



**UITSPRAAK VAN HET TUCHTCOLLEGE VOOR DE SCHEEPVAART VAN
9 JULI 2021 (NR. 10 VAN 2021) IN DE ZAAK 2021.V2-TORSTEN**

Op het verzoek van:

de Minister van Infrastructuur en Waterstaat,
te Den Haag,
verzoeker,
gemachtigde: B.A.C. van Geest,
inspecteur ILT/Scheepvaart te Zwijndrecht,

tegen

A. M.,
betrokkene.

1. Het verloop van de procedure

Op 3 februari 2021 heeft het Tuchtcollege een schriftelijk verzoek tot tuchtrechtelijke behandeling ontvangen van inspecteur B.A.C. van Geest, voornoemd, gericht tegen betrokkene als kapitein van het Nederlandse schip Torsten. Bij het verzoekschrift waren 23 bijlagen gevoegd.

Hierop heeft het Tuchtcollege aan betrokkene bij brief (zowel aangetekend als per gewone post) kennisgegeven van het verzoekschrift met bijgevoegd een afschrift van het verzoekschrift met bijlagen en met de mededeling aan betrokkene dat deze de mogelijkheid had een verweerschrift in te dienen. Hier heeft betrokkene geen gebruik van gemaakt.

De voorzitter heeft bepaald dat de mondelinge behandeling van de zaak zal plaatsvinden op 28 mei 2021 om 11.00 uur in de lokalen van het Tuchtcollege te Amsterdam.



De ILT en betrokkene – laatstgenoemde zowel bij aangetekende brief als per gewone post – zijn opgeroepen om dan op de zitting van het Tuchtcollege te verschijnen.

De zitting heeft plaatsgevonden op 28 mei 2021. Voor verzoeker is ter zitting verschenen inspecteur B.A.C. van Geest, vergezeld van zijn collega ing. K. van der Wall. Betrokkene is verschenen.

Aan het einde van de zitting is in overleg met betrokkene en de inspecteur de datum van de uitspraak bepaald op heden.

2. Het verzoek

Aan het verzoek is – verkort weergegeven – het navolgende ten grondslag gelegd.

Op 28 mei 2020 heeft er op de multicat Torsten een ongeval plaatsgevonden. Het schip was werkzaam op de rivier de Elbe (Duitsland) ten behoeve van een baggerproject (Neufelder sand). Een drijvende leiding moest losgemaakt worden van het anker om aan een zandzuiger gekoppeld te worden. De draad van de hoofdwinch was verbonden met de koppeldraad van de drijvende leiding. De boei die aan de ankerdraad vastzat, werd met de hulpwinch aan dek getrokken. Toen de boei via de boegroller aan dek was getrokken bewoog de boei, nog onder spanning vast aan de draad van de hulpwinch, onverwachts naar stuurboord. Daarbij is een matroos (hierna: het slachtoffer) gewond geraakt aan zijn rechteronderbeen toen hij geraakt werd door de draad van de hulpwinch.

Dit ongeval is op 4 juni 2020 door de reder aan ILT gemeld.



3. Bezwaren van de Inspecteur

Volgens de Inspecteur:

1. heeft betrokkene een gevaarlijke taak gecreëerd door het slachtoffer de, onder spanning staande, draad van de hulpwinch te laten begeleiden met een korte bootshaak;
2. is van bovengenoemde taak niet apart een risicoanalyse gedaan en is de taak niet besproken tijdens een toolbox meeting, mede waardoor het slachtoffer zich “niet geheel” bewust was van de risico’s die deze taak met zich meebracht;
3. was de communicatie tussen de betrokkene en de machinist vanuit de stuurhut met het slachtoffer niet goed opgezet; het ging met handsignalen terwijl er ook een “dode hoek” bestond.

De Inspecteur heeft ter zitting volledig voorwaardelijke ontzegging van de vaarbevoegdheid voor een periode van twee weken gevorderd.

4. Het standpunt van betrokkene

Betrokkene erkent de bij het verzoek vermelde feiten. Voor zijn standpunt verwijst hij naar zijn verklaring van 1 juni 2020 (bijlage 7 bij het verzoekschrift).

Betrokkene vindt de eis schappelijk. Hij betreurt wat er is gebeurd en wil het de volgende keer beter doen.

5. De beoordeling van het verzoek

A. Uit het verzoekschrift blijkt het volgende:

Het onder Nederlandse vlag varende zeeschip Torsten (een multicat met IMO nummer 9623142 en roepletters PCLE) van Sleepdienst H. Schramm B.V. heeft een lengte van 31,50 meter en een bruto tonnage van 364 (bijlagen 12 en 13 bij het verzoekschrift).



