

**GENERAL MARITIME**Edition MFB 80
August 2025**SUBMIT A REPORT**

CHIRP always protects the identity of our reporters. All personal details are deleted from our system once a report is completed.

ONLINE

Reports can be submitted easily through our encrypted online form www.chirp.co.uk/maritime-fil/submit-a-report



Ginawa ba para Masira?

Contents

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 2 | M2459 - Pananalasa ng Peste | 6 | M2494 - Mga Mali sa Disenyo na Nagdudulot ng Panganib sa Pilot Boarding at Crew Access |
| 3 | M2460 - Near miss – naharangan ang daanan palabas | 8 | M2517 - Pagtaob ng isang Unmanned Survey Vessel (USV) |
| 4 | M2433 - Aerial errors: maling pagkaka-label ng plano ng barko | 9 | M2518 - Inspeksyon sa enclosed space na nagdulot ng injury sa crew |
| 5 | M2392 - Kapakanan ng piloto kapag sumasakay ng barko | | |

**Adam Parnell*****Ang mga desisyon sa disenyo ay nakakaapekto sa kaligtasan sa dagat***

Minsan pa, ibinahagi ng ating magagaling na reporters ang iba't ibang klase ng insidente, at lubos naming pinasasalamatan silang lahat. Sa edisyong ito, mula sa mga “tradisyunal” na insidente gaya ng problema sa pilot boarding at sa mga saradong lugar (enclosed spaces), lilipat tayo sa isang makabagong ulat tungkol sa pagtaob ng isang Unmanned Survey Vessel (USV). Gaya ng dati, may mahahalagang aral

na maaaring matutunan ang lahat ng nasa industriya ng shipping.

May mababasa rin kayong nakababahalang ulat tungkol sa isang barko na nagkaroon ng matinding pest infestation at sumailalim sa palpak na fumigasyon, at ang isa ay tungkol sa mga maling aerial plans. May isa pang reporter na nagkuwento tungkol sa isang escape hatch na hindi mabubuksan

kung may tali ng lubid na nakapalibot sa katabing bitts.

Ang pangunahing tema ng edisyong ito ay ang mga pagkakamali sa disenyo at sa paggawa ng barko na maaaring magdulot ng totoong panganib sa kaligtasan. Kung gayon, mahalagang makibahagi ang mga praktikal na marino sa shipyard upang kanilang matukoy ang anumang kahirapan at matiyak na ito'y maitama agad bago pa man magsimula ang operasyon ng barko. Karaniwang mas mahirap at mas magastos ang pagwawasto ng mga pagkakamali kapag sa huli na ito ginagawa.

Ayon sa batas ni Murphy, "anumang maaaring magkamali ay tiyak na magkakamali." Hindi ito mahirap intindihin, bagaman si Ginoong Murphy ay isang Amerikanong rocket scientist na lumikha ng kasabihang ito noong 1940s. Magandang isaisip ito sa pang-araw-araw na trabaho sa barko. Dahil kung iisipin mo agad ang mga maaaring magkamali sa anumang sitwasyon, mas malaki ang posibilidad na makagawa ka ng mga hakbang upang maiwasan ito at matiyak na makauwi nang ligtas sa pagtatapos ng bawat biyahe.

Hanggang sa muli, manatiling ligtas!

Reports

Report No1 - M2459 – Pananalasa ng Peste

Paunang Ulat

Ayon sa ulat ng reporter, "Nakakaranas kami ng matinding pananalasa ng mga peste sa barko, kung saan maraming ipis ang makikita sa barko. Natatagpuan sila sa mga suplay ng pagkain, mga refrigerator, kagamitan, higaan, at iba pang lugar. Ang sitwasyong ito ay nagdulot ng malaking psychological at emotional na paghihirap sa mga crew. Hindi kami makakain o makatulog nang maayos, palaging balisa at nai-stress. Ang ugali ng kapitan ay lalo pang nagpapalala sa sitwasyon. Kumikilos siya nang kakaiba at nagbabanta para manahimik kami tungkol sa mga problemang ito. Natatakot ang mga tripulante at pakiramdam namin hindi ligtas magsalita. Sa mga huling inspeksyon, hindi maayos na sinuri ng port inspectors ang aktwal na kondisyon sa barko. Ganito rin ang ginawa ng mga opisyal sa huling port at sa kasalukuyang inspeksyon. Binalaan kami ng kapitan na huwag magsabi ng kahit ano."

Komento ng CHIRP

Nakipag-ugnayan ang CHIRP sa flag state, na agad nakipag-ugnayan sa kumpanya, at nag-ayos na magkaroon ng fumigasyon sa barko. Pero ang ginawang fumigasyon ay hindi sumunod sa mga nakasaad sa safety management system ng kumpanya. Pinayagan ang CHIRP na makita ang kaugnay na

bahagi ng safety management system, pero wala ni isa sa mga nakasaad na risk assessment control ang sinunod.

Ipinapakita ng ulat na ito ang kakulangan ng safety culture at pagsunod sa tamang proseso sa barko.

Walang ginawang safety meeting, at walang paliwanag tungkol sa chemical data sheet ng ginamit na fumigant. May mga tripulante pa raw na natutulog sa kanilang kabina nang magsimula ang fumigasyon; isang hindi katanggap-tanggap na gawain na makaka-expose sa kanilang kalusugan sa seryosong panganib. May video evidence na sumusuporta sa kuwento ng crew. Ang epekto sa isip at emosyon ng tripulante, kasama ng kawalan ng suporta mula sa kapitan at kumpanya (hanggang sa makialam ang CHIRP), ay nagdulot ng sobrang taas na antas ng stress, ayon sa mga reporters.

