

Nr. 2

UITSPRAAK van de Raad voor de Scheepvaart inzake de scheepsramp op 11 januari 2006 waarbij, aan boord van het Nederlands-Antilliaanse vrachtschip "Singeldiep", de tweede stuurman, tijdens een ongeval met de luikwagen, dodelijk gewond raakte.

Betrokkenen: kapitein S. Zych
eerste stuurman L. Smolski

Op 11 januari 2006 is aan boord van het Nederlands-Antilliaanse vrachtschip "Singeldiep", de tweede stuurman tijdens een ongeval met de luikwagen dodelijk gewond geraakt.

De Commissie van Onderzoek in de Nederlandse Antillen, als bedoeld in artikel 26bis van de Schepenwet, heeft bij beslissing d.d. 28 maart 2006 deze zaak overeenkomstig artikel 27, vierde lid, van de Schepenwet, verwezen naar de Raad voor de Scheepvaart voor het instellen van een onderzoek naar de oorzaak van deze scheepsramp. Bij beslissing d.d. 17 juli 2006 besliste de Raad voor de Scheepvaart dat een onderzoek zou worden ingesteld naar de oorzaak van deze scheepsramp en dat het onderzoek tevens zou lopen over de vraag of deze scheepsramp te wijten is aan de schuld van de kapitein van het Nederlands-Antilliaanse vrachtschip "Singeldiep", Stanislaw Zych, wonende te Polen en/of de eerste stuurman van het Nederlands-Antilliaanse vrachtschip "Singeldiep", Lech Smolski, wonende te Polen.

1. Gang van het gehouden onderzoek

De Raad nam kennis van de stukken van het voorlopig onderzoek, onder meer omvattende:

1. een brief d.d. 28 maart 2006, van de voorzitter van de Commissie van Onderzoek in de Nederlandse Antillen, aan de voorzitter van de Raad voor de Scheepvaart;
2. een verslag van de bevindingen van de Commissie van Onderzoek in de Nederlandse Antillen, betreffende het dodelijk ongeval aan boord van de "Singeldiep".
3. een staat van inlichtingen betreffende het Nederlands-Antilliaanse vrachtschip "Singeldiep".
4. een ambtsedig proces-verbaal, opgemaakt door een ambtenaar van de Scheepvaartinspectie, houdende een verhoor van matroos J. Zielinski;

U 2

5. een ambtsedig proces-verbaal, opgemaakt door een ambtenaar van de Scheepvaartinspectie, houdende een verhoor van eerste stuurman L. Smolski;
6. een ambtsedig proces-verbaal, opgemaakt door een ambtenaar van de Scheepvaartinspectie, houdende een verhoor van kapitein S. Zych;
7. een kopie scheepsverklaring;
8. een kopie kapiteinsverklaring;
9. een kopie van het scheepsdagboek;
10. een kopie bemanningslijst;
11. een kopie arbeids- en rusturenlijst;
12. overzicht gegevens en procedures luikenwagen;
13. test certificate luikenwagen;
14. een kopie "police hearing" van de Finse politie, d.d. 12 januari 2006;
15. diversen foto's;
16. een kopie van de "Company Letter" aangaande Gantry Cranes 001/05 circ- 04/05;
17. kopie verslagen bezoeken van IVW aan Coops en Nieborg en Feederlines B.V.;
18. diverse kopieën "Compagny Letters" Feederlines B.V.;
19. een CD met diversen foto's.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden ter zitting van de Raad van 9 oktober 2006.

Voor het Hoofd van de Scheepvaartinspectie was ter zitting aanwezig de Inspecteur voor de Scheepvaart E.J. van Leeuwen.

De Raad hoorde kapitein S. Zych en eerste stuurman L. Smolski, beiden als betrokkene.

De Raad hoorde de heer J. Zielinski als getuige.

Voorts hoorde de Raad ter zitting de heer R. Boersma van Feederlines B.V., de heer H. Verstappen van Coops en Nieborg en Inspecteur Inspectie Verkeer en Waterstaat de heer M. Vlag, allen als getuige-deskundigen.

De voorzitter zette de betrokkenen, aan wie voormelde beslissing van 17 juli 2006 was meegedeeld, doel en strekking van het onderzoek uiteen en gaf hun de gelegenheid tot hun verdediging aan te voeren, hetgeen zij dienstig achtten.

De Inspecteur voor de Scheepvaart heeft het woord gevoerd.

Aan de betrokkenen is het recht gelaten het laatst te spreken.

2. Uit het voorlopig onderzoek blijkt het volgende:

A. Het schip

De "Singeldiep" is een Nederlands-Antilliaans vrachtschip, toebehorend aan Feederlines B.V. te Groningen. Het schip is in 2000 gebouwd, is 90,94 meter lang, meet bruto 3170 registerton en wordt aangedreven door een motor met een vermogen van 2880 kW. Ten tijde van het ongeval bestond de bemanning uit negen personen.

B. Het ongeval

Aan de Scheepvaartinspectie hebben – zakelijk weergegeven – verklaard:

Kapitein S. Zych:

I am on board since 20th October 2005. The first time on this ship, but I have been 11 times on sister vessels. Since seven years I sail as a captain with this company. The ship arrived Sunday 8th January, at 21.30 hours all fast. Monday was a normal working day, discharging was on an other birth, on Tuesday 14.30 hours we arrived on this birth. The accident was one day later. There was no snow, ice or sand or whatever on the hatches. I have never used the cranes, it is not my job. I know how it works. Normal operation procedure of the crane is with two persons, one person on portside to check the leading pins in correct position, the other person is the driver, he is also checking the leading arrangements on starboard. The operation console is on starboard, he can see it. I was on the bridge. I cannot explain why, but I felt something was wrong with the crane. I was running already down when I heard the noise. I was on the boat deck. I was running to portside and already advised a dock labourer, I don't remember who, to call an ambulance. I hadn't see anything yet but I knew something was wrong. I kept on running forward on portside. I don't know which persons I met on my way. I saw first all of the crane down, collapsed, on portside about 1 meter off the hatchcoaming rail in the walkway. The top was looking astern. It was a little twisted. I jumped into the hold, 1,5 meter down to see what happened. I don't remember all very well, I think I jumped from starboard. All the crew gathered immediately to help the second officer who had fallen in the hold. Somebody brought already a stretcher. The ambulance, I know exactly, arrived 10 minutes later at 14.40 hours. Somebody from the fire squad was already there. The second officer was making uncontrolled movements. I was thinking of problem with his backbone. He was on his side, in the safe position not to choke. Nobody touched him. The wiper Grzessczyk touched his hand, to comfort him, but did not move him. He kept on talking to him. The ambulance arrived and put a mask with oxygen on him. The second officer reacted by taking it off. They placed him later on a pneumatic stretcher. By basket and shore crane they took him out. They brought him to the hospital. After the accident I asked the arrived agent a mobile phone. I started to make calls. This was 15.00 LT. Some two hours later the agent informed that second officer was brain death. I investigated together with the chief engineer when the pontoons were closed. In the evening time we investigated on deck, to find the possible cause. I saw the damage on the cover, I saw two hooking pockets on portside torn, the others were okay. I suppose it was wrong hooking on starboard, the hooks must have slid from the pocket. They were hooked by edges only. Next day I saw the crane. The hooks were heavy dented inside. This confirmed it was hooked on portside, and fell on starboard. On this ship there have not been any problems with the crane. On other ships I experienced problems with the bearings. Than you cannot move, and have to change. Never dangerous occurrences happened. I do not know if the emergency stop has ever been tested, I don't know if it has ever been used. There is no bell, the flashing light worked. I don't remember if in the ISM manual there is a procedure on operation of the crane. For sure I read the manual.

