

RAAD VOOR DE SCHEEPVAART

Jaarverslag 2009 - 2010

RAAD VOOR DE SCHEEPVAART

Oudebrugsteeg 11
1012 JN Amsterdam

Telefoonnummer: 020 - 622 04 77

Faxnummer: 020 - 626 42 52

E-mailadres: secretariaat@raadvoordescheepvaart.nl

Website: www.raadvoordescheepvaart.nl

INHOUD

Algemeen	4
Nieuwe zaken 2009	6
Onderzoeken gepubliceerd in 2009	8
Koopvaardij	8
Tuchtrechtelijke maatregelen koopvaardij	23
Zeevisserij	24
Tuchtrechtelijke maatregelen zeevisserij	30
Onderzoeken gepubliceerd in 2010	31
Koopvaardij	31
Tuchtrechtelijke maatregelen koopvaardij	45
Zeevisserij	46
Tuchtrechtelijke maatregelen zeevisserij	47
Bijlage Ia	
Chronologisch overzicht van door de Raad gepubliceerde onderzoeken nummers 1 t/m 17 2009	48
Bijlage Ib	
Chronologisch overzicht van door de Raad gepubliceerde onderzoeken nummers 1 t/m 13 2010	50
Bijlage IIa	
Alfabetisch register betrokken schepen 2009	51
Bijlage IIb	
Alfabetisch register betrokken schepen 2010	52
Bijlage III	
Overzicht aanbevelingen en leringen 2009 en 2010	53
Samenstelling Raad voor de Scheepvaart 2009 - 2010	70

ALGEMEEN

2009 – 1e halfjaar 2010

Per 1 januari 2010 is de wijziging van de Schepenwet in werking getreden waarbij de Raad voor de Scheepvaart werd opgeheven.

Vanaf die datum heeft de Raad geen nieuwe zaken meer in behandeling genomen. Wel zijn de leden van de Raad per die datum voor een half jaar herbenoemd, maar uitsluitend om de Raad in staat te stellen de lopende zaken af te handelen. Dat is binnen die termijn gebeurd en daarmee is de Raad per 1 juli 2010 definitief opgeheven.

De belangrijkste taken van de Raad: het onderzoek naar de oorzaak van scheepsrampen en de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van scheepsofficieren op schepen onder de rood-wit-blauwe Koninkrijksvlag, worden voortgezet door respectievelijk de Onderzoeksraad voor Veiligheid en twee Tuchtcolleges voor de Scheepvaart, een gevestigd in de Beurs van Berlage in Amsterdam, voor zover het gaat om in Nederland geregistreerde schepen, en een gevestigd in Willemstad op Curacao, voor zover het gaat om schepen geregistreerd op de Antillen. Het beroep tegen beslissingen van Scheepvaartinspectie bij de voorzitter van de Raad is komen te vervallen, en kan nu nog uitsluitend bij de bestuursrechter worden ingesteld.

In de laatste anderhalf jaar van zijn bestaan publiceerde de Raad 30 uitspraken. Zeven daarvan hadden helaas betrekking op ongevallen met dodelijke afloop:

Aan boord van de splijtbak “Vliet” (uitspraak 9/2009) werd bij baggerwerkzaamheden een matroos dodelijk getroffen door een plotseling strak komende lijn.

Op de “Coastal Digger” (uitspraak 2009/16) werd het slachtoffer dat met een been in een bocht van de neuringlijn stond bij vallend anker overboord gesleurd.

Tijdens een poging om een net uit de schroef van de “Aaltje Jacoba” (uitspraak 5/2009) te verwijderen, kwam het bemanningslid dat deze duikwerkzaamheden uitvoerde in moeilijkheden en kon niet meer tijdig uit het water worden gehaald.

Een opvarende van de “Hanny” HD 70 (uitspraak 8/2009) werd bij het uitzetten van de netten dodelijk getroffen door een strak trekkende giekendraad.

Tijdens werkzaamheden op het luik van de afgemeerde “Menna” (4/2010) viel een bemanningslid op de kade en overleed aan zijn verwondingen.

Op de “Eclips” (uitspraak 9/2010) verongelukte de tweede werktuigkundige door een elektrische schok bij werkzaamheden in een schakelkast waar nog stroom op stond.

Een bemanningslid van de “Adriaantje” UK 2 (uitspraak 3/2010) raakte bij werkzaamheden aan dek overboord en verdronk. De precieze toedracht kon niet met zekerheid worden vastgesteld.

Mogelijk is hij door een strak komend paktouw overboord getrokken.

Dan waren er – zoals in iedere verslagperiode de laatste jaren – weer ongevallen met luikenwagens. In deze periode drie, gelukkig niet met dodelijke afloop maar wel met ernstig lichamelijk letsel: de “Dagna” (uitspraak 14/2009), de “OSC Vlistdiep” (uitspraak 5/2010) en de “Flinterduin” (uitspraak 7/2010).

Een zaak die veel aandacht trok, maar zonder persoonlijk letsel verliep, was de stranding van de met container kranen geladen “Zhen Hua 10” bij de Maasvlakte (15/2009). Een aantal factoren speelde

daarbij een rol. De Raad deed negen aanbevelingen om herhaling van problemen met dit soort schepen te voorkomen.

De laatste zaak die de Raad ter openbare zitting behandelde, was de brand aan boord van de “Waker” (uitspraak 13 /2010). Dit schip, in gebruik bij de Nederlandse Kustwacht liep bij de brand zoveel schade op dat het moest worden gesloopt.

Uitgebreide samenvattingen van deze en de andere in 2009 en 2010 gepubliceerde uitspraken, met de daarbij behorende aanbevelingen en leringen, zijn opgenomen in dit verslag.

Het aantal uitspraken van de Raad in de verslagperiode had nog groter kunnen zijn, ware het niet dat zeven onderzoekdossiers pas na 1 januari van dit jaar door Scheepvaartinspectie bij de Raad zijn ingediend. Op grond van de wettelijk vastgelegde en niet meer op afzienbare termijn te wijzigen regeling rond de opheffing van de Raad, konden die niet meer in behandeling worden genomen. In ieder geval één daarvan, had onder normale omstandigheden wel tot een onderzoek door de Raad geleid.

Mogelijk wordt deze zaak nog voor een tuchtrechtelijke beoordeling ingediend bij het Tuchtcollege voor de Scheepvaart te Amsterdam.

100-jarig bestaan en afscheid

Van geheel andere orde waren de activiteiten rond het 100-jarig bestaan van de Raad dat nog juist gevierd kon worden in het najaar van 2009.

In dat kader werd samen met de eveneens 100-jarige Scheepvaartinspectie een tentoonstelling georganiseerd in het Maritiem Museum Prins Hendrik in Rotterdam over 100 jaar Schepenwet. De Raad hield voorts in november een symposium in Amsterdam onder de titel: ‘Is de wet van de afnemende meerwaarde ook van toepassing op regelgeving?’ waarbij ook het eerste exemplaar van het jubileumboek “100 jaar Raad voor de Scheepvaart”, geschreven door mr. E.A. Bik, werd uitgereikt. Later die maand volgde nog een receptie en diner voor de leden van de Raad en andere genodigden.

Na een buitengewone zitting in februari 2010 waarbij het startschot werd gegeven voor het nieuwe Tuchtcollege voor de Scheepvaart, werd in juni daaropvolgend in een buitengewone zitting stilgestaan bij het afscheid van de Raad.

Daarmee is dan na een drukke periode een einde gekomen aan de Raad voor de Scheepvaart. Het werk van de Raad ten behoeve van de veiligheid op zee is natuurlijk nooit af, en wordt gelukkig – zij het in enigszins andere vorm – voortgezet door de hiervoor genoemde colleges.

De Raad wenst de leden van deze colleges wijsheid en succes, en dankt de vele organisaties in de scheepvaart- en visserijwereld die het werk van de Raad hebben gesteund en zich hebben ingezet voor het behoud van het tuchtrecht.



U.W. Bentinck,
oud-voorzitter

Amsterdam, september 2010

NIEUWE ZAKEN

In 2009 zijn 61 zaken aan de Raad voor de Scheepvaart aangeboden door het Hoofd van de Scheepvaartinspectie. Eén zaak is aangeboden door de Commissie van Onderzoek van de Nederlandse Antillen.

Van de zaken aangeboden door het Hoofd Scheepvaartinspectie betrof het:

19 zaken met het advies om wel een onderzoek door de Raad te laten uitvoeren.

42 zaken met het advies om geen onderzoek door de Raad te laten uitvoeren.

Ter vergelijking van de cijfers van 2009-2010 met voorgaande jaren wordt gerefereerd aan onderstaand overzicht:

Jaar:	Aangeboden door HSI:	Aantal zaken ter openbare zitting onderzocht door de Raad en gepubliceerd:
1987	86	18
1988	110	31
1989	93	24
1990	103	22
1991	113	25
1992	84	32
1993	103	30
1994	107	35
1995	122	31
1996	131	39
1997	135	32
1998	93	26
1999	75	23
2000	64	31
2001	66	29
2002	52	21
2003	57	16
2004	52	11
2005	53	13
2006	80	23
2007	94	16
2008	58	11
2009	62	17
2010	0	13

Hierbij dient opgemerkt te worden dat niet alle door het Hoofd van de Scheepvaartinspectie in een jaar aangebrachte en door de Raad onderzoekswaardig geachte zaken, in hetzelfde jaar ter openbare zitting worden behandeld.

Van de 61 in 2009 en 2010 aangebrachte zaken betrof het in 58 gevallen Nederlandse en in vier gevallen buitenlandse schepen.

De commissie van de Raad voor de Scheepvaart, die de aangeboden zaken beoordeelt, is in twee gevallen afgeweken van het advies van het Hoofd van de Scheepvaartinspectie.

Bij het eerste geval adviseerde het Hoofd van de Scheepvaartinspectie geen onderzoek en besloot de commissie tot onderzoek.

Bij het tweede geval adviseerde het Hoofd van de Scheepvaartinspectie een onderzoek en besloot de commissie niet te onderzoeken.

Ook de Antillenzaak, de “Stellamare”, werd niet nader onderzocht. De Commissie van Onderzoek op de Antillen had zelf al uitgebreid onderzoek naar de oorzaak van die – overigens wel ernstige – ramp gedaan op grond waarvan de nodige leringen waren getrokken en het leek uitgesloten dat de voor een tuchtrechterlijke vervolging betrokken personen, allen afkomstig uit Oost-Europa en niet meer in dienst bij de betreffende rederij, nog te achterhalen zouden zijn

De uitspraken van de Raad voor de Scheepvaart vanaf 1995 tot heden kunt u vinden op www.overheid.nl > officiële publicaties > uitspraken Raad voor de Scheepvaart en op de website van de Raad voor de Scheepvaart: www.raadvoordescheepvaart.nl.

GEPUBLICEERDE ONDERZOEKEN VAN DE RAAD VOOR DE SCHEEPVAART IN 2009

KOOPVAARDIJ (2009)

Van de twaalf onderzoeken van de Raad in de koopvaardij betrof het tweemaal een dodelijk ongeval waarbij twee doden waren te betreuren.

In twee gevallen was sprake van ernstige verwondingen.

Bij zes onderzoeken ging het om een stranding, gronding of het stoten van de zeebodem.

De overige twee onderzoeken betroffen een brand in de machinekamer en een CO²-lekkage uit een brandblusinstallatie.

“ARTEMIS” (uitspraak nummer 1 – stranding)

Betrokkene: de kapitein

Op 10 maart 2008 raakte het Nederlandse vrachtschip “Artemis” bij het aanlopen van de haven van Les Sables d’Olonne (Frankrijk), tijdens slecht weer, geboeid op het strand aldaar.

Op 9 maart 2008 was de “Artemis” onderweg van Lissabon naar Les Sables d’Olonne aan de Franse westkust. De eerste stuurman had de reisvoorbereiding uitgevoerd. De reisvoorbereiding had betrekking op het traject tot aan het loodsstation voor Les Sables d’Olonne. De “Artemis” was loodsplichtig. De kapitein had deze haven niet eerder aangedaan.

De Raad kwam tot de conclusie dat de stranding van de “Artemis” in overwegende mate is te wijten aan een verkeerde inschatting door de loods van het traject dat het schip zou afleggen vanaf het moment dat hij verzocht om 020° voor te gaan liggen om hem aan boord te laten komen, tot het moment dat hij op de brug arriveerde. De kapitein zag aanvankelijk geen aanleiding om te twijfelen aan de koersaanwijzing van de loods. Toen hij zich zorgen begon te maken, kon hij niets meer doen zonder

de loodsboot en de loods in gevaar te brengen. Door de moeilijke embarkatie en het voor een gesloten deur staan op weg naar boven duurde het langer dan normaal voordat de loods op de brug verscheen. Ten slotte lukte het onder de heersende omstandigheden niet om met de machine vol achteruit de vaart uit het schip te halen.

De Raad acht de keus van de loods om te embarkeren op een voordewindse koers die recht op de dichtstbijzijnde kust af ging, onjuist. Meer voor de hand lag een koersverandering naar bakboord, die het schip tijdens het embarkeren reeds in de aanlooplichtenlijn van de haven zou hebben gebracht.

Dit neemt niet weg dat de Raad ook op het handelen van de kapitein het een en ander heeft aan te merken. In de eerste plaats is de door de kapitein goedgekeurde reisvoorbereiding onvoldoende geweest, in die zin dat deze het traject 'pilot to pilot' besloeg en niet zoals juist zou zijn geweest – hetgeen de kapitein ter zitting ook heeft erkend – 'van ligplaats tot ligplaats'. Dit bracht mee dat vanaf het laatste waypoint in de waiting area geen gedocumenteerde gegevens meer voorhanden waren. Dit heeft naar het oordeel van de Raad mogelijk tot gevolg gehad dat de kapitein, die ter plaatse niet bekend was, geheel en al op de aanwijzingen van de loods, ook toen deze nog niet aan boord was, is afgegaan en deze aanwijzingen niet kritisch heeft kunnen toetsen. Juist onder de heersende slechte weersomstandigheden leverde dit extra risico's op die zich ook hebben verwezenlijkt. Meer in het bijzonder heeft ook de kapitein onderschat dat het voldoen aan het verzoek van de loods 020° te gaan sturen het schip in een gevaarlijke situatie zou kunnen brengen. Hij had dan ook naar het oordeel van de Raad er beter aan gedaan de loods te vragen aan boord te komen nadat het schip bakboorduit was gegaan en in de lichtenlijn voer.

Ook is niet gebleken dat de kapitein heeft overwogen om niet naar binnen te varen en om te draaien, hetgeen hij volgens zijn verklaring ter zitting in een dergelijke situatie in de toekomst wel zou doen.

De Raad keurt het voorts af dat de kapitein tijdens de aanloop van Les Sables d'Olonne alleen op de brug stond, zodat hij alles, manoeuvreren, navigeren en communiceren, alleen moest doen. Ofschoon niet kan worden vastgesteld dat deze handelwijze – die overigens ook in strijd is met de geldende voorschriften – op zichzelf beschouwd heeft bijgedragen aan de gronding, acht de Raad dit, zeker onder de heersende omstandigheden, onverantwoord.

Op grond van dit alles, in onderlinge samenhang bezien, komt de Raad tot de slotsom dat de kapitein enige medeschuld heeft aan de scheepsramp. Gelet evenwel op de geringe mate van medeschuld, op het feit dat zoals ter zitting is gebleken de kapitein van dit voorval heeft geleerd en op de omstandigheid dat de stranding tot veel negatieve publiciteit voor hem heeft geleid, acht de Raad het opleggen van een maatregel niet op zijn plaats.

Aanbevelingen

1. Wanneer wordt afgeweken van de gebruikelijke wijze van beloodsing, dient de loods zijn intenties tijdig kenbaar te maken aan de kapitein teneinde deze in staat te stellen daarover te overleggen en te anticiperen op de overeengekomen procedure.
2. Aandacht besteden aan de relatie tussen de snelheid van het schip en het toerental waarbij door cavitatie van de schroef vermogensverlies gaat optreden. Vooral bij achteruit slaan kan onbekendheid met dit verschijnsel risico opleveren.

“LAUWERSBORG” (uitspraak nr. 2 – stoten op een ondiepte)

Betrokkene: de kapitein

Op 24 maart 2008 stootte het Nederlandse vrachtschip “Lauwersborg”, bij het aanlopen van de haven van Hundested (Denemarken), tijdens hevige sneeuwval, op een ondiepte.

De Raad is van mening dat het een goede beslissing was van de kapitein om, ondanks zijn bekendheid met het vaargebied en de haven van Hundested, ingaand een loods te nemen.

Toen het onverwachts begon te sneeuwen en te waaien had de kapitein hierdoor een paar lokaal zeer goed bekende extra ogen en oren aan boord. Toen het zicht afnam tot 300 à 400 meter door sneeuwval, had de kapitein er wellicht goed aangedaan een tweede man (stuurman of roerganger) naar boven te laten komen waardoor hij meer tijd vrij gehad zou hebben om zich met andere aspecten van de navigatie bezig te houden. In de nabijheid van het ‘point-of-no-return’ nam de sneeuwval plotseling zoveel in hevigheid toe dat het zicht afnam tot minder dan 100 meter. Hierdoor werd de 3-cm-radar, die bijstond, volkomen onbruikbaar en door de geheel onverwachte zware sneeuwval kon de kapitein niet tijdig van de 3-cm- naar de 10-cm-radar overschakelen.

De vaart werd gelijk teruggenomen en de kapitein liet het schip na het passeren van de ‘gele’ kruisboei langzaam naar stuurboord draaien. Hierdoor werd in elk geval voorkomen dat het schip, ondanks het vrij ruim passeren van de ‘gele’ kruisboei, te dicht bij de in de reisvoorbereiding meegenomen ondiepte van 5,7 meter zou komen. Deze ondiepte werd inderdaad goed vrijgevaren en door niet teveel stuurboord roer te geven werd voorkomen dat het schip te snel en te ver naar stuurboord zou verdagen met alle mogelijke gevolgen van dien.

Tevens moet men, alvorens drastische maatregelen te nemen, absoluut zeker zijn van de exacte positie van het schip en dat was nu, door het verminderde zicht vanwege de zware sneeuwval en door het niet goed functioneren van de op dat moment bijstaande radar, niet het geval. De DGPS-positie op de Ecdis is over het algemeen betrouwbaar, maar deze kon niet meer gecontroleerd worden.

Helaas beschikte de kapitein niet over de juiste informatie over de waterdiepte van het gebied waarin hij voer. Hij had geen enkele reden om aan te nemen dat een geringe verruiming van de passeerafstand tot de boei zijn schip ernstig in gevaar zou brengen. Deze essentiële informatie had hij moeten kunnen halen uit de gebruikte kaart en ook de loods, met lokale kennis van zaken, had op de hoogte moeten zijn van het bestaan van de ondiepte van 6,2 meter.

Op de door de kapitein gebruikte kaart was deze ondiepte echter niet aangegeven en ook de loods was niet op de hoogte van het bestaan ervan.

De positie waar het schip uiteindelijk de bodem geraakt heeft komt, na een zorgvuldige reconstructie van de gronding met behulp van de gegevens van de VDR, vrijwel overeen met de positie van de ondiepte van 6,20 meter in de Deense survey-kaart.

De Raad is van mening dat de kapitein correct is geweest in de uitvoering van de navigatie met de gegevens die hij had. Het is niet duidelijk waarom de ondiepte van 6,20 meter niet in de kaart staat en ook niet bekend was bij de loods. De kapitein vertrouwde op de loods waar hij goede ervaringen mee had.

Gezien het bovenstaande is de Raad van oordeel dat de kapitein geen schuld heeft aan de gronding en dat een tuchtrechtelijke maatregel derhalve niet aan de orde is.

Lering

1. Bij plotseling opkomend slecht zicht is het verstandig zo snel mogelijk een extra man naar boven te laten komen.

Aanbevelingen

1. Indien uitvoerbaar een extra monitor op de brug plaatsen zodat zowel de 3 als de 10 cm. radar tegelijkertijd gebruikt kunnen worden.
2. Indien een schip regelmatig dezelfde havens aandoet proberen, indien de omstandigheden dit toelaten, zoveel mogelijk dezelfde route te volgen als bij vorige reizen.
3. De passeerafstand tot 'enkele' boeien binnen redelijke grenzen (scheeps lengte) houden tenzij men anders geadviseerd wordt.

“HELENIC” (uitspraak nr. 3 – aan de grond lopen)

Betrokkene: de kapitein

Op 23 mei 2008 raakte het Nederlandse vrachtschip “Helenic” bij vertrek uit Oxelösund (Zweden) aan de grond.

Het was de eerste keer dat de kapitein met een schip in Oxelösund kwam. Hij heeft daarom een loods genomen. Vanaf het loodsstation voer het schip via de zuidelijke route naar binnen.

Toen de kapitein i.v.m. de binnenkomst van een ander schip via de zuidelijke route vlak voor zijn vertrek – nu zonder loods – besloot om de noordelijke route naar het loodsstation te nemen, zag hij geen kans op de één of andere manier nieuwe waypoints in de kaart in te voeren. Hij liet hierbij na met de stuurman in overleg te treden om aan de weet te komen of deze werkelijk niet op de hoogte was van het werken met de Ecdis.

Het was de beslissing van de kapitein toch te vertrekken. De kapitein was bij vertrek alleen op de brug en stuurde zelf het schip met de hand. Voorts is uit niets gebleken dat de kapitein de zeilaanwijzingen geraadpleegd heeft voor vertrek via de noordelijke route en ook is het de kapitein niet opgevallen dat op kaart BA 3218 in de nabijheid van Oxelösund vermeld staat:

“LATERAL BUOYAGE Change in the direction of buoyage”.

Bovendien heeft hij geen gebruik gemaakt van de lichtenlijn F.R. 20 M/F.R. 14 M. (271°3) welke hem bij een koers van 091°3 had laten vrijvaren van alle obstakels op zijn weg. De brug-lay-out van de “Helenic”, onder andere de opstelling van de schermen van de Ecdis kan beter en de kapitein-eigenaar denkt erover hierin een aantal praktische verbeteringen aan te laten brengen.

Volgens de verklaring van de kapitein heeft hij ‘automatisch’ alle groene boeien over stuurboord gehouden en dat is hem uiteindelijk noodlottig geworden. Eens te meer blijkt hier dat een eenmansbrugbezetting bij aankomst of vertrek in feite onvoldoende is, de kapitein kon niet navigeren en sturen tegelijk maar moest dit wel in een voor hem onbekend vaargebied. In een IMO-resolutie is vastgelegd dat de roerganger niet met andere taken dan sturen mag worden belast. De kapitein ziet zijn fouten in en zegt van zichzelf dat hij een enorme ‘stomiteit’ heeft begaan door niet op te merken dat in de kaart het de kardinale betonningsstelsel overging naar het laterale systeem.

De Raad strafte de kapitein wegens zijn schuld aan de ramp door hem de bevoegdheid tot het varen als kapitein te ontnemen voor een periode van één week.

Leringen

1. Een goede reisvoorbereiding (RVB) is van groot belang. Het is een leidraad die veel informatie geeft over de te volgen route. Een goede RVB levert een belangrijke bijdrage aan de veilige vaart van een schip.
2. In dit geval was de RVB duidelijk onvoldoende omdat de no-go-areas niet aangegeven waren, de reden waarom het schip geboeid raakte.
3. Afwijken van een van te voren gemaakte planning moet zoveel mogelijk worden voorkomen.
4. Een kapitein van een vertrekkend schip moet zich niet laten opjagen door de loods of de kapitein van een binnenkomend vaartuig. Er dient tussen beide schepen een goede wisselwerking te zijn teneinde dit soort ongevallen te voorkomen.
5. Op schepen met een Ecdis dienen diegenen die er mee moeten werken goed op de hoogte te zijn van de werking van het systeem en de mogelijkheden die het systeem biedt kunnen gebruiken.
6. Koerslijnen moeten altijd in de zeekaart of in de Ecdis worden gezet zodat bijzonderheden op of afwijkingen van de route onmiddellijk opvallen.

