidigare erfarenhet kunde en ny besättningsmedlem få olika stort ansvar, men praxis var att låta ny och mindre erfaren personal börja arbeta tillsammans med en person med längre erfarenhet. En uppfattning ombord var att det behövdes upp till sex månaders erfarenhet från arbetet ombord innan en lättmatros kunde arbeta självständigt. Beroende på hur frekvent olika arbetsuppgifter genomfördes kunde därför inläringen av en uppgift ta olika lång tid. Backning av fordon var en arbetsuppgift som sällan genomfördes.

⁸ Fartygssäkerhetslagen 4 kap 3§.

⁹ Fartygssäkerhetslagen 4 kap 5§.

Larmning

I rederiets gemensamma huvudmanual för säkerhetsorganisationen beskrevs hur rederiets krisorganisation skulle aktiveras. Det fanns även kontaktuppgifter till olika räddningstjänster för de olika hamnar som fartyget anlöpte. Rederiets krisorganisation skulle aktiveras genom att befälhavaren ringde utifrån en telefonlista tills någon inom rederiets organisation svarade.

Rapportering

Rapportering av olyckor och tillbud beskrevs i rederiets huvudmanual med ett antal gemensamma definitioner samt olika rutiner för rapportering beroende på vilken flagga som fartyget seglade under. Det fanns definierat ett antal olika händelser t.ex. olycka, tillbud och avvikelse.

Av huvudmanualen framgick det att alla definierade händelser skulle rapporteras internt till rederiets säkerhets- och kvalitetsavdelning. Under en särskild rubrik framgick det att de svenskflaggade fartygen även skulle rapportera arbetsplatsolyckor ("labour accidents") till Försäkringskassan i Sverige.

I samma manual beskrevs att rapportering vid en sjöolycka ("marine accident or incident") skulle ske utan dröjsmål till flaggstatsmyndigheten. För beskrivning av hur rapportering skulle göras hänvisades det till en specifik ISM-instruktion. ISM-instruktionen var anpassad för fartyg under tysk, svensk och cypriotisk flagg.

Undersökning av olyckor och tillbud

I huvudmanualen beskrevs hur incidenter skulle undersökas och följas upp. Enligt manualen skulle all relevant fakta samlas in och omständligheterna kring incidenten skulle fastställas. Därefter skulle åtgärder vidtas i syfte att förebygga att liknande händelser inträffade igen.

1.8.2 *Krav på systematiskt arbetsmiljöarbete*

Det systematiska arbetsmiljöarbetet på svenska fartyg regleras i huvudsak i arbetsmiljölagen och föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Där regleras bland annat arbetsgivarens ansvar gentemot arbetstagaren, samt frågor om information till arbetstagaren, riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljning.

Arbetsgivaren ska se till att arbetstagaren får god kännedom om de förhållanden, under vilka arbetet bedrivs, och säkerställa att arbetstagaren upplyses om de risker som kan vara förbundna med arbetet. Arbetsgivaren ska förvissa sig om att arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad han eller hon har att iaktta för att undgå riskerna i arbetet. Arbetsgivaren ska se till att endast arbetstagare som har fått tillräckliga instruktioner får tillträde till områden där det finns en påtaglig risk för ohälsa eller olycksfall (3 kap. 3 § arbetsmiljölagen).

Arbetsmiljölagen reglerar inte frågan om arbetsspråk. Arbetsmiljöverkets utgångspunkt är dock att information som ges till arbetstagaren ska ges på ett språk som möjliggör för arbetstagaren att förstå innebörden av informationen fullt ut så att denne ska kunna utföra sin arbetsuppgift på ett säkert sätt.

Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete syftar till att hjälpa arbetsgivaren att skapa ett ramverk för att förhindra skada på arbetstagaren och bidra till en god arbetsmiljö. Mer konkret innebär det att arbetsgivaren på ett systematiskt sätt ska undersöka, analysera, bedöma, åtgärda och följa upp risker i arbetsmiljön på en arbetsplats.