U 2

There is a procedure from the manufacturer, delivered at new building. I know more or less what is written in the manual. Since I was on board no repairs or defects were noted on the crane. In the handover report from the previous captain there is nothing written of such things. Hatches were moved during break, or better to say a strike. At 14.30 hours a next shift would start, 13.30 o'clock ships time. Shortly after 13.00 hours they started to move. The accident happened 13.30 ship's time. There was no hurry. The shifts always start too late. There was no hurry. Also earlier the day there was no special need for hurry. There is a non-alcohol policy on board. Alcohol cannot have been part of the accident. Also ashore the second officer had not had alcohol.

Uitspraken van Raad voor de Scheepvaart are not available on board. We get Company Circular Letters. They also include accident reports from our fleet and also other ships. One accident was about a gantry crane, the crane hit the man on the hatchcoaming. I hand over a copy to you. For example yesterday I received an e-mail to all our fleet about our accident. The exact trim of the ship was 1,5 meter. The list was one degree to port. I checked it after the accident. The second officer was experienced with driving the crane, he had done it a thousand times. The crew is aware of the possibility that the hooks might be wrongly placed. That's why we operate it with two persons.

Eerste stuurman L. Smolski:

Since the 23rd of November 2005 I am on board of this ship, for the first time. I have had one sister ship, but this was not from Feederlines. On my watch I do not operate the crane, I am the supervisor. An AB is the operator. The reason for this, is that I want to be absolutely sure that the hooks are properly engaged. I want to check it myself. I stand on portside. I know the second officer acted as the operator, a second man was checking the hooks, most of the times on portside, sometimes starboard. I have sometimes seen this. I have never experienced accidents with these kind of cranes. When the accident happened I was in the mess room. I noticed something happened because of the noise and warnings from the captain. He shouted something had happened with the crane and the second officer. I quickly went to deck, and met the captain around entrance to poopdeck. He told me that when he was on the bridge he saw something going wrong. I went to look after the captain. I first had to put on my shoes. The crane had fallen. I don't have any idea of what happened. Probably the hooks were not properly engaged. There were no problems with the crane on board, during my contract. I don't think the emergency stop has ever been tested, but maybe somebody else did. I am the person to order to move the hatches. Also this time I ordered to do so. I ordered during noontime to open hatch 10 and 11 to put on top of hatch 9, and also hatches 1, 2, 3, and 4 on top of hatch 5. The sequence and number of hatches to open depends on loading conditions. If there is no rain, and the weather is good, I have all hatchcovers opened up. It is normal to pile up stack 1 and 11, or 5, 6 and 7. I always, under similar conditions, told him, the second mate to stack 1, 2, 3, and 4 on number 5. This was not the first time. I am not sure if there is an ISM procedure on the operation of the crane. I know there is a manufacturer's instruction and there are operating instructions on top of the crane. At 13.30 hours ship's time the strike of stevedore would finish and a shift

would start. At 12.00 hours ship's time I ordered the second mate to move the pontoons. I don't remember when he started with it, there was enough time. I estimate the shifting would take around 30 minutes, if all going well. To my opinion the better way is to check both sides if hooks have been engaged. Very often I have seen the second mate checking both sides, walking hence and forth over the crane. With experience you can feel if that gantry is in good position. You can, with torchlight and good eyes see if the hooks fitted correctly on starboard side from the manoeuvring console. To my opinion this is no good practice.

Matroos J.L. Zielinski:

I came on board three months ago. I have been many times on board of this type of ship and on sister ships. But I am for the first time on this ship. The ship arrived on the 8th January. On the day of the accident I was on portside in the walkway. The second officer was operating the crane. I looked on portside, to see if everything went the way it should go. We opened first hatch 2, than 4, and than 3. We made the stack on position of hatch number 5. After finishing with hatch 3, I jumped on the remaining hatch covers because I thought we were ready. Hatch 1 and 11 we usually do not open. I wanted to go down on deck again, from hatch covers, when I saw the second officer moving to hatch 1. I wasn't aware that 1 also had to be opened. My duty on portside was to look if the leadings were in the pockets. The second officer was on the crane on starboard on the console, nobody was in starboard walkway. I was on the way down to deck when I saw the crane forward. I thought he wanted to leave the crane forward in a safe position. I was near hatch position 8 when I suddenly heard a lot of noise. It was around 13.30 o'clock ship's time which is 14.30 hours Finnish time. After I heard the noise, I went forward, and saw that a part of the crane had fallen. I saw the second officer laying on his side, in the safe position not to choke. He was laying on the paper rolls. I shouted to the persons who also already arrived not to touch, because I was afraid of a broken neck. The daily working procedure was carried out normally, with two persons, one on portside, and one on top of the crane on the console on starboard. You can open the hatches alone, but it takes a longer time, because you have to look yourself. With two it is quicker, the assistant looks and says it is okay, than the driver can go. Sometimes it happens that the hooks do not lock, this happens on starboard and port side evenly. Sometimes we see that it is not properly locked. We stop and lock it again. We make 20 to 30 movements a day, it depends on the cargo and is difficult to estimate. During the second officer's watch he is the operator, during chief officer's watch then he is the supervisor of an AB. The warning light was yellow shining, there is no bell. I never used or tested the emergency stop, also not on other vessels. It is not possible to hoist and ride at the same time. I also have never seen this happen. There was no snow, sand or whatever on the hatches or ship. It was 5 degrees Celsius. I have never experienced such a problem or similar problems with this crane. On all other ships I know and also with other crew, there is carried out the same way of opening. Alcohol cannot be a problem, because we are not allowed to drink on board. I can tell you that the warning sign in English on the "Sloterdiep" as you show me is posted on this ship's crane near the operating console also. I know what it is about, but do not understand fully the text. I am not the usual driver, only sometimes.

U 2

3. *Het onderzoek ter zitting*

Ter zitting van de Raad op 9 oktober 2006 hebben aanvullend verklaard:

Kapitein S. Zych:

Er was een certificaat van de producent van de kranen aan boord, een attest van de Germanische Lloyd en instructies voor de bediening van de fabrikant, alsook Company Letters. Bij het bedieningsconsole is ook een instructie over het inhaken. Ik herinner me nu niet of de instructie onderdeel was van het manual. Ik heb de kraan nooit zelf bediend, maar was wel vaak aanwezig om instructies over het inhaken te geven. We spraken veel over de bediening van de kraan. Er werd altijd met twee man met de kraan gewerkt en afhankelijk van de situatie soms met meer. Ik was er zelf vaak bij en hield toezicht. In bepaalde opzichten was ik dus vaak die derde man. Ik nam geen specifieke maatregelen in verband met de positionering van het bedieningspaneel op de kraan, al beviel de hoogte ervan, van het begin af aan, mij niet. Het was fabrieksmatig zo aangebracht. Het inhaken aan de rechterzijde was vanuit de positie van de kraanbediener wel te zien. Ik kende de voorschriften van slagzij en trim met betrekking tot het werken met de portaalkraan. De zwaarste luiken wogen niet meer dan 13 ton maar de precieze gewichtsgegevens van de luiken ken ik niet. Vóór ontvangst van de Company Letter van juni, werkten wij ook al met twee man met de portaalkraan. Sinds acht jaar werk ik op dit soort schepen met deze kraan. Ik herinner me niet of de markering die de eerste stuurman maakte op de tekening er in werkelijkheid was op de luiken van de "Singeldiep", maar de centrale markering die op die tekening is aangegeven was er in elk geval niet. De strepen zijn overigens slechts een hulpmiddel en kunnen werkelijke controle niet vervangen. Op het volgende schip waarop ik voer was de centrale markering op de luiken er wel en ik gaf na het ongeval op de "Singeldiep" ook opdracht om die markeringen op de "Singeldiep" aan te brengen. Of de bel van het signaleringssysteem van de kraan werkte weet ik niet. Als die gewerkt had dan was dat zeker hoorbaar geweest. De bedieningsprocedures waren door de fabrikant en de reder aanbevolen en mijn veeljarige ervaring is ook dat de procedure voldoende is. De kraanbediener zie ik vanuit de kraan op diverse wijze het inhaken controleren. Dit was het eerste schip waarop ik voer waarop de bediening van de kraan bovenop zat. Een interne audit heb ik nooit gehad. Extern wel tweemaal, maar niet bij Federlines, maar bij de Hartman Groep.