Nakakuha ang CHIRP ng Safety Data Sheet ng ginamit na kemikal, at nakasaad na mataas ang panganib sa kalusugan kapag nalanghap ito. Inutusan ang crew na magsagawa ng ikalawang fumigasyon habang papunta sa susunod na port, pero iniwan silang walang tamang protective gear o mask, kaya naging delikado ang fumigasyon.

Ang asal ng kapitan ay nagpapakita na siya ay nasa ilalim ng matinding stress at hindi nakakapag-desisyon nang maayos para sa kaligtasan ng kaniyang crew. Ang tagapamahala ng kumpanya ay halatang kulang sa karanasan at sa pagbibigay ng suporta para sa crew.

Ang kasong ito ay malinaw na paalala na hindi sapat ang dokumento lang para masigurado ang kaligtasan. Dapat itong naiintindihan, nasusunod, at regular na nabeberipika. Ipinaalam ng CHIRP ang kasong ito sa flag state at patuloy na nakikipag-ugnayan sa mga tripulante para matiyak na natutugunan ang kanilang mga alalahanin.

Kapag mababaw ang auditing, internal man o external, maaaring hindi matukoy ang seryosong panganib, lalo na kung takot magsalita ang crew sa panahon ng inspeksyon. Ang ganitong sitwasyon ay hindi lang naglalagay sa panganib sa mga marino kundi sumisira din ng tiwala sa mga regulasyong dapat sana ay nagpoprotekta sa kanila.

Walang saysay ang pagkakaroon ng mga proseso kung hindi naman ito aktwal na isinasagawa sa barko. Ito ay malinaw na halimbawa ng "paper compliance," kung saan ginagamit lang ang dokumento bilang pormalidad at hindi para sa tunay na resulta sa kaligtasan.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Lokal na kasanayan – tila may sariling paraan ang management sa pagpapatakbo ng barko at hindi sumusunod sa

safety management system, kahit may malinaw na banggit tungkol sa fumigasyon.

Kultura – Walang tunay na safety culture, maliban sa *basta huwag lang mahuli*.

Kakayahan – Tila hindi kayang patakbuhan ng pamunuan ng barko ang isang safety management system.

Mahahalagang Aral

Sa mga seaman: Ang pananahimik ay naglalagay sa panganib – ang pagsasalita ay nakapagliligtas ng buhay.

Ang matinding pananalasa ng mga peste, hindi wastong pag-fumigate, at ang nagbabantang asal ng kapitan ay lumikha ng isang kapaligirang mapanganib sa kalusugan ng isip at pisikal na kaligtasan. Kahit may mga nakasulat na proseso, wala itong sinunod, kaya’t nalagay padin sa panganib ang kalusugan ng mga crew.

Sa mga tagapamahala ng barko: Ang pamumuno na hindi nakikinig ay lumilikha ng panganib.

Ang pagkasira ng pamumuno, hindi pagpapatupad ng proseso, at hindi pag-alaga sa crew ay nagpapakita ng malaking problema sa kultura ng kaligtasan. Hindi sinunod ang mga proseso, hindi in-assess ang panganib, at iniwan ang crew na walang proteksyon. Kailangang siguraduhin ng managers na ang nakasulat na sistema ay nagiging aktwal na gawain at ang crew ay ligtas magsabi ng alalahanin. Mahalaga ang pananagutan at malinaw na commitment sa kaligtasan.

Sa mga regulators: Nabibigo ang regulasyon kapag hindi malayang nakapagsasalita ang mga crew.

Ang kasong ito ay nagpapakita kung paano nakakalusot ang seryosong problema kung takot magsalita ang mga crew. Sa kabila ng malinaw na paglabag at panganib sa kalusugan, hindi ito nakita ng port inspectors sa dalawang pagkakataon. Dapat paigtingin ng mga tagapagpatupad ang mga protocol sa inspeksyon upang matuklasan ang parehong teknikal na hindi pagsunod at ang mga kulturang pumipigil sa pag-uulat, nang sa gayon ay makapagsalita nang ligtas ang mga marino ng kanilang mga alalahanin at maipatupad ang mga prinsipyo ng just cultures.

Report No2 - M2460 – Near miss – naharangan ang daanan palabas

Paunang Ulat

Sa regular na inspeksyon, natuklasan ng grupo na ang escape hatch mula sa engine room patungo sa deck ay hindi mabuksan.

Ang hatch na ito, na nasa tabi ng likurang mooring bitts, ay naharangan ng nakabalot na mooring ropes. Kahit 2 hanggang 3 sentimetro lang ng lubid ang lumampas sa gilid ng bitts, sapat na ito para hindi mabuksan ang hatch — isang maliit na detalye na maaaring magdulot ng malaking panganib sa oras ng emergency.

Komento ng CHIRP

Nagsimula ang isyung ito sa disenyo ng barko. Ang ayos ng mooring at mga emergency escape route ay ginawa gamit ang CAD software at inaprubahan bilang tugma sa mga kaugnay na regulasyon. Subalit, tila walang aktwal na tumingin kung paano talaga gagana ang mga ito sa totoong sitwasyon. Alam ng CHIRP ang ilang ganitong kaso na nai-report din sa International Marine Contractors Association (IMCA) at nagsulat na sila sa International Association of Classification Societies (IACS) para magbigay-babala.

Lumilitaw lang ang problema kapag ang barko ay nasa tabi ng pier o hinihila, pero iyon mismo ang oras na dapat gumagana nang maayos ang mga escape route. Kapag hindi mabuksan ang isang emergency hatch dahil lang sa ilang sentimetro ng lubid ay isang seryosong pagkakamali sa disenyo na maaaring magdulot ng matinding resulta. May mga naitalang pagkamatay na dulot ng mga nakaharang na escape hatch, gaya ng nangyari sa *Marchioness* sa River Thames.