Aanbevelingen

1. Een Bridge Resource Management cursus (BRM) kan een belangrijke verbetering zijn voor de veiligheid van schip en lading. Op een BRM-cursus leert men veel slechte gewoontes en ingeslopen slordigheden af onder een veelal vakbekwame leiding.
2. Verplaatsen van de “Hellenic’s” Ecdis-schermen zodat er een beter zicht op wordt verkregen zodat degene die de navigatie voert een beter overzicht kan houden.
3. Een Ecdis-cursus verplicht stellen voor een ieder die met deze apparatuur moet werken.
4. Optimaal gebruik maken van door de “wal” geplaatste lichtenlijnen en andere hulpmiddelen. Zij geven extra informatie ten behoeve van een veilige vaart.

“DUTCH PROGRESS” (uitspraak nr. 4 – CO²-lekkage uit brandblusinstallatie)

Op 21 september 2007 ontstond aan boord van de Nederlandse chemicaliëntanker “Dutch Progress”, varende op de Noordzee, CO²-lekkage uit de flessen van de brandblusinstallatie, waarbij de CO² onder andere in de verblijven van de bemanning kwam.

Op 10 oktober 2007 is door de rederij Broere Shipping met medewerking van leverancier Ajax-Chubb een onderzoek gehouden naar de toedracht van het ongeval met de CO²-blusinstallatie. Daarbij werd vastgesteld dat de temperatuur in de container als gevolg van een defect van de thermostaat van de verwarming, tot boven de 30° C moet zijn opgelopen om de vloeibare CO² in gasvorm te kunnen laten overgaan. In een drietal cilinders is de temperatuur opgelopen tot waarden tussen 61° en 69° C waardoor de gasdruk kon oplopen tot waarden tussen 175 en 200 bar en de veiligheidsplaatjes op de cilinder doorbraken. Eveneens als gevolg van oplopende gasdruk zijn van een of meer cilinders, tegen de ingestelde veerdruk in, de afsluiters naar de verzamelleiding gelicht. Dit had bij een correcte afstelling niet eerder moeten gebeuren dan het doorbreken van de veiligheidsplaatjes. Nader onderzoek wees uit dat bij enkele afsluiters de veerdruk inderdaad te laag was ingesteld. Op het zusterschip “Dutch Pilot”, uitgerust met dezelfde installatie, bleek dat niet het geval te zijn. Naar aanleiding van het onderzoek werd op de verwarming een dubbele beveiliging geïnstalleerd en werd de ventilatie van de container naar de achterzijde verplaatst.

De bemanning van de Dutch Progress is op 21 september 2007 door het oog van de naald gekropen. Het toeval wilde dat de hoofdwerktuigkundige zich ten tijde van het afblazen van de CO²-cilinders in de machinekamer bevond. De melding van de HWTK dat het alarm van de CO²-blusinstallatie was afgegaan en dat op het achterdek een sissend geluid hoorbaar was geweest, leidde tot de conclusie dat er iets ernstig mis was met de CO²-container. De kapitein had het verband tussen de kort daarvoor door hem waargenomen onaangename geur en de CO² zonder die boodschap zeer waarschijnlijk niet tijdig genoeg gelegd om ongelukken te kunnen voorkomen.

De hoofdwerktuigkundige op zijn beurt, kon het verband tussen het sissende geluid aan dek en de CO² zeer snel leggen omdat het CO²-alarm in de machinekamer afging. Dat laatste gebeurde dank zij het feit dat enkele cilinderafsluiters te laag waren afgesteld en daarom de CO²-verzamelleiding onder druk kwam. De ongevraagde geurtoevoeging aan de CO², het toeval dat de hoofdwerktuigkundige in de machinekamer was en de foutieve afstelling van enkele CO²-afsluiters, hebben er bij elkaar toe geleid dat een ramp kon worden voorkomen.

Leringen

1. Aanpassingen van een gecertificeerd systeem dienen naar de mening van de Raad in ieder geval met de leverancier te worden besproken.
2. Een algemeen machinekameralarm op de brug is niet voldoende om te waarschuwen tegen CO²-vergiftiging.

Aanbevelingen

1. Nationale regelgeving voor CO²-brandblussystemen opnieuw in beschouwing nemen en in ieder geval toevoeging van geurstof aan CO² verplicht stellen.
2. Bij buitendekse opslag van gevaarlijke stoffen de aangrenzende compartimenten nadrukkelijk betrekken bij de risicoanalyse.

“MORRABORG” (uitspraak nr. 6 – stoten op een ondiepte)

Betrokkene: de kapitein

Op 31 januari 2008 stootte het Nederlandse vrachtschip “Morraborg”, varende in de nabijheid van de Jossingfjord (Noorwegen), tijdens anker hieuwen in slecht weer, meerdere keren op een ondiepte.

De “Morraborg” zou ongeveer vijf dagen in Rotterdam blijven voor reparaties. Op 29 januari, rond het middaguur, kreeg de kapitein echter opdracht zo spoedig mogelijk te vertrekken naar Jossingfjord in Noorwegen. De tweede stuurman kreeg opdracht de reisvoorbereiding te maken en begon met het uitzoeken van de kaarten. Hierbij bleek dat detailkaart BA 3536 voor Jossingfjord niet aan boord was. De kapitein en de beide stuurlieden waren van mening dat de wel aanwezige kaart BA 281 goed bruikbaar was als aanloopkaart voor het loodsstation. De “Morraborg” vertrok om 16.45 uur naar zee met een uiterst summiere en incomplete reisvoorbereiding en zonder kaart BA 3536.

De reis naar Noorwegen verliep zonder incidenten maar bij aankomst moest, tegen de verwachting in, buiten geankerd worden. Bij gebrek aan een detailkaart werd aan de loods gevraagd waar geankerd kon worden. De opgegeven positie bevond zich middenin een gebied waar ‘dangerous waves’ voorkwamen en de kapitein was hier niet gelukkig mee. De weersverwachting was ronduit slecht en in sommige berichten werd zelfs gesproken over ‘near hurricane winds’. Een andere ankerplaats was niet

beschikbaar en het schip kwam laat in de avond op 30 januari 2008 ten anker in nagenoeg de opgegeven positie. De weersomstandigheden waren toen nog redelijk goed maar werden er gedurende de nacht niet beter op. Toen de kapitein op 31 januari om 08.00 uur zelf op wacht kwam, begon het weer snel te verslechteren en tijdens de koffie om 10.00 uur op de brug werd er al gediscussieerd over wel of niet ankerop gaan. Vanaf ongeveer 10.30 uur begon het anker te krabben en het schip verdaagde snel om de noord waar op een afstand van 2 mijl van de oorspronkelijke ankerplaats een ondiepte lag met een minste waterdiepte van 2,7 meter met een boei ten westen daarvan. Om 11.15 uur was het schip gereed om te manoeuvreren en de pitch werd op 4 gezet, wat overeenkomt met langzaam vooruit, en werd begonnen met ankerhieuwen. Om 11.30 uur stootte het schip op de ondiepte doordat er onvoldoende vaart gemaakt werd om van de ondiepte vrij te blijven. In kaart BA 281 was vrijwel geen informatie te vinden over de ondiepte en men was onbekend met de waterdiepte van ongeveer 170 meter direct ten zuiden van de rotsen. De schade aan het schip na het stoten was groot.

De kapitein had niet uit Rotterdam moeten vertrekken zonder kaart BA 3536 aan boord. Tevens wist hij dat de reisvoorbereiding onvoldoende was en hij heeft geen enkel initiatief getoond om daar wat aan te doen. De Raad heeft er begrip voor dat mogelijk de bevrachtingafdeling enige druk op hem heeft uitgeoefend om zo snel mogelijk naar de laadhaven te vertrekken. Voorts is de Raad van mening dat de kapitein kaart BA 281 met behulp van de Sailing Directions voor het gebied zorgvuldig had moeten bestuderen. Uit niets is gebleken dat dit inderdaad is gebeurd. Hij was er dan van op de hoogte geweest waarom er in BA kaart 281 gewag gemaakt wordt van 'dangerous waves'. Bovendien was hij dan ook op de hoogte geweest van andere nautische gevaren zoals de Bær-ondiepte die later ongewild zijn pad kruiste.

De kapitein had veel eerder ankerop moeten gaan toen het weer snel verslechterde en op veilige afstand van de kust gaande moeten houden. Hij heeft dit echter niet gedaan en gewacht tot het eigenlijk te laat was.

De ramp met de "Morraborg" heeft weer eens laten zien dat kleine oorzaken grote gevolgen kunnen hebben. Het is onverantwoord om te (gaan) varen zonder de noodzakelijke kaarten voor het gebied waar men naar toe moet. De kapitein heeft ook geen of onvoldoende gebruik gemaakt van de informatie welke hem bereikte via de Navtex en de SPOS.

Naar de mening van de Raad had de kapitein bij het op wacht komen om 08.00 uur gelijk de machinekamer moeten bestellen en ankerop moeten gaan. Hij heeft niet de doortastendheid getoond die van een ervaren kapitein mag worden verwacht onder dergelijke omstandigheden.

De kapitein is in het rederijonderzoek na de ramp schuldig bevonden aan het stoten van de "Morraborg" en naar aanleiding daarvan door de rederij teruggezet naar de rang van eerste stuurman. Hij verklaarde zich in deze beslissing te kunnen vinden en is bereid tot het volgen van opfris- en andere cursussen om zodoende in de toekomst beter te kunnen functioneren.

Rederij Wagenborg heeft zelf een uitgebreid intern onderzoek uitgevoerd en de Raad kan zich vinden in de daaruit voortvloeiende conclusies.

De Raad strafte de kapitein wegens zijn schuld aan de gebleken tekortkomingen in samenhang met de gronding, door het te zijnen aanzien uitspreken van een berisping.

Leringen

1. Er dient op te worden toegezien dat als de mogelijkheid daartoe bestaat alle kaarten voor de te ondernemen reis aan boord voorhanden zijn.
2. De reisvoorbereiding dient volledig te zijn en ter goedkeuring, voor aanvang van de reis, aan de kapitein te worden voorgelegd.

3. Kapiteins dienen zich bij het nemen van hun beslissingen te baseren op feiten en niet op veronderstellingen of eigen aannames.
4. Als er gegronde twijfel bestaat of het voor een geankerd schip veilig is te blijven liggen, niet aarzelen en vertrekken.

Aanbevelingen

1. Admiralty Sailing Directions en andere nautische publicaties dienen voor aankomst door alle nautici zorgvuldig bestudeerd te worden.
2. Voldoende aandacht besteden aan weerberichten en -verwachtingen via Navtex en SPOS, zodat men niet voor verrassingen komt te staan.
3. Als er voor opvarenden die op het voorschip moeten zijn om anker te hieuwen, door welke omstandigheden dan ook gevaar bestaat, zo mogelijk het anker uit de grond stomen of het anker met ketting laten slippen door het openen van de slampamper.
4. Te kleine kettingbakken waarin de ketting door de bemanning moet worden weggestuwd zo spoedig mogelijk (laten) aanpassen.
5. Ten anker liggend altijd de positie-alarmering op de GPS instellen.
6. Voortdurend de aandacht vestigen op de regels die gelden voor een goede reisvoorbereiding. In dit geval had een duidelijk aangegeven 'no-go-area' deze scheepsramp kunnen voorkomen.
7. Als blijkt dat een anker krabt, gelijk drastische maatregelen nemen om erger te voorkomen. De ervaring heeft geleerd dat de snelheid waarmee een schip verdaagt in vrijwel alle gevallen toe- en niet afneemt.

“VLIET” (uitspraak nr. 9 – dodelijk ongeval)

Op 22 augustus 2008 heeft zich aan boord van de Nederlandse slijtbak/omnibarge “Vliet”, een ongeval voorgedaan waarbij een opvarende dodelijk gewond raakte.

De kapitein van de “Vliet” was vertrouwd met de manoeuvre die op 22 augustus 2008 werd uitgevoerd. Hij was sinds 23 juli als kapitein van de “Vliet” betrokken bij het baggerproject in Klaipėda. Hij was bekend met de afwijkende bevestiging van de sidewires aan stuurboord van de “Kategats”. Het was voor hem echter het eerste project waarbij hij rekening moest houden met sidewires die niet door wirepoles onder water werden gehouden. Ter zitting verklaarde hij in de eerste twee laadposities de achterste sidewire van de “Kategats” goed te kunnen waarnemen vanaf de brug van de “Vliet”. Hij was zich eveneens bewust van de bewegingen van de “Vliet” ten opzichte van de “Kategats” tijdens het laden van de bagger. In de derde laadpositie werd het zicht op de achterste sidewire belemmerd door de boeg van de “Vliet”. Vanuit zijn positie op de brug waar hij de voortstuwing en de boegschroef moest bedienen, had hij tijdens het verhalen naar de derde laadpositie geen zicht op de positie van de boeg van de “Vliet” ten opzichte van de achterste sidewire. Er was voor het verhalen geen merk aanwezig op de “Kategats” om aan te geven dat niet verder kon worden doorgevaren in verband met de positie van de sidewire. De kapitein had de noodzaak daarvoor zelf ook niet onderkend. Hij heeft zich geheel verlaten op het inzicht van de beide matrozen die de trossen op het voorschip van de “Vliet” moesten verhalen. Directe communicatie met de matrozen bij het voorschip was echter niet mogelijk en in de derde laadpositie had hij geen zicht op de situatie voor de boeg. Hij heeft niet kunnen voorkomen dat als gevolg van de doorstaande deining de achterste sidewire over de boeg van de “Vliet” slipte en matroos Liepajnieks met zoveel geweld raakte dat deze op slag dood was.

Ondanks alle ervaring aan boord van de “Vliet” werd het gevaar van de achterste sidewire van de “Kategats” niet onderkend, noch door de kapitein, noch door de beide matrozen die betrokken waren bij het verhalen van de trossen op de boeg van de “Vliet”. Uit niets blijkt dat het slachtoffer of de assisterende matroos op de “Kategats” extra aandacht besteedde aan de nabije sidewire. Door niet tijdig afstoppen van de voorwaartse beweging van de “Vliet”, vermoedelijk versterkt als gevolg van deining, kon het gebeuren dat de sidewire over de boeg slipte met het dodelijk ongeval als gevolg.

Lering

1. Als onder ongewone of wijzigende omstandigheden routinematige werkzaamheden moeten worden uitgevoerd, is het noodzakelijk om vooraf met alle betrokkenen alle mogelijke risico's (opnieuw) te beschouwen.

“SIF R” (uitspraak nr. 10 – aan de grond raken)

Betrokkenen: de kapitein en de tweede stuurman

Op 16 maart 2008 raakte de Nederlandse sleepopperzuiger “Sif R”, in het Limfjord (Denemarken) aan de grond.

Ten tijde van de gronding stond er een sterke ebstroom in het vaarwater van het op de westoever gelegen Thyborøn naar buiten. Met de volgeladen “Sif R” moest hiervoor worden opgestuurd op het eerste deel van de route van de haven naar een passage oostelijk van een midvaarwater gelegen ondiepte. Met een scheepssnelheid van 6,5 knopen en een ebstroom van 2 knopen moet dat ongeveer 10° naar stuurboord zijn geweest. De stuurautomaat hield het schip op koers. De positie ten opzichte van de gewenste track werd weergegeven op een Ecdis. Ook was een papieren kaart beschikbaar.

De Raad kwam tot de overtuiging dat de stuurautomaat en de stuurmachine ook tijdens het ingaan van de passage langs de ondiepte correct hebben gewerkt. De gronding moet daarom worden geweten aan de gebleken gebrekkige navigatie van de stuurman. Als meest waarschijnlijke verklaring ziet de Raad dat de “Sif R” door de heersende ebstroom dicht bij de groene boei is geraakt dan de route op de kaart of Ecdis aangaf en dat de door de stuurman uitgevoerde instelling van de stuurautomaat niet toereikend was om het volgeladen schip in korte tijd de noodzakelijke koersverandering naar bakboord te laten maken. Het overgaan op handsturen en het roer bakboord aan boord leggen, gebeurde te laat. Niet onmogelijk is dat de roeren daarbij 90° aan boord zijn gelegd en daarom nauwelijks effect gaven. De draai naar bakboord werd vervolgens tegengewerkt toen met beide rechtsdraaiende schroeven vol achteruit werd geslagen. De gronding was toen onvermijdelijk.

De stuurman is niet in bezit van een Nederlands vaarbewijs en hem kan daarom geen maatregel van tucht worden opgelegd.

De Raad is verder van mening dat de kapitein geen verwijt treft voor het zelfstandig wacht lopen van de stuurman tijdens de gronding.

Leringen

1. Ook bij navigatie op zicht van boeien en merken, is het noodzakelijk om de positie van het schip ten opzichte van de gewenste track te controleren.
2. Bij het geven van orders, direct of indirect, moet de opvolging altijd worden gecontroleerd.
3. Zelfvertrouwen gebaseerd op routine is een gevaar voor de veiligheid.

Aanbeveling

1. Reders van Nederlandse schepen dienen zorg te dragen voor de correcte certificaten van de bemanning.

“NORSKY” (uitspraak nr. 11 – ernstig ongeval)

Betrokkenen: de kapitein en de marof

Op 10 november 2008 raakte aan boord van het Nederlandse ro-ro-schip “Norsky”, tijdens het ontmeren in Zeebrugge, België, een opvarende ernstig gewond aan zijn linkerenkel en linkervoet doordat een Atlas-tros in de bakboord verstelbare schroef terecht kwam, waardoor de tros geheel onverwacht en zeer snel uitliep.

Aan boord was een min of meer standaard meer- en ontmeerplan in gebruik. Hiervan werd nagenoeg niet afgeweken en ook de ‘slecht weer’-situatie, afmeren met 6 trossen, 4 Tipto- en 2 Atlas-trossen zowel voor als achter, leverde voor de opvarenden geen problemen op. Ondanks de nog jeugdige leeftijd van de marof was hij goed bekend met de werkzaamheden die van hem verwacht werden en hij wist wat hij aan de bemanningsleden in zijn ploeg had. Het was de kapitein bekend dat er met enige regelmaat problemen waren met de linesmen. Hij kon hier, naar eigen zeggen, weinig aan doen omdat de terminal deze mensen indeelt en inzet op verschillende werkplekken en daarvoor ook de verantwoordelijkheid draagt. De kapitein heeft dit probleem diverse keren aangekaart bij het terminalmanagement maar nooit schriftelijk zijn beklag gedaan. Hij was echter een gewaarschuwd man omdat het niet de eerste keer was dat het niet goed ging. In een eerder geval, waarbij een tros in een schroef terechtkwam, liep niemand lichamelijk letsel op en was er, gelukkig, slechts geringe materiële schade.

De Raad was van mening dat hetzelfde effect om het schip in positie te kunnen houden bij het ontmeren, bereikt had kunnen worden door de bakboordschroef uitgeclutched te laten en de stuurboordschroef op ongeveer pitch 2 achteruit te laten draaien. Na het aan dek komen van de ‘zinkers’, de Atlas-trossen, kan men dan zonder gevaar voor een tros in de schroef, doen wat men nodig acht en eventueel de bakboordschroef weer inclutchen en vervolgens gebruiken. Voor het inclutchen van een schroef, tot hij zijn volle draaisnelheid bereikt heeft en volledig bedrijfsklaar is, is heel weinig tijd nodig.

Aan de stuurman die achter stond, is niet van te voren medegedeeld wat de pitchstanden van beide schroeven waren en of zij überhaupt draaiden. Het komt de Raad voor dat het verstrekken van dergelijke informatie zeker zinvol is als de Atlas-trossen bij het meren al uitgegeven zijn. De stuurman zelf gaf aan dat hij, als hij overboord kijkt, wel kan zien dat de schroeven draaien en welke kant zij op draaien maar als hij zich daar mee bezig houdt, kan hij zijn scheepsgezellen die bij de winchkoppen staan niet zien en mogelijk ook niet de linesmen op de steiger.

Naar het oordeel van de Raad is het ongeval, overkomen aan een motorman aan boord van de “Norsky”, grotendeels te wijten aan het handelen van de op de wal tijdens het ontmeren dienstdoende linesmen. Deze hadden de achtertros na het losgooien aan de wal nooit gelijk in het water mogen gooien. Ook zij konden zien dat de schroeven van het schip draaiden en hadden kunnen volstaan met hun gezonde verstand te gebruiken. Zij hadden de achtertros pas mogen laten gaan dwars van het achterschip, toen er nog maar weinig slack inzat. Het is ook de verantwoording van de leidinggevende stuurman bij het ontmeren de linesmen hierop te attenderen. Hij kan hen dit verbaal duidelijk maken maar ook door middel van handgebaren aangeven wat zijn wensen zijn. Het is de verantwoording van de terminal dat de linesmen de vanaf het schip gegeven instructies opvolgen.

Het was opvallend dat na het ongeval aan boord van de “Norsky”, waaraan de terminal geen schuld zou hebben, de linesmen bij het ontmeren geheel anders te werk gingen dan voorheen het geval was. Het is niet onwaarschijnlijk dat het interne onderzoek dat door de terminal, na het ongeval op de “Norsky”, is ingesteld hieraan in grote mate debet is. Het bevreemdt de Raad dat noch de rederij noch de kapitein kennis heeft mogen nemen van de inhoud van dit rapport. Ondanks het feit dat er volgens het rapport aan de terminalzijde geen fouten zijn gemaakt, heeft men kennelijk toch iets te verbergen of men is wellicht bang dat de veiligheidsstatistieken van de terminal door het gebeurde negatief beïnvloed worden.

Gezien het bovenstaande is naar het oordeel van de Raad voor de kapitein en de marof een maatregel van tucht niet aan de orde.

Leringen

1. Goed overleg met de walploeg over meren en ontmeren is van groot belang.
2. Als een schroef niet meer vrij is, dit uitsluitend aangeven met: ‘propeller not clear’. Hiermee wordt verwarring voorkomen.
3. Niet drijvende trossen alleen uitgeven als dwarstros.
4. Op de brug moet men te allen tijde de regie behouden. Dat kan alleen door voldoende informatie naar zowel voor als achter door te geven.

Aanbevelingen

1. Het verdient aanbeveling dat er tijdens het meren en ontmeren zowel met het voor- als het achterschip gecommuniceerd wordt in dezelfde taal. Iedereen is er dan van op de hoogte wat er zowel voor als achter aan de hand is.
2. Indien het maar enigszins mogelijk is de schroef aan de walkant gestopt houden totdat de ‘zinkers’ in ieder geval uit het water zijn en bij voorkeur ook binnenboord.
3. Indien contact met het achterschip niet meer mogelijk is, onmiddellijk de pitch naar ‘nul’ terugnemen en de schroef uitclutchen.
4. Samenwerking en interactie tussen wal en schip dient zo goed en soepel mogelijk te verlopen.
5. Onderwerpen waar de veiligheid in het geding komt en waarover terminal en schip van mening verschillen zo spoedig mogelijk proberen op te lossen. Zo nodig deze onderwerpen schriftelijk kenbaar maken, eventueel met suggesties voor oplossingen.
6. Het oordeel van de Raad aan de terminal bekend maken. Ook door hen kan er uit deze zaak lering getrokken worden wat ten goede komt aan beide partijen.

“KENT EXPLORER” (uitspraak nr. 12 – brand in de machinekamer)

betrokkene: de hoofdwerktuigkundige

Op 3 juli 2008, brak er aan boord van het Nederlandse vrachtschip “Kent Explorer” brand uit in de machinekamer.

Onderzoek heeft uitgewezen dat de brand aan boord van de “Kent Explorer” is ontstaan door het vlam vatten van thermische olie die weglekte uit een verstopte overloopleiding van de expansietank van het thermische-oliesysteem. De expansietank bevond zich in de schoorsteen van de “Kent Explorer” en

de lekkage trad op direct voor een verstopte bocht in de overloopleiding dicht bij de expansietank. De lekkende olie heeft naar alle waarschijnlijkheid vlam gevat toen deze in aanraking kwam met een ongeïsoleerde metalen steun van de afvoergassen-pijp van de hoofdmotor. Het vuur heeft zich snel uitgebreid omdat de inhoud van de expansie-tank eveneens vlam vatte. De brand kon toen niet meer met draagbare brandblussers worden bedwongen en werd daarop geblust door toelaten van CO² in het machinekamercomplex. De schade in het machinekamercomplex bleek dermate groot dat het schip de reis niet meer op eigen kracht kon vervolgen.