Eerste stuurman L. Smolski:

Het handboek van de fabrikant van de kraan was aan boord. Dat waren de enige stukken en ik kende die. De gebruikelijke procedure voor het bedienen van de kraan was als volgt: er zijn twee officieren: ik en een ander. Ik geef het bevel om de luiken te openen. Omdat de andere officier en ik samen geschoold waren, leg ik niet steeds uit hoe het een en ander werkt, maar zeg ik alleen welke luiken moeten worden geopend. Er werken altijd twee man met de portaalkraan. Soms drie. Concreet is moeilijk precies aan te geven wanneer we met drie man werken. Bij de portaalwagen met de bediening bovenop, is het bedienen met drie man veel beter om honderd

procent zeker te zijn dat de haken van de kraan goed zijn ingehaakt. Een en ander is ook afhankelijk van de omstandigheden. Alléén de luiken openen is niet alleen tegen de voorschriften maar je doet dat gewoon niet. Het belangrijkste is het juist inhaken van de haken aan beide zijden. Ik heb noch de tweede stuurman noch iemand anders ooit alleen de kraan zien bedienen. Die ochtend moesten de luiken 10 en 11 geopend worden en gestapeld worden op luik 9 en de luiken 4, 3, 2 en 1 op luik nummer 5. Als ik eerder verklaarde dat de tweede stuurman heen-en-weer liep om ook de inhaking aan de bakboordzijde te controleren, dan weet ik niet precies waarom hij dat deed, maar in elk geval niet omdat hij alléén met de kraan bezig was. Of de bel werkte bij het rijden van de kraan weet ik niet. Het licht werkte zeker. Ik voer op ander schepen met kranen, maar altijd met de bediening aan de zijkant. Daar werd met korte strepen aan de zijkant van de luiken gemarkeerd of de kraan op de goede plek stond. Ik ken de aanbeveling uit de bedieningshandleiding van de fabrikant van de kranen omtrent die markering. Of die aanbeveling ten tijde van het ongeval aanwezig was op de "Singeldiep" weet ik niet. Met pen geef ik op een tekening van de kranen die u mij aanreikt aan waar de markering op de luiken van de "Singeldiep" naar mijn mening zat. Ik heb nooit ongevallen gezien met de kranen, waar was wel bekend met de gevaren ermee. Via zichtcontact tussen de helper en de bediener van de kraan moet over en weer gecommuniceerd worden. Ik zeg tegen de tweede officier welke luiken open moeten, maar weet niet hoe hij dat communiceert met zijn helper. Als ik de haken als helper controleer dan kijk ik alleen naar de bakboordzijde. Een Ships Operating Manual met instructies voor het bedienen van de kraan hoort er te zijn. Voor zover ik weet zijn die instructies vervat in brieven van de rederij, zogenaamde "Company Letters". De instructies voor bediening van de kraan waren gegeven door de veiligheidsofficier. Dat was hier de tweede stuurman. De procedure van kraanbediener en de helper staat in de Company Letters van de rederij. Daarin wordt ook vermeld dat er gezichtscontact tussen de twee personen moet zijn en dat er voorzichtig en met zo min mogelijk slagzij en trim gewerkt moet worden. Aan stuurboordzijde is de bediener van de kraan verantwoordelijk. Als ik aan de bakboordzijde werk dan instrueer ik de bediener van de kraan uitdrukkelijk dat hij verantwoordelijk is voor het goed aanbrengen van de haken aan stuurboord. De wijze om aan stuurboord te controleren of de haken goed zijn ingehaakt is afhankelijk van de positie van het bedieningspaneel. Bij een bedieningspaneel aan de zijkant is de controle eenvoudiger dan wanneer het paneel bovenop zit. Dat weet ik uit eigen ervaring. Ik houd zelf de controle op de naleving van de veiligheidsvoorschriften. De tweede stuurman controleerde ik niet. Ik had volledige vertrouwen in hem.

Matroos J.L. Zielinski:

Ik was aanwezig tijdens het ongeval en werkte samen met de tweede stuurman. Ik weet het niet heel zeker maar meen dat luiken 4, 3 en 2 zouden moeten worden opengemaakt. Altijd eerst de even luiken, dan de oneven. Dat kan niet anders. De officier bedient de luikenwagen en ik kijk aan de andere kant of de haken goed zijn ingehaakt. Dat doe ik aan de bakboordzijde. De stuurman controleert de stuurboordzijde. Daarbij zit hij boven op de kraan en komt niet van de kraan af. De officier zit niet altijd op de kraan. Soms ook de matroos. Ik doe het zelf ook wel eens. Vanuit

U 2

de positie op de kraan kan je de haken eenvoudig zien als je over de reling buigt. Ik kijk er altijd naar en iedereen doet dat eigenlijk. Of de tweede stuurman het ook deed die dag weet ik niet. Deze officier zat altijd op de kraan. De eerste officier zit ook altijd op de portaalkraan. Overigens zit je niet op de portaalwagen, maar je staat. Als het laadruim open is dan ga ik gewoon door met mijn werk. Ik meld dat niet aan de officier want dan moet ik het hele schip rondlopen. Bij het openen klim ik omhoog en geef ik met duimsignalen aan dat het goed zit en dan ga ik verder. Mondeling contact is vanwege het lawaai niet mogelijk. Toen de luiken open waren ging ik verder met mijn werk. De officier ging toen met de kraan naar de voorzijde van het schip naar nummer 1. Ik dacht dat hij de kraan uit de weg wilde zetten voor het laden. Als de kraan rijdt dan merk je dat aan licht- en geluidssignalen. Ik herinner me niet of het geluidssignaal destijds werkte. Als ik eerder verklaarde dat geluidssignaal niet werkte, dan neem ik aan dat zulks het geval was. Toen ik naar achteren liep hoorde ik een knal, maar ik zag de kraan niet vallen. Op het moment van het ongeval waren de luiken niet gemarkeerd met strepen die aangeven of de kraan goed gepositioneerd is. De haken zijn wel geleverd. Ik heb op andere schepen met kranen gevaren. Toen de 3 luiken op luik 5 gestapeld waren, stond ik aan bakboord bij luik 5. Ik stond niet op de stapel. Ik heb niet gezien dat de kraan luik 1 pakte want ik liep naar de achterzijde van het schip. Ik weet niet zeker of luiken 10 en 11 al open waren, maar ik dacht van wel.