Ipinapakita nito na dapat may aktwal na operational checks sa disenyo at approval ng mga bagong barko, hindi lang basta may digital validation. Ang kaligtasan ay hindi lang nakadepende sa pagsunod sa regulasyon, kundi sa aktwal na paggana ng mga sistema. Ipinapakita rin nito ang pangangailangan ng integrated risk thinking sa lahat ng aspeto, mula sa normal na operasyon, layout ng disenyo, at mga inspeksyon.

Dapat ang mga emergency system ay kailangang laging beripikahin batay sa aktuwal na gawain at nakagawiang praktis sa loob ng barko. Mahalaga na isama ang escape routes sa pagpapamilyar lalo na kung bagong sakay sa ibang klase ng barko. Dagdag pa rito, dapat isama ang mga emergency escape hatches at access way sa contingency exercises para magamit sila sa parehong paglabas at pagpasok sa panahon ng pagsasanay.

Sa quarterly inspection ng barko, dapat suriin ang pag-andar at pagkaka-secure ng mga escape hatch ng isang opisyal at crew mula sa ibang departamento.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Kamalayan sa Sitwasyon – Hindi nakita ng design at approval teams na mahaharangan ng mooring operation ang emergency route. Ipinapakita nito ang kakulangan sa pag-iisip kung paano

talaga gagamitin ang barko, lalo na sa oras ng emergency kung saan bawat segundo ay mahalaga.

Komunikasyon – Maaaring kulang ang komunikasyon sa pagitan ng designers, builders, at mga aktwal na gumagamit ng barko. Kung walang input mula sa mga taong may totoong karanasan on board, ang mga ganitong maliit pero seryosong pagkakamali ay hindi mapapansin hanggang sa huli na ang lahat.

Pagtutulungan – Kulang ang koordinasyon sa disenyo. Dapat kasama ang engineers, naval architects, shipyard teams, at operational staff sa pagtiyak na ligtas ang mga sistema. Dahil kulang ang pagtutulungan, isang posibleng panganib sa emergency ang nagawa na agad mula palang sa umpisa.

Mahahalagang Aral

Sa mga seaman – Huwag ipagpalagay na gumagana ang mga safety systems ayon sa pagkakadiseno. Regular na inspeksyunin at subukan ang mga escape route sa totoong kondisyon, kasama na kapag nakadaong ang barko, para masigurong gumagana ito. Kung may mali, magsabi agad kahit tila pasok ito sa plano ng barko.

Sa mga tagapamahala ng barko – Isali ang operational staff sa pang-unang bahagi ng pagdi-disenyo. Nakapagbibigay ang crew ng mahahalagang pananaw kung paano ginagamit ang mga sistema sa araw-araw na operasyon. Dapat may walk-through at validation steps upang makita ang mga panganib bago pa ito maging permanenteng problema sa disenyo.

Sa mga regulators – Siguraduhin ang pagsunod batay sa aktwal na kalagayan, hindi lang sa disenyo. Ang compliance sa plano ay dapat may kasamang functional performance. Ang mga safety access points ay dapat gumana nang maayos sa lahat ng operasyon, lalo na sa oras ng emergency.

Report No3 - M2433 – Aerial errors: maling pagkaka-label ng plano ng barko

Paunang Ulat

Ang mga palatandaan at marka para sa GPS 1 at GPS 2 antennas ay mali ang pagkakalagay sa parehong bridge antenna arrangement plan at sa compass deck. Ang mga maling markings, kung sakaling may problema, ay maaaring magdulot ng kalituhan kung aling kagamitan ang kailangang suriin at ayusin. Isinagawa ang kumpletong survey ng mga antena ng barko at na-update nang na-aayon sa mga plano.

Komento ng CHIRP

Ipinapakita ng ulat na ito kung paano ang maliit na pagkakamali, gaya ng maling paglalagay ng label, ay maaaring magdulot ng malalaking isyu. Ang GPS 1 at GPS 2 antennas ay maling nalagay sa parehong bridge plan at compass deck. Kung nagkaroon ng sira, maaaring mali ang antenna na nasuri ng crew, masasayang ang oras, at posibleng hindi agad matukoy ang totoong problema.

Ang mga antena ay nailagay naman sa tamang lugar, pero ang mga palatandaan at guhit ay hindi tugma. Ipinapakita nito na walang maayos na nagsuri ng mga label pagkatapos maikabit ito.

Para sa bagay na kasinghalaga ng GPS, lahat ng impormasyon, kabilang ang mga markings at drawing, ay dapat malinaw at eksakto. Kung hindi mapagkakatiwalaan ng crew ang nakikita nila, maaari itong magdulot ng pagkaantala o pagkakamali habang hinahanap kung saan nagmula ang problema.

Ang kasong ito ay nagsisilbing paalala na kapag nag-iinstall ng antenna sa bagong gawa na barko o habang nasa dry dock, anumang bagong kagamitan ay dapat mahigpit na masuri. Ang lugar/antenna plan ay dapat ding i-update at i-cross-check upang matiyak ang eksaktong impormasyon.

Sa isang kritikal at praktikal na pananaw sa operasyon, ang posisyon ng antena ay dapat tama ang pagkakalagay at marka upang ang navigation system ay maayos na magamit ang tamang offset mula sa gitnang linya ng barko. Halimbawa, sa isang barkong may 60-meter na lapad, ang 20-meter na maling pag-rekord ay maaaring magdulot sa barko na makalabas sa ligtas na channel!