Het correctieve onderhoud aan het thermische-oliesysteem van de “Kent Explorer” heeft zich beperkt tot symptoombestrijding. De oorzaak van de problemen werd daardoor of niet gevonden, in het geval van de verstopping, of niet bestreden, in geval van de lekkende verwarming. De connectie tussen beide problemen en het grote risico daarvan, werden daarom niet onderkend.

De brand die het gevolg hiervan was, had aanzienlijk minder schade kunnen opleveren als de olie in de expansietank direct na het uitbreken van de brand was geloosd in de draintank.

Bij de verdere bestrijding van de brand is doortastend gehandeld.

Weliswaar valt het nodige aan te merken op de wijze waarop met de aan boord bekende gebreken van het thermische-oliesysteem is omgegaan, maar de Raad acht die toch niet van dien aard dat die zouden moeten leiden tot een maatregel van tucht.

Leringen

1. Bij het uitvoeren van correctief onderhoud dient altijd grondige aandacht aan de oorzaak van het onderhavige probleem te worden gegeven
2. Gebreken kunnen alleen worden geaccepteerd als alle daaraan verbonden risico's zijn onderkend en op het verantwoordelijke niveau zijn afgewogen
3. Het isoleren van hete delen is zeer belangrijk ook al is er ogenschijnlijk geen gevaar van direct contact met olie. Een olienevel verspreidt zich snel en ontbrandt makkelijk bij contact met hete delen

Aanbeveling

1. Bij oefeningen ter bestrijding van brand nadrukkelijk de aanwezigheid van tanks met brandbare stoffen betrekken en de mogelijkheden bezien om de inhoud daarvan af te voeren naar een veilige plaats.

“DAGNA” (uitspraak nr. 14 – ernstig ongeval met luikenwagen)

Op 28 januari 2009 raakte aan boord van de “Dagna” een matroos zeer ernstig gewond aan zijn rechterhand tijdens het verplaatsen van de pontonluiken met de luikenwagen.

Het ongeval aan boord van de “Dagna” is er een uit een lange reeks van ongevallen met luikenwagens. Het managementsysteem van de rederij geeft enkele expliciete aanwijzingen voor het behandelen van hoofddekluiken met de luikenwagen. Onder andere wordt gesteld dat een tweede man aan de andere zijde van de luikenwagen moet meelopen om te controleren of luiken goed zijn ingepikt. De luikenbaan moet vrij zijn van obstakels en de voedingkabels moeten vrij in het gangboord liggen. Impliciet betekent dit dat aan beide zijden toezicht op de verplaatsing van de luikenwagen is. Daarnaast wordt het personeel aan dek tijdens het verplaatsen van de luikenwagen gewaarschuwd met een goed

hoorbare bel en goed zichtbaar zwaailicht op de luikenwagen.

Verder staat er nog een algemene aanwijzing in het managementsysteem, inhoudende dat er tijdens laden en lossen voortdurend toezicht moet zijn. In het onderhavige geval hield een stuwadoorsbaas toezicht op het laden en lossen en hield de tweede stuurman toezicht op de verplaatsing van de luiken, waarbij hij zelf de luikenwagen bediende.

Er waren twee matrozen aan dek. Een van hen assisteerde de tweede stuurman bij het werk met de luikenwagen. De andere matroos had geen specifieke taak opgedragen gekregen maar rekende het zoals gebruikelijk tot zijn taak om zogenaamde speedlocks aan te brengen op luiken die na het laden weer waren gesloten. Met speedlocks worden de luiken voor vertrek zeevast gesjord.

Nadat ruim 1 was geladen, ging de tweede stuurman aan de slag om dit ruim te sluiten. Drie van de vier luiken waren al gesloten en om het vierde luik te kunnen oppakken, moest hij nog een daar bovenop liggend luik van ruim 2 verplaatsen. Nadat dit was gebeurd, reed hij de luikenwagen weer terug om het laatste luik van ruim 1 op te pakken. Voorafgaand aan deze verplaatsing had hij wel naar beneden gekeken om te zien of de haken waren uitgepikt en vrij van de luiken liepen, maar hij had zich niet opzij gebogen om te kijken of het gangboord vrij was. Hij hoorde een schreeuw, stopte de luikenwagen en zag tot zijn ontsteltenis de andere matroos in het gangboord liggen. Hij had hem daar niet eerder gezien. De positie waar de matroos lag was hij ongeveer 40 seconden daarvoor voorbijgereden met het luik dat hij net had weggelegd. Het slachtoffer was in de tussenliggende tijd om onduidelijke reden tegen het luikhoofd omhoog geklommen, waarbij hij zich vasthield aan de loopbaan van de luikenwagen. De terugrijdende luikenwagen reed vervolgens over zijn rechterhand. Door zich snel te laten vallen heeft het slachtoffer vermoedelijk voorkomen dat alle vingers van zijn rechterhand werden verpletterd.

Het ongeval met de luikenwagen van de “Dagna” is te wijten aan onverantwoord gedrag van het slachtoffer. Op geen enkele wijze is te rechtvaardigen dat hij zich heeft vastgegrepen aan de loopbaan nabij de luikenwagen, terwijl die zichtbaar en hoorbaar druk werd gebruikt.

Het ongeval had echter voorkomen kunnen worden als de bedienaar van de luikenwagen, zoals voorgeschreven, had gecontroleerd of de kraanrail van de luikenwagen aan zijn kant geheel vrij was. Hij had dan de aanwezigheid van het slachtoffer moeten opmerken.

Leringen

1. Bij werkzaamheden aan dek moet bij alle aanwezigen duidelijkheid bestaan over de opgedragen taken. Zonder die duidelijkheid kunnen wederzijdse risico's niet voldoende worden onderkend. Het aanbrenge van speedlocks vlak bij een rijdende kraan mag niet worden toegestaan.
2. Er dient strikt de hand gehouden te worden aan veiligheidsprocedures. Ongemak en tijdrovendheid zijn onaanvaardbaar als excuus.

Aanbeveling

In werkinstructies voor het bedienen van luikenwagens expliciet vermelden dat pas gereden mag worden als zeker is gesteld dat zich geen personen nabij de baan van de luikenwagen aan dek bevinden.

“ZHEN HUA 10” (uitspraak nr. 15 – stranding)

Op 2 februari 2008 strandde het onder de vlag van St. Vincent en de Grenadines varende vrachtschip “Zhen Hua 10” nabij de Maasvlakte, nadat tijdens zwaar weer de ankers van het schip, ondanks vol vooruit draaien met de hoofdmotor, waren gaan krabben.

De “Zhen Hua 10” is een olietanker die is omgebouwd tot zwareladingschip en speciaal ingericht voor het vervoer van containerkranen. Bij de ombouw zijn de voortstuwing en het ankergerie niet veranderd.

De Raad is tot de conclusie gekomen dat de ramp met de “Zhen Hua 10” te wijten is aan een combinatie van factoren die alle gedeeltelijk hebben bijgedragen aan het gebeuren.

De kapitein van het schip was op de hoogte van de beperkingen van zijn schip. Tijdens de reis was al gebleken dat het schip, bij een windkracht 7 of 8 Bft. op de kop, grote moeite had enige voortgang te boeken. De windvang van de deklading, een vijftal containerkranen, was zo groot dat het vermogen van de hoofdmotor, in combinatie met de schroef waarmee het schip was uitgerust, in feite onvoldoende was voor het vervoeren van een deklading met dergelijke dimensies.

Op grond van art. 6 Scheepvaartreglement Territoriale Zee dient de kapitein zo spoedig mogelijk aan de bevoegde autoriteit mede te delen, dat het schip in een toestand verkeert waardoor de manoeuvreerbaarheid of de veiligheid nadelig wordt beïnvloed. Deze autoriteiten zijn hier dan op voorbereid en kunnen, indien zulks noodzakelijk is, preventieve maatregelen nemen om alles in goede banen te leiden.

De “Zhen Hua 10” had geen gebreken aan schip en uitrusting maar kon desalniettemin moeilijk tegen de wind in komen door de hoge lading ten gevolge waarvan het schip last had van een grote windvang. Voor de Rotterdamse havenautoriteiten en de loodsdienst is de windvang van dergelijke schepen een bekend verschijnsel en bij een windkracht van 5 Bft. of hoger mogen dit soort schepen niet naar binnen omdat zij een potentieel gevaar vormen voor de overige scheepvaart en omdat zij moeilijk manoeuvreerbaar zijn.

Voorts heeft een rol gespeeld dat er geen grote sleepboten op korte termijn beschikbaar waren die de stranding mogelijk hadden kunnen voorkomen.

Leringen

1. Ook als schip en lading op zich geen gebreken vertonen, maar de manoeuvreerbaarheid van het schip door een hoge deklading in combinatie met harde wind nadelig wordt beïnvloed, dient de kapitein dit te melden. Bij het niet naleven van de meldplicht, zoals voorgeschreven in art. 6 STZ, moet de bevoegde autoriteit handhavend optreden wanneer en voor zover dit strafbaar is gesteld.
2. Bij voorkeur niet ten anker gaan achter twee ankers. Dit voegt naar de mening van de Raad weinig toe aan de veiligheid van schip en lading. Bovendien kan het gebruik van twee ankerkettingen het vastmaken van een sleepboot ernstig belemmeren. Om het gieren van een schip te beperken kan een tweede anker met één of twee lengtes ketting gebruikt worden. Moet er dan een sleepboot worden vastgemaakt dan kan dit tweede anker snel thuisgehiewd worden.
3. Altijd vroegtijdig een eventuele stand-by sleepboot bestellen.

Aanbevelingen

1. Bij de conversie van een schip naar een geheel ander type schip (in het geval van de “Zhen Hua 10” van olietanker naar zwareladingschip) ook de lading (hoogte en windvang) meenemen bij de berekening van een nieuw ‘uitrustingsgetal’. De Raad ziet het feit dat dit nu (nog) niet gebeurt

als een tekortkoming in de internationale regelgeving. De IVW kan trachten via de daarvoor bestaande kanalen de IACS-regelgeving aan te laten passen.

2. Ook de voortstuwing (vermogen van de hoofdmotor en het soort schroef) kritisch bekijken en zonodig aanpassingen laten uitvoeren.
3. Bij de bepaling van het gewicht van de ankers, de kettingen en de afmetingen van het spil er ook rekening mee houden dat het schip met lading ten anker kan blijven liggen achter één anker in goede houdgrond. Er wordt van uitgegaan dat er hierbij sprake is van een stroomsnelheid van 2½ mtr./sec. en een windsnelheid van 25mtr./sec. (kracht 10 Bft.). De hoeveelheid ketting die onder deze omstandigheden moet worden uitgegeven ligt tussen de 6 en de 10 lengtes, waarbij uiteraard ook de waterdiepte een belangrijke rol speelt.
4. De resultaten van een EMSA-inspectie sneller bekend maken aan het betreffende classificatiebureau, zodat interne maatregelen getroffen kunnen worden als dat noodzakelijk mocht blijken te zijn.
5. Als een kapitein besluit niet te ankeren en gaande wil houden, dient de inzet van een escortsleepboot in overweging te worden genomen. Bovendien moet gaande gehouden worden buiten het Aanloopgebied en indien mogelijk buiten de territoriale wateren.
6. De kapitein dient vroegtijdig de assistentie van sleepboten te overwegen en af te regelen. Bij slechtweersituaties zijn er veel zeeschepen, zowel in de havens als buiten de havens, die tegelijkertijd risico's afwegen. Als het weer extremer wordt, is onder die omstandigheden, de sleepbootcapaciteit regelmatig te klein.
7. Meer ETV's (Emergency Towing Vessels) inzetbaar maken langs de Nederlandse kust. Dit kan zeker ook bijdragen aan de veiligheid van de windturbineparken. Voorts het Bonn-Agreement uit 1969 zo spoedig mogelijk volledig implementeren.
8. Instelling van een systeem als het Engelse SOSREP. SOSREP staat voor: Secretary of State Representative. Deze functionaris, die boven alle betrokken partijen staat, kan in geval van een (dreigende) scheepsramp gelijk die maatregelen nemen die hij denkt te moeten nemen om de gevolgen van de ramp niet groter te laten worden of eventueel zelfs te beperken.
9. Momenteel ligt een aantal ankergebieden buiten het Aanloopgebied. Het Aanloopgebied zo mogelijk uitbreiden zodat alle ankergebieden er binnen vallen. Hierdoor wordt het bevoegdheidsgebied van de havenmeester groter.

“COASTAL DIGGER” (uitspraak nr. 16 – dodelijk ongeval)

Op 30 maart 2009 raakte een opvarende van het Nederlandse survey-schip “Coastal Digger” overboord tijdens meetwerkzaamheden in de Zoutkamperlaag en is later aan de gevolgen daarvan overleden.

De “Coastal Digger”, met de “Coastal Mate” op sleeptouw, voer op maandagmorgen uit om weer aan het werk te gaan. Nadat de “Coastal Digger” ten anker was gekomen nam de “Coastal Mate” het bakboordachteranker over en voer op aanwijzing van de “Coastal Digger” naar de gewenste ankerpositie. Het anker hing ongeveer 2½ meter onder water, over het achterschip van de “Coastal Mate” aan de neuringlijn, die was belegd op de beting in de kuip. De waterdiepte waarop moest worden geankerd was ongeveer 8 meter. Het anker zou daarom worden geplaatst door het te laten vallen. Hiervoor moest de neuringlijn snel van de beting worden losgegooid. Het slachtoffer was daarmee belast. Een tweede matroos manoeuvreerde de “Coastal Mate” in de juiste positie. Op aanwijzing van de laatste, “droppen”, antwoordde het slachtoffer “ja” en stapte vanuit de deuropening van het stuurhuis in de kuip en gooide de neuringlijn los. Hij stond daarbij met zijn linkerbeen in een bocht en raakte daardoor

verstrikt in de neuringlijn en werd door het vallende anker met grote kracht overboord gesleurd. Hij is daar ongetwijfeld bij gewond geraakt. De roerganger zag het slachtoffer overboord gaan. Hij ging onmiddellijk rond en pikte de neuringlijn weer op. Vervolgens sleepte hij het anker aan de neuringlijn weer terug naar de “Coastal Digger” waar het anker aan de neuringlijn met een kraan boven water werd gehaald. Hierbij kwam het slachtoffer weer boven water. Hij bleek nog steeds met zijn linkervoet verstrikt te zitten in de neuringlijn, op vijf meter afstand van het anker. Bij het verslepen en het hijsen van het anker zijn de verwondingen zeker ernstiger geworden. Zichtbaar was dat zijn linkervoet was gebroken. Alle reddingspogingen ten spijt overleed hij later in het ziekenhuis.

De fout die werd gemaakt bij het losgooien van het anker aan boord van de “Coastal Mate” was niet te verwachten van een bevaren matroos. Bij het bespreken van de werkzaamheden was er nog op gewezen om vrij te blijven van de neuringlijn. Bovendien moest het in de voorgaande week onder minder gunstige omstandigheden in de praktijk duidelijk geworden zijn welk risico in het kleine kuipje met de neuringlijn werd gelopen.

Daar tegenover staat dat het slachtoffer nauwelijks ervaring had met het droppen van een anker vanaf de beting. Deze actie vereiste enige handigheid om hem goed uit te voeren en het slachtoffer had deze handigheid nog zeker niet. Omdat niemand precies heeft gezien wat er gebeurde, is niet vast te stellen of het slachtoffer niet heeft opgelet toen hij in het kuipje stapte of dat hij moeite had met losgooien en daarbij in de neuringlijn verstrikt raakte.

De Raad heeft met instemming kennis genomen van de nieuwe voorziening aan boord van de “Coastal Mate”, bestaande uit een sleephaak met slipinrichting aangebracht op de beting in de hartlijn van het schip, waarmee het droppen van het anker voortaan zonder risico vanuit het stuurhuis kan worden uitgevoerd.

Leringen

1. Handigheden die niet zonder risico zijn, horen niet thuis in een veilige procedure.
2. Een gezagvoerder dient zich grondig op de hoogte te stellen van kennis, ervaring en vaardigheden van elk nieuw bemanningslid alvorens deze tewerk te stellen.

TUCHTRECHTELIJKE MAATREGELEN

IN DE KOOPVAARDIJ IN 2009

In 2009 zijn van de twaalf zaken in de koopvaardij zeven zaken behandeld waarin mogelijk tuchtrechtelijke maatregelen aan de orde zouden kunnen komen.

In vijf zaken werd een tuchtmaatregel niet aan de orde geacht

In één zaak werd de vaarbevoegdheid voor de periode van een week ingehouden; in het andere geval werd een berisping uitgesproken.

ZEEVISSERIJ 2009

Van de vijf zaken in de zeevisserij betrof het in twee gevallen een dodelijk ongeluk: een bij duikwerkzaamheden en een bij viswerkzaamheden aan dek.

In een andere zaak betrof het een ernstige verwonding tijdens werkzaamheden in een visfabriek aan boord.

De twee andere gevallen waren een stranding en een brand in de machinekamer.

“AALTJE JACOBA” UK 133 (uitspraak nr. 5 – verdrinking tijdens duiken)

Betrokkene: de schipper

Op 15 november 2007 verdronk een opvarende van het Nederlandse vissersvaartuig “Aaltje Jacoba” UK 133, bij het verwijderen van een net uit de schroef. De opvarende maakte gebruik van de scheepsduikuitrusting.

De bemanning en de eigenaar van de UK 133 maakten deel uit van een sinds 1 januari 2007 bestaande maatschap tot uitoefening van het visserijbedrijf. In een dergelijke maatschap deelt de bemanning de opbrengst op basis van gelijkwaardigheid en kunnen de rollen aan boord per visreis verschillen, afhankelijk van de diploma's die men bezit. Tevens bestonden diverse familierelaties in de maatschap. In een dergelijke situatie ontbreekt elk gevoel van hiërarchie en raakt het besef van de wettelijke positie van de schipper makkelijk op de achtergrond.

Bij het uitvoeren van werkzaamheden aan boord van een vissersschip is de schipper wettelijk verantwoordelijk voor de veiligheid van schip en bemanning. De schipper van de UK 133 is zich onvoldoende bewust geweest van die verantwoordelijkheid en heeft ten onrechte gemeend dat op basis van onderling overleg de verantwoordelijkheid voor de beslissing om te duiken bij een ander kon worden gelegd.

Aan boord van de UK 133 is ondoordacht gehandeld. Door onvoldoende besef van verantwoordelijkheid bij de schipper en gebrek aan kennis van zaken bij schipper en bemanning heeft het kunnen gebeuren dat een daarvoor geheel niet gekwalificeerd bemanningslid is toegestaan om te gaan duiken om de schroef te klaren. Toen de duiker daarbij in de problemen kwam en vervolgens in paniek raakte, bleek men daar niet op voorbereid te zijn en waren middelen en ervaring ontoereikend om hem voor verdrinking te behoeden.

De Raad strafte de schipper wegens zijn schuld aan het ongeval, door het te zijnen aanzien uitspreken van een berisping.

Leringen

1. De verantwoordelijkheid van de schipper voor de veiligheid van schip en bemanning is ondeelbaar, ongeacht bestaande familierelaties of gemeenschappelijke zakelijke belangen van de bemanning.
2. Het inherente risico van het duiken brengt met zich mee dat nooit mag worden afgeweken van ter zake voorgeschreven regels.

Aanbevelingen

1. Eigenaren van vissersvaartuigen dienen voorzieningen voor het uitvoeren van duiken voor vertrek van boord te halen als deze niet aan de voorschriften voldoen, of als de bemanning niet over de benodigde diploma's beschikt.
2. De praktijk van duiken aan boord van vissersvaartuigen geeft naar de mening van de Raad aanleiding om te bezien of een op vissersvaartuigen toegesneden beleidsregel duikarbeid nodig is.

“WILHELMINA” YE 137 (uitspraak nr. 7 – stranding)

Betrokkenen: de schipper en de eerste stuurman

Op 14 november 2008 strandde het Nederlandse vissersvaartuig “Wilhelmina” YE 137, tijdens het uitoefenen van de visserij op de Nederlandse kust.

Het vissersvaartuig “Wilhelmina” YE137 is tijdens het vissen op garnalen voor de Nederlandse kust tussen voornamelijk Hoek van Holland en Scheveningen vice versa op een strekdam gelopen en ernstig beschadigd. Aan boord waren twee bemanningsleden, een schipper en een stuurman. De schipper was niet bevoegd om als schipper op het schip te varen, de stuurman voldeed wel aan de eisen om als stuurman te mogen varen. Met slechts twee, waarvan er één niet volledig gekwalificeerd was, bemanningsleden aan boord, had het schip in eerste instantie niet mogen uitvaren. Tijdens controles door de autoriteiten waren er nooit op- of aanmerkingen gemaakt over de bemanningssamenstelling en zowel de schipper als de stuurman leefden in de veronderstelling dat zij volledig volgens de regels te werk gingen.

De gronding vond plaats omstreeks 03.30 uur, tijdens de ‘moeilijke uren’ van de stuurman.

Beide betrokkenen liepen wachtperiodes van 16 tot 18 uur maar volgens de stuurman was er bij hem geen sprake van oververmoeidheid. Hij verklaarde gewend te zijn om veel uren achter elkaar te maken maar beaamde het wel eens moeilijk te hebben in de vroege morgenuren.

De Raad is dan ook van mening dat fatigue of oververmoeidheid wel degelijk een rol gespeeld heeft bij het stoten van de “Wilhelmina”. De rustperiodes aan boord zijn onder deze omstandigheden te kort en ook nog eens zeer onregelmatig. Door onvoldoende rust ontstaat concentratieverlies en wordt men minder alert dan tijdens het vissen zo dicht onder de kust wenselijk is.

Het was dan ook geen verstandige beslissing van de stuurman om nog dicht onder de kust te gaan vissen omdat zich daar meer garnalen zouden ophouden. Toen de stuurman zich realiseerde dat hij te dichtbij de strekdammen kwam was het al te laat om effectieve tegenmaatregelen te nemen.

De stuurman had geen instructies van de schipper ontvangen waar hij wel en niet mocht vissen, hij had de vrije hand en op de plotter was uit de gevaren lijntjes te zien dat de stuurman meestentijds dicht onder de wal viste dan de schipper. Ondanks het feit dat beide opvarenden hun eigen beslissingen namen is en blijft de schipper de eindverantwoordelijke man aan boord en deze had, zeker onder dergelijke omstandigheden, zijn gezag moeten doen gelden door de stuurman te wijzen op de extra gevaren van zijn vaargedrag.

Bij deze stranding van de “Wilhelmina” YE137 was de schade aan het schip aanzienlijk, het schip had door de stranding ook geheel verloren kunnen gaan.

Bij de ramp is geen schade aan het milieu ontstaan en ook hebben zich geen persoonlijke ongevallen voorgedaan.

De Raad was van oordeel dat een tuchtrechtelijke maatregel ten aanzien van de schipper niet aan de orde was.

De Raad strafte de eerste stuurman wegens zijn schuld aan het stoten op een strekdam voor de Zuid-Hollandse kust, door hem de bevoegdheid om te varen als schipper of stuurman aan boord van een vissersvaartuig te ontnemen voor de periode van één week.

Leringen

1. Indien er dicht onder de kust gevaren en/of gevestigd wordt, dient er door de opvarenden voldoende rust genomen te worden zodat geen verlies van concentratie en alertheid plaatsvindt door oververmoeidheid.
2. Reders en schippers dienen op de hoogte zijn van de voor hun schip geldende bemanningsvoorschriften. De schipper is er uiteindelijk verantwoordelijk voor dat er gevaren wordt met voldoende mankracht en dat de opvarenden, inclusief hijzelf, voldoende gekwalificeerd zijn.
3. De schipper is altijd de eindverantwoordelijke man aan boord. Indien de schipper het niet eens is met de taakvervulling van zijn ondergeschikte(n) dient hij dit kenbaar te maken. Belangrijke beslissingen kunnen worden genomen in goed overleg tussen de partijen.
4. Er moet bij het uitoefenen van de kustvisserij altijd ruim voldoende afstand gehouden worden tot strekdammen. De schipper dient aan zijn ondergeschikten kenbaar te maken en ook vast te leggen, wat de minimale voor hem acceptabele afstand tot de kop van de strekdammen is.
5. Te allen tijde moet vermeden worden dat de economische belangen zwaarder wegen dan de veiligheid van opvarenden, schip en lading of dat deze belangen ten koste gaan van 'goed zeemanschap'.