De heer R. Boersma, inspecteur Feederlines B.V.:

Wij hebben zes of zeven van dit type schepen. Dat wil zeggen identiek aan de "Singeldiep". De basisconfiguratie van het systeem is op al de schepen hetzelfde. Vóór de Company Letter 2005, werkten wij met de instructies van de leverancier. Vanaf de positie van de bediening, is de haak aan stuurboordzijde niet goed te zien, maar als je wat over de reling gaat hangen dan is het wel te zien. Ik was niet bekend met de aanbevelingen die middels een service letter door de fabrikant zijn gedaan om de kranen te verbeteren. Wij vinden de bestaande systemen met de bijbehorende instructies nog steeds goed. Ik ben niet bekend met het feit dat de voorgestelde oplossingen zaligmakend zijn, maar wij staan zeker open voor verbeteringen. Ons nieuwste schip is iets meer dan een jaar oud. Dat heeft railklauwen, maar of het ook punthaken heeft dat weet ik niet. Dat schip is niet vergelijkbaar met de "Singeldiep". In de Company Letter na het ongeval noemen wij de markeringen op de luiken niet. Wij waren toen meer gefocust op operationele instructies. Wij letten er nu wel op. Na de initiële test van de constructie wordt er niet meer getest met overlast. De status van de Company Letter is aanzienlijk. Alle officieren hebben toegang tot het digitale systeem waarmee de Company Letter verstuurd wordt en al dit materiaal is in het Engels. Ik was niet bekend met defecten aan de kraan ten tijde van het ongeval. Ik doe geen interne audits. Ik overhandig u nu een aanvulling op

het Operational Manual dat wij zeer recentelijk opstelden voor het gebruik van de portaalkranen.

De heer H. Verstappen, vertegenwoordiger Coops & Nieborg:

Ik ben de after sales manager van Coops & Nieborg. Het klassebureau keurt de kraan in principe alleen op de constructie. Wij laten de kranen op eigen initiatief keuren door het klassebureau. Dat gebeurt per kraan. Het certificaat dat in het dossier zit betreft ook de kraan van de "Singeldiep". Er zijn inmiddels een aantal aanpassingen gedaan, waaronder het maken van punthaken. Dat zijn haken die het half inhaken voorkomen. Ik laat u een tekening zien van de haken van de kraan van de "Singeldiep" en ook van de nieuwe haken. Het juk van de kraan heft het luik niet als de haak niet juist is gepositioneerd. Wij hebben ook bestaande klanten benaderd met de mogelijkheid van aanpassing van de haken. De kosten van de aanpassing komen volgens mij op ongeveer EUR 50.000. De beveiliging met een klauw onder de rails maken wij tegenwoordig standaard. Het aanpassen van de oude kraan met een klauw is niet altijd mogelijk. De kosten schat ik op ook ongeveer EUR 50.000. De aanbeveling omtrent de markering op de luiken is er al een jaar of tien. De punthaken en de railklauwen adviseren we als zo'n vijf jaar. Beschermkappen voor de wielen maken we sinds twee jaar en nu ook standaard. Een borging van de haken hebben wij een keer uitgevoerd, maar dat is volgens mij geen goede oplossing.

De heer M. Vlag, inspecteur Inspectie Verkeer en Waterstaat:

Het komt voor dat een vertegenwoordiger van de rederij als raadsman van de betrokkene het verhoor van de betrokkene bijwoont. Dat kan wel eens conflicterende belangen in zich bergen. Het is mij nog niet overkomen dat de raadsman een inhoudelijke vraag stelt tijdens het verhoor. Hem wordt vooraf duidelijk gemaakt dat dit niet is toegestaan en de betrokkene wordt gevraagd of hij bezwaar heeft tegen de aanwezigheid van de raadsman. Voor een luikwagen geïnstalleerd wordt zijn er volgens de Nederlandse wet geen certificaten nodig. Naar aanleiding van dit en van eerdere ongevallen is de luikwagen als onderdeel opgenomen in het inspectieprogramma Vlaggenstaat. Wij hebben bij mijn weten nog geen wettelijke maatregelen overwogen in verband met het gebruik van deze kranen. De mogelijkheden daartoe bestaan wel. Technisch moet het niet moeilijk zijn om de haak van de portaalkraan aan te passen door er spitse punten aan te maken. Ook de valbeveiliging van de kraan zou technisch haalbaar moeten zijn. Ik laat u foto's van een Russisch schip zien met daarop een bedieningspaneel waar met lichten aangegeven wordt of de haken goed zijn ingehaakt en tevens een foto van een verdiepte stroomkabelgoot, zodat de stroomkabel vrij blijft van het wiel van de kraan. Die foto's voeg ik aan deze verklaring toe. Ik heb op de luiken van de "Singeldiep" in het geheel geen markering gezien. Ik zag op de "Singeldiep" en op haar zusterschip meerdere mensen zonder helm werken en zag ook dat de helmen geen kinband hadden. Naar mijn waarneming kon de bediener van de kraan de haken aan de stuurboordzijde niet goed waarnemen en was het niet eenvoudig om dat waar te nemen vanuit de bedieningspositie.

4. Het standpunt van de Inspecteur

Op 11 januari 2006 raakte in Kotka, Finland, een opvarende dodelijk gewond op het Nederlands-Antilliaanse schip de "Singeldiep".

Op de "Singeldiep" werden luiken verplaatst in verband met de lading. De tweede stuurman bediende de kraan. De bediening is bovenop de luikenwagen aan stuurboord. Een tweede man liep mee in het bakboordgangboord. Na het inpikken van luik 1 reed de tweede stuurman er mee weg om deze op andere luiken te plaatsen. Zover kwam het niet. Het luik viel eruit en de wagen viel voorover. De tweede stuurman viel hierbij in het ruim, op de lading papierrollen. In het ziekenhuis overleed hij aan zijn verwondingen.

Bij onderzoek van het luik bleken aan stuurboordzijde de hijspunten intact. Aan bakboordzijde waren de hijspunten uitgescheurd. Aan de luikenwagen bleken de haken aan stuurboordzijde intact en aan bakboordzijde gebogen. Verder onderzoek op de "Singeldiep" en een zusterschip de "Sloterdiep", van dezelfde scheepsbeheerder, brachten de volgende tekortkomingen naar voren:

- Gebruikte procedure was onvoldoende;
- Alarmbel van de luikenwagen was defect op beide schepen;
- Door de fabrikant geadviseerde markering ontbrak zowel op de "Singeldiep" als op het zusterschip.

Bij de gebruikte procedure liep aan bakboord een persoon mee ter controle bij het inpikken van de haken. Stuurboord werd verondersteld gecontroleerd te worden door de bediener van de wagen. Demonstratie wees uit dat de stuurboordhijspunten niet te zien zijn vanaf het bedieningsconsole, hiervoor moet buiten de wagen gehangen worden. De gebruikte procedure dekte stuurboordzijde niet voldoende, en was daardoor onveilig. Daarnaast is verklaard dat de alarmbel op de "Singeldiep" defect was. Ook op het zusterschip bleek de alarmbel defect. De markering die dient om vanaf het console beter zicht op de positie ten opzichte van de hijspunten te hebben, ontbrak op beide schepen. De luikenwagens waren niet aangepast aan de laatste verbeteringen zoals punthaken en valbeveiliging.

Naar mijn mening heeft het volgende plaatsgevonden.