Transportstyrelsen har gett ut en vägledning för systematiskt arbetsmiljöarbete¹⁰ som ska hjälpa rederier och ombordanställda att skapa ett effektivt systematiskt arbetsmiljöarbete som bidrar till goda arbetsförhållanden ombord. Det uttrycks i vägledningen att den även ska utgöra ett stöd för Transportstyrelsen och erkända organisationers personal när de utövar tillsyn över det systematiska arbetsmiljöarbetet ombord. Vägledningen finns att ladda ner från Transportstyrelsens hemsida och är författad på svenska. Vägledningen nämner vikten av att det ska finnas skriftliga instruktioner vid arbeten som innebär allvarliga risker. Instruktionerna ska vara lätta att förstå. Arbetsgivaren är också skyldig att följa upp att arbetstagarna förstår instruktionerna och kompletterar med muntliga instruktioner vid behov.

Rederiets systematiska arbetsmiljöarbete

Rederiet hade fartyg under olika flaggor som därmed omfattas av olika regelverk. Därför är inte arbetsmiljöarbetet organiserat på samma sätt för rederiets alla fartyg. Enligt svensk lagstiftning hade vd:n på TT-Line AB ansvaret för rederiets arbetsmiljö. Vd:n hade delegerat uppgiften att implementera rederiets arbetsmiljöarbete till befälhavaren på respektive fartyg. Rederiets huvudmanual för säkerhetsorganisationen hänvisade till att information rörande det systematiska arbetsmiljöarbetet fanns ombord och på kontoret i Trelleborg.

Det praktiska arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet ombord omfattade bland annat regelbundna skyddskommittémöten med deltagare från fartygets olika avdelningar, skyddsombud och befälhavare. Stående punkter på skyddskommittémötena var skyddsronder, rapporterade skador och handlingsplaner samt övriga frågor. Mötena hölls på svenska och protokollen fördes, med vissa undantag, enbart på svenska. Av protokollen framgår det att besättningen 2022 lyft frågan om språksvårigheter med icke-skandinavisk besättning som enligt ett förslag därför inte borde ingå i säkerhetsorganisationen.

¹⁰ Vägledningen finns på Transportstyrelsen hemsida vägledning-systematiskt-arbetsmiljoarbete-2.0.pdf (transportstyrelsen.se).

Riskbedömning för lastning och lossning

I januari 2020 genomförde rederiet en riskbedömning för lastning och lossning inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet. De risker som identifierades var krosskador, risk för kollision, hörselskador och inandning av ångor. Sannolikheten för dessa risker angavs som betydande, en fyra på en femgradig skala. Riskbedömningen var gjord på engelska och de olika riskerna var inte bedömda var för sig. Enligt de skyddskommittémötesprotokoll som SHK tagit del av finns inga noteringar om att riskbedömningar har diskuterats eller reviderats.

I riskbedömningen var alla riskreducerande åtgärder sammanfattade i en lista som inte gick att härleda till en specifik risk. Riskreducerande åtgärder som relaterar till risken för kollision var att besättningen skulle bära reflekterande overall, gula reflekterande handskar och använda visselpipa som stoppsignal. Andra åtgärder som skulle kunna relatera till att förhindra kollision var att personen som dirigerar fordon skulle stå synlig för föraren och att inte direkt bakom backande fordon.

Det fanns en instruktion rörande lastning och lossning av fordon som saknade egen dragbil och därmed kördes ombord av stuveriet. Instruktionen betonade vikten av ögonkontakt med föraren, tydliga hand- och ljudsignaler för att kommunicera med stuveriets förare.

1.8.3 Tillsyn

Transportstyrelsen har ansvaret för att utöva tillsyn över säkerhet och arbetsmiljön ombord på fartyg (5 kap. 1 § fartygssäkerhetslagen). Ansvaret omfattar bland annat tillsyn över fartygets säkerhetsorganisation och systematiska arbetsmiljöarbete. Tillsyn över arbetsmiljön ombord ska ske i samverkan med Arbetsmiljöverket (5 kap. 1 § femte stycket). Transportstyrelsen får delegera viss tillsyn till en erkänd organisation (7 kap. 11 §). Några bestämmelser om överlåtelse av tillsynsuppgifter enligt arbetsmiljölagen finns inte.¹¹

DNV hade från den 23 mars 2021 anlåtats av rederiet att utföra vissa tillsynsuppgifter av fartyget HUCKLEBERRY FINN. Avtalet omfattade tillsyn av bl.a. fartygets säkerhetsorganisation (SMC)¹² och MLC. Även om vissa tillsynsuppgifter hade delegerats ansvarade Transportstyrelsen alljämt för sådan tillsyn som inte omfattades av delegeringen. Före Transportstyrelsen delegerade tillsynen av MLC, ingick tillsynen av det systematiska arbetsmiljöarbetet som en del i den periodiska besiktningen av MLC och sjövärdighet.