B. Betrokkene heeft op 1 juni 2020 schriftelijk het volgende verklaard (bijlage 7 bij het verzoekschrift):

“De werkinstructies waren om de drijvende leiding los te maken van het anker, om deze te gaan koppelen voor de zandzuigers Pedro Alvares Cabral en Tristao da Cunha. Wij begonnen met het vastmaken van de gele tonboei aan onze hulpwinch aan stuurboord achterzijde en deze op te vieren aan dek. De draad van de hoofdwinch was verbonden aan de koppeldraad van de drijvende leiding, dus deze konden wij niet gebruiken. De gele tonboei kwam aan dek over de boegroller en het slachtoffer stond stuurboord midscheeps om de draad van de hulpwinch te begeleiden met een bootshaak. Hij droeg de benodigde beschermingsmiddelen, zoals helm, veiligheidsschoenen, handschoenen en reddingsvest. Plotseling kwam er te veel spanning op de draad, waardoor de draad en de gele tonboei hard naar stuurboord schoof. Daardoor raakte de draad van de hulpwinch het slachtoffer rechteronderbeen. Op dat moment hadden we een tegenstroom van 2 knopen, en kon ik helaas niet vermijden dat de draad te strak kwam, het was eigenlijk *a split second moment*. De andere 2 matrozen stonden wel aan de goede kant aan bakboord voor, achter de kraan. Het slachtoffer had eigenlijk op een andere positie moeten staan i.p.v. stuurboord midscheeps. Bijvoorbeeld meer naar stuurboord achterzijde, ook al was de winchdraad dan gaan schuiven, dan had hij deze niet kunnen raken op de stuurboord achterzijde positie. Ik was op dit moment aan het manoeuvreren en de machinist was de winch operator op de brug.”

Op vragen van de inspecteur heeft betrokkene schriftelijk het volgende geantwoord (bijlage 10 bij het verzoekschrift):

Bij het betreffende project zijn 7 bemanningsleden aan boord.

Een toolbox meeting met de klant vond voor en tijdens het project plaats. Interne/mondelijke toolbox meetings aan boord vonden regelmatig plaats, ook om de procedure aan dek/op de brug te optimaliseren, aldus betrokkene. Het is volgens betrokkene niet gebruikelijk om de (22mm) draad van een winch met een bootshaak te begeleiden maar het is nodig om te voorkomen dat de haak van de draad vast komt te zitten in de container *twistlock* bevestigingen aan dek. Volgens betrokkene is er geen risicoanalyse



gemaakt specifiek voor het gebruik van de bootshaak, wel voor deze werkzaamheden (zwaar object aan dek, zoals ankers, tonboeien). Betrokkene verwijst daarbij naar Risk Assessment Anchor Handling.

Volgens betrokkene heeft hij de opdracht gegeven om de draad met een bootshaak te begeleiden in verband met het gevaar dat de haak vast zou komen te zitten in de *twistlock* opening en dat er te veel spanning op de draad zou komen en dat deze daardoor zou kunnen breken. De haak is inmiddels vervangen door een dichte haak met een veiligheidsclip, volgens betrokkene. De haak kan dus niet meer vast blijven haken ergens aan dek. Het is mogelijk om de container *twistlock* bevestigingen te dichten maar dat is niet meer nodig nu gebruik wordt gemaakt van een dichte haak.

Volgens betrokkene had hij voor het ongeluk niet gezien dat het slachtoffer op deze (verkeerde) plek stond. Het slachtoffer stond schuin voor rechts van de winch aan stuurboord in ons zicht toen hij het sein om te hieuwen gaf, daarna wisselde het slachtoffer van positie en stond hij rechts van de winch, dat is voor ons een beetje een dode hoek, aldus betrokkene. Het slachtoffer stond in principe goed toen we begonnen met hieuwen schuin rechts voor de winch aan stuurboord, volgens betrokkene. Maar kort daarna wisselde hij plotseling van positie en stond hij in onze dode hoek midscheeps rechts van de winch, aldus betrokkene.

Over de communicatie stelt betrokkene dat het eigenlijk een automatisme was, als de machinist de winch bediende stond het (latere) slachtoffer klaar met de pikhaak om deze te begeleiden. De machinist gaf handseinen naar hem vanaf de brug naar het dek, aldus betrokkene.

De handeling met de pikhaak was het dagelijks werk van het slachtoffer. Andere dekbemanningsleden deden ook deze handelingen.

De wijze van ankeren zoals gehanteerd voor en tijdens het ongeluk wordt niet meer gehanteerd. Inmiddels wordt gewerkt met een andere en veiligere ankerconfiguratie (geen delta flipper ankers maar 1 betonnen boxanker), aldus betrokkene.