Bij optillen van het luik kwamen de haken aan stuurboord niet in de hijspunten maar tegen de rand van de hijspunten. Dit werd niet gezien omdat aan stuurboord niemand controleerde. Bij verplaatsing van het luik is het luik alsnog van de haken afgeleden en losgekomen. Door het gewicht van het luik dat nog een moment aan bakboordhaken bleef hangen tot de hijspunten daar scheurden, is de wagen uit de rails gevallen. Dit ongeval had voorkomen kunnen worden als aan stuurboord iemand had gecontroleerd. Daarvoor had een volledige procedure in gebruik moeten zijn. Aangebrachte markering op de luiken zou hebben bijgedragen aan voorkoming van het ongeval.

Ik concludeer het volgende.

De scheepsbeheerder heeft niet toegezien op een volledige procedure, aanbrenge van markering en werkende alarmbel op meerdere schepen. Het veiligheidsbeleid van

de scheepsbeheerder schoot hierdoor te kort. De scheepsbeheerder gaf door deze nalatigheden een slecht voorbeeld voor zijn zeevarenden met betrekking tot de veiligheid.

De kapitein als eindverantwoordelijke en de eerste stuurman als direct verantwoordelijke voor de veiligheid aan dek, zijn nalatig geweest met betrekking tot de markering en het kritisch beoordelen van de gebruikte procedure. Het niet voldoende volgen van de procedure kan de kapitein en stuurman niet worden verweten. De kapitein was in de veronderstelling dat stuurboord altijd gecontroleerd werd. Ik acht een maatregel van tucht niet van toepassing op de kapitein. De eerste stuurman die regelmatig met de kraan werkte was op de hoogte van de risico's in de gebruikte procedure. Hij heeft nalatigheid getoond door hier geen actie op te ondernemen. Ik stel de Raad voor ten aanzien van de eerste stuurman een berisping uit te spreken.

Inmiddels hebben een aantal identieke ongevallen plaatsgevonden. In elk onderzoek kwam het niet volgen van een juiste procedure naar voren. Het risico dat procedures niet worden gevolgd blijkt te groot. Inmiddels zijn er technische mogelijkheden om de kans op dit soort ongelukken drastisch te verminderen. De vraag is of scheepsbeheerders hun verantwoordelijkheid met betrekking tot de geschiktheid van hun arbeidsmiddelen zullen nemen, en zelf deze aanpassingen toepassen. De huidige wetgeving voorziet niet of nauwelijks in de mogelijkheid om deze aanpassingen verplicht te stellen.

Ik vraag de Raad zich in de uitspraak niet te beperken tot een aanbeveling ten aanzien van de procedure. Ik vraag de Raad de betrokken scheepvaartautoriteiten op te dragen de huidige mogelijkheden in de wetgeving uit te diepen en zonodig nieuwe wetgeving te ontwerpen die technische aanpassingen verplicht stelt.

5. Het oordeel van de Raad

Toedracht

De "Singeldiep" arriveerde op 8 januari 2006, om 21.30 uur, in de haven van Kotka (Finland).

Op 10 januari 2006 verhaalde men naar de ligplaats waar de lading gelost moest worden. Om 14.30 uur lag men daar veilig gemeerd en kon met het lossen begonnen worden. De luiken waren vrij van sneeuw en ijs.

Op 11 januari 2006 was er 's morgens een staking in de haven en werden de luiken pas om 12.00 uur geopend. De tweede stuurman kreeg van de eerste stuurman de opdracht om de luiken te openen. De luiken 10 en 11 moesten op luik 9 geplaatst worden en de luiken 1, 2, 3 en 4 op luik 5.

Tweede stuurman Jachimowicz ging met matroos Zielinski naar dek. De stuurman bediende de luikenwagen en de matroos controleerde vanaf bakboordzijde of de haken van de spreader goed aangeslagen werden. De bediening van de luikenwagen zit aan stuurboord. De matroos wist dat de haken niet altijd goed aangeslagen werden. Men sloeg dan de haken opnieuw aan.

U 2

De alarmbel van de luikenwagen werkte niet, het zwaailicht wel. De luikenwagen was wel uitgerust met noodstoppen maar die had de matroos nooit gebruikt. Als de tweede stuurman op wacht was, bediende die altijd zelf de luikenwagen en was er een matroos aan dek om de haken te controleren. De eerste stuurman voerde zelf de controles uit en liet een matroos de luikenwagen bedienen. Tijdens het openen van de luiken bevond de eerste stuurman zich in de messroom en de kapitein was op de brug bezig met zijn administratie.

De stuurman opende eerst luik 2 en reed het luik naar luik 5. Daarna verplaatste hij luik 4 en vervolgens luik 3. Volgens matroos Zielinski werd luik 1 bijna nooit geopend. Toen de drie bovengenoemde luiken op luik 5 opgestapeld waren, was de matroos daarom van mening dat ze klaar waren. Hij zag de luikenwagen wel naar voren rijden maar dacht dat de stuurman de luikenwagen op een veilige plaats wilde neerzetten. Hij klom van de stapel luiken en begaf zich naar achteren. Bij luik 8 aangekomen hoorde hij een vreselijk kabaal en begaf zich naar voren. Hij zag dat de luikenwagen ter hoogte van luik 4 omgevallen was. Aan bakboord lag de luikenwagen op de coaming, aan stuurboord in het ruim. Luik 1 lag in het ruim voor de lading papierrollen. De tweede stuurman lag ook in het ruim en wel op de lading papierrollen. De matroos riep naar de bootwerkers, die intussen gearriveerd waren, om de tweede stuurman niet aan te raken omdat hij bang was dat de stuurman zijn nek gebroken had. Het ongeval vond plaats omstreeks 13.30 uur boordtijd (14.30 uur Finse tijd).

Op de brug kreeg de kapitein de indruk dat er iets mis ging met de luikenwagen. Toen hij naar beneden rende hoorde hij veel lawaai. Onderweg naar dek waarschuwde hij de eerste stuurman. Aan dek aangekomen vroeg hij een van de bootwerkers om een ambulance op te roepen. Hij zag dat de luikenwagen omgevallen was en luik 1 in het ruim lag. De kapitein sprong in het ruim op de lading en trof de tweede stuurman liggend op de rollen papier aan. De stuurman maakte ongecontroleerde bewegingen en lag op zijn zij. Intussen had iemand al een brancard gehaald. De ambulance arriveerde ongeveer 10 minuten na het ongeval. Het ambulancepersoneel voorzag de stuurman van een zuurstofmasker maar de stuurman trok dat weer van zijn gezicht. Op een brancard werd de stuurman door een walkraan aan wal gezet en naar het ziekenhuis vervoerd. Enige uren later kreeg men te horen dat de stuurman hersendood was. De stuurman overleed de volgende dag.

Na onderzoek van het betreffende luik bleek dat de uitsparingen (pockets) voor de haken aan bakboord zwaar beschadigd waren. De haken aan bakboord waren vervormd. Aan stuurboord waren ze nog intact. Dit duidt er op dat de haken aan stuurboordkant niet goed bevestigd zijn geweest en eruit geschoten waren. Daardoor kwam het hele gewicht van het luik aan bakboordhaken te hangen waardoor de luikenwagen omgetrokken werd en het luik in het ruim viel. De trim ten tijde van het ongeval was circa 1,5 meter. Volgens de voorschriften mocht de trim niet meer bedragen dan 1,80 meter.

Beschouwing

Allereerst wil de Raad zijn medeleven betuigen met de nagelaten betrekkingen van tweede stuurman Marcin Jachimowicz.