När det gäller bestämmelserna i MLC motsvarar dessa bara delvis kraven i den nationella arbetsmiljölagstiftningen. Övergripande krav på att en medlemsstat ska anta regler om skydd av hälsa och säkerhet och

¹¹ Jmf. Prop. 2012/13:110, s. 12 och 34.

¹² SMC – Safety Management Certificate.

förebyggande av olyckor, som delvis inkluderar systematiskt arbetsmiljöarbete, finns i standard A4.3.1 i MLC. DNV har genomfört tillsyn enligt kraven i MLC samt i enlighet med DMLC I¹³ som utfärdats av Transportstyrelsen.

Genomförd tillsyn på fartyget

SHK har valt att närmare undersöka den tillsyn som genomförts efter 2018, men har också noterat att Transportstyrelsen utfärdade en avvikelse 2016 avseende säkerhetsorganisationen och besättningens förmåga till kommunikation vid en brandövning ombord. Alla talade inte svenska vilket skapade missförstånd. Vid den tidpunkten var svenska arbetspråket för fartygets säkerhetsorganisation.

Transportstyrelsen genomförde tillsyn ombord av fartygets säkerhetsorganisation och delar av arbetsmiljöarbetet i samband med årliga sjövärdighetsbesiktningar fram till 2021. Det systematiska arbetsmiljöarbetet kontrollerades specifikt i samband med utfärdandet av MLC-certifikat 2013 och 2019 med mellanliggande kontroll 2017. I samband med besiktningarna har en avvikelse noterats avseende renhet i maskinrummet.

Utöver nämnda kontroller ombord utförde Transportstyrelsen även bland annat årliga kontroller av rederiets säkerhetsorganisation.

I samband med att fartygets tillsyn delegerades till erkänd organisation 2021 har DNV genomfört tillsyn av fartygets säkerhetsorganisation och delar av arbetsmiljö som ingått i MLC-certifieringen. Transportstyrelsen har efter delegeringen inte utfört eller planerat några periodiska besiktningar avseende det systematiska arbetsmiljöarbetet. Tillsynen av arbetsmiljö uppges efter delegeringen ske genom inspektioner eller efter inkomna anmälningar.

DNV gjorde två observationer rörande arbetsmiljön vid sin kontroll av MLC 2021. Dessa berörde åtgärdslistor från boendeinspektioner och vilotider.

¹³ DMLC I – Declaration of Maritime Labour Compliance – Part I.

2. VIDTAGNA ÅTGÄRDER

Rederiet har påbörjat ett arbete med att ta fram en manual på engelska för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Rederiet har också genomfört en egen utredning av händelsen och har därefter vidtagit åtgärder. Utredningsrapporten har kommunicerats till samtliga fartyg inom rederiet. De vidtagna åtgärderna är bland annat utbildning av besättningen avseende arbetsrutiner på lastdäck och en ny rutin för hur elanslutningar ska hanteras.

3. ANALYS

Olyckan inträffade i samband med lastning på fartyget. I ett fartyg som lastar fordon förväntas fordonsföraren att följa de instruktioner som besättningen anvisar. SHK har därför valt att analysera vilka rutiner som funnits för lastning, hur ny besättning utbildas i dessa arbetsuppgifter och hur de risker som är förenade med lastning har identifierats och hanterats av rederiet.

Analysen behandlar även larmningen från fartyget som försenade ankomsten av ambulans till olycksplatsen. Inga fördröjningar eller andra avvikelser har dock identifierats i larmhanteringen eller räddningsinsatsen efter det att larmet inkom till SOS Alarm. SHK har därför inte funnit någon anledning att vidare analysera andra delar av räddningsinsatsen.

