

**GENERAL MARITIME**Edition MFB 82
February 2026**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



Kapag ang “Routine” ay Nagiging Mapanganib

Contents

- | | | | |
|---|--|----|--|
| 2 | M2621 - Kalidad ng Navigational Audit | 8 | M2692 - Ang remote na pag-update ng fridge ay nagdulot ng dead ship habang nagmamaniobra |
| 4 | M2628 - Hindi Pagkilala sa Safety Authority ng isang Kontratista | 9 | M2701 - Night navigation, ETA pressure, at pagdedesisyon |
| 5 | M2642 - Near miss - potensyal na pagkalason at asphyxiation ng isang crew member | 11 | M2700 - Paninindigan sa kabila ng pressure mula sa awtoridad |
| 6 | M2681 - Pilot ladder transfer arrangements - mahalagang safety concerns | | |

**Adam Parnell**

Malaki ang bahagi ng mga rutinang gawain sa edisyong ito, at bawat isa ay nagpapakita kung paano maaaring magtago ng seryosong panganib ang mga nakasanayang kagawian. Isang navigation audit na binigyan ng gradong “medium risk” ang nakapagtukoy ng maraming nawawalang depensa,

na kapag pinagsama-sama, ay nagpakita ng mas malubhang kahinaan. Tampok din namin ang isang kaso kung saan binale-wala ng mga kontratista ang maayos na payo sa kaligtasan, na nagbibigay-diin kung gaano kahirap para sa mga nakabababang

tripulante na hamunin ang awtoridad, lalo na kapag ito ang pinakamahalaga.

Isang tagapag-ulat ang muntik nang mawalan ng malay matapos mapalitan ng singaw ng acetone ang oxygen sa isang nakakulong na espasyo, sa kabila ng pagsunod sa SMS ng barko, na nagpapakita kung paano maaaring lumikha ng mga hindi nakikitang panganib ang mga karaniwang sangkap kapag ginamit sa mga restricted environment.

Sinuri rin namin ang isang pilot-ladder arrangement na nagkubli ng isang seryosong depekto sa disenyo, at isang hindi pangkaraniwang ulat kung saan ang isang remote update sa galley fridge ay nagdulot ng bahagyang pagkasira ng kuryente habang papasok sa daungan, na naglantad kung paano ang mga tila hindi magkaugnay na pangyayari ay maaaring magkaroon ng mahalagang implikasyon sa kaligtasan.

Sa huli, dalawang ulat ang nagbibigay-diin kung paano naaapektuhan ng pressure ang mga desisyon: isang opisyal ang binatikos dahil sa pagsunod sa COLREGs sapagkat nakaapekto ito sa ETA, samantalang ang isang Safety Officer ay tumangging payagan ang pagpasok sa isang tangke ng gasolina na lumalabag sa mga patakaran sa enclosed space. Sa parehong kaso, ang paninindigan ay nakapigil sa hindi ligtas na mga resulta.

Ang mga ulat na ito ay nag-aalok ng malinaw na mga aral tungkol sa pagbabantay, paghamon, at ang pangangailangang tandaan na ang “routine” ay hindi nangangahulugang “walang panganib.”

Ang bawat isa sa mga ulat na ito ay nagmula sa isang mambabasa na katulad ninyo, at kami ay lubos na nagpapasalamat sa mga nagkaroon ng lakas ng loob na mag-ulat sa amin. Hinihikayat namin kayong lahat na iulat ang anumang bagay na nagbabanta sa inyong sariling kaligtasan o sa kaligtasan ng iba upang sama-sama nating maiwasan ang pinsala.

Reports

M2621 – Kalidad ng Navigational Audit

Paunang Ulat

Ibinahagi ng tagapag-ulat ang isang halimbawa ng navigational audit na itinuturing niyang mababa ang pamantayan at kumakatawan sa kalidad na naobserbahan sa ilang inspeksyon. Ang mga natuklasang ipinapakita sa ibaba ay may kaugnayan sa Company SMS at Bridge Procedures Guide at inilalarawan kung paano itinatala ng mga auditor ang kanilang mga

obserbasyon. Ibinabahagi ang halimbawang ito upang hikayatin ang pagninilay tungkol sa kalidad ng audit, pagkakapare-pareho, at kung ang ganitong mga natuklasan ay epektibong sumusuporta sa ligtas na paglalayag at makabuluhang pagpapabuti sakay ng barko. Ipinadala ng tagapag-ulat ang sumusunod na ulat sa CHIRP, na nagbibigay-diin sa isang karaniwang halimbawa ng navigational audit.

Navigational audits – mga natuklasan ng independent inspection. Ang mga natuklasan ay partikular na may kaugnayan sa Company SMS at Bridge Procedures Guide.