Mahalaga na maisagawa sa taunan o limang-taong radio survey, ang pisikal na beripikasyon ng lahat ng kagamitan. Ito ay naaangkop din pagkatapos ng anumang refit sa dry dock, kung saan ang mga kagamitan sa bridge ay na-renew o napalitan.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Kamalayan sa Sitwasyon – Sa panahon ng technical troubleshooting, umaasa ang mga bridge team sa mga plano at labels upang mabilis na matukoy ang sira. Ang maling markings ay madaling makalito sa operator at makapagpatagal sa problemang nangangailangan ng agarang aksyon.

Komunikasyon – Maaaring kulang ang maayos na daloy ng impormasyon sa pagitan ng design, installation, at operations teams na nagdulot ng ganitong pagkakaiba. Kung walang maayos na feedback loop, magpapatuloy ang mga pagkakamali hanggang magdulot ito ng pagpalya.

Pagtutulungan – Ang naging solusyon ay kinailangan ng coordinated review sa lahat ng lokasyon ng antena at dokumento. Ipinapakita nito ang kahalagahan ng pagtutulungan ng iba’t ibang departamento sa pagtukoy at pagtugon sa mga panganib sa kaligtasan.

Mahahalagang Aral

Sa mga seaman – Huwag mag-assume, laging mag-check. Huwag umasa ng basta-basta sa mga diagram o deck markings – lalo na sa paghahanap ng sira. Pisikal na i-verify ang aktwal na installation at magsabi agad kung may napansing mali.

Sa mga tagapamahala ng barko – Nakatago ang panganib sa maliliit na detalye. Isama ang signage at documentation checks sa post-installation at maintenance routines. Kahit maliit na maling label ay maaaring magdulot ng malaking pagkaantala sa operasyon.

Sa mga regulators – I-test ang mga assumptions — hindi lang ang sistema. Siguraduhin na ang commissioning at inspection process ay nagbe-verify hindi lang ng paggana ng kagamitan kundi pati ng kawastuhan ng mga markings at plano, lalo na para sa mga kritikal na sistema gaya ng GPS.

Report No4 - M2392 – Kapakanan ng piloto kapag sumasakay ng barko

Paunang Ulat

Nakatanggap ang CHIRP ng ulat mula sa isang piloto tungkol sa isang hindi sumusunod na boarding arrangement at tila kakulangan ng malasakit mula sa crew ng barko.

Ang pilot ladder ay nakasabit mula sa deckhead at hindi nakadikit nang maayos sa gilid ng barko dahil sa hull belting — isang setup na hindi tumutugon sa ligtas na pamantayan ng pagsakay.

Bagama’t may maliit na shell door na maaaring gamitin para sa mas ligtas na access, may malalaking fenders na nakakabit sa magkabilang gilid. Nang hilingin ng piloto na alisin ang mga ito para mapadali ang ligtas na pagsakay, tumanggi ang master dahil sa pangambang magasgasan ang pintura.

Sinuri ng piloto ang sitwasyon at sinabi na hindi siya sasakay maliban kung aalisin ang mga sagabal. Sa huli, inalis din ang mga fenders at naganap ang pagsakay sa pamamagitan ng shell door.

Ang pangyayari ay na-videohan mula sa bridge wing at ng mga miyembro ng crew, na nagdagdag pa sa pressure at

pagkailang na naramdaman ng piloto.

Habang sumasakay, nabangga ng duty pilot ang kaniyang ulo at nagkaroon ng bahagyang pinsala (tingnan ang nakalakip na larawan). Hindi tinanong ng crew ang kalagayan ng piloto o nag-alok ng first aid. Sa halip, binigyan siya ng pares ng overshoes upang hindi madumihan ang deck.

Komento ng CHIRP

Umiiral ang mga safety regulations tungkol sa pilot boarding dahil ang hindi pagsunod dito ay maaaring magdulot ng pinsala o mas malala pa.

Narito muli ang isang karaniwang problema sa disenyo na madalas ulat sa CHIRP. Lumalabas na kulang ang integrated thinking kapag nagdidisenyo ng mga superyacht. Hindi dapat nailalagay ang crew sa mapanganib na sitwasyon dahil sa maling disenyong ginawa ng mga taong hindi nagpapatakbo ng barko. Mahalaga ang kolaborasyon sa yugto ng disenyo ng mga bagong gawa, na may partisipasyon mula sa lahat ng stakeholders, kabilang ang designers, may-ari, flag authorities, class societies, crew, contractors, at mga piloto.

Ipinapaalala ng ulat na ito na ang mga piloto ay contractors at bisita, ngunit sila ay mga importanteng maritime professionals.

Ang ligtas na paglipat ng piloto ay hindi opsyonal; ito ay obligasyon, at ang kanilang pisikal na kaligtasan at kapakanan ay dapat seryosohin. Ang pagbabago sa ISO 799, na tumutukoy sa mga bagong kinakailangan para sa pilot ladders ng barko, ay magiging epektibo sa 2028.

Sa kasalukuyan, tumatanggap ang mga may-ari ng barko mula sa mga gumagawa kahit hindi ito sumusunod sa pamantayan, na nagbibigay ng mas mabigat na responsibilidad sa flag states at classification societies upang tiyakin na sumusunod sila sa SOLAS. Ipapaalam ng CHIRP ang mga concerns ito sa mga flag states.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Kultura – Ang hindi pagbibigay-halaga sa kaligtasan ng piloto – inuuna ang pintura kaysa sa tao – ay nagpapakita ng mahina na safety culture sa barko. Ang kulturang hindi iginagalang ang mga external na tao o ang reporting lines ay nagpapahina ng tiwala at nagpapataas ng panganib.

Komunikasyon – Ang pagtanggap ng Master na alisin ang mga fenders at ang hindi pagbigay ng malinaw na paliwanag o kooperatibong solusyon ay nagpapahiwatig ng kakulangan sa epektibong komunikasyon sa pagitan ng barko at ng piloto. Mahalaga ang tamang komunikasyon upang magkaroon ng

parehong kamalayan sa sitwasyon at makagawa ng tamang desisyon.