Utöver de direkta orsakerna till olyckan har SHK även haft anledning att undersöka hur säkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbetet bedrivits ombord samt hur tillsynen av framför allt arbetsmiljö har bedrivits.

3.1 Händelseförloppet

Enligt fartygets rutiner skulle lättmatroserna stuva fordon i olika filer. Lättmatros A, som hade blivit tilldelad styrbord sida av huvuddäck, hade dock begränsad erfarenhet av att lasta i den första positionen mot akterrampen och tog därför hjälp av lättmatros B med detta. Laststyrman som fördelade fordonen på fartyget fick inte information om detta och arbetade vidare utan att göra något uppehåll i lastningen.

När den första lastbilen närmade sig dirigerade lättmatros B lastbilen från dess främre högra sida. Lättmatros A och däckseleven befann sig på lastbilens vänstra sida och lastbilen kom därför att skymma sikten mellan lättmatroserna när den kördes fram mot akterrampen.

Samtidigt som lättmatros B arbetade med den första lastbilen hade laststyrman släppt på ytterligare en lastbil. Lättmatros A, som hade uppfattningen att den första lastbilen var parkerad, dirigerade den andra lastbilen att parkera bakom den första och gick därefter mellan fordonen

för att hämta en elkabel. Samtidigt gav lättmatros B föraren i den första lastbilen signal att backa för att lättmatrosen skulle kunna ta bort ett föremål som fastnat under trailerns däck. Detta gjordes dock utan att först kontrollera om utrymmet bakom lastbilen var fritt. Lättmatros A, som befann sig mellan lastbilarna, klämdes då fast mellan dessa.

3.2 Faktorer som påverkat händelseförloppet

De faktorer som bedöms ha påverkat händelseförloppet relaterar i huvudsak till lättmatrosernas utbildning och erfarenhet, fartygets arbetsrutiner samt kommunikationen ombord.

3.2.1 *Utbildning och rutiner*

Arbetsbelastningen var hög i förhållande till lättmatrosernas erfarenhet

Lättmatros B var mer erfaren än lättmatros A och fick därför ta rollen som den mer erfarna matrosen vid lastningen. Lättmatros B hjälpte också lättmatros A med lastningen. När det uppstod problem vid lastningen och lastbilen behövde backas tillkom ytterligare en arbetsuppgift som sällan utfördes. Arbetsbelastningen för lättmatros B har därmed blivit hög i förhållande till dennes erfarenhet.

Lättmatros A som hade begränsad erfarenhet av arbete ombord, fick trots detta ansvaret för däckseleven. Detta har sannolikt bidragit till en ökad arbetsbelastning för lättmatros A som redan ställts inför en ny arbetsuppgift (som lättmatros B tog över).

Den höga arbetsbelastningen har sannolikt medfört en försämrad situationsmedvetenhet för båda lättmatroserna.

Lättmatroserna hade formell behörighet men saknade erfarenhet

Lättmatroserna hade båda genomfört en introduktionsutbildning och en förtrogenhetsutbildning på fartyget. Båda hade också gjort praktik ombord. De var därmed formellt behöriga för arbetet som lättmatros och del av fartygets säkerhetsorganisation.

De arbetsuppgifter en lättmatros skulle behärska var omfattande. Det har vid intervjuer framkommit att det tog ca sex månader för en nyanställd lättmatros att behärska alla arbetsuppgifter.

Rederiet hade tagit fram checklistor för ett antal arbetsuppgifter. Merparten av arbetsuppgifterna fick lättmatroserna dock lära sig genom att arbeta tillsammans med en mer erfaren besättning.

Lastning och lossning av fartyget genomfördes dagligen och båda lättmatroserna hade deltagit i arbetet, men då tillsammans med en mer erfaren matros. Trots detta hade lättmatros A inte lastat in mot akter-rampen i C-filen och ingen av dem hade själva ansvarat för att backa fordon tidigare. De ställdes därmed båda inför arbetsuppgifter som de

inte hade tidigare erfarenhet av, men förväntades kunna utföra utan hjälp av mer erfaren besättning.