Aanbevelingen

1. Door de bevoegde Nederlandse autoriteit dient beter toezicht gehouden te worden op het naleven van de bemanningsvoorschriften. Zij dient dan wel bekend te zijn met de inhoud van deze voorschriften.
2. Reders en schippers moeten op de hoogte zijn van de voorschriften welke van kracht zijn voor hun schip of schepen.
3. Bij herhaald overtreden van de voorschriften dient snel en adequaat opgetreden te worden en moeten zo nodig sancties opgelegd worden.
4. Met een "Verklaring Dagvisserij" is het toegestaan met twee man te varen. Ook hierop dient strenger gecontroleerd te worden om ongelukken door oververmoeidheid te voorkomen. Wordt er met een drie-mans bemanning gevaren, dan dient het werkschema 18/6 (dat wil zeggen 18 uur vissen/6 uur rust) strikt nageleefd te worden, eveneens ter voorkoming van fatigue.
5. Een schipper is de eindverantwoordelijke man aan boord van een vissersvaartuig. Hij dient zijn instructies voor de stuurman duidelijk en bij voorkeur schriftelijk vast te leggen zodat hierover geen misverstanden kunnen bestaan.
6. Vermijden dicht langs de koppen van de strekdammen te varen/vissen. Het verdient aanbeveling de lengte van de strekdammen in de plotter(s) vast te leggen. Men dient er wel op bedacht te zijn dat de lengte van de strekdammen onderling kan verschillen.
7. Als de onderlinge verstandhouding aan boord goed is en de schipper en zijn stuurman op voet van gelijkheid met elkaar omgaan blijft de schipper toch de eindverantwoordelijke man aan boord. In voorkomende gevallen, zoals hier, dient de schipper zich aktiever op te stellen en de regels en naleving daarvan alsmede de inhoud van zijn functie meer gestalte te geven.

“HANNY” HD 70 (uitspraak nr. 8 – dodelijk ongeval)

Op 3 maart 2008 heeft zich aan boord van het Nederlandse vissersvaartuig “Hanny” HD 70 tijdens de voorbereidingen voor de visserijwerkzaamheden een ongeval voorgedaan, waarbij een opvarende om het leven kwam.

De situatie die zich voordeed bij het uitzetten van de netten, was beslist niet ongewoon in het visserijbedrijf. De weersomstandigheden waren geen belemmering voor het werk aan dek en het afvallen van het schip tijdens uitzetten van de netten is verwachtbaar omdat de schroef dan wordt gestopt. Onder die omstandigheden komt het voor dat een giek als gevolg van een slingingering van het schip omhoog klappt waardoor loos komt in de giekendraad. Omdat de giekendraad door een aantal blokken loopt, kan een kleine beweging van de giek zoveel loos geven dat er gevaar optreedt voor personen op het werkdek.

Niemand heeft gezien wat er precies is gebeurd, maar uit de aard van de verwondingen van het slachtoffer kan met zekerheid worden gesteld dat hij bij het terugvallen van de giek door de weer strak trekkende giekendraad met grote kracht is geraakt. Waarom hij zich in een positie bevond waar dit kon gebeuren is een raadsel. Bij het nettenluik was voldoende ruimte om buiten het gevaar van de giekendraad te blijven. Hij had zonder twijfel ervaring genoeg om zich ook van dat gevaar bewust te zijn. Naast mogelijke onachtzaamheid is het ook denkbaar dat hij door de slingingering van het schip zijn evenwicht heeft verloren en zo in de baan van de giekendraad is gekomen. De andere matrozen op het werkdek hebben ten tijde van het ongeval geen ongewone slingingering opgemerkt.

De ernst van de situatie na het ongeval was onmiddellijk duidelijk. Het slachtoffer toonde geen enkel teken van leven meer. De schipper heeft het slachtoffer naar de accommodatie laten verplaatsen en daar is meteen aangevangen met reanimeren. Hij heeft intussen radio medisch advies gevraagd en gekregen. Er moest worden doorgegaan met reanimeren en hulp was onderweg in de vorm van een kustwachthelikopter met medische personeel. De snelle actie heeft niet mogen baten omdat het slachtoffer vrijwel op slag dood moet zijn geweest.

De conclusie van de Raad was dat zonder dat er sprake was van bijzondere omstandigheden of onvoldoende ervaring, zich een dodelijk ongeval heeft voorgedaan tijdens het uitzetten van de netten, dat het best valt te beschrijven met de woorden: op het verkeerde moment op de verkeerde plaats. Na het ongeval is al het nodige gedaan om hulp te verlenen en hulp in te roepen. De Raad merkt op dat de medische kennis aan boord niet toereikend was om tot andere actie te besluiten dan reanimatie.

Lering

Wederom is gebleken dat ervaring geen gevaren wegneemt en dat met het bestaan van gevaren zelfs onder de meest routinematige omstandigheden altijd bewust rekening moet worden gehouden.

Aanbeveling

De Raad acht het zinvol om te bezien of met aanvullende aanwijzingen voor het verlenen van eerste hulp, kan worden voorkomen dat wordt gereanimeerd in situaties waarin dat mogelijk een averechtse werking heeft.

“ANNIE HILLINA” KW 170 (uitspraak nr. 13 – brand in de hulpmachinekamer)

Op 6 november 2008 brak brand uit in de hulpmachinekamer van het Nederlandse vissers-schip “Annie Hillina” KW 170 tijdens het vissen in de Ierse Zee.

De brand in de hulpmachinekamer van de “Annie Hillina” werd tijdig ontdekt maar kon niet in de kiem worden gesmoord omdat door de openstaande branddeur van de hulpmachinekamer en die van de machinekamer, waar de ventilatie nog volop draaide, onbeperkt zuurstof bij de vuurhaard kon komen. Hevige rookontwikkeling belemmerde het zicht op de brandhaard en de ventilatielucht van de machinekamer verspreidde de rook door het portaal en de trapopgang bij de hulpmachinekamer. Al zeer snel werd het betreden van het machinekamercomplex onmogelijk. Dankzij doortastend optreden van de eerste machinist werd met een ongeoefende brandploeg alsnog kans gezien om het vuur met CO² te doven en het schip te behouden.

De schade als gevolg van de brand was minder groot geweest als de branddeur van de hulpmachinekamer niet open had gestaan. De bestrijding van de brand was eenvoudiger geweest als de branddeuren van hulpmachinekamer en machinekamer niet open hadden gestaan.

Ondanks doortastend optreden van de eerste machinist valt er op de uitvoering van de brandbestrijding het nodige aan te merken. De kans om het vuur in te sluiten door sluiten van de branddeur van de hulpmachinekamer of de luchtstroom in het machinekamercomplex te stoppen, door afsluiten van de branddeur van de machinekamer of het stoppen van de ventilatie, is niet benut. Hierdoor werd het hele machinekamercomplex ontoegankelijk.

Ondanks duidelijke aanwijzingen dat dekken en schotten heet werden door de brand, is er geen “boundary cooling” uitgevoerd met behulp van de beschikbare noodbrandbluspomp.

Het weer betreden van het machinekamercomplex na de CO²-blussing zonder voorafgaande controle van het aanwezige CO²-gehalte was niet zonder risico.

Alles overziende, valt niet aan de conclusie te ontkomen dat de ongeoefendheid aan boord van de “Annie Hillina” heeft geleid tot grote tekortkomingen bij de bestrijding van de brand. De snelle beslissing om CO² te gebruiken heeft erger voorkomen.

Leringen

1. Branddeuren dienen altijd gesloten te worden omdat deze een essentieel onderdeel zijn van het systeem van brandbeveiliging. De compartimentering door middel van branddeuren is niet alleen belangrijk voor het beperken van brandhaarden maar is ook van groot belang voor de toegankelijkheid van voorzieningen ten behoeve van brandbestrijding.
2. Gebrek aan oefening wreekt zich bij bestrijding van brand en kan zeer ernstige gevolgen hebben. Brandrol dient zo snel mogelijk na vertrek beoefend te worden en gedurende de verdere reis met voldoende frequentie, om zeker te stellen dat met de aanwezige brandploeg effectief kan worden opgetreden in geval van brand aan boord.
3. Voor het toelaten van personeel tot ruimten waar CO² is toegelaten, dient eerst door meting vastgesteld te worden dat de aanwezige concentratie CO² toelaatbaar is.

Aanbevelingen

1. Het verdient aanbeveling om de afstandbediening van de CO²-installatie buiten het machinekamercomplex te plaatsen.
2. Voorzien in een zelfstandige noodstroomvoorziening voor vaste VHF-apparatuur.

“JOHANNA MARIA” SCH 118 (uitspraak nr. 17 – ernstig ongeval)

Op 20 september 2007 raakte aan boord van het Nederlandse vissersvaartuig “Johanna Maria” SCH 118 voor de kust van Mauritanië (West-Afrika) een opvarende ernstig gewond aan zijn rechterhand tijdens werkzaamheden in de visverwerkingsfabriek.

Het ongeval met de transportband heeft kunnen gebeuren omdat is afgeweken van normale procedures en bestaande veiligheidsregels.

Het ongeval gebeurde in de laatste fase van verwerking aan boord, het diepvriezen en bewaren van voorgesorteerde vis. Voor het diepvriezen zijn zogenaamde frosters in gebruik. Dit zijn grote bakken die met plaatvriezers in 52 vakken zijn verdeeld. De voorgesorteerde vis wordt over een aan het bovendek hangende transportband aangevoerd en door middel van een verplaatsbare stortbak uitgestort over de froster die gevuld moet worden. De vis wordt met de hand verdeeld over de 52 vriesvakken totdat alle vakken zijn gevuld. Vervolgens wordt de aanvoer van vis gestopt en wordt de stortbak verplaatst naar de volgende froster die moet worden gevuld. Het duurt ongeveer vier uur voordat de vis in de vriesvakken van de froster is bevroren. Daarna worden de vriesplaten gedurende korte tijd verwarmd zodat de bevroren pakken vis loskomen van de platen. De pakken vis kunnen dan makkelijk worden verwijderd en naar het vriesruim worden afgevoerd via een tweede transportband die op dek staat tussen de frosters. De leeggehaalde froster kan dan weer opnieuw worden gevuld. Op het werkdek in de visfabriek zijn altijd meerdere aanvoerbanden aanwezig, met aan weerszijden een rij frosters.

Op de achtermiddag van 20 september 2007 waren vier personen aanwezig op het werkdek.

Bij de middenband werd froster 17 gevuld door twee van de vier aanwezigen. Een van hen was een Nederlandse matroos die al 21 jaar werkzaam was bij de rederij, waarvan de laatste 5½ jaar aan boord van de “Johanna Maria”. Froster 18 werd leeggehaald door het latere slachtoffer, een Kaapverdiaanse matroos die al 9 jaar aan boord van de “Johanna Maria” in de visfabriek werkte. Er mag van worden uitgegaan dat deze bij het ongeval betrokken bemanningsleden geheel vertrouwd waren met het onderhavige werk en eveneens met de omweg waarmee het slecht functioneren van het trekkoord bij froster 18 werd opgevangen.

In de korte tijd dat de Nederlandse matroos over de transportband klom om de stortbak met behulp van het trektoew van froster 13 naar het midden van froster 18 terug te rijden, is het slachtoffer op froster 18 geklommen om te kijken welke vis er werd aangevoerd en zo nodig visresten naast de aanvoerband te verwijderen. Hij hield zich daarbij, tegen de veiligheidsregels in, met zijn rechterhand vast aan de transportband naast een ophangstut. Na zijn kreet van pijn werd de terugrijdende stortbak onmiddellijk gestopt. De rechterhand was bekneld geraakt tussen de stut en de rijdende stortbak. Nadat de stortbak weer naar achteren werd gereden kon de hand van het slachtoffer worden vrijgemaakt.

De matroos die de stortbak terug reed naar het midden van froster 18, deed dat op eigen initiatief. Gezien het probleem met het trekkoord bij froster 18 was zijn actie niet onverwachtbaar. Hij heeft zonder duidelijke bevestiging van het slachtoffer aangenomen dat deze wist wat er ging gebeuren en daar ook mee akkoord ging.

Dit alles had echter niet hoeven te leiden tot het ongeval. Het ongeval kon plaats vinden omdat het slachtoffer zich, tegen alle regels in, met zijn rechterhand op een zeer gevaarlijke plaats aan de visaanvoerband vasthield. Op de actie aan boord na het ongeval valt niets aan te merken.

Leringen

1. Indien om goede redenen wordt afgeweken van bestaande veiligheidsprocedures, moeten heldere afspraken worden gemaakt om nieuwe risico's te vermijden.
2. Als uit veiligheidsoogpunt instemming met een actie nodig is, mag over die instemming geen twijfel mogelijk zijn.
3. Defecten die de veiligheid van werken beïnvloeden moeten met hoge prioriteit worden hersteld.

TUCHTMAATREGELEN IN DE ZEEVISSERIJ IN 2009

In 2009 zijn van de vijf zaken in de visserij twee zaken onderzocht waar mogelijk tuchtrechtelijke maatregelen aan de orde zouden kunnen komen.

In één zaak werd de vaarbevoegdheid voor de periode van een week ingehouden, in het andere geval werd een berisping uitgesproken.

GEPUBLICEERDE ONDERZOEKEN VAN DE RAAD VOOR DE SCHEEPVAART IN HET JAAR 2010

KOOPVAARDIJ (2010)

Van de twaalf zaken in de koopvaardij die in 2010 door de Raad zijn onderzocht, betrof het drie zaken waarbij sprake was van een gronding, stoten of op een rif lopen.

In twee zaken betrof het een aanvaring met een ander schip en in één geval betrof het een aanvaring met een lichtopstand.

In drie zaken betrof het een ongeval met een luikenwagen, in één geval een dodelijk ongeval als gevolg van een val vanaf het schip op de kade en in één geval een dodelijk ongeval in een machinekamer.

In een zaak betrof het een grote brand in de machinekamer.

“WISDOM” (uitspraak nr. 1 – aanvaring)

Betrokkene : de kapitein

Op 13 oktober 2008 raakte het Nederlandse vrachtschip “Wisdom”, varende in een bocht van de Oude Maas, in aanvaring met het Nederlandse binnenvaartschip “Riad”.

De “Wisdom” was op zaterdag 11 oktober 2008 met een rivierloods van Dordrecht vertrokken naar Duisburg voor het aan boord nemen van een lading rollen staal. Op zondag 12 oktober om 14.50 uur vertrok het schip met dezelfde loods aan boord van Duisburg weer naar Dordrecht.

Bij vertrek van de Handelskade te Dordrecht nam de kapitein de wacht voor het traject tot buitengaats, waarna de stuurman de wacht van hem zou overnemen. Alleen de kapitein was bevoegd om zonder loods op dit traject te varen. Tegen de voorschriften in stond er geen extra uitkijk op de brug. Op het traject tot aan de bocht bij Heerjansdam, ongeveer 8 kilometer, werden een aantal koersveranderingen uitgevoerd waaruit blijkt dat de kapitein het schip nog onder controle moet hebben gehad. Uit de analyse van beschikbaar gebleven gegevens van de AIS-transponder van de “Wisdom” blijkt dat het schip na

de laatste koersverandering in de bocht bij Heerjansdam, langzaam naar bakboord is weggezet van de lichtenlijn en dat er geen pogingen zijn gedaan om deze beweging te corrigeren, noch dat een aanzet is gemaakt voor de volgende koersverandering in de richting van de Heinenoordtunnel. Zo kon het gebeuren dat de “Wisdom” om 03.42 uur met grote snelheid de wal in liep en daarbij midscheeps over de opvarende “Riad” heen voer. Alle verklaringen bevestigen dat dit gebeurde zonder dat de kapitein van de “Wisdom” daar enige notie van had. Hij wist kort na de aanvaring niet wat er was gebeurd. Het kan niet anders dan dat hij direct na zijn laatste koersverandering omstreeks 03.35 uur in slaap is gevallen.

Als eerste arriveerde de RWS16 van Rijkswaterstaat ter plaatse en vervolgens om 06.10 uur een patrouilleboot van de zeehavenpolitie. De politie ging aan boord en trof de kapitein slapend op de brug aan. Hij moest wakker worden gemaakt door de stuurman en werd vervolgens ondervraagd. Tijdens het afleggen van zijn verklaring werd duidelijk dat hij alcohol had gebruikt en om 06.45 werd hem een voorlopige ademtest afgenomen. Op grond van de uitslag daarvan werd de kapitein aangehouden en overgedragen aan medewerkers van het Korps Landelijke Politiediensten die hem overbrachten naar een politiebureau voor een ademanalyse. Hieruit bleek dat de kapitein ruimschoots meer alcohol in zijn bloed had dan wettelijk is toegestaan. Hierna weigerde de kapitein verder elke medewerking aan het afleggen van verklaringen.

Als gevolg van de aanvaring zonk de “Riad”, die later totaal verloren werd verklaard, en liep de “Wisdom” aanzienlijke schade op. De schipper van de “Riad” en zijn vrouw ontsnapten ternauwernood aan de dood.

Het kordate optreden van de stuurman van de “Wisdom” na de aanvaring verdient alle lof.

Het bevreemdt de Raad dat noch de loods, noch de stuurman, die beiden kort voor de aanvaring contact met de kapitein moeten hebben gehad, iets hebben gemerkt van de ongewone toestand waarin hij verkeerde.

De Raad strafte de kapitein van de “Wisdom” wegens zijn schuld aan de aanvaring met ontzegging van zijn Nederlandse vaarbevoegdheid van erkenning tot 9 juni 2011, de datum waarop deze vaarbevoegdheid expireert.

Lering

De regels voor gebruik van drank aan boord zijn niet voor interpretatie vatbaar. Alleen strikte toepassing kan ongelukken voorkomen.

“MICHIGANBORG” (uitspraak nr. 2 – op de zeebodem stoten)

Betrokkene: de kapitein

Op 1 oktober 2008 liep het Nederlandse vrachtschip “Michiganborg”, bij het binnenvaren van de haven van Aveiro, schade op aan de bodem als gevolg van het stoten op de zeebodem.

Het aanlopen van Aveiro verliep zonder bijzonderheden en het liet zich aanvankelijk aanzien dat het schip vanaf het loodsstation door de loods naar binnen zou worden gebracht. De kapitein kreeg vanaf 11.07 uur aanwijzingen voor koersen en vaarten vanuit de loodspost aan de wal. Toen om 11.20 uur door de loodspost werd gemeld dat de loods vanwege de weersomstandigheden pas binnen de hoofden zou embarkeren, liet de kapitein de eerste stuurman op de brug komen om het roer over te nemen van de stuurautomaat.

De kapitein volgde de aanwijzingen van de loodspost nauwgezet op. Nadat de drempel voor de haven was gepasseerd bleef hij dat doen zonder controle van de positie van het schip ten opzichte van de havenhoofden. Dit was op eenvoudige wijze mogelijk geweest met behulp van de parallel-indexmethode en het observeren van de goed zichtbare lichtenlijn. Het advies van de loodspost om aan te zetten tot volle kracht en met 065° in de lichtenlijn te draaien, kwam op korte afstand van het noordelijke hoofd en werd zo snel opgevolgd dat het schip aan bakboord van de lichtenlijn terecht kwam. Toen het voorschip aan lij van het havenhoofd kwam draaide het schip volgens de gegevens van de VDR door naar 059° omdat het achterschip nog onder invloed van deining en zeegang naar stuurboord werd weggezet. De afstand tot het havenhoofd werd daardoor zodanig kort dat de ondiepte rond het hoofd niet meer kon worden ontweken. Er was ook geen ruimte meer om stuurboorduit te gaan omdat daarmee het achterschip tegen het Noorderhoofd zou worden gezet. De kapitein had de aanwijzingen van de loodspost tot dat moment zonder controle van de navigatie opgevolgd en geen aanleiding gezien om met het oog op het zeer nabije havenhoofd, het laatste koersadvies zodanig geleidelijk uit te voeren dat hij het schip daarmee op geadviseerde koers 065° goed in de lichtenlijn bracht.

De conclusie van de Raad was dat de verantwoordelijkheid van de kapitein voor de veilige navigatie niet ophoudt bij de aanvang van de beloodsing (op afstand). Ook in dit geval dient de navigatie te worden gecontroleerd. Als dit niet mogelijk is bij de aanwezige brugbezetting, dient een extra man te worden ingeschakeld. De kapitein kan echter niet worden verweten dat hij zich ten aanzien van het passeren van de drempel voor de haveningang geheel verliet op de aanwijzingen van de loodspost. De Admiralty Pilot laat daarover ook geen twijfel bestaan. Bij het indraaien van de haven was hij daarentegen zeer goed in staat om te beoordelen of het schip in de lichtenlijn of aan bakboord daarvan zou uitkomen. Ook was duidelijk in de kaart aangegeven dat er zeer weinig ruimte bestond tussen de lichtenlijn en het noordelijke havenhoofd. Als er al twijfel bestond bij de kapitein over de juiste weergave van de dieptes rond het havenhoofd, dan was dat een reden te meer om zich tijdig te laten informeren over het al dan niet aanhouden van de lichtenlijn bij het passeren van de hoofden. Bovendien heeft de kapitein nagelaten om zeker te stellen dat hij in ieder geval niet met het schip zo dicht langs het havenhoofd zou varen dat hij volgens de kaart bij de heersende waterstand aan de grond zou stoten.

De Raad straffe de kapitein wegens zijn schuld aan de ramp door het te zijnen aanzien uitspreken van een berisping.

Lering

1. Wederom moet de Raad vaststellen dat er bij een kapitein onvoldoende besef bestond van zijn ongedeelde eindverantwoordelijkheid voor de veiligheid van schip en bemanning, ook in de fase dat zijn schip onder loodsmansaanwijzing een haven binnenloopt.
Dit betekent niet dat een kapitein niet mag vertrouwen op de deskundigheid van een loods. Het betekent wel dat een kapitein de plicht heeft om zich te laten informeren over de intenties van de loods, uitleg te vragen over zaken die vraagtekens oproepen en in te grijpen wanneer dat op basis van zijn kennis en ervaring verwacht mag worden.

Aanbevelingen

1. In de reisvoorbereiding grondig aandacht besteden aan de reisdelen van en naar loodsstation onder loodsmansaanwijzing. Vragen aan de loods over zijn intenties, navigatorische bijzonderheden en afwijkingen van gangbare procedures moeten zoveel mogelijk vooraf vastgesteld te worden.
2. Altijd de mogelijkheid benutten om met de parallel-indexmethode de veiligheid van de navigatie te controleren.

“MENNA” (uitspraak nr. 4 – dodelijk ongeval)

Op 16 maart 2009 viel aan boord van het Nederlandse vrachtschip “Menna”, in de Buitenhaven van Vlissingen, een bemanningslid tijdens werkzaamheden op het luik, overboord op de kade en overleed later aan zijn verwondingen.

Niemand heeft het ongeval zien gebeuren en de vraag wat er exact gebeurd is zal altijd onbeantwoord blijven. De tweede stuurman kan voorafgaande aan zijn val mogelijk onwel geworden zijn maar hiervoor zijn geen aanwijzingen gevonden. Het KLPD kwam na de reconstructie van het ongeval tot dezelfde conclusie en is niet overgegaan tot het instellen van een strafrechtelijk onderzoek. Er bestond geen wrijving tussen de opvarenden van de “Menna” en de eerste en de tweede stuurman werkten goed met elkaar samen.

Zodra duidelijk was dat de tweede stuurman in kritieke toestand in het ziekenhuis was opgenomen heeft het hoofd bemanningszaken onmiddellijk maatregelen genomen om de echtgenote van het slachtoffer naar Nederland te laten komen. Dankzij volledige medewerking van de verschillende autoriteiten is de rederij hierin bijzonder snel geslaagd. Aan de bemanning, die diep onder de indruk was van het gebeurde, is slachtofferhulp aangeboden.