Pag-alerto – Nagtaas ng safety concern ang piloto, ngunit hindi agad pinansin; ito ay isang kabiguan na tugunan ang alerto. Ang hindi pagpapansin o pagtanggì sa mga concerns ay nagiging hadlang sa iba na magsalita at nagpapahina sa bisa ng safety systems.

Pagtutulungan – Ang pagsakay sa barko ay isang kolaboratibong gawain sa pagitan ng barko at ng piloto. Ang pag-video sa pangyayari at hindi pagtulong ay nagpapakita ng pagkasira ng kooperasyon at respeto, na mahalagang bahagi ng epektibong teamwork.

Kamalayan sa sitwasyon – Ang kakulangan ng pagkilala na nasugatan ang piloto, na sinabayan pa ng kawalan ng anumang first aid o pagsusuri sa kaniyang kalagayan, ay nagpapakita ng mahinang kamalayan sa sitwasyon. Hindi lubos na nakatutok ang crew sa nangyayari at sa bigat ng insidente.

Mahahalagang Aral

Sa mga seaman – Bawat bisita ay responsibilidad ninyo.
Ang mga piloto at contractors ay bahagi ng iyong extended team. Nararapat silang bigyan ng parehong pag-aalaga gaya ng sa inyong crew. Siguraduhin ang ligtas na boarding arrangements, igalang ang mga bisita, at tumulong nang walang pag-aalinlangan. Ang malinis na deck ay hindi dahilan para sa maruming pag-uugali.

Sa mga tagapamahala ng barko – Ang ligtas na access ay hindi opsyonal – ito ay batas. Ang boarding arrangements ay dapat laging tumutugon sa mga kinakailangan ng SOLAS. Ang pressure na protektahan ang pintura ay hindi maaaring ipagpalit sa kaligtasan ng tao. Magtakda ng malinaw na inaasahan sa iyong crew: lahat ng bisita, lalo na ang mga piloto, ay dapat tanggapin nang ligtas at propesyonal.

Sa mga regulators – Ang pamantayan ay dapat nagpoprotekta sa tao, hindi sa pintura. Ang mga insidenteng gaya nito ay nagpapakita kung paanong ang mga desisyong operational ay maaaring magdulot ng panganib sa reputasyon – at sa buhay. Dapat palakasin ng mga regulator ang mensahe na ang *duty of care ay umaabot sa lahat ng tao na sumasakay sa barko*, at ang hindi sumusunod na setup o hindi seryosong ugali ay hindi katanggap-tanggap.

Pilot Boarding Report – Mga Aral mula sa Paulit-ulit na Transfer Attempts

Kondisyon ng Panahon (Unang Attempt):

Hangin: 33 knots SW

Dagat: 1.7 – 2.5m alon

Ang alon ay sumasalpok sa lower deck, kaya ito ay hindi madaanan.

Unang Attempt – hindi natuloy ang pagsakay – Ang crew ay nakita na nakatayo sa hatch cover sa ibabaw ng nakapirming dilaw na bakal na hagdan (tingnan ang nakalaki na larawan), na tila inaasahan na doon dadaan ang piloto. Walang nakalagay na pilot ladder.

Itinigil ang pilotage act dahil sa kawalan ng wastong hagdan. Inabisuhan ang Master, at may planong pangalawang attempt para sa sumunod na umaga.

Pangalawang Attempt – hindi natuloy ang pagsakay – Ang kondisyon ng panahon ay nanatiling katulad ng sa unang attempt.

Ang piloto ay pinasakay malapit sa accommodation area sa hulihan ng barko, sa lebel ng lower deck. Ngunit ang lugar na ito ay paulit-ulit na natatabunan ng alon, na naging delikado para sa paglipat.

Dalawang crew muli ang nakapuwesto sa tuktok ng nakapirming patayong metal na hagdan. Ang ganitong ayos ay hindi ayon sa regulasyon at naglalagay sa panganib sa parehong piloto at crew.

Sinubukan ng crew na buksan ang gate sa gitna ng barko bilang alternatibong boarding position, subalit ang barko ay tinatamaan ng mga alon sa deck at malinaw na hindi ligtas (tingnan ang larawan sa itaas).

Pangatlong Attempt – natapos ang boarding – Bumuti ang kondisyon, at ang piloto ay nakalipat sa pamamagitan ng lower deck.

Gayunpaman, ilang isyu sa kaligtasan ang napansin sa nakalagay na pilot ladder (tingnan ang larawan sa itaas):

Ang hagdan ay hindi nakasandal sa hull ng barko.

Ito ay nakatali sa handrail, hindi sa matitibay na lugar ng deck.

May harang sa itaas – ang tali ng hagdan ay hindi pantay sa deck, na lumikha ng panganib na matisod at masabit.

Komento ng CHIRP

Naganap ang boarding makalipas ang 48 oras mula sa unang attempt, at pinupuri ng CHIRP ang matatag na posisyon ng mga piloto pagdating sa kaligtasan. Ipinapakita ng ulat na ito ang patuloy na isyu: may mga barko pa rin na hindi makapagbigay ng ligtas at ayon sa regulasyong paraan ng pilot transfer, lalo na sa masamang panahon. Sa kasong ito, dalawang attempt ang hindi natuloy dahil sa delikadong ayos at kawalan ng tamang pilot ladder. Nakita ang mga crew na gumagamit ng patayong nakapirming hagdan at nakatayo sa hatch cover, parehong hindi ligtas at hindi ayon sa regulasyon sa maalong dagat.