Förutom lättmatroserna arbetade ytterligare fyra personer med lastningen. De hade alla lång erfarenhet av att arbeta ombord. Det har inte framkommit varför de båda lättmatroserna sattes att arbeta tillsammans utan stöd från någon av de mer erfarna matroserna.

Rederiet har sammanfattningsvis inte säkerställt att lättmatroserna hade de kunskaper och stöd som behövdes för att utföra arbetsuppgifterna i samband med lastningen på ett säkert sätt.

Rederiets riskhantering

Lastning är förknippad med betydande risker. För att säkerställa att personer som arbetar med riskfyllda arbetsmoment sker på ett säkert sätt ska tillräckliga instruktioner för arbetet tas fram. Detta är särskilt viktigt om arbetsuppgiften sällan utförs. Utrymmet för individuella lösningar blir mindre om dessa instruktioner dessutom är skriftliga. Rederiet hade tagit fram vissa instruktioner som berörde lastning. Det fanns dock inga instruktioner om hur besättningen säkerställde att utrymmet bakom ett fordon var fritt i händelse av att ett fordon skulle behöva backas.

I rederiets systematiska arbetsmiljöarbete hade lastning identifierats som ett arbetsmoment med betydande risker. Ett antal åtgärder för att förebygga dessa risker hade därför tagits fram. Åtgärderna hanterade dock inte alla situationer som kan uppstå i samband med lastning. Bland annat saknades åtgärder för att säkerställa att riskerna vid backning av fordon minimerades. Därför bör rederiet säkerställa att lämpliga åtgärder vidtas för att hantera risker i samband med lastning och lossning.

Inskolningsrutinerna bör stärkas

Det har funnits stora variationer vid inskolning av ny personal eftersom större delen av inskolningen skedde genom muntlig kunskapsöverföring. Detta har bidragit till en svåröverblickbar bild över kunskapsnivån hos ny personal.

Det har inte heller funnits tillräckligt stöd i skriftliga instruktioner för att ge besättningen ändamålsenlig kunskap för särskilt riskfyllda arbetsmoment som för hur fordon skulle backas på ett säkert sätt.

Rederiet bör därför säkerställa att nya besättningsmedlemmar får tillräcklig kunskap om de arbetsuppgifter som de förväntas ansvara för, kännedom om vilka risker som kan förekomma i samband med arbetet och hur dessa risker kan undvikas eller minimeras.

3.2.2 *Kommunikation och arbetspråk*

Fastställda rutiner om språkanvändning saknades på fartyget

Vid lastningen gav laststyrman information på svenska över radion om hur många lastbilar som lastades på och i vilken fil de skulle lastas. Det har inte gått att fastställa i vilken omfattning lättmatros B kunde tillgodogöra sig informationen, men lättmatrosens begränsade förståelse för svenska språket har sannolikt bidragit till att lättmatrosen inte har uppfattat all information. Detta har sannolikt bidragit till att lättmatrosen inte uppfattade att ytterligare lastbilar var på väg när lättmatrosen bad föraren att backa den första lastbilen.

Lättmatroserna kommunicerade med varandra på engelska som var deras gemensamma språk. Lättmatros B och föraren av lastbilen kommunicerade på polska. Detta kan ha bidragit till att lättmatros A inte uppfattade att det hade uppstått problem vid lastningen och att lastbilen inte var i sin slutliga position.

Användningen av olika språk vid lastningen har försvårat kommunikationen mellan de inblandade. De har därmed haft begränsade möjligheter att uppfatta varandras avsikter och åtgärder i samband med lastningen.

Det är inte ovanligt med att besättningar med olika nationaliteter och språkbakgrund arbetar tillsammans på samma fartyg. På HUCKLEBERRY FINN var huvuddelen av besättningen svenskspråkig och den övriga delen av besättningen behärskade svenska i varierande grad.

Viss information på fartyget var översatt till engelska som t.ex. manualen som beskrev säkerhetsorganisationen och instruktioner som var relaterade till denna. Det fanns dock inga fastställda rutiner kring vilket språk som skulle användas i olika sammanhang. Eftersom den absoluta merparten av besättningen var svenskspråkig kom därför svenska att dominera som arbetspråk. De som inte pratade svenska fick därmed förlita sig på andra vägar för att tillgodogöra sig informationen rörande det dagliga arbetet. Detta har inneburit att alla i besättningen inte har haft möjlighet att tillgodogöra sig relevant information om arbetet. Rederiet bör därför se över sina rutiner över hur instruktioner och annan information förmedlas till samtliga berörda ombord.