Zowel de rederij, het KLPD, de P.&I. en de IVW hebben naar dit een uitgebreid, goed en gedegen onderzoek naar ingesteld. Ter zitting van de Raad zijn geen nieuwe feiten aan het licht gekomen die mogelijk een ander licht op deze scheepsramp zouden kunnen werpen.

Lering

Bij het werken op enige hoogte, ook als het niet dwingend is voorgeschreven, toch gebruik maken van die veiligheidsmiddelen die mogelijk een val naar beneden (gedeeltelijk) kunnen voorkomen. Aangeraden wordt om buiten de accommodatie altijd een veiligheidshelm te dragen.

Aanbeveling

De rederij beschouwt het noodlottige ongeval aan boord van de “Menna” als een ‘Act-of-God’. De Raad heeft de rederij aanbevolen te bezien of er een mogelijkheid bestaat voor het aanbrengen van een soort ‘guide-rail’ op elk van de luiken. Deze rail zou zo laag mogelijk op het luik moeten worden aangebracht en lopen in langsscheepse richting over het ‘midden’ van een luik, zodanig verscherpend dat de guide-rails bij geopende luiken niet tegen elkaar aankomen en op die manier wellicht belemmeren dat een luik volledig geopend kan worden. Als deze guide-rails aangebracht kunnen worden moeten zij zo laag mogelijk over het luik lopen en duidelijk gemerkt worden om te voorkomen dat mensen erover struikelen als de luiken dicht zijn. Aan deze guide-rail kan dan met behulp van een karabijnhaak een veiligheidsharnas met een daaraan voldoende lange lijn vastgeklikt worden alvorens werkzaamheden in de nabijheid van de rand van de luiken te mogen uitvoeren. Mocht er dan wat verkeerd gaan kan de betrokken persoon in geen geval vanaf een luik helemaal naar beneden vallen.

“OSC VLISTDIEP” (uitspraak nr. 5 – ernstig ongeval met luikenwagen)

betrokkene: tweede stuurman

Op 14 december 2007 heeft op het Nederlandse vrachtschip “OSC Vlistdiep”, gemeerd liggend in Montreal, een ongeval plaatsgevonden met een luikenwagen, waarbij de bootsman aan zijn been gewond raakte.

De luikenwagen werd bediend door de tweede stuurman. De bedieningsknoppen van de luikenwagen zitten aan stuurboordzijde en de tweede stuurman werd geassisteerd door een matroos, de wachtsman, aan stuurboordzijde in het gangboord en door de bootsman aan bakboord. Deze laatste was voor de tweede stuurman niet altijd zichtbaar en het was dus eveneens niet altijd duidelijk waar de bootsman zich precies bevond.

De tweede stuurman gaf de bootsman opdracht, na hiertoe een verzoek van de voorman van de stuwadoors te hebben gekregen, om kraan nummer één, aan bakboord vóór, naar buiten te draaien. De bootsman verklaart aan de tweede stuurman te hebben verzocht het werken met de luikenwagen tijdelijk te staken omdat hij het mangat naar de bedieningsruimte van de kraan, dat dicht zit met vier knevels, open moest maken. Dat mangat zit aan de voorkant van de kraan en bevindt zich vrijwel direct naast de coaming of het verhoogde dek waaraan de rails voor de luikenwagen is bevestigd en waar de luikenwagen vlak langs rijdt. Om het mangat te kunnen openen ging de bootsman op de rail van de luikenwagen staan, tussen de rail en het mangat, waar maar heel weinig ruimte is. De tweede stuurman stopte de luikenwagen voor een periode van minder dan vijf minuten en hervatte toen, volgens de verklaring van de bootsman, zijn werkzaamheden met de luikenwagen zonder hem te waarschuwen. De tweede stuurman kon de bootsman niet zien vanaf de stuurstand van de luikenwagen maar kon wel zien dat het zwaailicht goed werkte. Ook het geluidssignaal van de kraan was goed hoorbaar. Hij overtuigde zich er niet van of de bootsman al klaar was met het openen van het mangat van de kraan en keek ook niet of de bootsman van de rail af was. Vrijwel gelijk met het in beweging komen van de kraan, in de richting van het achterschip, raakte het rechterbeen van de bootsman bekneld tussen de luikenwagen en het mangat.

Van de tweede stuurman ontbreekt iedere verklaring. Er bestaan hoogstens vermoedens dat door hem de procedures niet goed zijn nageleefd. Niemand heeft verklaard te hebben gehoord dat de tweede stuurman, voorafgaande aan het ongeval, heeft gemeld dat hij voornemens was te gaan rijden met de luikenwagen; ook is niet gebleken van aan hem hiertoe, door met name de bootsman, gegeven toestemming. De tweede stuurman kon vanuit zijn positie de bootsman niet zien. Er is echter geen bewijs dat de tweede stuurman niet gekeken heeft of de rails van de luikenwagen vrij waren. Ook is behoudens de verklaring van het slachtoffer geen bewijs van de inhoud van de communicatie tussen hem en de tweede stuurman.

De Raad kan de exacte toedracht van het ongeval niet vaststellen nu met betrekking tot de communicatie tussen de tweede stuurman en de bootsman slechts één getuige een verklaring heeft afgelegd.

De tweede stuurman kan daarom niet schuldig verklaard worden en tegen hem is hier een maatregel van tucht niet aan de orde.

Leringen

1. Altijd de nabij de bedieningsplaats aangebrachte instructies nauwgezet opvolgen, dus ook controleren of de rails overal, ook op de niet direct zichtbare plaatsen, vrij is.
2. Indien het vermoeden bestaat dat de ‘operator’ van de luikenwagen oververmoeid is, zonder dat hij dat mogelijk zelf weet, deze indien mogelijk vervangen of de werkzaamheden tijdelijk stil leggen.

Aanbevelingen

1. Lijsten met rust- en werkuren niet zonder meer ondertekenen maar nagaan of deze formulieren goed worden ingevuld.
2. De leden van de veiligheidscommissie voortdurend wijzen op het belang van hun taak in deze en hen stimuleren hun werk in de commissie zo goed mogelijk te doen.
1. Indien mogelijk bij de luikenwagen borstels of een andere voorziening aanbrengen net boven de rails voor en achter de wielen zodat men eerder gewaarschuwd wordt dat de wagen nadert.
2. Limit switches aanbrengen op de wielkappen van de luikenwagen die bij aanraking de luikenwagen onmiddellijk tot stilstand brengen.

“OSC VLISTDIEP” (uitspraak nr. 6 – ernstig ongeval met luikenwagen)

betrokkene: de kapitein

Om juridische redenen is het ongeval met de luikenwagen aan boord van de “OSC Vlistdiep” uitgemond in twee aparte uitspraken: één voor de kapitein als betrokkene en één voor de tweede stuurman als betrokkene.

Zie voor de toedracht, leringen en aanbevelingen: “OSC Vlistdiep” – uitspraak nr. 5 met als betrokkene de tweede stuurman.

Aan boord van de “OSC Vlistdiep” en ook bij de rederij zijn fouten gemaakt. De Raad is van mening dat niet is vastgesteld dat de kapitein niet, zoals hij heeft verklaard, lag te rusten toen het ongeval plaatsvond. De kapitein was zeker geen deelnemer aan het gebeuren aan dek. Er werd bij het gebruik van de luikenwagen gewerkt met drie mensen. Niet kon worden vastgesteld dat tussen de gesignaleerde tekortkomingen en het ongeval een zodanig causaal verband bestaat dat de kapitein hierom een verwijt gemaakt kan worden van het ongeval. Een maatregel van tucht is om deze redenen niet aan de orde.

“FLINTERDUIN” (uitspraak nr. 7 – ongeval met luikenwagen)

Op 29 september 2009 vond in de haven van Terneuzen aan boord van het m.s. “Flinterduin” een ongeval plaats met de luikenwagen waarbij de hoofdwerktuigkundige uiteindelijk twee vingers van zijn rechterhand verloor.

De eerste stuurman was door de voorman van de walploeg verzocht enkele luiken van het achterste gedeelte van ruim 2 te verplaatsen naar het middengedeelte van ruim 2.

Alvorens te beginnen met het shiften van de luiken gaf de eerste stuurman opdracht aan de voorman zijn mannen van dek weg te houden en instrueerde zelf zijn eigen mensen, te weten twee matrozen.

Toen het dek vrij was van obstakels en hij de gangboorden aan beide kanten gecontroleerd en verlaten bevonden had ging hij de kraan in en begon met het verschuiven van de luiken. Het hoorbare en het zichtbare alarm van de kraan werkte goed. De eerste stuurman ging door met het verplaatsen van de luiken totdat hij de kapitein opmerkte die zijn aandacht trachtte te trekken. Hij stopte de kraan gelijk en klom naar beneden. Pas toen zag hij de aan zijn rechterhand ernstig gewonde werktuigkundige die op het storeluik aan bakboord achter zat.

De eerste stuurman had niets ongewoons opgemerkt tijdens het verplaatsen van de luiken en ook geen geschreeuw gehoord toen het ongeluk gebeurd moest zijn. Als de kraan in beweging is, gaat dat gepaard met veel lawaai en ook het geluid van de alarmbel komt hier nog eens bij.

Alleen hijzelf en de tweede stuurman bedienden op de “Flinterduin” de luikenwagen en beiden werkten op dezelfde, voor hen beproefde, manier.

De hoofdwerktuigkundige was aan dek gekomen om te vernemen wanneer het schip klaar zou zijn met lossen. Hij informeerde onder andere bij de gangwaywacht, matroos Pinero. Deze kon hem niets vertellen waarop hij besloot dan zelf maar even in het ruim te gaan kijken. Hij maakte hierbij geen gebruik van een hiervoor bestemd plateauje maar ging op de reling staan waarbij hij zijn rechterhand op de luikenwagenrail legde, waarna deze door de kraan werd overreden. Hij heeft geen alarmbel van de kraan gehoord of het zwaailicht gezien, het was zeer lawaaiig aan dek mede door het gebruik van een walkraan en een shovel in het ruim.

Flinter heeft naar aanleiding van het ongeval een hoeveelheid maatregelen genomen. Een aantal hiervan stond reeds geruime tijd in het rijtje met aanbevelingen die de Raad in het verleden al had gedaan. Het is spijtig te moeten constateren dat er eerst een ernstig ongeval met blijvend persoonlijk letsel moest gebeuren alvorens een aantal van deze aanbevelingen werden geïmplementeerd. De Raad heeft waardering voor de voortvarendheid die de rederij heeft betracht bij het opstellen van het ongevallenrapport.

De Raad kan zich ook vinden in de stelling van de Inspecteur dat het gevaar dat het werken met luikenwagens met zich brengt bij de bron, i.c. bij de wielen, moet worden bestreden.

Aanbeveling

De Raad beveelt de reders die dit aangaat aan gevolg te geven aan de dringende oproep van de Inspecteur, namelijk om de wielen van luikenkranen te voorzien van ‘baanvegers’.

“WESTERHAVEN” (uitspraak nr. 8 – op een rif lopen)

betrokkene: de kapitein

Op 13 januari 2009 liep het Nederlandse vrachtschip “Westerhaven” grote schade op aan het vlak van het schip toen het op de reis van Belize naar Santo Tomas in Guatemala op een rif liep.

De schuld aan de gronding van het motorschip “Westerhaven” op de koraalriffen nabij Belize ligt, zoals hijzelf ook diverse keren heeft aangegeven, volledig bij de kapitein. Ondanks zijn langjarige ervaring, waarin hij nooit eerder ernstige schade gevaren heeft, is hij volledig tekortgeschoten in het voeren van een veilige navigatie.

Na het debarkeren van de loods in de nabijheid van English Cay heeft hij zich vrijwel niet serieus met de navigatie van het schip bezig gehouden. Als de kapitein de reisvoorbereiding en de kaarten

goed bestudeerd had, zou hij geweten hebben dat het rif waarlangs hij in zuidelijke richting voer, zich permanent en volledig onder water bevond en zodoende niet zichtbaar was op de radar. De eilandenreeks die ten westen parallel loopt aan het rif was wel zichtbaar op de radar en zo kon het gebeuren dat de kapitein deze eilandenreeks aanzag voor het rif onder water. De kapitein navigeerde op een ongekend slordige wijze.

Hij maakte vrijwel geen gebruik van de GPS en als hij dat wel deed, gebeurde dat niet op de juiste manier. Hij navigeerde zonder gebruik te maken van waypoints en wist ook niet of deze wel ingevoerd waren. De via de GPS verkregen posities zette hij niet in de kaart, behoudens de positie van 23.02 uur. Er waren geen alarmen ingesteld op de GPS en hij kon dus niet gewaarschuwd worden voor mogelijke, op zijn weg opdoemende, obstakels.

Van de beide beschikbare radars stond er slechts één bij; de clutter van deze radar stond op automatisch en het bereik was 6 mijl. Er werd in het geheel geen gebruik gemaakt van P.I.-lijnen, de EBL, de range rings, de guardzones en de trails. De kapitein heeft nu en dan slechts een blik op de radar geworpen waarbij hij ongetwijfeld veel last gehad zal hebben van de overgang van licht naar donker en omgekeerd. Radarpeilingen werden niet genomen.

Ook nam de kapitein geen zichtpeilingen, hij vertrouwde volledig op het goede gevoel dat hij had over de goede voortgang van de reis. Ongelukkigerwijs hield hij zich meer bezig met het verrichten van administratieve handelingen dan met de navigatie en dus de veiligheid van schip, lading en bemanning.

De Raad strafte de kapitein door zijn Nederlandse vaarbevoegdheid van erkenning in te trekken voor een periode van vier weken. De Raad heeft bij de strafeis rekening gehouden met het feit dat de kapitein door de rederij naar aanleiding van het gebeurde direct is ontslagen.

Leringen

1. In relatief gevaarlijk vaarwater zorgvuldig navigeren
2. Geen andere werkzaamheden verrichten dan die wachtgerelateerd zijn
3. De positie regelmatig en met korte tussenpozen controleren en deze posities in de kaart zetten
4. Diverse methodes van plaatsbepaling door elkaar gebruiken en de resultaten voortdurend met elkaar vergelijken
5. Optimaal gebruik maken van de mogelijkheden die de moderne (hulp-)middelen bij de navigatie, zoals radar, bieden (PI-lijnen, EBL, afstandsringen, alarmeringen etc.)
6. Bekend zijn met de werking, het gebruik en de mogelijkheden die de GPS-ontvanger biedt
7. Altijd gebruik maken van de in de GPS-ontvanger opgeslagen waypoints
8. Ook kapiteins dienen de RVB tot in detail te bestuderen en te controleren

Aanbeveling

Kapiteins die al langere tijd in deze rang varen een opfriscursus zoals bijvoorbeeld BRM (Bridge Resource Management) laten volgen. Hierbij komen veel zwakke punten, waaronder gevaarlijk routinematig handelen, aan de orde. Bij een dergelijke cursus leert een deelnemer niet alleen veel bij, hij leert ook veel dingen af.

“ECLIPS” (uitspraak nr. 9 – dodelijk ongeval in de machinekamer)

Op 31 maart 2009 kwam, aan boord van het Nederlandse containerschip “Eclips”, onderweg van St. Croix, U.S. Virgin Islands naar Point Lisas, Trinidad en Tobago, een opvarende om het leven tijdens werkzaamheden in de machinekamer.

In opdracht van de hoofdwerktuigkundige werd die dag door de tweede werktuigkundige samen met de aan boord aanwezige leerling onderhoud gegeven aan separator nr. 1, een van de twee separatoren voor zware brandstof.

Voor de lunch werd separator nr. 1 gedemonteerd, schoongemaakt en grotendeels weer gemonteerd. Zowel de werktuigkundige als de leerling hadden eerder dergelijk onderhoud uitgevoerd. Na de lunch, omstreeks 14.00 uur, werd de separator afgemonteerd en getest.

De tweede werktuigkundige startte de separator met de daarvoor bestemde drukknop op de schakelkast van separator nr. 1. De separator kwam bij, maar de ampèremeter op de schakelkast gaf onregelmatige en veel te lage waarden aan. Dit wees op een defecte ampèremeter.

Zonder met de daarvoor bestemde schakelknop de spanning op de schakelkast uit te zetten, opende de tweede werktuigkundige de deur van de schakelkast. Staande op de metalen vloer en met blote handen tastte hij vervolgens aan de binnenzijde van de deur naar de ampèremeter. Hij kwam daarbij in aanraking met de 440 volt spanning in de schakelkast en stond onmiddellijk, zichtbaar door schokkende bewegingen, onder stroom.

Het ongeval met de schakelkast van separator nr. 1 is te wijten aan ondoordacht en onbevoegd handelen van het slachtoffer. Het ongeval zou echter hoogstwaarschijnlijk niet hebben plaatsgevonden als vooraf was gesproken over de invloed van de defecte ampèremeter op de uitvoering van de test en het slachtoffer daarbij duidelijk was aangegeven dat hij van de elektrische installatie moest afblijven.

Leringen

1. In overeenstemming met het gestelde in de ISM-Code dient van geconstateerde defecten zo mogelijk de oorzaak te worden opgespoord en de wenselijkheid van correctie worden vastgesteld. In het onderhavige geval had de ampèremeter vóór de onderhoudsbeurt en test van de separator moeten worden gerepareerd.
2. Bijzonderheden die relevant zijn bij de uitvoering van werkzaamheden moeten vooraf worden besproken, waardoor onnodige risico's kunnen worden vermeden en twijfel over de uit te voeren werkzaamheden wordt uitgesloten.
3. Het uitvoeren van werkzaamheden aan elektrische installaties is alleen toegestaan aan daartoe bevoegd personeel.
4. Bij het verrichten van werkzaamheden aan elektrische installaties dienen alle voorgeschreven veiligheidsmaatregelen strikt in acht genomen te worden.

Aanbeveling

Meer aandacht besteden aan de invloed van de personeelsbezetting op de kwaliteit van het safety management aan boord en de rederij altijd waarschuwen als de uitvoerbaarheid van het safety management systeem feitelijk in gedrang komt.

“DINTELBORG” (uitspraak nr. 10 – aanvaring met lichtopstand)

betrokkenen: de hoofdwerktuigkundige, de tweede en de derde stuurman

Op 28 februari 2009 kwam het Nederlandse vrachtschip “Dintelborg”, varende in de Botnische Golf op weg van Gävle naar Almeria, in aanvaring met een lichtopstand.

De tweede stuurman heeft schip en de bemanning ernstig in gevaar gebracht door afwezigheid van de brug tijdens zijn wacht, als gevolg waarvan de “Dintelborg” in aanvaring kwam met de vuurtoren van Armbagen. In strijd met de Masters standing orders was de brug tijdens zijn wacht onbemand. Zelf lag hij te bed. Door zijn onverantwoordelijke drankgebruik voor hij de wacht overnam was hij bovendien onbekwaam om wacht te lopen op de brug.

De derde stuurman heeft zijn plicht ernstig verzuimd door de kapitein niet in te lichten en de wacht over te dragen aan een collega-stuurman waarvan hij wist dat deze onbekwaam was om wacht te lopen. Niet vastgesteld kon worden dat hij zelf door alcoholgebruik in verminderde mate bekwaam was om de wacht te lopen. Vastgesteld kon wel worden dat tijdens zijn wacht de tweede stuurman verder dronken werd. De derde stuurman heeft niet alleen diens verdere drankgebruik waargenomen maar kon ook uit het gedrag van de tweede stuurman afleiden dat deze dronken was. De Raad wijst hierbij op de luide muziek, het meezingen en het grove taalgebruik via de VHF. Aan het meezingen deed de derde stuurman zelfs mee. Hij heeft door het overdragen van de wacht aan de kennelijk onbekwame stuurman schip en bemanning ernstig in gevaar gebracht. Het gedrag van de derde en tweede stuurman is dermate ernstig dat de maximum op te leggen straf gepast en geboden is.

Het ontbreken van de voorgeschreven uitkijk en het niet gebruiken van het wachalarm maakten het mogelijk dat de aanvaring geheel onopgemerkt plaatsvond.

De raad strafte de tweede wegens zijn schuld aan de scheepsramp, door zijn Nederlandse vaarbevoegdheid in te trekken voor de periode van twee jaar.

De raad strafte de derde stuurman wegens zijn medeschuld aan de scheepsramp, door zijn Nederlandse vaarbevoegdheid in te trekken voor de periode van twee jaar.

De Raad beschikte over onvoldoende bewijs om vast te stellen dat de hoofdwerktuigkundige (mede) schuldig is aan de scheepsramp. Een tuchtmaatregel jegens hem was derhalve niet aan de orde.

Leringen

1. Correct gebruik van het wachalarm had de aanvaring kunnen voorkomen. De kapitein mag geen onduidelijkheid laten bestaan over het gebruik van het wachalarm. Bij gebruik van een stuurautomaat dient het wachalarm altijd ingeschakeld te zijn.
2. Tijdens de nacht is een uitkijk op de brug voorgeschreven. Als er een uitkijk op post had gestaan, had de aanvaring hoogstwaarschijnlijk niet plaatsgevonden.
3. Met een alcoholgehalte boven 350 UGL is het wettelijk verboden de wacht te lopen. Daarnaast was aan boord van de “Dintelborg” elk alcoholgebruik minder dan vier uur voor aanvang van de wacht, verboden. Er was voor de kapitein voldoende aanleiding om een ademtest af te nemen bij de derde stuurman die op wacht stond en de tweede stuurman die om 24.00 uur de wacht moest overnemen.

Aanbevelingen

1. Bij het overdragen van de functies van gezagvoerders en hoofden van dienst dient grondig aandacht te worden besteed aan de geschiktheid van het toegewezen personeel. Het uitwisselen

- van informatie die relevant is voor de beoordeling van de geschiktheid van personeel voor de uitoefening van hun functie verdient nadere aandacht in de regelgeving.
2. Bij het toezicht op alcoholgebruik dragen alle bemanningsleden verantwoordelijkheid. De Raad beveelt aan dat gezagvoerders dit nadrukkelijk onder de aandacht van hun bemanningen brengen.
 3. Bij de uitgifte van grote hoeveelheden drank dient de kapitein alert te zijn op drankmisbruik.

“ARDEA” (uitspraak nr. 11 – aanvaring tijdens oplooptoernooi)

Op 5 december 2008 kwamen de Nederlandse chemicaliëntanker “Ardea” en het Italiaanse schip “Grande Mediterraneo”, beide onder loodsaanwijzingen varende op de Schelde, met elkaar in aanvaring.

In de nacht van 4 op 5 december 2008 voer de “Ardea” op de Westerschelde richting Antwerpen via de Zandvlietsluizen. Om 23.54 uur was de Belgische loods ter hoogte van Vlissingen aan boord gekomen. Het zicht was goed en er stond een matige zuidzuidwesten wind. Beide radars en het echolood stonden bij. Er stonden twee stuurpompen bij en de boegschroef was stand-by. Omstreeks 02.00 uur werd Hansweert gepasseerd en koers gezet naar het Nauw van Bath. Het tij was net gekenterd en er stond een lichte vloedstroom. Op de brug waren naast de loods eveneens de kapitein en de tweede stuurman aanwezig. De loods zat in de stuurstoel en bediende de automatische piloot. De “Ardea” draaide volle kracht, goed voor 10,8 knopen en de snelheid over de grond bedroeg als gevolg van de vloedstroom ongeveer 11,5 knopen.

Uit het Nauw van Bath kwamen vier tegenliggers en er was één meeligger, de “Grande Mediterraneo”, die inliep op de “Ardea”.

Om 02.44 uur, nabij de scheidingston NBMA riep de loods van de “Ardea” de “Grande Mediterraneo” op. Zonder de boodschap af te wachten antwoordde de loods aan boord van de “Grande Mediterraneo” dat de “Ardea” geen vaart hoefde te minderen en dat er aan bakboord voorbij zou worden gelopen. De loods van de “Ardea” antwoordde dat hij dat begrepen had en dat hij bereid was vaart terug te nemen als de “Grande Mediterraneo” daarom zou vragen. De afstand tussen beide schepen was toen ongeveer een halve mijl en het vaartverschil ruim 4 knopen.