Het schip

De "Singeldiep" voer ten tijde van de ramp onder de vlag van de Nederlandse Antillen.

Het onderzoek naar de scheepsramp werd, zoals voorgeschreven in de Schepenwet, uitgevoerd door de Commissie van Onderzoek Scheepsrampen Nederlandse Antillen en Aruba (hierna de Commissie).

De Commissie als bedoeld in artikel 26bis van de Schepenwet heeft op 12 mei 2006 een deeluitspraak gedaan. Het onderzoek naar deze ramp heeft plaatsgevonden op 5 mei 2006.

De Commissie is van oordeel dat er aanleiding bestaat tot mogelijke tuchtrechtelijke repercussies in de zin van artikel 27, lid 4 van de Schepenwet en heeft de zaak doorverwezen naar de Raad voor de Scheepvaart in Amsterdam met het verzoek aan de Raad het eventueel tuchtrechtelijk aspect van deze ramp te onderzoeken en af te handelen.

Conclusie van de Commissie

Naar het oordeel van de Commissie was de luikenwagen in de configuratie zoals die was tijdens de ramp, ten enen male ongeschikt en onveilig. De luikenwagen was niet voorzien van de zogenaamde railklauwen en punthaken. Zeker onveilig indien er niet gewerkt wordt volgens de voorschriften van de fabrikant en de rederij (ISM).

Volgens de Commissie behoren de luikenwagens zonder bovengenoemde aanpassingen, met het oog op de veiligheid van het bedienend personeel, niet meer operationeel te zijn.

Eerdere ongevallen met dergelijke luikenwagens zijn, volgens de Commissie, hier eveneens een aanwijzing toe.

De lering die de commissie uit het onderzoek trekt is als volgt;

- De aanpassingen aan de luikenwagen in de vorm van punthaken en railklauwen werden door de fabrikant in 2003 al toegepast. Toch werden deze aanpassingen niet doorgevoerd op de "Singeldiep". Een mogelijk gebrek aan onderlinge communicatie en begrip in de keten fabrikant-reder-scheepvaartinspectie-klassebureau is hier mogelijk debet aan en heeft er mogelijk mede toe geleid dat het onderhavige ongeval kon gebeuren.
- De communicatie tussen de tweede stuurman en de matroos was gebrekkig.
- Controle op het naleven van de voorschriften van hogerhand was er niet, ondanks dat de tweede stuurman in het verleden ook alleen met de luikenwagen werkte. De scheepsstaf heeft niet ingegrepen in een bestaande onveilige routine van één van de bemanningsleden.
- Controle op het inpikken van de haken en het rijden met de luikenwagen is naar het oordeel van de Commissie nuttig en noodzakelijk, doch alleen als de

U 2

luikenwagen zelf qua constructie en opstelling daadwerkelijk geschikt en veilig is voor het liften en verplaatsen van betreffende luiken.

- De luikenwagen, zoals die gebruikt werd aan boord van de "Singeldiep" heeft, zonder de genoemde aanpassingen, teveel beperkingen om aan boord van schepen gebruikt te worden.

De Commissie heeft de volgende aanbevelingen gedaan;

- Een onderzoek instellen naar de hijsroutine van luiken en de conditie van luikenwagens op schepen, waar dit type luikenwagen in gebruik is.
- Indien het verder gebruik van luikenwagens wordt overwogen, dienen de verbeteringen op korte termijn op alle luikenwagens te worden aangebracht.

Inspectie Verkeer en Waterstaat/Toezicht Zeevaart

Naar aanleiding van dit ongeval en de ongevallen in het verleden met luikenwagens heeft ook bovengenoemd departement een onderzoek gedaan. In afwachting van het onderzoek door de Raad voor de Scheepvaart zullen op een later tijdstip de conclusies over de oorzaken getrokken worden.

Het oordeel van de Raad voor de Scheepvaart

Ongevallen met luikenwagens

Sinds 1998 heeft de Raad een groot aantal ongevallen met luikenwagens onderzocht. Het ongeval op de "Eemshorn", dat op 21 december 2005 te Antwerpen plaatsvond, moet nog onderzocht worden. In totaal zijn dit zeven zware ongevallen met luikenwagens in zeven jaar. Twee ongevallen waarbij tijdens het rijden zonder luiken een bemanningslid werd overreden en waarbij één dodelijk slachtoffer te betreuren was en vijf ongevallen waarbij de hijskaken los van het luik gekomen waren tijdens het hijsen en/of rijden met een luik. Hierbij waren twee dodelijke slachtoffers te betreuren. Bij alle andere ongevallen werd zwaar lichamelijk letsel opgelopen. De luikenwagen wordt in de diverse verklaringen ook wel luikenkraan, portaalkraan of portaalwagen genoemd.

Naar aanleiding van de ongevallen met luikenwagens zijn, in de loop der tijd, door de fabrikant een aantal aanpassingen ontworpen om veiliger te kunnen werken met de luikenwagen:

- Een modificatie van de haken en de pockets (uitsparingen in het luik voor de haken).
- Markeringen op de luiken door middel van gekleurde strepen waarbij bij het ophijzen van het luik de luikenwagen in één lijn met de markeringen moet staan.
- Railklauwen ter voorkoming dat de luikenwagen omvalt indien het luik, om wat voor reden ook, aan één kant komt te hangen.
- Noodstoppen bedienbaar aan dek.
- Beschermkappen voor de wielen van de luikenwagen om zoveel mogelijk te voorkomen dat obstakels op de rails onder de wielen komen.

De Raad heeft in het verleden de verbeteringen aanbevolen die op dat moment toegepast konden worden. Het blijft echter tot op heden zo dat de scheepsbeheerder uiteindelijk beslist of de aanpassingen worden toegepast. Naar aanleiding van de ramp aan boord van de "Egbert Wagenborg" op 10 mei 2005 waarbij een bemanningslid ernstig gewond raakte toen hij door de luikenwagen werd overreden en de rampen in het verleden met luikenwagens heeft de Raad, in de uitspraak "Egbert Wagenborg", voor een deugdelijk wettelijk kader gepleit waarin deze aanpassingen verplicht gesteld kunnen worden. Het is nu zo dat Klasse alleen keurt op de constructie van de luikenwagens.

De Raad heeft in bovengenoemde uitspraak de bevoegde autoriteit aanbevolen om te onderzoeken in welk wettelijk kader de luikenwagens kunnen worden ondergebracht ten einde, in verband met de veiligheid, de genoemde aanpassingen en toekomstige aanpassingen van de fabrikant verplicht te kunnen stellen. De Raad heeft tevens genoemde autoriteit aanbevolen de, door de fabrikant ontworpen, aanpassingen te testen.

Bij het opheffen van de Havenarbeidsinspectie in 1998 zijn de taken van deze dienst overgenomen door de Nederlandse Scheepvaartinspectie en de daarvoor aangewezen classificatiebureaus. Dit toezicht, dat in het kader van het ILO-verdrag 152 (International Labour Organisation) wordt uitgevoerd, is neergelegd in het Arbeidsomstandighedenbesluit.

De classificatiebureaus zijn door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) aangewezen om de taken in het kader van het ILO-verdrag 152 uit te voeren. De Nederlandse Scheepvaartinspectie houdt namens SZW toezicht op de wijze waarop de classificatiebureaus de aan hen toegewezen taken uitvoeren. Ook houdt de Scheepvaartinspectie namens de SZW toezicht op de uitvoering van de verplichtingen van de reder ten aanzien van de voorschriften van het Arbeidsomstandighedenbesluit wat betreft de zaken die de zeevaart aangaan.