Bagama't naging matagumpay ang pangatlong attempt sa mas kalmadong panahon, ang pilot ladder ay nanatiling hindi ligtas, dahil sa maling pagkakatali, pagitan sa hagdan at hull, at may mga harang sa itaas. Ito ay seryosong nakakaalarma. Ang mga “improvised” na paraan ng boarding, kahit may mabuting hangarin, ay naglalagay sa piloto at crew sa labis na panganib. Ang mga regulasyon ng SOLAS at IMO ay hindi opsyonal; ito ang minimum na pamantayan.

Kung ang lower deck lamang ang puwedeng pagdaanan para sa transfer, dapat itong malinaw na nakasaad sa pilot card ng barko at napagkasunduan nang maaga. Hindi nakakatulong na ipaalam lamang ito sa pilot kapag nasa bridge na sila.

Nagdudulot ito ng katanungan na: may mga port ba na may nakahandang heavy weather boarding procedures, kasama ang itinakdang limitasyon sa panahon at kondisyon ng dagat? Tanging mga kondisyon na pasok sa pamantayan ang dapat payagan para sa pilot boarding.

Ipinapaalala ng kasong ito na kung ang isang barko ay hindi makapagbigay ng ligtas at ayon sa regulasyong paraan ng pilot transfer sa inaasahang kondisyon, maaaring hindi ito angkop para sa pilotage operations nang walang pagbabago. Ipapaalam ng CHIRP ang isyung ito sa mga kaukulang awtoridad upang pag-aralan kung kailangan ng karagdagang aksyon o gabay para maiwasan na maulit ito.

Ang paksa tungkol sa paglikha ng ligtas na lee para sa boarding ay tinalakay ng aming Maritime Advisory Board, na ilalathala sa “Hot Topics” section ng aming website sa lalong madaling panahon.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Lokal na kagawian – Ang patuloy na pag-rely sa mga pamamaraang hindi naaayon sa alituntunin ay nagpapahiwatig na ang mga hindi ligtas na gawain ay maaaring hindi opisyal ngunit tanggap na sa barkong ito.

Pagkakuntento – Tila tinatanggap ng crew ang mga hindi ligtas na paraan (hal. fixed ladders, hatch covers) bilang maaaring opsyon para sa boarding, na nagpapakita ng pag-normalise sa mga hindi nakaalinsunod na kagawian.

Kakayahang – Ang maling pagkakalagay ng hagdan at paulit-ulit na paggamit ng delikadong ayos ay nagpapahiwatig ng kakulangan sa pag-unawa sa SOLAS Ch V Reg 23 at pilot transfer standards.

Komunikasyon – Ang hindi malinaw na koordinasyon sa pagitan ng piloto at barko tungkol sa boarding points at kondisyon ay nagdulot ng delikado o hindi natuloy na attempt.

Mahahalagang Aral

Sa mga seaman – Alamin ang mga patakaran, huwag mag-improvise. Ang mga hindi ligtas na boarding improvisations ay hindi lang basta labag sa regulasyon – ito ay naglalagay sa panganib sa inyong buhay. Laging gumamit ng tamang nakalagay na pilot ladders, huwag kailanman fixed ladders o hatch covers. Kung may paga-alinlangan, itigil at i-paalam ang isyu.

Sa mga tagapamahala ng barko – Hindi sumusunod? Hindi handa. Ang mga barko ay dapat na pisikal at procedural na may kakayahang magsagawa ng ligtas na pilot transfer sa inaasahang kondisyon ng panahon. Siguraduhin na ang pilot cards ay tama ang impormasyon sa boarding arrangements at ang crew at sinanay na magampanan ang SOLAS standards.

Sa mga regulators – Ang hindi ligtas na pagsakay ay nananatiling laganap. Ang paulit-ulit na hindi pagsunod ay nagpapakita ng pangangailangan ng mas mahigpit na pagpapatupad, hindi lamang gabay. Palakasin ang pagbabantay sa disenyo ng pilot transfer at mga gawain sa barko, at siguraduhin na ang mga hindi angkop na barko ay mapilitang baguhin ang maling gawain bago pa man may mangyaring insidente.



Report No6 - M2517 – Pagtaob ng isang Unmanned Survey Vessel (USV)

Paunang Ulat

Isang unmanned survey vessel ang tumaob habang bumabalik sa kaniyang home port. Sa kabila ng pag-aalala ng marine team tungkol sa lumalalang panahon, ang misyon sa dagat ay pinalawig dahil sa komersyal na pressure. Ang pagpapalawig na ito ay nagdala sa operasyon ng lagpas sa planadong limitasyon ng barko, at habang bumabalik sa port, ang USV ay tumaob sa isang mataong bahagi ng dinaraan ng mga sasakyang pandagat.

Ang USV ay tuluyang na-recover.

Komento ng CHIRP

Ang pagtaob na ito ay nagpapakita ng panganib ng mga desisyong operational na lumalampas sa environmental limits nito, lalo na kung dulot ng komersyal na pressure. Bagama't batid ang mga panganib ng panahon, ngunit ipinagpatuloy pa

rin ang operasyon sa kabila nito, na nagdala sa barko lagpas sa ligtas na operating parameters.

Habang nagiging mas karaniwan ang USVs at MASS, kinakailangan na may malinaw na nakatakdang mananagutan. Mahalagang tukuyin kung sino ang may huling kapangyarihan sa kanilang deployment at recovery. Kung walang ganitong kalinawan, ang kalituhan o maling desisyon ay maaaring magdulot ng seryosong kahihinatnan.