Om 02.47 uur passeert de laatste tegenligger de “Ardea” en stuurt de “Grande Mediterraneo” uit naar het midden van het vaarwater om op te lopen. Vanaf dat moment was duidelijk dat de “Grande Mediterraneo” ging passeren in de nauwe bocht bij Bath. De “Ardea” hield dicht de groene boeienlijn aan. Bij het passeren van boei 75B, in de draai naar boei 77, liep de “Grande Mediterraneo” de “Ardea” voorbij maar liep daarbij uit het roer. De loods van de “Grande Mediterraneo” meldde dit om 02.53 uur aan de loods van de “Ardea”.

Tezelfdertijd had de loods van de “Ardea” gemerkt dat de “Grande Mediterraneo” erg ver stuurboorduit draaide waarop hij de kapitein meteen liet overschakelen naar handsturen en hard stuurboord (60°) met boegschroef bij en vol achteruit liet geven. Ondanks deze actie raakte de boeg van “Ardea” onder een hoek van ongeveer 30° stuurboordzijde van de “Grande Mediterraneo” op ongeveer een kwart scheepslengte vanaf het achterschip. De “Ardea” liep als gevolg van de uitwijkmanoeuvre door de groene boeienlijn tussen boei 77 en 79.

De “Grande Mediterraneo” draaide vervolgens bakboorduit om terug te komen in het vaarwater en raakte daarbij met de ramp aan de achterstevan wederom de “Ardea” deze keer ter hoogte van ballasttanks 3 en 4 aan bakboord.

Onder de gegeven omstandigheden is aan boord van de “Ardea” alles gedaan wat mogelijk was om een aanvaring te voorkomen. De aanvaring heeft plaats gevonden omdat de roerganger van de “Grande Mediterraneo” een opgedragen koersverandering in de bocht van het Nauw van Bath met onvoldoende controle van de loods heeft uitgevoerd waardoor het kon gebeuren dat het schip voorbij de opgegeven koers draaide en voor de boeg van de “Ardea” liep.

Beter was geweest als de loods aan boord van de “Grande Mediterraneo” de grote koersverandering in het Nauw van Bath had uitgevoerd door middel van roerorders en zelf het effect daarvan had gecontroleerd met de bochtaanwijzer.

Als er was gekozen om op te lopen na het passeren van de bocht, dan was het risico van een dergelijke aanvaring afwezig geweest.

Lering

Tussen loods en brugwacht dienen heldere afspraken te bestaan over de taakverdeling bij de uitvoering van de navigatie en het manoeuvreren met het schip.

Aanbevelingen

1. De Raad geeft in overweging om artikel 13 van het Scheepvaartreglement Westerschelde zodanig aan te passen dat het oplopen in nauwe bochten vermeden wordt.
2. Strenger toezicht van verkeersdiensten op correct gebruik van de marifoon. Bij het verkeer tussen schepen dienen altijd de scheepsnamen te worden gebruikt.

“AKTI N” (uitspraak nr. 12 – Stranding op de Westerschelde)

Op 10 juni 2009 strandde de onder loodsaanwijzing varende chemicaliëntanker “Akti N” in de Sardijngeul voor Vlissingen.

Ten tijde van de loodswisseling liep er een volle ebstroom en er stond een lichte zuidoostenwind. Het zicht was goed. Vanuit de Wielingen, ongeveer twee mijl westelijker, liep een groot containerschip naar binnen. Ter hoogte van de buitenhaven van Vlissingen kwam een ander groot containerschip, de “Ever Reach”, naar buiten richting Wielingen en daarachter nog een tweede uitgaand schip, de “Italian Reefer” richting Oostgat. Inkomend in de Sardijngeul voer een sleep en daarachter kwam nog een coaster naar binnen.

Op de brug van de “Akti N” bevonden zich de loods, de kapitein, de eerste, tweede en derde stuurman en een roerganger. De derde stuurman maakte elke zes minuten een positie in de kaart. Er werd handgestuurd. De kapitein gaf de orders van de loods door aan de roerganger.

De loods besloot om voor de “Ever Reach” over te lopen en aan de rode kant van het vaarwater gaande te houden tot de sleep en de coaster waren binnengelopen en de “Italian Reefer” voorbij was gelopen richting Oostgat.

Het was springtij en er stond volle ebstroom. De “Akti N” werd om de west weggezet en liep van de W10-boei tot de SG-W-boei pal op de boeienlijn, terwijl de voorliggende koers 15° oostelijker was. De vaart werd na passeren van boei W10 teruggebracht tot ongeveer 7 knopen.

Om 21.07 uur passeerde de “Akti N” op een afstand van 20 meter de SG-W-boei waarna de loods met volle kracht vooruit en roer bakboord aan boord, met het 183 meter lange schip naar bakboord kon draaien. Het lukte echter niet om binnen het vaarwater te blijven en om 21.10 uur liep de “Akti N” iets voorbij boei SG-4 voor de boulevard van Vlissingen aan de grond.

De stranding van de “Akti N” is het gevolg van het onattent uitvoeren door de loods, van een manoeuvre die op zich zelf al ongebruikelijk was en vanwege de sterke ebstroom extra aandacht vereiste. De kapitein had geen ervaring met het aanlopen van de Sardijngeul en had zich daar ook niet grondig op kunnen voorbereiden. Achteraf is vast te stellen dat het enige moment waarop de kapitein nog verantwoord had kunnen ingrijpen, het moment was dat de loods besloot bakboorduit te draaien om de Wielingen over te steken. Er was toen echter geen indicatie dat de loods zo strak langs de rode boeienlijn zou gaan varen. Na het oversteken van de Wielingen kon van de kapitein niet meer verwacht worden dat hij het aanlopen van de Sardijngeul nog verantwoord van de loods kon overnemen.

Lering

Ongebruikelijke manoeuvres van een loods dienen door hem zodanig te worden uitgelegd dat het juiste verloop met kennis van zaken kan worden gecontroleerd door de kapitein en – indien van toepassing – door een verkeersbegeleidingsdienst.

Aanbeveling

De Raad beveelt aan om, conform de situatie op Pilot Maas bij de aanloop naar Rotterdam, op de verkeerscentrale Vlissingen altijd een registerloods aanwezig te laten zijn die het verkeer naar en op de Westerschelde actief volgt en gevraagd of ongevraagd deskundig advies kan geven om gevaarlijke situaties te voorkomen.

“WAKER” (uitspraak nr. 13 – brand in de machinekamer)

Betrokkenen: de kapitein, de hoofdwerktuigkundige en de tweede werktuigkundige.

Op 7 september 2009 brak er brand uit in de machinekamer van het Nederlandse off-shore supportschip “Waker”

ten gevolge van een losgekomen hydraulische demper. Deze demper bevond zich aan de voorkant van de bakboord hoofdmotor. Door het ontsteken van spuitende gasolie ontstond gelijk een dikke zwarte rook die de MK vulde en de accommodatie introk. De opvarenden wisten ternauwernood aan de brand te ontkomen, maar iedereen kon zich in veiligheid brengen.

Door de hevigheid van de brand was in eerste instantie bestrijding niet goed mogelijk. De deur naar de machinekamer en de tussendeur van de walengang naar de accommodatie stonden open op de haak waardoor de rook zich verder kon verspreiden door de hele accommodatie.

De bediening van de CO²-installatie en de snel- of SOS-afsluiters werd door rook en hitte onmogelijk. De hulpverlening en assistentie kwamen snel op gang en het lukte vervolgens om nog openstaande deuren en brandkleppen te sluiten. De situatie kwam hierdoor weer enigszins onder controle. Onderzoek nadat alle brandhaarden geblust waren, bevestigde dat de brand veroorzaakt was door een losgeraakte demper. Deze demper is losgeraakt door de in het brandstofsysteem aanwezige drukgolven in combinatie met een onvakkundige bevestiging. De demper was niet geborgd en de afdichting op de schroefdraad van de nippel was met teflontape gedaan in plaats van met een koperen ring.

De compartimentering van een schip draagt in belangrijke mate bij aan de brandveiligheid. Rook en brand kunnen zich minder snel verspreiden en geeft de bemanning in de meeste gevallen meer tijd om actie te ondernemen en de bestrijding te beginnen.

De MK van een schip kan beschouwd worden als een compartiment. Door deuren in open stand vast te

zetten gaat het compartimentenprincipe verloren en kan de brand met bijbehorende rookontwikkeling zich verder verspreiden.

Een zelfsluitende MK-deur was op de “Waker” niet verplicht. Hierdoor wordt de sluitdiscipline van de opvarenden van groot belang. Overleg hierover tussen de scheepsbeheerder en de bemanning via de veiligheidscommissie en het ISM-systeem kan een goede en snelle oplossing van het probleem opleveren. Hierdoor wordt het veiligheidsniveau aan boord verhoogd.

De incorrect gemonteerde demper kan de huidige scheepsleiding niet worden verweten omdat zij niet aan boord waren toen de demper werd geplaatst.

Zij zijn derhalve niet schuldig aan de oorzaak van de brand.

Dat er deuren open stonden die eigenlijk dicht hadden moeten zijn en die volgens SOLAS dicht moesten staan, getuigt niet van goed zeemanschap.

Waarom de kapitein en de Hwtk als ervaren vaste bemanningsleden van de “Waker” de rederij van deze gevaarlijke situatie niet in kennis gesteld hebben, is voor de Raad niet geheel duidelijk. De scheepsleiding had kunnen en moeten aandringen op vervanging van de stalen deuren met de knevels door lichtere deuren voorzien van een sluitmechanisme dat licht en met één hand bediend kan worden. Ook de rederij en de certificerende instelling hadden beter moeten opletten bij de jaarlijkse inspecties en audits.

De Raad achtte geen der betrokkenen schuldig aan deze scheepsramp en een tuchtmaatregel was derhalve niet aan de orde.

Leringen

1. De MK-brand op de “Waker” heeft weer eens aangetoond dat opvarenden die rook hebben ingeademd direct daarna beter geen perslucht kunnen gebruiken.
2. Deuren altijd zoveel mogelijk gesloten houden, ook de buitendeuren van de accommodatie.
3. Afvalvaten niet zodanig neerzetten dat hierdoor bepaalde brandkleppen niet bereikt of gesloten kunnen worden.

Aanbevelingen

1. De scheepsleiding dient zich ervan te vergewissen dat deuren van de belangrijkste en meest gebruikte MK-ingangen van het zelfsluitende type zijn en dat zij zijn voorzien van een snel en gemakkelijk bedienbaar sluitmechanisme.
2. Deuren naar de MK dienen onder normale omstandigheden gesloten te zijn en moeten voorzien zijn van de waarschuwing: ‘This door normally to be kept closed’.
3. Controleren of de verbindingsdeur tussen de MK en de accommodatie een goedgekeurde branddeur is.
4. Nagaan en zo mogelijk markeren via welke routes, in geval van brand in de MK, de kastjes van de elektrische noodstoppen, de snel- of SOS-afsluiters, de CO²-installatie en de uitgangen bereikt kunnen worden.
5. Controleer met enige regelmaat of de ontsnappingsroutes vrij zijn van obstakels. Weet waar de brandblus- en persluchtapparatuur is opgeborgen en neem kennis van de bediening, de werking en de mogelijkheden van de (nood)brandbluspomp(en).

TUCHTRECHTELIJKE MAATREGELEN

IN DE KOOPVAARDIJ IN 2010

In 2010 zijn van de twaalf zaken in de koopvaardij zeven behandeld waarin mogelijk tuchtrechtelijke maatregelen aan de orde zouden kunnen komen.

In één geval werd de vaarbevoegdheid ingehouden tot de expiratiedatum van de vaarbevoegdheid.

In twee gevallen werd de vaarbevoegdheid ingehouden voor een periode van twee jaar.

In één geval werd de vaarbevoegdheid ingehouden voor een periode van vier weken.

In één geval werd een berisping uitgesproken.

In de overige gevallen was een tuchtmaatregel niet aan de orde.

ZEEVISSERIJ (2010)

“ADRIAANTJE UK2” (uitspraak nr. 3 – verdrinking)

Op 2 februari 2009 raakte een opvarende van het Nederlandse vissersvaartuig “Adriaantje” UK 2, tijdens viswerkzaamheden overboord en kwam door verdrinking om het leven.

Hoewel de precieze toedracht met gebruikmaking van de beschikbare informatie niet is komen vast te staan, acht de Raad het niet uitgesloten dat het slachtoffer reeds bezig was met het opslacken van de aatjeslijn op de bolder. Hij heeft hierbij mogelijk in een bocht van het paktouw gestaan dat nabij de bolder slack op het dek ligt. Het paktouw zit met een oog bevestigd aan de aatjeslijn. Dat oog zit, als de aatjeslijn op de voorbolder is belegd, tussen de bolder en de voorslee. Als de aatjeslijn snel uitloopt, kan het paktouw plotseling strak komen en is het mogelijk dat de man aan dek, die in de bochten van het paktouw staat, door het paktouw overboord wordt getrokken.

Toegeworpen boeien bereikten het slachtoffer niet, een toegestoken pikhaak was net te kort. In het koude zeewater heeft het slachtoffer dat geen zwemvest droeg, het snel verlijerende schip niet meer kunnen bereiken en zich ook niet boven water kunnen houden totdat het schip hem weer had bereikt. De Raad heeft bewondering voor de reddingsactie die direct na het ongeval op gang gekomen is en waaraan een groot aantal schepen heeft deelgenomen. Ook enkele helikopters werden ingezet en uiteindelijk heeft de inzet en de vakbekwaamheid van een collega-visser ertoe geleid dat, nadat de officiële instanties het zoeken naar de drenkeling reeds hadden gestaakt, het lichaam van het slachtoffer alsnog kon worden geborgen.

Lering

1. Het werken aan dek van een slingerend vissersschip is en blijft een uiterst risicovolle aangelegenheid, waarbij de grootst mogelijke oplettendheid dient te worden betracht.

Aanbeveling

De Raad beveelt wederom (zie uitspraak 11/98) reders in de zeevisserij aan hun schepen uit te rusten met (automatisch) opblaasbare reddingvesten of werkvesten, en beveelt reders en schippers aan hun bemanningen te verplichten deze in ieder geval bij werkzaamheden aan dek tijdens zwaar weer, te dragen.

TUCHTRECHTELIJKE MAATREGELEN IN DE ZEEVISSERIJ IN 2010

In 2010 zijn in de zeevisserij geen tuchtrechtelijke maatregelen aan de orde geweest.

BIJLAGE IA

UITSPRAKEN VAN DE RAAD VOOR DE SCHEEPVAART 1 t/m 17 2009

1. De gronding van het Nederlandse vrachtschip “Artemis”, bij het aanlopen van de haven van Les Sables d’Olonne, tijdens slecht weer op het strand aldaar.
2. Het stootten op een ondiepte van het Nederlandse vrachtschip “Lauwersborg”, bij het aanlopen in de haven van Hundested (Denemarken), tijdens hevige sneeuwval.
3. De gronding van het Nederlandse vrachtschip “Helenic” bij vertrek uit Oxelösund, Zweden.
4. De CO²-lekkage uit de flessen van de brandblusinstallatie aan boord van de Nederlandse chemicaliëntanker “Dutch Progress”, varende op de Noordzee, waarbij de CO² onder andere in de verblijven van de bemanning kwam.
5. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vissersvaartuig “Aaltje Jacoba” UK 133, waarbij, bij het verwijderen van een net uit de schroef, een opvarende die gebruik maakte van de scheepsduikuitrusting, verdronk.
6. Het stootten op een ondiepte van het Nederlandse vrachtschip “Morraborg”, varende nabij de Jossingfjord (Noorwegen) in de nabijheid van de Baen-boei, tijdens anker hieuwen in slecht weer.
7. De stranding van het Nederlandse vissersvaartuig “Wilhelmina” YE 137, tijdens het uitoefenen van de visserij op de Nederlandse kust.
8. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vissersvaartuig “Hanny” HD 70, waarbij een opvarende, tijdens de visvoorbereidingen, dodelijk gewond raakte.
9. Het ongeval aan boord van de Nederlandse splijtbak/omnibarge “Vliet”, waarbij een opvarende dodelijk gewond raakte.
10. Het raken van de grond door de Nederlandse sleephopperzuiger “Sif R”, onderweg naar een stortplaats buitengaats van de haven van Thyborøn (Denemarken).
11. Het ongeval aan boord van het Nederlandse ro-ro-schip “Norsky”, tijdens het ontmeren in Zeebrugge, België waarbij een opvarende ernstig gewond raakte aan zijn linkerenkel en linkervoet doordat een Atlasros in de bakboord verstelbare schroef terecht kwam, waardoor de tros geheel onverwacht en zeer snel uitliep.

12. De brand in de machinekamer aan boord van het Nederlandse vrachtschip “Kent Explorer”.
13. De brand in de hulpmachinekamer aan boord van het Nederlandse vissersschip “Annie Hillina” KW 170.
14. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vrachtschip “Dagna” waarbij een matroos zeer ernstig gewond raakte aan zijn rechterhand tijdens het verplaatsen van de pontonluiken met de luikenwagen.
15. De stranding van het vrachtschip “Zhen Hua 10” nabij de Maasvlakte, nadat tijdens zwaar weer, de ankers van het schip, ondanks vol vooruit draaien met de hoofdmotor, waren gaan krabben.
16. Het ongeval aan boord van het Nederlandse survey-schip “Coastal Digger” waarbij een opvarende overboord raakte tijdens meetwerkzaamheden in de Zoutkamperlaag en later aan de gevolgen hiervan overleed.
17. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vissersvaartuig “Johanna Maria” SCH 118 voor de kust van Mauritanië (West-Afrika), waarbij een opvarende ernstig gewond raakte aan zijn rechterhand tijdens werkzaamheden in de visverwerkingsfabriek.

BIJLAGE IB

UITSPRAKEN VAN DE RAAD VOOR DE SCHEEPVAART 1 t/m 13 2010

1. De aanvaring tussen het Nederlandse vrachtschip “Wisdom” en het Nederlandse binnenvaartschip “Riad”, beide varende in een bocht van de Oude Maas.
2. Het stooten op de zeebodem door het Nederlandse vrachtschip “Michiganborg”, bij het binnenvaren van de haven van Aveiro (Portugal).
3. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vissersvaartuig “Adriaantje” UK 2 waarbij een opvarende overboord raakte tijdens viswerkzaamheden en hierdoor verdronk.
4. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vrachtschip “Menna” waarbij, in de Buitenhaven van Vlissingen, een bemanningslid als gevolg van een ongeval, tijdens werkzaamheden op het luik, overboord viel op de kade en later aan zijn verwondingen overleed.
5. en 6. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vrachtschip “OSC Vlistdiep”, gemeerd liggend in Montreal, waarbij een ongeval plaatsvond met een luikenwagen en hierbij een bemanningslid gewond raakte aan zijn been.
7. Het ongeval aan boord van het Nederlandse vrachtschip “Flinterduin”, waarbij in de haven van Terneuzen, een opvarende twee vingers kwijt raakte bij een ongeval met de luikenwagen.
8. De grote schade, door het oplopen tegen een rif, aan het vlak van het Nederlandse vrachtschip “Westerhaven”, op de zeereis van Belize naar Santo Tomas in Guatamala.
9. Het ongeval aan boord van het Nederlandse containerschip “Eclips” waarbij een opvarende om het leven kwam tijdens werkzaamheden in de machinekamer.
10. De aanvaring met een lichtopstand, van het Nederlandse vrachtschip “Dintelborg, varende in de Bothnische Golf op weg van Gävle naar Almeria.
11. De aanvaring tussen de Nederlandse chemicaliëntanker “Ardea”, varende op de Schelde, bij een oploopmanoeuvre en het Italiaanse schip “Grande Mediterraneo”.
12. De stranding onder loodsaanwijzing van de, onder de vlag van Liberia, varende chemicaliëntanker “Akti N”, in de Sardijngeul voor Vlissingen.
13. De brand in de machinekamer aan boord van het Nederlandse off-shore supportschip “Waker”.

BIJLAGE IIA

BETROKKEN SCHEPEN IN ALFABETISCHE VOLGORDE 2009

Naam	Nr.	Soort schip	Nationaliteit	Brt./GT	Aard ramp
“Aaltje Jacoba”	5	vissersvaartuig	Nederlands	435	ongeval
“Annie Hillina” KW 170	13	vissersvaartuig	Nederlands	2417	brand
“Artemis”	1	vrachtschip	Nederlands	2545	gronding
“Coastal Digger”	16	survey-schip	Nederlands	68	ongeval
“Dagna”	14	vrachtschip	Nederlands	3990	ongeval
“Dutch Progress”	4	chemicaliëntanker	Nederlands	2137	CO ² -lekkage
“Hanny” HD 70	8	vissersvaartuig	Nederlands	350	ongeval
“Helenic”	3	vrachtschip	Nederlands	2281	gronding
“Johanna Maria” SCH 118	17	vissersvaartuig	Nederlands	6534	ongeval
“Kent Explorer”	12	vrachtschip	Nederlands	7580	brand
“Lauwersborg”	2	vrachtschip	Nederlands	2558	stooten
“Morraborg”	6	vrachtschip	Nederlands	6540	stooten
“Norsky”	11	ro-ro-schip	Nederlands	20296	ongeval
“Sif R”	10	sleephopperzuiger	Nederlands	1574	gronding
“Vliet”	9	splijtbak/omnibarge	Nederlands	463	ongeval
“Wilhelmina” YE 137	7	vissersvaartuig	Nederlands	41	stranding
“Zhen Hua 10”	15	vrachtschip	St. Vincent / Grenadines	233	stranding

BIJLAGE IIB

BETROKKEN SCHEPEN IN ALFABETISCHE VOLGORDE 2010

Naam	Nr.	Soort schip	Nationaliteit	Brt./GT	Aard ramp
“Adriaantje” UK 2	3	vissersvaartuig	Nederlands	498	ongeval
“Akti N”	12	chemicaliëntanker	Liberiaans	38625	stranding
“Ardea”	11	chemicaliëntanker	Nederlands	1810	aanvaring
“Dintelborg”	10	vrachtschip	Nederlands	x	aanvaring
“Eclips”	9	containerschip	Nederlands	10384	ongeval
“Wisdom”	1	vrachtschip	Nederlands	1552	aanvaring
“Flinterduin”	7	vrachtschip	Nederlands	4503	ongeval
“Michiganborg”	2	vrachtschip	Nederlands	x	stootten
“Menna”	4	vrachtschip	Nederlands	2561	ongeval
“OSC Vlistdiep”	5	vrachtschip	Nederlands	7560	ongeval
“OSC Vlistdiep”	6	vrachtschip	Nederlands	7560	ongeval
“Waker”	13	off-shore support schip	Nederlands	2167	brand
“Westerhaven”	8	vrachtschip	Nederlands	7541	stootten

BIJLAGE III

OVERZICHT VAN DE IN DE UITSPRAKEN GEGEVEN AANBEVELINGEN (A) EN LERINGEN (L)

1. GROTE EN KLEINE HANDELSVAART

a. Navigatie

- (a) Wanneer wordt afgeweken van de gebruikelijke wijze van beloodsing, dient de loods zijn intenties tijdig kenbaar te maken aan de kapitein teneinde deze in staat te stellen daarover te overleggen en te anticiperen op de overeengekomen procedure. 1/2009
- (a) Aandacht besteden aan de relatie tussen de snelheid van het schip en het toerental waarbij door cavitatie van de schroef vermogensverlies gaat optreden. Vooral bij achteruit slaan kan onbekendheid met dit verschijnsel risico opleveren. 1/2009
- (l) Bij plotseling opkomend slecht zicht is het verstandig zo snel mogelijk een extra man naar boven te laten komen. 2/2009
- (a) Indien uitvoerbaar een extra monitor op de brug plaatsen zodat zowel de 3 als de 10 cm. radar tegelijkertijd gebruikt kunnen worden. 2/2009
- (a) Indien een schip regelmatig dezelfde havens aandoet proberen, indien de omstandigheden dit toelaten, zoveel mogelijk dezelfde route te volgen als bij vorige reizen. 2/2009
- (a) De passeerafstand tot 'enkele' boeien binnen redelijke grenzen (scheeps lengte) houden tenzij men anders geadviseerd wordt. 2/2009
- (l) Een goede reisvoorbereiding is van groot belang. Het is een leidraad die veel informatie geeft over de te volgen route. Een goede RVB levert een belangrijke bijdrage aan de veilige vaart van een schip. 3/2009
- (l) In dit geval was de RVB duidelijk onvoldoende omdat de no-go-areas niet aangegeven waren, de reden waarom het schip geboeid raakte. 3/2009