Circulaire nr. 28, "Toezicht op hijs- en hefwerktuigen/gereedschappen aan boord van schepen", uitgegeven door de Scheepvaartinspectie geeft richtlijnen ten aanzien van het wettelijk toezicht zoals in het Arbo-besluit en het ILO-verdrag 152 is neergelegd. Daarnaast wordt aangegeven welke zaken onder de verantwoordelijkheid van de reder vallen.

- Artikel 1a: ILO 152 taken die gedelegeerd worden naar de aangewezen classificatiebureaus.
- Artikel 1b: Overige ILO 152 taken die uitgevoerd worden door de Scheepvaartinspectie.
- Artikel 1c: ILO 152 taken die vallen onder de verantwoordelijkheid van de reder.

De luikenwagens aan boord van schepen vallen onder Artikel 1c.

Volgens het Arbeidsomstandighedenbesluit, art. 7.29, lid 2, dienen hijs- en hefwerktuigen/gereedschappen, voordat zij in gebruik genomen worden doelmatig beproefd en op hun goede staat onderzocht te worden.

Bij het installeren van de luikenwagens aan boord van schepen wordt de luikenwagen door het classificatiebureau op zijn constructie beproefd.

Voor het veilig werken met de luikenwagen en het doen aanbrengen van aanpassingen hiervoor is de reder verantwoordelijk.

U 2

Dit blijkt echter, gezien het grote aantal ongelukken met deze luikenwagens, niet naar behoren te werken en is derhalve voor de veiligheid van de gebruikers, wettelijke regelgeving onontbeerlijk

Het ongeval

De "Singeldiep" arriveerde op 8 januari 2006 in de haven van Kotka. Op 10 januari 2006 verhaalde men naar de losplaats en werd met het lossen begonnen. Gedurende de ochtend van 11 januari 2006 was er een staking in de haven gaande en werd het lossen pas in de middag vervolgd. Tweede stuurman Jachimowicz begon om circa 12.00 uur met het openen van de luiken. Van de eerste stuurman had hij de opdracht gekregen om de luiken 1, 2, 3 en 4 te openen en op luik 5 te plaatsen. Daarna moesten de luiken 10 en 11 op luik 9 geplaatst worden. Tijdens het verplaatsen van de luiken bediende de tweede stuurman altijd zelf de luikenwagen en liet aan een matroos de controle op het goed inpikken van de haken in de pockets over. Als de eerste stuurman de wacht had, bediende vaak een matroos de luikenwagen en voerde hij zelf deze controle uit.

Eerst werden de luiken 10 en 11 op luik 9 geplaatst. Daarna reed de tweede stuurman de luikenwagen naar luik 2. Bij het openen van de luiken moeten eerst de even nummers geopend worden. Het verplaatsen van de luiken, in de volgorde luik 2, 4 en 3, naar luik 5 werd volgens de voorschriften uitgevoerd. De matroos controleerde aan bakboordzijde of de haken goed in de pockets geplaatst waren, de tweede stuurman diende de controle aan stuurboord te doen. Daarna reed de tweede stuurman de luiken naar luik 5 waar ze opgestapeld werden. Waarschijnlijk door gebrek aan communicatie tussen de tweede stuurman en matroos Zielski, wist de matroos niet dat ook luik 1 geopend moest worden. Luik 1 werd volgens hem sporadisch geopend en hij was daarom van mening dat het werk bij ruim 1 er op zat. Hij begaf zich daarom naar achteren om met zijn eigen werk verder te gaan. Hij zag de luikenwagen nog wel naar voren rijden maar dacht dat de stuurman de luikenwagen op een veilige positie wilde neerzetten. Ter hoogte van luik 8 hoorde hij een hels kabaal en spoedde zich naar voren. Ter hoogte van luik 4 zag hij dat de luikenwagen omgevallen was. De bakboordzijde van de luikenwagen lag over de coaming in het gangboord en de stuurboordzijde lag in het ruim op de lading papierrollen. In het ruim, voor de lading, lag luik 1. De tweede stuurman lag op lading papierrollen.



Terwijl de matroos naar achteren liep reed de tweede stuurman de luikenwagen naar voren, pikte luik 1 in en reed vervolgens naar achteren tot luik 4. Waarschijnlijk bij het ophijzen van het luik, om het luik op de stapel luiken die al op luik 5 stond te zetten, ging het mis. De haken aan stuurboord zijn losgeschoten waardoor het luik alleen in de bakboordhaken kwam te hangen. De uitsparingen (pockets) in het luik aan bakboord en de bakboordhaken waren zwaar beschadigd en vervormd. De pockets en de stuurboordhaken vertoonden geen beschadigingen. Door het gewicht van het luik aan één kant werd de luikenwagen van de rails getrokken en kantelde de luikenwagen waarbij het luik in het ruim viel. De tweede stuurman werd door het kantelen van de luikenwagen in het ruim geworpen en kwam van grote hoogte, ongeveer 5 meter, op de lading papierrollen terecht. Het is duidelijk dat de haken aan stuurboord niet goed in de pockets hebben gezeten. Wellicht heeft luik 1 tegen de stapel luiken gestoten en zijn de stuurboordhaken die op scherp moeten hebben gestaan, uit de pockets gestoten.

Het is vreemd dat het juist de haken aan stuurboord zijn geweest die los kwamen. Deze haken had de stuurman zelf moeten controleren. Dit heeft hij blijkbaar niet voldoende gedaan. Om dit te goed controleren moet de operator van de luikenwagen het console verlaten en zich naar de voorkant van het bordes begeven. Over de reling leunend kan hij dan zien of de haken er goed in zitten. Bij de, door de fabrikant ontworpen, aanpassing van de haken en de pockets, de zogenaamde punthaken, kan het luik alleen maar gelicht worden als de haak goed in de pocket verankerd zit. Is dit niet het geval dan glijdt de haak, bij het liften van het luik, uit de pocket. Deze aanpassing is al sinds vijf jaar op de markt. Had men deze aanpassing op de

U 2

”Singeldiep” aangebracht dan had de tweede stuurman het luik nooit kunnen liften en was dit ongeval nooit gebeurd.

Waren er deugdelijke railklauwen aangebracht, dan was de luikenwagen niet gederailleerd en omgevallen. Als de luikenwagen zijn positie had behouden was de tweede stuurman niet het ruim in gelanceerd.

In het handboek van de fabrikant staat al twaalf jaar de aanbeveling om markeringen op de luiken aan te brengen. Als de luikenwagen in één lijn met de markering staat, zitten de haken volledig in de pocket. De Raad is er zich van bewust dat deze aanwijzing niet volledig waterdicht is maar het is in ieder geval een goed hulpmiddel. Helaas ontbrak ook dit hulpmiddel aan boord van de ”Singeldiep”.

Aan boord van de ”Singeldiep” was de luikenwagen dus niet aangepast conform de aanpassingen en aanbevelingen die de fabrikant in de loop der tijd ontworpen had.

- De markeringen op de luiken om te zien of de haken volledig in de pockets zitten waren niet aangebracht. Deze aanpassing had door de bemanning zelf gerealiseerd moeten worden.
- De haken en de pockets in de luiken (zogenaamde punthaken) waren niet gemodificeerd. Hier is de reder verantwoordelijk voor.
- Er waren geen railklauwen aangebracht. Ook dit is een beslissing die de reder moet nemen.
- Na het ongeval aan boord van de ”Egbert Wagenborg” (10 mei 2005) heeft de fabrikant beschermkappen voor de wielen van de luikenwagen ontworpen.