Gruppdynamiken i arbetslaget

Arbetslaget bestod av fyra personer, en mycket erfaren laststyrman, lättmatros A med gymnasieutbildning, lättmatros B som studerade på sjöbefälsskola och en däckselev som gjorde praktik under tredje året på sjömansgymnasium.

Lättmatroserna var planerade att arbeta själva tillsammans trots att båda i själva verket var under upplärning. Trots att lättmatros B hjälpte lättmatros A under lastningen gjordes detta utan att samtidigt visa hur

uppgiften skulle utföras. Lättmatros A följde inte heller arbetet utan var upptagen med däckseleven.

Lättmatroserna hade dessutom bara arbetat ihop några dagar och då missförstått varandra vid ett antal tillfällen. De var därför inte planerade att fortsätta arbeta tillsammans dagen efter olyckan.

Det kan inte uteslutas att gruppens sammansättning och samarbete påverkat förutsättningarna för dem att utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt.

3.3 Larmningen från fartyget

Besättningen hade tillgång till larmnummer till räddningstjänsten. Dessa var dokumenterade i nödrutinerna ombord och fanns för alla hamnar som fartyget anlöpte. Besättningen bedömde dock att det var bättre att terminalpersonalen ringde SOS Alarm på grund av att de ändå var tvungna att ta emot och öppna grindarna till ambulansen. Därför ombads terminalpersonalen att ringa SOS Alarm. Detta ledde till en försenad larmning av ambulans och innebär att terminalpersonalen inte kunde förmedla information om den skadade till SOS Alarm.

Det är väsentligt att den som kontaktar den aktuella larmcentralen är nära händelsen och har förstahandsinformation om olyckan. Annars finns det risk för förseningar i larmningen och otillräcklig information kan också innebära att larmoperatören får svårt att bedöma vilka räddningsresurser som behövs för att hantera händelsen. Rederiet bör säkerställa att den som kontaktar extern hjälp kan förmedla en aktuell bild av situationen.

3.4 Rapportering och uppföljning av olyckor

I denna utredning har SHK tagit del av information som inte har direkt anknytning till olyckan men som återspeglar svårigheterna med språk och tydliga instruktioner som funnits ombord vid tidpunkten för olyckan.

När den berörda besättningen samlades efter händelsen på fartyget hölls samtalet på svenska och sannolikt har därför viktig information från besättningen därför inte kommit fram. Det förekom inte heller enskilda intervjuer med den inblandade besättningen rörande händelsen vilket skulle kunnat överbrygga språksvårigheter hos besättningen. Detta ledde i sin tur till att rederiet inte fick en korrekt bild av vad som hade orsakat olyckan och därför vidtagit åtgärder som kanske inte fullt ut kunnat förebygga en liknande händelse. Det saknas även en tydlig instruktion inom rederiet om hur en olycksutredning ska genomföras.

Transportstyrelsen ansvarar för att göra inspektioner efter inträffade olyckor och föra statistik över alla olyckor som sker inom sjöfarten. Det är viktigt att de får in korrekt rapportering och i tid för att kunna agera. I detta fall fick Transportstyrelsen information om händelsen via Försäkringskassan och olycksrapporten från rederiet kom först efter att

Transportstyrelsen hade kontaktat rederiet, ca två veckor efter händelsen. Förklaringen till den uteblivna rapporteringen bedöms ligga i rederiets huvudmanual som beskriver hur olyckor ska rapporteras. Uppfattningen ombord var att olyckan enbart behövde rapporteras till Försäkringskassan. I rederiets huvudmanual beskrevs olika processer för rapportering av "marine accidents" och "labour accidents". SHK bedömer att de interna instruktionerna är otydliga och är lätta att missförstå vilket möjligen kan förklara besättningens handlande. Interna instruktioner innebär inte att tillsynsmyndighetens föreskrifter kan åsidosättas. Enligt dessa är det befälhavaren som är ansvarig att vederbörlig rapportering genomförs.