- (1) Afwijken van een van te voren gemaakte planning moet zoveel mogelijk worden voorkomen. 3/2009
- (1) Een kapitein van een vertrekkend schip moet zich niet laten opjagen door de loods of de kapitein van een binnenkomend vaartuig. Er dient tussen beide schepen een goede wisselwerking te zijn teneinde dit soort ongevallen te voorkomen. 3/2009
- (1) Op schepen met een ECDIS dienen diegenen die er mee moeten werken goed op de hoogte te zijn van de werking van het systeem en de mogelijkheden die het systeem biedt kunnen gebruiken. 3/2009
- (1) Koerslijnen moeten altijd in de zeekaart of in de ECDIS worden gezet zodat bijzonderheden op of afwijkingen van de route onmiddellijk opvallen. 3/2009
- (a) Een Bridge Resource Management cursus (BRM) kan een belangrijke verbetering zijn voor de veiligheid van schip en lading. Op een BRM-cursus leert men veel slechte gewoontes en ingeslopen slordigheden af onder een veelal vakbekwame leiding. 3/2009
- (a) Verplaatsen van de “Helenic’s” ECDIS-schermen zodat er een beter zicht op wordt verkregen zodat degene die de navigatie voert een beter overzicht kan houden. 3/2009
- (a) Een ECDIS-cursus verplicht stellen voor een ieder die met deze apparatuur moet werken. 3/2009
- (a) Optimaal gebruik maken van door de “wal” geplaatste lichtenlijnen en andere hulpmiddelen. Zij geven extra informatie ten behoeve van een veilige vaart. 3/2009
- (1) Er dient op te worden toegezien dat als de mogelijkheid daartoe bestaat alle kaarten voor de te ondernemen reis aan boord voorhanden zijn. 6/2009
- (1) De reisvoorbereiding dient volledig te zijn en ter goedkeuring, voor aanvang van de reis, aan de kapitein te worden voorgelegd. 6/2009
- (1) Kapiteins dienen zich bij het nemen van hun beslissingen te baseren op feiten en niet op veronderstellingen of eigen aannames. 6/2009
- (1) Als er gegronde twijfel bestaat of het voor een geankerd schip veilig is te blijven liggen, niet aarzelen en vertrekken. 6/2009
- (a) Admiralty Sailing Directions en andere nautische publicaties dienen voor aankomst door alle nautici zorgvuldig bestudeerd te worden. 6/2009
- (a) Voldoende aandacht besteden aan weerberichten en -verwachtingen via Navtex en SPOS, zodat men niet voor verrassingen komt te staan. 6/2009
- (a) Als er voor opvarenden die op het voorschip moeten zijn om anker te hieuwen, door welke omstandigheden dan ook gevaar bestaat, zo mogelijk het anker uit de grond stomen of het anker met ketting laten slippen door het openen van de slampamper. 6/2009

- (a) Te kleine kettingbakken waarin de ketting door de bemanning moet worden weggestuwd zo spoedig mogelijk (laten) aanpassen. 6/2009
- (a) Ten anker liggend altijd de positie-alarmering op de GPS instellen. 6/2009
- (a) Voortdurend de aandacht vestigen op de regels die gelden voor een goede reisvoorbereiding. In dit geval had een duidelijk aangegeven 'no-go-area' deze scheepsramp kunnen voorkomen. 6/2009
- (a) Als blijkt dat een anker krabt, gelijk drastische maatregelen nemen om erger te voorkomen. De ervaring heeft geleerd dat de snelheid waarmee een schip verdaagt in vrijwel alle gevallen toe- en niet afneemt. 6/2009
- (1) Ook bij navigatie op zicht van boeien en merken, is het noodzakelijk om de positie van het schip ten opzichte van de gewenste track te controleren. 10/2009
- (1) Bij het geven van orders, direct of indirect, moet de opvolging altijd worden gecontroleerd. 10/2009
- (1) Zelfvertrouwen gebaseerd op routine is een gevaar voor de veiligheid. 10/2009
- (1) Ook als schip en lading op zich geen gebreken vertonen, maar de manoeuvreerbaarheid van het schip door een hoge deklading in combinatie met harde wind nadelig wordt beïnvloed, dient de kapitein dit te melden. Bij het niet naleven van de meldplicht, zoals voorgeschreven in art. 6 STZ, moet de bevoegde autoriteit handhavend optreden wanneer en voor zover dit strafbaar is gesteld. 15/2009
- (1) Bij voorkeur niet ten anker gaan achter twee ankers. Dit voegt naar de mening van de Raad weinig toe aan de veiligheid van schip en lading. Bovendien kan het gebruik van twee ankerkettingen het vastmaken van een sleepboot ernstig belemmeren. Om het gieren van een schip te beperken kan een tweede anker met één of twee lengtes ketting gebruikt worden. Moet er dan een sleepboot worden vastgemaakt dan kan dit tweede anker snel thuisgehieuwd worden. 15/2009
- (1) Altijd vroegtijdig een eventuele stand-by sleepboot bestellen. 15/2009
- (a) Als een kapitein besluit niet te ankeren en gaande wil houden, dient de inzet van een escortsleepboot in overweging te worden genomen. Bovendien moet gaande gehouden worden buiten het Aanloopgebied en indien mogelijk buiten de territoriale wateren. 15/2009
- (a) De kapitein dient vroegtijdig de assistentie van sleepboten te overwegen en af te regelen. Bij slechtweersituaties zijn er veel zeeschepen, zowel in de havens als buiten de havens, die tegelijkertijd risico's afwegen. Als het weer extremer wordt, is onder die omstandigheden, de sleepbootcapaciteit regelmatig te klein. 15/2009
- (1) Wederom moet de Raad vaststellen dat er bij een kapitein onvoldoende besef bestond van zijn ongedeelde eindverantwoordelijkheid voor de veiligheid van schip en bemanning, ook in de fase dat zijn schip onder loodsmansaanwijzing een haven binnenloopt. Dit betekent niet dat een kapitein niet mag vertrouwen op de deskundigheid van een loods. Het

betekent wel dat een kapitein de plicht heeft om zich te laten informeren over de intenties van de loods, uitleg te vragen over zaken die vraagtekens oproepen en in te grijpen wanneer dat op basis van zijn kennis en ervaring verwacht mag worden. 2/2010

- (a) In de reisvoorbereiding grondig aandacht besteden aan de reisdelen van en naar loodsstation onder loodsmansaanwijzing. Vragen aan de loods over zijn intenties, navigatorische bijzonderheden en afwijkingen van gangbare procedures moeten zoveel mogelijk vooraf vastgesteld te worden. 2/2010
- (a) Altijd de mogelijkheid benutten om met de parallel-index-methode de veiligheid van de navigatie te controleren. 2/2010
- (1) In relatief gevaarlijk vaarwater zorgvuldig navigeren. 8/2010
- (1) Geen andere werkzaamheden verrichten dan die wachtgerelateerd zijn. 8/2010
- (1) De positie regelmatig en met korte tussenpozen controleren en deze posities in de kaart zetten. 8/2010
- (1) Diverse methodes van plaatsbepaling door elkaar gebruiken en de resultaten voortdurend met elkaar vergelijken. 8/2010
- (1) Optimaal gebruik maken van de mogelijkheden die de moderne (hulp-)middelen bij de navigatie, zoals radar, bieden (PI-lijnen, EBL, afstandsringen, alarmeringen etc.) 8/2010
- (1) Bekend zijn met de werking, het gebruik en de mogelijkheden die de GPS-ontvanger biedt. 8/2010
- (1) Altijd gebruik maken van de in de GPS-ontvanger opgeslagen waypoints. 8/2010
- (1) Ook kapiteins dienen de RVB tot in detail te bestuderen en te controleren. 8/2010
- (a) Kapiteins die al langere tijd in deze rang varen een opfriscursus zoals bijvoorbeeld BRM (Bridge Resource Management) laten volgen. Hierbij komen veel zwakke punten, waaronder gevaarlijk routinematig handelen, aan de orde. Bij een dergelijke cursus leert een deelnemer niet alleen veel bij, hij leert ook veel dingen af. 8/2010
- (1) Correct gebruik van het wachalarm had de aanvaring kunnen voorkomen. De kapitein mag geen onduidelijkheid laten bestaan over het gebruik van het wachalarm. Bij gebruik van een stuurautomaat dient het wachalarm altijd ingeschakeld te zijn. 10/2010
- (1) Tijdens de nacht is een uitkijk op de brug voorgeschreven. Als er een uitkijk op post had gestaan, had de aanvaring hoogstwaarschijnlijk niet plaatsgevonden. 10/2010
- (1) Met een alcoholgehalte boven 350 UGL is het wettelijk verboden de wacht te lopen. Daarnaast was aan boord van de “Dintelborg” elk alcoholgebruik minder dan vier uur voor aanvang van de wacht, verboden. Er was voor de kapitein voldoende aanleiding om een ademtest af te nemen bij

de derde stuurman die op wacht stond en de tweede stuurman die om 24.00 uur de wacht moest overnemen. 10/2010

- (a) Bij het overdragen van de functies van gezagvoerders en hoofden van dienst dient grondig aandacht te worden besteed aan de geschiktheid van het toegewezen personeel. Het uitwisselen van informatie die relevant is voor de beoordeling van de geschiktheid van personeel voor de uitoefening van hun functie verdient nadere aandacht in de regelgeving. 10/2010
- (a) Bij het toezicht op alcoholgebruik dragen alle bemanningsleden verantwoordelijkheid. De Raad beveelt aan dat gezagvoerders dit nadrukkelijk onder de aandacht van hun bemanningen brengen. 10/2010
- (a) Bij de uitgifte van grote hoeveelheden drank dient de kapitein alert te zijn op drankmisbruik. 10/2010
- (l) Tussen loods en brugwacht dienen heldere afspraken te bestaan over de taakverdeling bij de uitvoering van de navigatie en het manoeuvreren met het schip. 11/2010
- (a) De Raad geeft in overweging om artikel 13 van het Scheepvaartreglement Westerschelde zodanig aan te passen dat het oplopen in nauwe bochten vermeden wordt. 11/2010
- (a) Strenger toezicht van verkeersdiensten op correct gebruik van de marifoon. Bij het verkeer tussen schepen dienen altijd de scheepsnamen te worden gebruikt. 11/2010
- (l) Ongebruikelijke manoeuvres van een loods dienen door hem zodanig te worden uitgelegd dat het juiste verloop met kennis van zaken kan worden gecontroleerd door de kapitein en – indien van toepassing – door een verkeersbegeleidingsdienst. 12/2010
- (a) De Raad beveelt aan om, conform de situatie op Pilot Maas bij de aanloop naar Rotterdam, op de verkeerscentrale Vlissingen altijd een registerloods aanwezig te laten zijn die het verkeer naar en op de Westerschelde actief volgt en gevraagd of ongevraagd deskundig advies kan geven om gevaarlijke situaties te voorkomen. 12/2010

b. Bouw, inrichting en uitrusting en het uitvoeren van werkzaamheden

- (l) Aanpassingen van een gecertificeerd systeem dienen naar de mening van de Raad in ieder geval met de leverancier te worden besproken. 4/2009
- (l) Een algemeen machinekameralarm op de brug is niet voldoende om te waarschuwen tegen CO²-vergiftiging. 4/2009
- (a) Nationale regelgeving voor CO²-brandblussystemen opnieuw in beschouwing nemen en in ieder geval toevoeging van geurstof aan CO² verplicht stellen. 4/2009
- (a) Bij buitendekse opslag van gevaarlijke stoffen de aangrenzende compartimenten nadrukkelijk betrekken bij de risicoanalyse. 4/2009

- (1) Bij het uitvoeren van correctief onderhoud dient altijd grondige aandacht aan de oorzaak van het onderhavige probleem te worden gegeven. 12/2009
- (1) Gebreken kunnen alleen worden geaccepteerd als alle daaraan verbonden risico's zijn onderkend en op het verantwoordelijke niveau zijn afgewogen. 12/2009
- (1) Het isoleren van hete delen is zeer belangrijk ook al is er ogenschijnlijk geen gevaar van direct contact met olie. Een olienevel verspreidt zich snel en ontbrandt makkelijk bij contact met hete delen. 12/2009
- (a) Bij oefeningen ter bestrijding van brand nadrukkelijk de aanwezigheid van tanks met brandbare stoffen betrekken en de mogelijkheden bezien om de inhoud daarvan af te voeren naar een veilige plaats. 12/2009
- (a) Het verdient aanbeveling om de afstandbediening van de CO²-installatie buiten het machinekamercomplex te plaatsen. 13/2009
- (a) Voorzien in een zelfstandige noodstroomvoorziening voor vaste VHF-apparatuur. 13/2009
- (1) Bij werkzaamheden aan dek moet bij alle aanwezigen duidelijkheid bestaan over de opgedragen taken. Zonder die duidelijkheid kunnen wederzijdse risico's niet voldoende worden onderkend. Het aanbrengen van speedlocks vlak bij een rijdende kraan mag niet worden toegestaan. 14/2009
- (1) Er dient strikt de hand gehouden te worden aan veiligheidsprocedures. Ongemak en tijdrovendheid zijn onaanvaardbaar als excuus. 14/2009
- (a) In werkinstructies voor het bedienen van luikenwagens expliciet vermelden dat pas gereden mag worden als zeker is gesteld dat zich geen personen nabij de baan van de luikenwagen aan dek bevinden. 14/2009
- (a) Bij de conversie van een schip naar een geheel ander type schip (in het geval van de "Zhen Hua 10" van olietanker naar zwareladerschip) ook de lading (hoogte en windvang) meenemen bij de berekening van een nieuw 'uitrustingsgetal'. De Raad ziet het feit dat dit nu (nog) niet gebeurt als een tekortkoming in de internationale regelgeving. De IVW kan trachten via de daarvoor bestaande kanalen de IACS-regelgeving aan te laten passen. 15/2009
- (a) Ook de voortstuwing (vermogen van de hoofdmotor en het soort schroef) kritisch bekijken en zonodig aanpassingen laten uitvoeren. 15/2009
- (a) Bij de bepaling van het gewicht van de ankers, de kettingen en de afmetingen van het spil er ook rekening mee houden dat het schip met lading ten anker kan blijven liggen achter één anker in goede houdgrond. Er wordt van uitgegaan dat er hierbij sprake is van een stroomsnelheid van 2½ mtr./sec. en een windsnelheid van 25mtr./sec. (kracht 10 Bft.). De hoeveelheid ketting die onder deze omstandigheden moet worden uitgegeven ligt tussen de 6 en de 10 lengtes, waarbij uiteraard ook de waterdiepte een belangrijke rol speelt. 15/2009

- (a) De resultaten van een EMSA-inspectie sneller bekend maken aan het betreffende classificatiebureau, zodat interne maatregelen getroffen kunnen worden als dat noodzakelijk mocht blijken te zijn. 15/2009
- (1) Handigheden die niet zonder risico zijn, horen niet thuis in een veilige procedure. 16/2009
- (1) Een gezagvoerder dient zich grondig op de hoogte te stellen van kennis, ervaring en vaardigheden van elk nieuw bemanningslid alvorens deze tewerk te stellen. 16/2009
- (1) De regels voor gebruik van drank aan boord zijn niet voor interpretatie vatbaar. Alleen strikte toepassing kan ongelukken voorkomen. 1/2010
- (1) Bij het werken op enige hoogte, ook als het niet dwingend is voorgeschreven, toch gebruik maken van die veiligheidsmiddelen die mogelijk een val naar beneden (gedeeltelijk) kunnen voorkomen. Aangeraden wordt om buiten de accommodatie altijd een veiligheidshelm te dragen. 4/2010
- (a) De rederij beschouwt het noodlottige ongeval aan boord van de “Menna” als een ‘Act-of-God’. De Raad heeft de rederij aanbevolen te bezien of er een mogelijkheid bestaat voor het aanbrengen van een soort ‘guide-rail’ op elk van de luiken. Deze rail zou zo laag mogelijk op het luik moeten worden aangebracht en lopen in langsscheepse richting over het ‘midden’ van een luik, zodanig verschervend dat de guide-rails bij geopende luiken niet tegen elkaar aankomen en op die manier wellicht belemmeren dat een luik volledig geopend kan worden. Als deze guide-rails aangebracht kunnen worden moeten zij zo laag mogelijk over het luik lopen en duidelijk gemerkt worden om te voorkomen dat mensen erover struikelen als de luiken dicht zijn. Aan deze guide-rail kan dan met behulp van een karabijnhaak een veiligheidsharnas met een daaraan voldoende lange lijn vastgeklikt worden alvorens werkzaamheden in de nabijheid van de rand van de luiken te mogen uitvoeren. Mocht er dan wat verkeerd gaan kan de betrokken persoon in geen geval vanaf een luik helemaal naar beneden vallen. 4/2010
- (1) Altijd de nabij de bedieningsplaats aangebrachte instructies nauwgezet opvolgen, dus ook controleren of de rails overal, ook op de niet direct zichtbare plaatsen, vrij is. 5/2010
- (1) Indien het vermoeden bestaat dat de ‘operator’ van de luikenwagen oververmoeid is, zonder dat hij dat mogelijk zelf weet, deze indien mogelijk vervangen of de werkzaamheden tijdelijk stil leggen. 5/2010
- (a) Lijsten met rust- en werkuren niet zonder meer ondertekenen maar nagaan of deze formulieren goed worden ingevuld. 5/2010
- (a) De leden van de veiligheidscommissie voortdurend wijzen op het belang van hun taak in deze en hen stimuleren hun werk in de commissie zo goed mogelijk te doen. 5/2010
- (a) Indien mogelijk bij de luikenwagen borstels of een andere voorziening aanbrengen net boven de rails voor en achter de wielen zodat men eerder gewaarschuwd wordt dat de wagen nadert. 5/2010
- (a) Limit switches aanbrengen op de wielkappen van de luikenwagen die bij aanraking de luikenwagen onmiddellijk tot stilstand brengen. 5/2010

- (1) Altijd de nabij de bedieningsplaats aangebrachte instructies nauwgezet opvolgen, dus ook controleren of de rails overal, ook op de niet direct zichtbare plaatsen, vrij is. 6/2010
- (1) Indien het vermoeden bestaat dat de 'operator' van de luikenwagen oververmoeid is, zonder dat hij dat mogelijk zelf weet, deze vervangen of de werkzaamheden tijdelijk stil leggen. 6/2010
 - (a) Lijsten met rust- en werkuren niet zonder meer ondertekenen, maar nagaan of deze formulieren naar waarheid worden ingevuld. 6/2010
 - (a) De leden van de veiligheidscommissie voortdurend wijzen op het belang van hun taak in deze en hen stimuleren hun werk in de commissie zo goed mogelijk te doen. 6/2010
 - (a) Indien mogelijk bij de luikenwagen borstels of een andere voorziening aanbrengen net boven de rails voor en achter de wielen zodat men eerder gewaarschuwd wordt dat de wagen nadert. 6/2010
 - (a) Limitswitches aanbrengen op de wielkappen van de luikenwagen die bij aanraking de luikenwagen onmiddellijk tot stilstand brengen. 6/2010
 - (a) De Raad beveelt de reders die dit aangaat aan gevolg te geven aan de dringende oproep van de Inspecteur. 6/2010
- (1) In overeenstemming met het gestelde in de ISM-Code dient van geconstateerde defecten zomogelijk de oorzaak te worden opgespoord en de wenselijkheid van correctie worden vastgesteld. In het onderhavige geval had de ampèremeter vóór de onderhoudsbeurt en test van de separator moeten worden gerepareerd. 9/2010
- (1) Bijzonderheden die relevant zijn bij de uitvoering van werkzaamheden moeten vooraf worden besproken, waardoor onnodige risico's kunnen worden vermeden en twijfel over de uit te voeren werkzaamheden wordt uitgesloten. 9/2010
- (1) Het uitvoeren van werkzaamheden aan elektrische installaties is alleen toegestaan aan daartoe bevoegd personeel. 9/2010
- (1) Bij het verrichten van werkzaamheden aan elektrische installaties dienen alle voorgeschreven veiligheidsmaatregelen strikt in acht genomen te worden. 9/2010
 - (a) Meer aandacht besteden aan de invloed van de personeelsbezetting op de kwaliteit van het safety management aan boord en de rederij altijd waarschuwen als de uitvoerbaarheid van het safety management systeem feitelijk in gedrang komt. 9/2010
 - (a) Bij het overdragen van de functies van gezagvoerders en hoofden van dienst dient grondig aandacht te worden besteed aan de geschiktheid van het toegewezen personeel. Het uitwisselen van informatie die relevant is voor de beoordeling van de geschiktheid van personeel voor de uitoefening van hun functie verdient nadere aandacht in de regelgeving. 10/2010

- (a) Bij het toezicht op alcoholgebruik dragen alle bemanningsleden verantwoordelijkheid. De Raad beveelt aan dat gezagvoerders dit nadrukkelijk onder de aandacht van hun bemanningen brengen. 10/2010
- (a) Bij de uitgifte van grote hoeveelheden drank dient de kapitein alert te zijn op drankmisbruik. 10/2010
- (l) De MK-brand op de “Waker” heeft weer eens aangetoond dat opvarenden die rook hebben ingeademd direct daarna beter geen perslucht kunnen gebruiken. 13/2010
- (l) Deuren altijd zoveel mogelijk gesloten houden, ook de buitendeuren van de accommodatie. 13/2010
- (l) Afvalvaten niet zodanig neerzetten dat hierdoor bepaalde brandkleppen niet bereikt of gesloten kunnen worden. 13/2010
- (a) De scheepsleiding dient zich ervan te vergewissen dat deuren van de belangrijkste en meest gebruikte MK-ingangen van het zelfsluitende type zijn en dat zij zijn voorzien van een snel en gemakkelijk bedienbaar sluitmechanisme. 13/2010
- (a) Deuren naar de MK dienen onder normale omstandigheden gesloten te zijn en moeten voorzien zijn van de waarschuwing: ‘This door normally to be kept closed’. 13/2010
- (a) Controleren of de verbindingsdeur tussen de MK en de accommodatie een goedgekeurde branddeur is. 13/2010
- (a) Nagaan en zo mogelijk markeren via welke routes, in geval van brand in de MK, de kastjes van de elektrische noodstoppen, de snel- of SOS-afsluiters, de CO²-installatie en de uitgangen bereikt kunnen worden. 13/2010
- (a) Controleer met enige regelmaat of de ontsnappingsroutes vrij zijn van obstakels. Weet waar de brandblus- en persluchtapparatuur is opgeborgen en neem kennis van de bediening, de werking en de mogelijkheden van de (nood)brandbluspomp(en). 13/2010

c. Het voorkomen van schade en ongevallen

- (l) Aanpassingen van een gecertificeerd systeem dienen naar de mening van de Raad in ieder geval met de leverancier te worden besproken. 4/2009
- (l) Een algemeen machinekameralarm op de brug is niet voldoende om te waarschuwen tegen CO²-vergiftiging. 4/2009
- (a) Nationale regelgeving voor CO²-brandblussystemen opnieuw in beschouwing nemen en in ieder geval toevoeging van geurstof aan CO² verplicht stellen. 4/2009
- (a) Bij buitendekse opslag van gevaarlijke stoffen de aangrenzende compartimenten nadrukkelijk betrekken bij de risicoanalyse. 4/2009