C. Uit de verklaring van de machinist (bijlage 8 bij het verzoekschrift) blijkt dat hij terwijl hij de winch bediende op de brug het slachtoffer niet kon zien.



Uit de verklaring van de AB van 28 mei 2020 blijkt dat hij vanuit zijn positie aan dek voor de kraan het slachtoffer niet kon zien (bijlage 8 bij het verzoekschrift).

D. Uit de verklaring van het slachtoffer (bijlage 9 bij het verzoekschrift) blijkt dat hij op 28 mei 2020 een ongeval heeft gehad op de Torsten waarbij zijn been net onder de knie is gebroken. Het ongeval vond plaats tijdens Anchorhandling (routine werkzaamheden), aldus het slachtoffer. Volgens hem waren ze met de Torsten uitgevaren om de boei op te halen om deze op een *tucker* (bedoeld zal zijn: *tugger*) te plaatsen. Het slachtoffer heeft toen een sein gegeven om de boei op te halen waarop de machinist dit heeft gedaan, aldus het slachtoffer. De boei was aan boord van Torsten, toen begon de boei te schuiven met de *tuckerwing* (bedoeld zal zijn: *tugger winch*). De staaldraad van de *tucker* (bedoeld zal zijn: *tugger*) is toen tegen zijn been gekomen, waarop zijn been is gebroken, aldus het slachtoffer. Uit de antwoorden van het slachtoffer op de vragen van de inspecteur (bijlage 11 bij het verzoekschrift) blijkt het volgende:

Het slachtoffer stond op het voordek toen hij het sein aan de machinist gaf om te hieuwen. Toen het slachtoffer werd geraakt door de draad stond hij volgens hem stuurboord met de rug tegen de reling, zicht richting voordek en machinist. Tussendoor heeft hij niet nog ergens anders gestaan. Volgens het slachtoffer had hij de handeling bestaande uit het met de pikhaak begeleiden van de draad van de *tugger winch* vaker verricht. Volgens het slachtoffer had hij niet geheel weet van het risico dat de draad over de boegrol kon gaan schuiven. Hij communiceerde met de machinist met handsignalen, aldus het slachtoffer.

Het slachtoffer is rond september 2020 opnieuw in het ziekenhuis opgenomen omdat er complicaties waren betreffende het herstel van zijn been, zo blijkt uit een mailwisseling tussen de rederij en de Inspecteur van 10 september 2020 (bijlage 11 bij het verzoekschrift).

E. Het verzoek bevat voorts de volgende relevante bijlagen:



- foto's waarop is geschreven waar het slachtoffer zich bevond op het schip ten tijde van het ongeval (bijlage 14 bij het verzoekschrift);
- tekeningen van de oude en nieuwe ankerconfiguratie (bijlagen 15 en 16 bij het verzoekschrift);
- Risk Assessment Manual Anchor Handling/PLGR van de Torsten (bijlage 17 bij het verzoekschrift). Hierin staan als risico mitigerende maatregelen bij de activiteit “heavy object on deck, e.g. anchors, can buoys”: “*use of proper PPE and lifting technique, good communication, lashing if necessary*” en bij de activiteit “anchor handling”: “*use of certified equipment, toolbox meeting, training of personnel*”;
- General Anchor Handling Manual (Navconsult) van Schramm (bijlage 18 bij het verzoekschrift). Hierin wordt het belang van goede communicatie genoemd. Daarnaast wordt voorgeschreven dat toolbox meetings worden gehouden voor bepaalde activiteiten en voorafgaand aan nieuwe activiteiten en bij iedere wisseling van de wacht of wanneer nieuw personeel in het werkgebied komt. Tijdens deze toolbox meetings moeten de voorzienbare risico's en risico beperkende maatregelen worden besproken. Van de toolbox meetings moet een schriftelijk verslag worden gemaakt;
- Instruction Manual Torsten (index en hoofdstuk 4) van JW van Stee (bijlage 19 bij het verzoekschrift). Hierin worden verschillende soorten risk inventory and evaluation (RI&E) voorgeschreven. Daarnaast wordt voor unforeseen jobs een toolbox meeting en voor het werken aan dek inclusief anchor handling een last minute risk assessment (LMRA) voorgeschreven;
- JW van Stee Worksheet No.01: Unforeseen Jobs en No. 03: working on deck at sea, including anchor handling (bijlage 20 bij het verzoekschrift). Met betrekking tot anchor handling wordt benadrukt dat de kapitein de supervisie heeft;
- Familiarisation record van het slachtoffer (bijlage 21 bij het verzoekschrift) waarin is aangekruist dat het slachtoffer bekend is met de on board risk assessment instruction uit de Instruction Manual en de JW van Stee worksheets inzake persoonlijke veiligheid;
- Registratieformulier voor de arbeids- en rusturen van mei 2020 (bijlage 22 bij het verzoekschrift).