Både bristerna i hur rederiets olycksutredning genomfördes och hur rapporteringen skedde grundar sig i otydliga instruktioner och bristande kommunikation. Även om detta inte har påverkat händelsen tyder bristerna i den på samma strukturella brister som de bakomliggande orsakerna till olyckan, otydliga instruktioner och bristande kommunikation. Rederiet bör därför se över sina skriftliga instruktioner rörande olycksrapportering och uppföljning.

3.5 Tillsyn av arbetsmiljö

På ett fartyg där många olika människor arbetar inom vitt skilda områden och har olika nationaliteter är det inte ovanligt att språket kan skapa kommunikationssvårigheter. Dagliga rutiner, inläring av nya uppgifter och nödprocedurer måste fungera. Just säkerhetsaspekten är den främsta anledningen till att det finns ett uttryckligt krav på ett gemensamt språk rörande säkerhetsorganisationen.

Även om arbetsmiljölagen inte ställer något uttryckligt krav på vilket arbetsspråk som ska användas så motsvarar kraven det som gäller för fartygets säkerhetsorganisation. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska därmed kommuniceras på ett språk som alla kan tillgodogöra sig.

Arbetsspråket för säkerhetsorganisationen byttes från svenska till engelska 2018. Detta innebar att all dokumentation skulle översättas och att alla ombord skulle ha förmåga att kommunicera på engelska.

Vid intervjuer har det framkommit att besättningen i stor utsträckning fortsatt att kommunicera på svenska i det dagliga arbetet och i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Några exempel på det var radiokommunikationen vid lastning, skyddskommittémöten och dokumentationen rörande det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Skyddskommittén tog upp en fråga rörande språksvårigheter 2022 som handlade om att icke svenskspråkig besättning ej borde vara del av säkerhetsorganisationen. Svårigheterna med språk har därmed bestått över en längre tid. Transportstyrelsen har dock inte haft möjlighet att upptäcka detta eftersom de 2022 inte längre utförde några periodiska

besiktningar av det systematiska arbetsmiljöarbetet ombord. Transportstyrelsen har inte haft några anmärkningar kring språksvårigheter efter 2016.

Fram till 2021 genomförde Transportstyrelsen periodiska besiktningar av arbetsmiljön som ett delmoment vid tillsyn av sjövärdighet, MLC och säkerhetsorganisation. Efter 2021 delegerades tillsynen av MLC och säkerhetsorganisation liksom de övriga konventionscertifikaten till DNV. Tillsyn av arbetsmiljö såsom enhetligt sakområde delegerades inte, men DNV fortsatte att periodiskt besiktiga de delar av arbetsmiljön som anses ingå i tillsynen kopplad till MLC och säkerhetsorganisationen. Fartyg med fullständigt delegerad tillsyn behöver inte genomgå sjövärdighetsbesiktning och tillsynen av det systematiska arbetsmiljöarbetet kan antas ha minskat i omfattning eftersom Transportstyrelsen inte längre genomför periodisk besiktning av MLC eller sjövärdighet på fartyget. Det har inte heller förtydligats som ett svenskt krav i DMLC I eller i instruktioner till erkända organisationer i vilken omfattning som systematiskt arbetsmiljöarbete ska tillsynas.

Svårigheten med vilket språk som används i kommunikationen ombord har uppmärksammats av både Transportstyrelsen och av rederiet själva. I detta fall har brister i kommunikationen varit en bidragande orsak till olyckan. Brister har dock bara uppmärksammats i samband med kontroll av säkerhetsorganisationen och genomförandet av uppgifter relaterad till denna.

Sammantaget kan det konstateras att tillsyn av arbetsmiljön riskerar att hanteras på olika sätt för fartyg som har delegerad tillsyn respektive fartyg där Transportstyrelsen alltså utövar tillsyn. Detta kan medföra en risk för att tillsynen inte blir likvärdig. SHK ser därför att det finns anledning för Transportstyrelsen att utreda hur en likvärdig tillsyn av arbetsmiljön kan säkerställas för fartyg som har delegerad tillsyn respektive fartyg där Transportstyrelsen utövar periodisk tillsyn. En sådan utredning bör innehålla en bedömning av vilka konsekvenser skillnaden i tillsynen av arbetsmiljön kan få ur ett säkerhetsperspektiv.