Parehong may legal na pananagutan ang may-ari at operator sa kaligtasan ng kanilang barko at ng iba pang mga barko sa paligid. Ang paglabas sa nakatalang operational limits ay maaaring magdulot ng legal na pananagutan. Bukod dito, isang kamakailang desisyon ng IMO ang nagkumpirma na ang mga state-funded rescue services ay hindi obligadong i-recover ang mga unmanned vessels. Ito ay nagbubukas ng mahahalagang tanong tungkol sa pinsala sa kapaligiran at mga panganib sa nabigasyon na dulot ng mga USV na napinsala o tumaob at naiwan na palutang-lutang.

Ang mga nasirang USV ay maaari ring magdulot ng pisikal na panganib. Maaari silang kumilos nang hindi inaasahan, maaaring may gumagalaw na bahagi, o naglalaman ng mga aktibong electrical system. Kung walang tiyak na kaalaman tungkol sa barko, ang paglapit dito ay maaaring mapanganib.

Naiiunghat din ng insidenteng ito ang tanong kung tinanggap ba ng mga may-ari at decision-makers ang mas mataas na panganib ng insidente dahil walang crew ang barko. Kahit walang agarang panganib sa tao, nananatiling mahalaga ang mas malawak na operational, legal, at environmental na epekto.

Ang kasalukuyang training at certification standards ay nahihirapang makasabay sa mga teknolohikal na pagbabago.

Madalas, ang mga remote operations team ay binubuo ng mga propesyunal na may mataas na karanasan at may mga kwalipikasyong gaya ng OOW Unlimited, Chief Mate, Master, at Yachtmaster. Gayunpaman, may agarang pangangailangan na baguhin ang STCW at kaugnay na regulatory frameworks upang sumalamin sa operational realities ng USVs at MASS. Malaki rin ang pagkakaiba ng mga regulasyon kada bansa, na nagpapadagdag ng komplikasyon kapag ang mga barkong ito ay nag-operate sa cross-border o sa mga international waters.

Ang pangyayaring ito ay nagsisilbing babala sa maritime industry: habang umuunlad ang autonomy, dapat ding umunlad ang foresight, training, at responsibilidad. Hindi dapat manaig ang komersyal na pressure kapalit ng kaligtasan. Dapat magtulungan ang maritime community, regulators, at operators upang matiyak na ang mga safety standards ay kasabay na umuunlad ng mga inobasyon.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Pressure – Ang desisyon na palawigin ang misyon sa kabila ng kilalang panganib ng panahon ay naimpluwensyahan ng komersyal na konsiderasyon sa halip na operational safety.

Kamalayan sa sitwasyon – Ang paglabas lagpas sa operational limits ng USV ay nag-expose sa barko sa hindi kinakailangang panganib. Naiintindihan ito ng operations team ngunit hindi ng commercial team.

Komunikasyon – Ang pagpapaalam sa buong team ng mga panganib na kaugnay ng operasyon na ito ay dapat sana’y nakapagbigay-linaw sa lahat tungkol sa mga panganib.

Mahahalagang Aral

Sa mga seaman – Magsalita, kahit walang tao sa barko.

Ipinapakita ng insidenteng ito ang halaga ng propesyonal na paghusga, kahit sa remote operations. Dapat manatiling kumpiyansa ang mga seafarers at marine teams sa pagpapahayag ng mga alalahanin, lalo na tungkol sa lagay ng panahon at panganib. Ang kawalan ng crew ay hindi nangangahulugan ng kawalan ng responsibilidad.

Sa mga tagapamahala ng barko – Ang komersyal na pressure ay nakakasira sa kaligtasan. Ang desisyon ng management na palawigin ang operasyon lagpas sa ligtas na limits nito – sa kabila ng input ng marine team – ay direktang naging contributor sa pagtaob. Ang mga desisyon ukol sa kaligtasan ay dapat nakabatay sa panganib, hindi sa kikitang salapi, at dapat bigyang kapangyarihan ang mga operational teams na kumilos nang walang panghihimasok.

Sa mga regulators – Kailangan pa rin ng mga patakaran ang remote vessels. Ang lumalaking paggamit ng USVs at MASS ay nangangailangan ng malinaw na legal framework at updated na training requirements. Dapat baguhin ang STCW upang isama ang remote operations, at ang pananagutan sa kaligtasan ng mga barkong ito ay dapat malinaw at maipatupad.

Report No7 - M2518 – Inspeksyon sa enclosed space na nagdulot ng injury sa crew

Paunang Ulat

Naka-iskedyul ang crew ng regular na 6-buwang inspeksyon sa void spaces A, B, at C, kabilang ang attempt sa bilge suction at alarms. Dahil sa operational timetable ng barko (0600 hanggang 2100), ang mga inspeksyon ay plinano pagkatapos ng service completion o bago magsimula ang unang serbisyo ng araw.

Bilang bahagi ng inspeksyon, dumating ang technical manager ng kumpanya sa barko upang suriin ang ilang void spaces bilang bahagi ng planned maintenance system. Sinunod ang

kumpletong enclosed entry procedures, at nakumpleto ang permit-to-work system. Ang entry teams ay binubuo ng supervising officer, technical manager ng kumpanya, duty AB na naka-duty sa night shift, leading AB, at assistant AB, na bawat isa ay may nakatalagang partikular na tungkulin para sa pagbabantay sa tanke.

Ang pagpasok sa void tanks A at B ay nagpatuloy nang walang aberya, alinsunod sa karaniwang pamamaraan ng pagpasok sa pamamagitan ng port-side access. Pagkatapos makumpleto ang inspeksyon kasama ang technical manager, lumabas ang supervising officer at ang technical manager mula sa void space C. Samantala, ipinagpatuloy ng night duty AB ang pagsusuri ng bilge alarms at suction systems, habang nakikipag-ugnayan sa engine room. Upang mabawasan ang sobrang usapan sa radyo, lumipat ang night duty AB sa ibang channel upang makipag-ugnayan sa engine room. Ipinatagpuan ng supervising officer sa night duty AB na isasara nila ang starboard access lid at na ang AB ay dapat lumabas sa port side matapos ang bilge testing, tulad ng ginawa sa void tanks A at B. Hindi narinig ng night duty AB ang impormasyong ito dahil siya ay lumipat na ng channel.