F. Betrokkene heeft ter zitting – samengevat en zakelijk weergegeven – onder meer het volgende verklaard:

Betrokkene blijft bij zijn eerdere verklaringen.

De korte bootshaak is gebruikt om de haak vrij te houden van de opening van de *twistlocks*. Het gebruik van een bootshaak bij het begeleiden van een onder spanning staande draad van de hulpwinch was een experiment van de opdrachtgever, het baggerbedrijf Jan de Nul. Niet eerder was de drijvende leiding tussen twee zandzuigers gekoppeld en het was de opdrachtgever zelf ook niet duidelijk. Het ankersysteem klopte niet en naderhand is het helemaal veranderd. Naderhand is ook de haak veranderd in een haak met een clip erop en is op de *twistlocks* aan dek een plaatje gelast. Betrokkene is het er helemaal mee eens dat hij zich eerder had moeten realiseren dat de haak zonder de *safetypads* erin erachter zou blijven hangen, omdat dat de reden was waarom het slachtoffer daar stond. Betrokkene vindt dat ze achteraf gezien de draad beter tussen de pennen hadden kunnen doen. Betrokkene vindt ook dat ze beter hadden kunnen wachten op *slack water* voordat de boei aan boord werd getrokken. De opdrachtgever zou dat echter niet hebben geaccepteerd, omdat de opdrachtgever productie belangrijker vindt.

Voorts heeft betrokkene ter zitting verklaard dat hij niet meer weet in hoeverre hij de voorgeschreven risico mitigerende maatregelen bij de activiteiten “heavy object on deck” (“use of proper PPE and lifting technique, good communication, lashing if necessary”) en “anchor handling” (“use of certified equipment, tool box meeting, training of personnel”) uit het *Risk Assessment Manual* van de Torsten heeft genomen. Ook weet betrokkene niet meer of op de dag van het ongeval nog een toolbox meeting is gehouden met de bemanning. Verder heeft betrokkene ter zitting verklaard dat de omstandigheden, dat in de *manual* van Schramm staat dat *pendant handling* op de een na hoogste categorie *initial risk* wordt geplaatst en *buoy handling* een categorie lager en dat er twee knopen stroom stond, niet voldoende waren om een *Last Minute Risk Analysis* uit te voeren en voor aanvang van de activiteit een toolbox meeting te houden. Betrokkene weet niet wat er in de *pocketsize* staat en heeft geen commentaar op de ter zitting gestelde vraag



hoe het kan dat de stapel theorie aan boord niet aansluit bij de harde praktijk, waardoor ongevallen plaatsvinden waarvoor in alle papieren wordt gewaarschuwd.

Ten aanzien van de communicatie heeft betrokkene ter zitting verklaard dat met handgebaren werd geseind naar de machinist. De machinist kon de mensen voor driekwart zien, maar het slachtoffer ging een stukje naar achteren en toen stond hij schuin achter de winch en is de machinist hem uit het oog verloren.

Betrokkene verklaart dat het de eerste keer is dat hij een dergelijk voorval heeft meegemaakt. Hij vindt het spijtig voor het slachtoffer dat het is gebeurd. Betrokkene is ervan geschrokken en het heeft nog een tijdje door zijn hoofd gespoekt maar het gaat nu een stuk beter, aldus betrokkene. Er heeft geen strafrechtelijke vervolging plaatsgevonden aldus betrokkene. De gevolgen van een schorsing van de vaarbevoegdheid zouden volgens betrokkene zijn dat hij in de betreffende periode inkomen misloopt.

6. Het oordeel van het Tuchtcollege

A. Op grond van de inhoud van de hiervoor weergegeven stukken en de verklaringen van betrokkene op de zitting van het Tuchtcollege is in deze zaak (met een voldoende mate van zekerheid) het navolgende gebleken. Op 28 mei 2020 vond een arbeidsongeval plaats, waarbij een matroos van de multicat Torsten gewond raakte. Het ongeval vond plaats tijdens het losmaken van een drijvende leiding van het anker om aan een zandzuiger gekoppeld te worden. De draad van de hoofdwinch was verbonden met de koppeldraad van de drijvende leiding. De boei die aan de ankerdraad vastzat, werd met de hulpwinch aan dek getrokken. Toen de boei via de boegroller aan dek was getrokken bewoog de boei, nog onder spanning vast aan de draad van de hulpwinch, onverwachts naar stuurboord en heeft de draad van de hulpwinch het slachtoffer geraakt waardoor het slachtoffer gewond is geraakt.