4. UTLÅTANDE

4.1 Utredningsresultat

- a) Fartyget skulle lastas i Trelleborgs hamn inför resa till Polen.
- b) Fartyget var beräknat att bli fullastat.
- c) På huvuddäck arbetade, förutom laststyrman, två lättmatrosar och en däckselev som närvarade för att observera.
- d) Laststyrman fördelade fordonen.
- e) Den ena lättmatrosen dirigerade en lastbil längst fram mot akterrampen. Den efterföljande lastbilen behövde en elanslutning.
- f) När den andra lättmatrosen skulle hämta en elkabel började den första bilen att backa och lättmatrosen klämdes mellan lastbilarna.
- g) En av lättmatroserna som arbetade med lastningen var inte svenskspråkig.
- h) Lättmatroserna hade begränsad erfarenhet av de arbetsuppgifter de skulle utföra.
- i) Lättmatroserna arbetade med fordon i samma fil.
- j) Lättmatrosen kommunicerade inte avsikten att backa lastbilen till den övriga besättningen.
- k) Någon kontroll av att utrymmet bakom lastbilen var fritt genomfördes inte.
- l) Lättmatroserna kunde inte se varandra efter att den första lastbilen hade stannat. Lättmatroserna kommunicerade inte på annat sätt under arbetet med lastningen i fil C.
- m) All kommunikation om lastningen på fartyget skedde på svenska.
- n) Fartyget saknade skriftliga instruktioner för backning av fordon.
- o) Det systematiska arbetsmiljöarbetet har bedrivits på svenska och har därför inte kunnat förstås av den del av besättningen som inte är svenskspråkig.

4.2 Orsaker till olyckan

Brister i rederiets riskanalys och rutiner har lett till att lastbilen backades utan att besättningen först hade säkerställt att utrymmet bakom lastbilen var fritt från hinder.

Bidragande orsaker har varit att lättmatroserna har fått arbeta utan stöd från mer erfaren besättning trots att de har haft begränsad erfarenhet av arbetsuppgifterna. Brister i kommunikationen har också bidragit till att besättningen inte uppfattat varandras avsikter i samband med lastningen.

Bakomliggande orsaker var att:

- instruktioner rörande arbetsuppgifterna kommunicerades på svenska vilket har inneburit att den del av besättningen som inte talade svenska, inte har fått fullständig information om lastningsarbetet och förutsättningarna för detta,
- rederiet inte hade säkerhetsställt att besättningen hade de kunskaper som behövdes för att genomföra arbetsuppgifterna och
- att det saknades fastställda instruktioner för hur fordon skulle backas på lastdäck.

5. SÄKERHETSREKOMMENDATIONER

TT-Line GmbH & Co. KG rekommenderas att:

- säkerställa att lämpliga åtgärder vidtas för att hantera och kommunicera identifierade risker i samband med lastning och lossning (se avsnitt 3.2). (SHK 2023:11 R1)
- Se över sina rutiner över hur instruktioner och annan information förmedlas till samtliga berörda ombord (se avsnitt 3.2). (SHK 2023:11 R2)
- I händelse av nöd säkerställa att den som kontaktar extern hjälp kan förmedla en aktuell bild av nödsituationen (se avsnitt 3.3). (SHK 2023:11 R3)

Transportstyrelsen rekommenderas att:

- utreda hur en likvärdig tillsyn av arbetsmiljön kan säkerställas för fartyg som har delegerad tillsyn respektive fartyg där Transportstyrelsen utövar periodisk tillsyn. En sådan utredning bör innehålla en bedömning av vilka konsekvenser skillnaden i tillsynen av arbetsmiljön kan få ur ett säkerhetsperspektiv. (se avsnitt 3.5). (SHK 2023:11 R4)

SHK emotser besked senast den **8 december 2023** om vilka åtgärder som har vidtagits med anledning av de rekommendationer som har lämnats i rapporten.

På Statens haverikommissions vägnar

Kristina Börjevik Kovaniemi

Per Jakobsson