Nagbigay ng low battery alarm ang multi-gas detector ng night duty AB, na inakala niyang gas alarm. Mabilis siyang nagsuot ng Emergency Escape Breathing Device (EEBD) upang makalabas sa void space, at habang isinusuot ang hood, nabitawan niya ang radyo. Nagsimulang mag-fog/mist ang EEBD hood.

Nalito ang night duty AB at tinangkang lumabas sa pamamagitan ng starboard hatch, na nakasara. Tumama ang kaniyang ulo sa nakasarang takip habang umaakyat sa hagdan, kaya’t kinailangang agad tanggalin ang takip upang siya ay makalabas.

Pagkaraan ng apat na araw, iniulat ng night duty AB na hindi maganda ang kaniyang pakiramdam at masakit ang ulo, na iniuugnay niya sa pagkakabangga sa takip ng tangke.

Komento ng CHIRP

Ipinapakita ng insidenteng ito kung paano ang isang simpleng hindi pagkarinig sa komunikasyon, na dulot ng pagbabago ng radio channel, ay maaaring makapinsala kahit sa mga maayos na nakaplanong pamamaraan para sa enclosed spaces. Ang isang kritikal na tagubilin tungkol sa tamang exit route ay hindi natanggap ng nag-iisang crew member na nasa loob pa ng void space. Nagdulot ito ng kalituhan at mapanganib na pagtatangkang makalabas.

Makatuwiran ang naging kilos ng AB nang magbigay ng babala ang kaniyang multi-gas detector ng low battery, na inakala niyang gas alert. Gayunpaman, ang Permit to Work at toolbox talk ay maaaring nakatulong upang malinawan ang mga uri ng alarm, masiguro na fully charged ang kagamitan, at nakasuot ng tamang PPE gaya ng hard hat.

Ang hindi inaasahang alarm ay nagdulot ng sandaling pagkataranta, isang “startled effect”. Habang isinusuot ang escape hood, nabawasan ang kaniyang nakikita, at nabitawan niya ang radyo, na nagdulot ng kalituhan at kawalan ng kakayahang makipag-ugnayan.

Samantala, sinimulan ng team sa labas na isara ang isa sa mga exit hatches habang may tao pa sa loob. Ang ganitong aksyon ay hindi dapat gawin sa panahon ng entry operations. Naantala ang paglabas ng AB at nasugatan siya sa ulo nang tumama sa nakasarang hatch.

Ang ugat ng problema ay tila kakulangan ng “shared mental model” sa pagitan ng team. Ang ibang aktibidad gaya ng bilge testing at tuloy-tuloy na komunikasyon sa engine room ay nagdagdag ng distraksyon, na naging dahilan ng sabayang gawain at nagpalala sa cognitive workload ng AB.

Bagama’t may mga pamamaraan at permit, ipinapakita ng kasong ito kung bakit kailangang suportahan ang mga iyon ng malinaw at may nakumpirmang komunikasyon at epektibong koordinasyon ng gawain. Higit sa lahat, hindi dapat harangan ang mga exit route hangga’t may tao pa sa loob ng enclosed space.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Komunikasyon – Ang isang kritikal na tagubilin tungkol sa exit route ay hindi narinig dahil sa pagbabago ng radio channel, nang walang kumpirmasyong nakuha o ibinigay.

Kakayahan – Ang magkakasabay na gawain (void inspection, bilge testing, at engine room communication) ay nakaiskedyul ng sabay-sabay, na nagdagdag ng panganib at komplikasyon sa confined space.

Kamalayan sa sitwasyon – Ang AB ay nalito dahil sa maling interpretasyon ng alarm, nabawasang visibility mula sa EEBD, at nabitawang radyo, na nagdulot ng pagtatangkang lumabas sa nakasarang hatch.

Pagtutulungan – Naiwan ang AB sa loob ng void space habang ang iba sa itaas ay nagsimulang magsara ng exit, na nagpapakita ng kakulangan ng aktibong koordinasyon at pagbabantay ng team.

Mahahalagang Aral

Sa mga seaman: Gumamit ng closed-loop communications.

Siguraduhin na lahat ng safety-critical communications ay nakumpirma at naunawaan, lalo na sa pagpasok sa enclosed spaces. Huwag umasa lamang sa nakaraang nakasanayan—ang kamalayan sa sitwasyon ay nagtatakda kung mananatiling ligtas o mauuwi sa malubhang pinsala.

Sa mga tagapamahala ng barko: Dapat isaalang-alang sa epektibong pagpapalano ang human element. Kailangang isama sa task planning ang ugnayan ng tao at sistema, limitasyon ng kagamitan, at communication redundancy, lalo na kung may pressure sa oras o operasyon. Kahit ang mga bihasa at sinanay na team ay nangangailangan ng dagdag na proteksyon laban sa miscommunication at kalituhan. Ang mabuting pagpapalano ay dapat may kasamang konsiderasyon sa human factor.

Sa mga regulators: Dapat nakabatay sa aktwal na kalagayan ang mga regulasyon. Kailangang magtakda ng pamantayan na nag-uutos ng fail-safes para sa komunikasyon, paggana ng kagamitan, at emergency egress sa enclosed spaces. Ang mga pamamaraan ay dapat tumugma hindi lang sa ideal na kondisyon kundi pati real-world na mga kondisyon.