Betrokkene heeft een gevaarlijke taak gecreëerd door het slachtoffer de, onder spanning staande, draad van de hulpwinch te laten begeleiden met een korte bootshaak. Het gebruiken van een bootshaak bij het begeleiden van een onder spanning staande draad van de hulpwinch was een experiment van de opdrachtgever. Niet eerder was de drijvende leiding tussen twee zandzuigers gekoppeld. Van deze taak is niet apart een risicoanalyse gedaan en de taak is niet besproken tijdens een toolbox meeting. Gezien de risicovolle aard van de werkzaamheden en het feit dat het bovendien om een experiment ging, bestond daartoe wel een noodzaak. Mede hierdoor was het slachtoffer zich “niet geheel” bewust van de risico’s die deze taak met zich meebracht.

De communicatie tussen het slachtoffer en de machinist vanuit de stuurhut was niet goed opgezet. De communicatie ging met handsignalen, terwijl het slachtoffer op de verkeerde plek stond en op een gegeven moment uit beeld was van de machinist.

Betrokkene heeft hierdoor het slachtoffer in gevaar gebracht en het slachtoffer is hierdoor gewond geraakt.

B. De conclusie moet zijn dat de bezwaren van de Inspecteur bewezen kunnen worden verklaard. De bewezen gedragingen van betrokkene leveren overtreding op van het voorschrift van artikel 55a van de Wet zeevarenden in verbinding met artikel 4 lid 4 van die wet: het als kapitein handelen of nalaten aan boord in strijd met de zorg die hij als een goed zeeman in acht behoort te nemen ten opzichte van de opvarenden, het schip, de lading, het milieu en het scheepvaartverkeer.

7. De tuchtmaatregel

Het Tuchtcollege is van oordeel dat betrokkene is tekortgeschoten in zijn verantwoordelijkheden als kapitein met een ongeval als gevolg. Betrokkene heeft bij het losmaken van een drijvende leiding van het anker om aan een zandzuiger gekoppeld te worden, niet gehandeld zoals een verantwoordelijk kapitein betaamt, waardoor de veiligheid van de opvarenden in gevaar is



gebracht. Gelet op het feit dat het slachtoffer hierbij gewond is geraakt, acht het Tuchtcollege een onvoorwaardelijk schorsing van de vaarbevoegdheid voor een periode van 2 weken op zijn plaats.

8. Aanbevelingen voor de praktijk

In het verlengde, maar ook los van de beslissing in deze zaak, ziet het Tuchtcollege aanleiding om de volgende aanbevelingen voor de praktijk te doen:

- Als er maatregelen, procedures en uitrusting beschikbaar zijn aan boord voor een bepaalde activiteit dan dienen deze te worden gebruikt;
- Risicovolle activiteiten, zoals het losmaken van een drijvende leiding van een anker om aan een zandzuiger gekoppeld te worden, worden altijd onderworpen aan een Job Safety Analysis, gevolgd door een Risk Assessment, een eventuele Last Minute Risk Assessment en een toolbox meeting. Onderwerpen die hierbij aan de orde komen zijn: leiding (algeheel en terplekke), taakverdeling, communicatie, visueel contact, no-go area's (snap back zones) en afspraken over wanneer een operatie wordt stopgezet.
- Indien opdrachtgever en opdrachtnemer verschillende safety cases kennen, geldt bij de uitvoering van de opdracht de zwaarste safety case;
- Familiarisatie is niet slechts een formaliteit maar moet daadwerkelijk inhoud hebben.

9. De beslissing

Het Tuchtcollege:

- verklaart de tegen betrokkene aangevoerde bezwaren gegrond zoals hiervoor vermeld onder 6;



- legt betrokkene een schorsing van de vaarbevoegdheid op voor een periode van 2 (twee) weken.

Aldus gewezen door mr. W. van der Velde, voorzitter, T.W. Kanders en J. Berghuis, leden, in aanwezigheid van mr. V. Bouchla als secretaris en uitgesproken door mr. P.C. Santema ter openbare zitting van 9 juli 2021.

W. van der Velde
voorzitter

V. Bouchla
secretaris

P.C. Santema
voorzitter

V. Bouchla
secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending hoger beroep worden ingesteld bij het College van beroep voor het bedrijfsleven, Prins Clauslaan 60, 2595 AJ Den Haag (Postbus 20021, 2500 EA Den Haag), Nederland.