Artikel 166 van het Schepenbesluit schrijft voor dat de eigenaar van een schip verplicht is aan de kapitein alle middelen te verschaffen die deze, in verband met de uitvoering van zijn taak, hem in dit besluit opgedragen, behoeft.

De markeringen op de luiken had de kapitein zelf kunnen laten aanbrengen. In het handboek van de fabrikant staat precies hoe dit moet geschieden.

Naar aanleiding van dit tragische ongeval werd op 20 januari 2006 door de rederij een circulaire aan alle schepen van de rederij gestuurd. Hierin werd nog eens benadrukt welke procedures men diende te volgen om zo veilig mogelijk met de luikenwagen te werken.

Over het aanbrengen van markeringen op de luiken werd niet gerept, hoewel dit hulpmiddel zeker kan bijdragen tot het voorkomen van dit soort ongevallen en betrekkelijk eenvoudig is aan te brengen.

Tijdens de zitting van de Raad op 9 oktober 2006 verklaarde de inspecteur van de rederij dat hij niet geheel overtuigd was van het nut van deze markeringen. Zoals de Raad al heeft gezegd is het hulpmiddel niet geheel waterdicht, maar gezien het aantal ongevallen met deze luikenwagens moet men ieder hulpmiddel serieus ter hand nemen, zeker als de andere aanpassingen ontbreken. Het is de taak van de rederij om toe te zien dat de scheepsleiding dergelijke aanbevelingen van de fabrikant uitvoert. Ook op het zusterschip de ”Sloterdiep” ontbraken deze markeringen op de luiken.

Conclusie van de Raad

Het ongeval aan boord van de "Singeldiep" had voorkomen kunnen worden als men volgens de voorschriften gewerkt had. Door slechte communicatie tussen de tweede stuurman en de matroos was de matroos niet aanwezig bij het verplaatsen van luik 1. De tweede stuurman zelf heeft niet goed gekeken of de haken goed in de pockets zaten. Volgens het handboek van de fabrikant dient er zorgvuldig op te worden toegezien dat deze haken naar behoren zijn ingepikt. Hiervoor zijn ten minste twee man nodig en is een derde man aanbevelenswaardig.

De tweede man moet er op toezien dat de bakboordhaken goed ingepikt zijn en de operator van de luikwagen moet er op toezien (zij het met wat moeite) dat de stuurboordhaken goed ingepikt zijn. Omdat de operator hiervoor het bedieningspaneel moet verlaten en aan de voorkant van het bordes moet kijken of de haken goed zitten, is het aan te bevelen voor deze controle een derde man in te zetten.

Bij het onderhavige ongeval waren de bakboordhaken goed ingepikt en heeft het gemis aan controle aan bakboord geen directe invloed gehad op het ongeval. Het is weinig waarschijnlijk dat de matroos vandaar ook had kunnen zien dat de stuurboordhaken, in dit geval, niet goed zaten. De controle op de stuurboordhaken door de tweede stuurman is naar het oordeel van de Raad onvoldoende geweest en heeft tot deze ramp geleid. Ook de slechte communicatie tussen de tweede stuurman en de matroos heeft mogelijk enige invloed op de ramp gehad; de tweede stuurman had luik 1 nooit mogen liften zonder dat de tweede man zijn fiat hieraan had gegeven.

Gezien er vanaf het begin van de operatie volgens de voorschriften gewerkt werd, wat later door de tweede stuurman teniet werd gedaan, kan naar het oordeel van de Raad, de kapitein en de eerste stuurman in tuchtrechtelijke zin niets worden verweten dat aan deze ramp heeft bijgedragen.

De Raad is wel van oordeel dat de scheepsleiding er op toe had moeten zien dat de markeringen op de luiken aangebracht waren.

De Raad is tevens van oordeel dat de rederij, ter bevordering van de veiligheid van de gebruiker, de aanpassingen aan de luikenwagens had kunnen aanbrengen. Deze aanpassingen in de vorm van de punthaken en de railklauwen zijn al een paar jaar in productie. Niet gebleken is dat de rederij heeft overwogen om de aanpassingen aan te brengen.

Tevens dient de rederij er op toe te zien dat op al haar schepen de markeringen op de luiken zijn aangebracht.

De luikenwagens

Indien er strikt volgens de regels wordt gewerkt, zal er met de luikenwagens zoals die aan boord van de "Singeldiep" geplaatst is geen ongeval gebeuren. Het mag echter niet zo zijn dat een geringe menselijke fout afgestraft wordt zoals dit gebeurd is aan boord van de "Singeldiep" en een groot aantal andere schepen. De Raad is van oordeel dat er bij de luikenwagens in huidige vorm, dus zonder de genoemde aanpassingen, geen enkele veiligheidsmarge aanwezig is. De Raad heeft in het verleden de aanpassingen die op dat moment voorhanden waren, aanbevolen. Het is echter aan de reder om die aanbeveling ter harte te nemen en uit te voeren.

Gezien het grote aantal ongevallen met luikenwagens die niet voorzien waren van

U 2

genoemde aanpassingen heeft de Raad in de uitspraak "Egbert Wagenborg" gepleit om de luikenwagons in een wettelijk kader onder te brengen, zodat veiligheidseisen verplicht gesteld kunnen worden. Het gaat hier om een hijswerktuig waarmee zware gewichten gehesen en verplaatst worden. Het is ook nog zo dat op steeds grotere schepen deze luikenwagons toegepast worden en derhalve de gewichten van de luiken steeds groter worden.

Beslissing

Gezien het bovenstaande is de Raad van oordeel dat ten aanzien van kapitein S. Zych, geboren 15 april 1957 en eerste stuurman L. Smolski, geboren 17 november 1951, een maatregel van tucht niet van toepassing is.

Lering

- Uit deze ramp en ook uit voorgaande rampen veroorzaakt door luikenwagons blijkt dat, wil men veilig met de luikenwagons werken, dit door drie man dient te geschieden. Indien er zowel aan stuurboord als aan bakboord iemand staat om te controleren of de haken goed ingepikt zijn en er op toe ziet dat de rails vrij van personen en/of obstakels zijn, kan de operator al zijn aandacht aan het hijsen en het rijden wijden.

Aanbeveling

- De Raad herhaalt zijn aanbevelingen gedaan in de uitspraak "Egbert Wagenborg", te weten:
 1. De Raad beveelt de bevoegde autoriteit aan te onderzoeken in welk wettelijk kader de luikenwagons kan worden ondergebracht.
 2. De genoemde aanpassingen van de fabrikant te testen en zodra wettelijke gronden voorhanden zijn, deze aanpassingen verplicht te stellen.

Aldus gedaan door mr. D. Roemers, plaatsvervangend voorzitter, R.M. Heezius, ing. W. Visser, ing. J.C.H de Neef en H.W.M. Linssen leden, in tegenwoordigheid van 's Raads plaatsvervangend secretaris mr. C.J.R. Eijsbouts, ter openbare zitting van de Raad van 9 oktober 2006.

mr. D. Roemers
voorzitter

mr. C.J.R. Eijsbouts
plaatsvervangend secretaris

De uitspraken van de Raad voor de Scheepvaart zijn te vinden op het Internet:
www.overheid.nl > officiële publicaties > uitspraken Raad voor de Scheepvaart