- (1) Als onder ongewone of wijzigende omstandigheden routinematige werkzaamheden moeten worden uitgevoerd, is het noodzakelijk om vooraf met alle betrokkenen alle mogelijke risico's (opnieuw) te beschouwen.
- (1) Goed overleg met de walploeg over meren en ontmeren is van groot belang. 11/2009
- (1) Als een schroef niet meer vrij is dit uitsluitend aangeven met: 'propeller not clear'. Hiermee wordt verwarring voorkomen. 11/2009
- (1) Niet drijvende trossen alleen uitgeven als dwarstros. 11/2009
- (1) Op de brug moet men te allen tijde de regie behouden. Dat kan alleen door voldoende informatie naar zowel voor als achter door te geven. 11/2009
- (a) Het verdient aanbeveling dat er tijdens het meren en ontmeren zowel met het voor- als het achterschip gecommuniceerd wordt in dezelfde taal. Iedereen is er dan van op de hoogte wat er zowel voor als achter aan de hand is. 11/2009
- (a) Indien het maar enigszins mogelijk is de schroef aan de walkant gestopt houden totdat de 'zinkers' in ieder geval uit het water zijn en bij voorkeur ook binnenboord. 11/2009
- (a) Indien contact met het achterschip niet meer mogelijk is, onmiddellijk de pitch naar 'nul' terugnemen en de schroef uitclutchen. 11/2009
- (a) Samenwerking en interactie tussen wal en schip dient zo goed en soepel mogelijk te verlopen. 11/2009
- (a) Onderwerpen waar de veiligheid in het geding komt en waarover terminal en schip van mening verschillen zo spoedig mogelijk proberen op te lossen. Zo nodig deze onderwerpen schriftelijk kenbaar maken, eventueel met suggesties voor oplossingen. 11/2009
- (a) Het oordeel van de Raad aan de terminal bekend maken. Ook door hen kan er uit deze zaak lering getrokken worden wat ten goede komt aan beide partijen. 11/2009
- (1) Bij het uitvoeren van correctief onderhoud dient altijd grondige aandacht aan de oorzaak van het onderhavige probleem te worden gegeven. 11/2009
- (1) Gebreken kunnen alleen worden geaccepteerd als alle daaraan verbonden risico's zijn onderkend en op het verantwoordelijke niveau zijn afgewogen. 11/2009
- (1) Het isoleren van hete delen is zeer belangrijk ook al is er ogenschijnlijk geen gevaar van direct contact met olie. Een olienevel verspreidt zich snel en ontbrandt makkelijk bij contact met hete delen. 11/2009
- (a) Bij oefeningen ter bestrijding van brand nadrukkelijk de aanwezigheid van tanks met brandbare stoffen betrekken en de mogelijkheden bezien om de inhoud daarvan af te voeren naar een veilige plaats. 11/2009

- (1) Bij werkzaamheden aan dek moet bij alle aanwezigen duidelijkheid bestaan over de opgedragen taken. Zonder die duidelijkheid kunnen wederzijdse risico's niet voldoende worden onderkend. Het aanbrengen van speedlocks vlak bij een rijdende kraan mag niet worden toegestaan. 14/2009
- (1) Er dient strikt de hand gehouden te worden aan veiligheidsprocedures. Ongemak en tijdrovendheid zijn onaanvaardbaar als excuus. 14/2009
- (a) In werkinstructies voor het bedienen van luikenwagens expliciet vermelden dat pas gereden mag worden als zeker is gesteld dat zich geen personen nabij de baan van de luikenwagen aan dek bevinden. 14/2009
- (1) Ook als schip en lading op zich geen gebreken vertonen, maar de manoeuvreerbaarheid van het schip door een hoge deklading in combinatie met harde wind nadelig wordt beïnvloed, dient de kapitein dit te melden. Bij het niet naleven van de meldplicht, zoals voorgeschreven in art. 6 STZ, moet de bevoegde autoriteit handhavend optreden wanneer en voor zover dit strafbaar is gesteld. 15/2009
- (1) Bij voorkeur niet ten anker gaan achter twee ankers. Dit voegt naar de mening van de Raad weinig toe aan de veiligheid van schip en lading. Bovendien kan het gebruik van twee ankerkettingen het vastmaken van een sleepboot ernstig belemmeren. Om het gieren van een schip te beperken kan een tweede anker met één of twee lengtes ketting gebruikt worden. Moet er dan een sleepboot worden vastgemaakt dan kan dit tweede anker snel thuisgehieuwd worden. 15/2009
- (1) Altijd vroegtijdig een eventuele stand-by sleepboot bestellen. 15/2009
- (a) Meer ETV's (Emergency Towing Vessels) inzetbaar maken langs de Nederlandse kust. Dit kan zeker ook bijdragen aan de veiligheid van de windturbineparken. Voorts het Bonn-Agreement uit 1969 zo spoedig mogelijk volledig implementeren. 15/2009
- (a) Instelling van een systeem als het Engelse SOSREP. SOSREP staat voor: Secretary of State Representative. Deze functionaris, die boven alle betrokken partijen staat, kan in geval van een (dreigende) scheepsramp gelijk die maatregelen nemen die hij denkt te moeten nemen om de gevolgen van de ramp niet groter te laten worden of eventueel zelfs te beperken. 15/2009
- (a) Momenteel ligt een aantal ankergebieden buiten het Aanloopgebied. Het Aanloopgebied zo mogelijk uitbreiden zodat alle ankergebieden er binnen vallen. Hierdoor wordt het bevoegdheidsgebied van de havenmeester groter. 15/2009
- (1) Handigheden die niet zonder risico zijn, horen niet thuis in een veilige procedure. 16/2009
- (1) Een gezagvoerder dient zich grondig op de hoogte te stellen van kennis, ervaring en vaardigheden van elk nieuw bemanningslid alvorens deze tewerk te stellen. 16/2009
- (1) De regels voor gebruik van drank aan boord zijn niet voor interpretatie vatbaar. Alleen strikte toepassing kan ongelukken voorkomen. 1/2010

- (a) De rederij beschouwt het noodlottige ongeval aan boord van de “Menna” als een ‘Act-of-God’. De Raad heeft de rederij aanbevolen te bezien of er een mogelijkheid bestaat voor het aanbrengen van een soort ‘guide-rail’ op elk van de luiken. Deze rail zou zo laag mogelijk op het luik moeten worden aangebracht en lopen in langsscheepse richting over het ‘midden’ van een luik, zodanig verschervend dat de guide-rails bij geopende luiken niet tegen elkaar aankomen en op die manier wellicht belemmeren dat een luik volledig geopend kan worden. Als deze guide-rails aangebracht kunnen worden moeten zij zo laag mogelijk over het luik lopen en duidelijk gemerkt worden om te voorkomen dat mensen erover struikelen als de luiken dicht zijn. Aan deze guide-rail kan dan met behulp van een karabijnhaak een veiligheidsharnas met een daaraan voldoende lange lijn vastgeklikt worden alvorens werkzaamheden in de nabijheid van de rand van de luiken te mogen uitvoeren. Mocht er dan wat verkeerd gaan kan de betrokken persoon in geen geval vanaf een luik helemaal naar beneden vallen. 4/2010

- (l) Altijd de nabij de bedieningsplaats aangebrachte instructies nauwgezet opvolgen, dus ook controleren of de rails overal, ook op de niet direct zichtbare plaatsen, vrij is. 5/2010

- (l) Indien het vermoeden bestaat dat de ‘operator’ van de luikenwagen oververmoeid is, zonder dat hij dat mogelijk zelf weet, deze indien mogelijk vervangen of de werkzaamheden tijdelijk stil leggen. 5/2010

- (a) Indien mogelijk bij de luikenwagen borstels of een andere voorziening aanbrengen net boven de rails voor en achter de wielen zodat men eerder gewaarschuwd wordt dat de wagen nadert. 5/2010

- (a) Limit switches aanbrengen op de wielkappen van de luikenwagen die bij aanraking de luikenwagen onmiddellijk tot stilstand brengen. 5/2010

- (l) Altijd de nabij de bedieningsplaats aangebrachte instructies nauwgezet opvolgen, dus ook controleren of de rails overal, ook op de niet direct zichtbare plaatsen, vrij is. 6/2010

- (l) Indien het vermoeden bestaat dat de ‘operator’ van de luikenwagen oververmoeid is, zonder dat hij dat mogelijk zelf weet, deze vervangen of de werkzaamheden tijdelijk stil leggen. 6/2010

- (a) Lijsten met rust- en werkuren niet zonder meer ondertekenen, maar nagaan of deze formulieren naar waarheid worden ingevuld. 6/2010

- (a) De leden van de veiligheidscommissie voortdurend wijzen op het belang van hun taak in deze en hen stimuleren hun werk in de commissie zo goed mogelijk te doen. 6/2010
- (a) Indien mogelijk bij de luikenwagen borstels of een andere voorziening aanbrengen net boven de rails voor en achter de wielen zodat men eerder gewaarschuwd wordt dat de wagen nadert. 6/2010

- (a) Limitswitches aanbrengen op de wielkappen van de luikenwagen die bij aanraking de luikenwagen onmiddellijk tot stilstand brengen. 6/2010

- (a) De Raad beveelt de reders die dit aangaat aan gevolg te geven aan de dringende oproep van de Inspecteur. 7/2010

- (1) In overeenstemming met het gestelde in de ISM-Code dient van geconstateerde defecten zomogelijk de oorzaak te worden opgespoord en de wenselijkheid van correctie worden vastgesteld. In het onderhavige geval had de ampèremeter vóór de onderhoudsbeurt en test van de separator moeten worden gerepareerd. 9/2010
- (1) Bijzonderheden die relevant zijn bij de uitvoering van werkzaamheden moeten vooraf worden besproken, waardoor onnodige risico's kunnen worden vermeden en twijfel over de uit te voeren werkzaamheden wordt uitgesloten. 9/2010
- (1) Het uitvoeren van werkzaamheden aan elektrische installaties is alleen toegestaan aan daartoe bevoegd personeel. 9/2010
- (1) Bij het verrichten van werkzaamheden aan elektrische installaties dienen alle voorgeschreven veiligheidsmaatregelen strikt in acht genomen te worden. 9/2010
- (a) Meer aandacht besteden aan de invloed van de personeelsbezetting op de kwaliteit van het safety management aan boord en de rederij altijd waarschuwen als de uitvoerbaarheid van het safety management systeem feitelijk in gedrang komt. 9/2010
- (1) De MK-brand op de "Waker" heeft weer eens aangetoond dat opvarenden die rook hebben ingeademd direct daarna beter geen perslucht kunnen gebruiken. 13/2010
- (1) Deuren altijd zoveel mogelijk gesloten houden, ook de buitendeuren van de accommodatie. 13/2010
- (1) Afvalvaten niet zodanig neerzetten dat hierdoor bepaalde brandkleppen niet bereikt of gesloten kunnen worden. 13/2010
- (a) De scheepsleiding dient zich ervan te vergewissen dat deuren van de belangrijkste en meest gebruikte MK-ingangen van het zelfsluitende type zijn en dat zij zijn voorzien van een snel en gemakkelijk bedienbaar sluitmechanisme. 13/2010
- (a) Deuren naar de MK dienen onder normale omstandigheden gesloten te zijn en moeten voorzien zijn van de waarschuwing: 'This door normally to be kept closed'. 13/2010
- (b) Controleren of de verbindingsdeur tussen de MK en de accommodatie een goedgekeurde branddeur is. 13/2010
- (b) Nagaan en zo mogelijk markeren via welke routes, in geval van brand in de MK, de kastjes van de elektrische noodstoppen, de snel- of SOS-afsluiters, de CO²-installatie en de uitgangen bereikt kunnen worden. 13/2010
- (b) Controleer met enige regelmaat of de ontsnappingsroutes vrij zijn van obstakels. Weet waar de brandblus- en persluchtapparatuur is opgeborgen en neem kennis van de bediening, de werking en de mogelijkheden van de (nood)brandbluspomp(en). 13/2010

d. Varen onder loodsaanwijzing

- (a) Wanneer wordt afgeweken van de gebruikelijke wijze van beloodsing, dient de loods zijn intenties tijdig kenbaar te maken aan de kapitein teneinde deze in staat te stellen daarover te overleggen en te anticiperen op de overeengekomen procedure. 1/2009
- (1) Wederom moet de Raad vaststellen dat er bij een kapitein onvoldoende besef bestond van zijn ongedeelde eindverantwoordelijkheid voor de veiligheid van schip en bemanning, ook in de fase dat zijn schip onder loodsmansaanwijzing een haven binnenloopt. Dit betekent niet dat een kapitein niet mag vertrouwen op de deskundigheid van een loods. Het betekent wel dat een kapitein de plicht heeft om zich te laten informeren over de intenties van de loods, uitleg te vragen over zaken die vraagtekens oproepen en in te grijpen wanneer dat op basis van zijn kennis en ervaring verwacht mag worden. 2/2010
- (a) In de reisvoorbereiding grondig aandacht besteden aan de reisdelen van en naar loodsstation onder loodsmansaanwijzing. Vragen aan de loods over zijn intenties, navigatorische bijzonderheden en afwijkingen van gangbare procedures moeten zoveel mogelijk vooraf vastgesteld te worden. 2/2010
- (1) Tussen loods en brugwacht dienen heldere afspraken te bestaan over de taakverdeling bij de uitvoering van de navigatie en het manoeuvreren met het schip. 11/2010
- (a) De Raad geeft in overweging om artikel 13 van het Scheepvaartreglement Westerschelde zodanig aan te passen dat het oplopen in nauwe bochten vermeden wordt. 11/2010
- (a) Strenger toezicht van verkeersdiensten op correct gebruik van de marifoon. Bij het verkeer tussen schepen dienen altijd de scheepsnamen te worden gebruikt. 11/2010

2. ZEEVISSERIJ

a. Navigatie

- (1) Indien er dicht onder de kust gevaren en/of gevestigd wordt dient er door de opvarenden voldoende rust genomen te worden zodat geen verlies van concentratie en alertheid plaatsvindt door oververmoeidheid. 7/2009
- (1) Er moet bij het uitoefenen van de kustvisserij altijd ruim voldoende afstand gehouden worden tot de vanaf het strand de zee in lopende strekdammen. De schipper dient aan zijn ondergeschikten kenbaar te maken en ook vast te leggen, wat de minimale voor hem acceptabele afstand tot de kop van de strekdammen is. 7/2009
- (1) Te allen tijde moet vermeden worden dat de economische belangen zwaarder wegen dan de veiligheid van opvarenden, schip en lading of dat deze belangen ten koste gaan van 'goed zeemanschap'. 7/2009

(a) Vermijden dicht langs de koppen van de strekdammen te varen/vissen. Het verdient aanbeveling de lengte van de strekdammen in de plotter(s) vast te leggen. Men dient er wel op bedacht te zijn dat de lengte van de strekdammen onderling kan verschillen. 7/2009

(1) Het werken aan dek van een slingerend vissersschip is en blijft een uiterst risicovolle aangelegenheid, waarbij de grootst mogelijke oplettendheid dient te worden betracht. 3/2010

b. Vistuigen en Scheepswerkzaamheden

(a) De Raad beveelt wederom (zie uitspraak 11/98) reders in de zeevisserij aan hun schepen uit te rusten met (automatisch) opblaasbare reddingvesten of werkvesten, en beveelt reders en schippers aan hun bemanningen te verplichten deze in ieder geval bij werkzaamheden aan dek tijdens zwaar weer, te dragen. 3/2010

(1) Indien om goede redenen wordt afgeweken van bestaande veiligheidsprocedures, moeten heldere afspraken worden gemaakt om nieuwe risico's te vermijden. 17/2009

(1) Als uit veiligheidsoogpunt instemming met een actie nodig is, mag over die instemming geen twijfel mogelijk zijn. 17/2009

(1) Defecten die de veiligheid van werken beïnvloeden moeten met hoge prioriteit worden hersteld. 17/2009

c. Voorkomen van schade en ongevallen

(1) De verantwoordelijkheid van de schipper voor de veiligheid van schip en bemanning is ondeelbaar, ongeacht bestaande familierelaties of gemeenschappelijke zakelijke belangen van de bemanning. 5/2009

(1) Het inherente risico van het duiken brengt met zich mee dat nooit mag worden afgeweken van ter zake voorgeschreven regels. 5/2009

(a) Eigenaren van vissersvaartuigen dienen voorzieningen voor het uitvoeren van duiken voor vertrek van boord te halen als deze niet aan de voorschriften voldoen, of als de bemanning niet over de benodigde diploma's beschikt. 5/2009

(a) De praktijk van duiken aan boord van vissersvaartuigen geeft naar de mening van de Raad aanleiding om te bezien of een op vissersvaartuigen toegesneden beleidsregel duikarbeid nodig is. 5/2009

(1) Reders en schippers dienen op de hoogte zijn van de voor hun schip geldende bemanningsvoorschriften. De schipper is er uiteindelijk verantwoordelijk voor dat er gevaren wordt met voldoende mankracht en dat de opvarenden, inclusief hijzelf, voldoende gekwalificeerd zijn. 7/2009

- (1) De schipper is altijd de eindverantwoordelijke man aan boord. Indien de schipper het niet eens is met de taakvervulling van zijn ondergeschikte(n) dient hij dit kenbaar te maken. Belangrijke beslissingen kunnen worden genomen in goed overleg tussen de partijen. 7/2009
- (1) Te allen tijde moet vermeden worden dat de economische belangen zwaarder wegen dan de veiligheid van opvarenden, schip en lading of dat deze belangen ten koste gaan van 'goed zeemanschap'. 7/2009
- (a) Door de bevoegde Nederlandse autoriteit dient beter toezicht gehouden te worden op het naleven van de bemanningsvoorschriften. Zij dienen dan wel bekend te zijn met de inhoud van deze voorschriften. 7/2009
- (a) Reders en schippers moeten op de hoogte zijn van de voorschriften welke van kracht zijn voor hun schip of schepen. 7/2009
- (a) Bij herhaald overtreden van de voorschriften dient snel en adequaat opgetreden te worden en moeten zonodig sancties opgelegd worden. 7/2009
- (a) Met een "Verklaring Dagvisserij" is het toegestaan met twee man te varen. Ook hierop dient strenger gecontroleerd te worden om ongelukken door oververmoeidheid te voorkomen. Wordt er met een drie-mans bemanning gevaren, dan dient het werkschema 18/6 (dat wil zeggen 18 uur vissen/6 uur rust) strikt nageleefd te worden, eveneens ter voorkoming van fatigue. 7/2009
- (a) Een schipper is de eindverantwoordelijke man aan boord van een vissersvaartuig. Hij dient zijn instructies voor de stuurman duidelijk en bij voorkeur schriftelijk vast te leggen zodat hierover geen misverstanden kunnen bestaan. 7/2009
- (a) Als de onderlinge verstandhouding aan boord goed is en de schipper en zijn stuurman op voet van gelijkheid met elkaar omgaan blijft de schipper toch de eindverantwoordelijke man aan boord. In voorkomende gevallen, zoals hier, dient de schipper zich actiever op te stellen en de regels en naleving daarvan alsmede de inhoud van zijn functie meer gestalte te geven. 7/2009
- (1) Wederom is gebleken dat ervaring geen gevaren wegneemt en dat met het bestaan van gevaren zelfs onder de meest routinematige omstandigheden altijd bewust rekening moet worden gehouden. 8/2009
- (a) De Raad acht het zinvol om te bezien of met aanvullende aanwijzingen voor het verlenen van eerste hulp, kan worden voorkomen dat wordt gereanimeerd in situaties waarin dat mogelijk een averechtse werking heeft. 8/2009
- (1) Branddeuren dienen altijd gesloten te worden omdat deze een essentieel onderdeel zijn van het systeem van brandbeveiliging. De compartimentering door middel van branddeuren is niet alleen belangrijk voor het beperken van brandhaarden maar is ook van groot belang voor de toegankelijkheid van voorzieningen ten behoeve van brandbestrijding. 13/2009
- (1) Gebrek aan oefening wrekt zich bij bestrijding van brand en kan zeer ernstige gevolgen hebben. Brandrol dient zo snel mogelijk na vertrek beoefend te worden en gedurende de verdere reis met

voldoende frequentie, om zeker te stellen dat met de aanwezige brandploeg effectief kan worden opgetreden in geval van brand aan boord. 13/2009

- (1) Voor het toelaten van personeel tot ruimten waar CO² is toegelaten, dient eerst door meting vastgesteld te worden dat de aanwezige concentratie CO² toelaatbaar is. 13/2009
- (1) Indien om goede redenen wordt afgeweken van bestaande veiligheidsprocedures, moeten heldere afspraken worden gemaakt om nieuwe risico's te vermijden. 17/2009
- (1) Als uit veiligheidsoogpunt instemming met een actie nodig is, mag over die instemming geen twijfel mogelijk zijn. 17/2009
- (1) Defecten die de veiligheid van werken beïnvloeden moeten met hoge prioriteit worden hersteld. 17/2009
- (a) Het werken aan dek van een slingerend vissersschip is en blijft een uiterst risicovolle aangelegenheid, waarbij de grootst mogelijke oplettendheid dient te worden betracht. 2/2010
- (a) De Raad beveelt wederom (zie uitspraak 11/98) reders in de zeevisserij aan hun schepen uit te rusten met (automatisch) opblaasbare reddingvesten of werkvesten, en beveelt reders en schippers aan hun bemanningen te verplichten deze in ieder geval bij werkzaamheden aan dek tijdens zwaar weer, te dragen. 2/2010

3. VERKEERSBEGELEIDINGS- SYSTEMEN/-POSTEN

a. Navigatie

- (a) Strenger toezicht van verkeersdiensten op correct gebruik van de marifoon. Bij het verkeer tussen schepen dienen altijd de scheepsnamen te worden gebruikt. 11/2010

SAMENSTELLING

RAAD VOOR DE SCHEEPVAART

VAN 1 JANUARI 2009 T/M 30 JUNI 2010

VOORZITTER:

mr. U.W. baron Bentinck
Oud-vice-president
Arrondissementsrechtbank Amsterdam

PLAATSVERVANGENDE VOORZITTERS:

mr. D. Roemers
Staatsraad in buitengewone dienst bij de
Raad van State

mr. P. Neleman
Oud-vice-president Hoge Raad der
Nederlanden

mr. E.A. Bik
Advocaat te Rotterdam

GEWONE LEDEN:

A.J. Both
Oud-kapitein grote handelsvaart
(In het bijzonder voor zaken betr. zeebrief
Nederlandse-Antillen).

Vice-Admiraal b.d. J.L.A. van Aalst
Oud-Inspecteur-Generaal voor de
Krijgsmacht

BUITENGEWONE LEDEN:

N.J. Pronk
Oud-schipper ter zeevisserij

T.B. Bouwman
Reder kleine handelsvaart

ing. W. Visser
Scheepsbouwkundige zeevisserij

ir. M.J. van der Wal
Scheepsbouwkundige kleine handelsvaart

ir. R.K. Hansen
Oud-werktuigbouwkundige

mr. J.C. Lems
Oud-Havenmeester van Rotterdam, tevens
Rijkshavenmeester en Port Security Officer
regio Rotterdam-Rijnmond.

P.J. Lensen
Scheepswerktuigkundige

J.L. Schot
Oud-registerloods Vlissingen

Vice-Admiraal b.d. N.W.G. Buis
Oud-reder grote handelsvaart

ing. J.C.H. de Neef
Scheepsbouwkundige grote handelsvaart

ir. J.T.Tromp
Elektrotechnicus

PLAATSVERVANGENDE LEDEN:

J. van Urk
**Oud-schipper ter zeevisvaart; oud-
havenmeester Urk**

Commandeur b.d. E. Bakker
**Oud-Chef der Hydrografie Koninklijke
Marine**

J.F. Jongbloed
Oud-kapitein grote handelsvaart

F. Karmelk
Oud-kapitein kleine handelsvaart

D.P. Makkinje
Oud-reder kleine handelsvaart

H. Reijne
Oud-kapitein grote handelsvaart

P.H. Schiller
**Oud-loodsdienstleider Regionale Loodsen
Corporatie Amsterdam-IJmond**

M.J. van Overklift
Reder grote handelsvaart

S. Sijbesma
Oud-kapitein grote handelsvaart

H.W.M. Linssen
Oud-scheepswerktuigkundige

J.G. van Oerle
Scheepswerktuigkundige

J.M. Bais
Schipper ter zeevisvaart

E.R. IJssel de Schepper
Kapitein grote handelsvaart

H. van der Laan (per 1 juli 2009)
Kapitein grote handelsvaart

SECRETARIS:

mr. D.J. Pimentel

PLV. SECRETARIS:

mr. C.J.R. Eijsbouts (tot 31 december 2009)
Advocaat bij Clifford Chance te Amsterdam

mr. D.P.M. Bos
Advocaat bij Clifford Chance te Amsterdam