1. Ang passage plan at bridge logbook ay nasa local time ngunit ang VDR ay nasa UTC.
2. HINDI binago ang passage plan upang isama ang Anchoring Plan, na nagdulot ng kawalang-katiyakan.
3. Habang naka-anchor watch, walang objective evidence ng madalas na pagsusuri sa mga agwat upang matiyak na nananatiling ligtas na nakaangkla ang barko sa pamamagitan ng pagkuha ng bearings mula sa mga nakapirming navigational mark.
4. Habang nasa anchorage, walang objective evidence na ginagamit ang parehong radar, na nagbawas sa situational awareness (kamalayan sa sitwasyon).
5. Hindi sinusupportahan ng radar recordings ang paggamit ng parallel indexing, na muli ay nagbawas sa kamalayan sa sitwasyon.
6. Hindi sinusupportahan ng radar recordings ang paggamit ng radar upang tukuyin at i-plot ang posisyon ng barko upang matiyak na nananatiling ligtas na nakaangkla ang sasakyang-dagat. Isa pang nagbawas sa kamalayan sa sitwasyon.

Habang naka-anchor watch, naka-off ang X-band radar.

Komento ng CHIRP

Bagaman ang bawat natuklasan ay naitala bilang isang “Medium Risk” na obserbasyon, ang kanilang dami at pagkakapare-pareho ay tumutukoy sa mas malawak na pagkasira ng disiplina sa anchoring watch. Walang naganap na insidente, ngunit ilang mahahalagang depensa ang wala o hindi mapatunayan. Itinuturing namin na ang ilan sa mga natuklasan ay higit pa sa “Medium Risk”, at ang aming pagsusuri ay ang sumusunod:

Wasto ang mga natuklasan, ngunit napakaraming passive na pahayag tulad ng “walang objective evidence”, na nagpapalambot sa operasyonal na realidad. Sa mga operasyong

kritikal sa kaligtasan, kung ang isang bagay ay hindi maipakita, hindi ito maaaring asahan.

Ang paggamit ng magkahalong pamantayan ng oras (UTC at local time) ay sumisira sa magkasanib na situational awareness at nagpapahirap sa pagdedesisyon sa panahon ng pag-angkla, mga emerhensiya, at pagsusuri ng insidente. Ang paggamit ng tamang oras ay isang pangunahing kinakailangan sa bridge management, hindi isang administratibong detalye lamang.

Ang hindi pag-amyenda sa anchoring plan ay nagpapahiwatig na ang operasyon ay itinuring na routine sa halip na planadong paglalayag. Madalas itong humahantong sa impormal na watchkeeping at nabawasang pagbabantay kapag nakababa na ang angkla.

Sa ilang obserbasyon, walang mapatunayang ebidensya ng epektibong monitoring – walang visual bearings, walang naka-plot na posisyon, limitadong paggamit ng radar, at isang radar ang naka-off. Dahil dito, ang barko ay naka-angkla nang walang maaasahang kaalaman sa posisyon. Ang anchor watch na walang monitoring ay hindi isang watch – ito ay isang pagpapalagay.

Ang radar redundancy ay sinadyang safety feature. Ang pagpatay ng isang radar ay nag-aalis o nagbabawas ng maagang babala ng pagkaladkad ng angkla, trapiko, o hindi inaasahang paggalaw. Ang paggamit ng radar habang naka-angkla ay dapat ituring na mahalaga.

Bagaman ang bawat isyu ay tinataya bilang medium risk kung hiwa-hiwalay, ang pinagsamang epekto nito ay makabuluhang nagtaas sa posibilidad ng hindi natukoy na pagkaladkad ng angkla o isang close-quarters na sitwasyon. Walang aksidenteng naganap, ngunit ang mga normal na depensa ay humina. Ang monitoring, dokumentasyon, at paggamit ng radar ay mga pangunahing kontrol sa kaligtasan, hindi mga opsyonal na gawain. Nagpahayag ang mga miyembro ng CHIRP ng pangamba na may labis na pagbibigay-diin sa mga kinakailangan sa dokumentasyon sa halip na sa aktuwal na pagganap sa paglalayag. Nais bigyang-diin ng advisory board ang pangangailangan na makatanggap ang mga auditor ng pagsasanay sa bridge behaviour, kamalayan sa sitwasyon, at mga kasanayan sa pag-angkla.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Kamalayan sa Sitwasyon – Ang nabawasang elektronikong beripikasyon ng posisyon ay malamang na nakahahadlang sa tunay na pag-unawa sa lokasyon ng barko. Kung walang pamantayang oras, maaaring hindi alam ng team kung ano ang nangyayari sa *real time*.

Lokal na kasanayan – Ang hindi pag-update ng plano ay sumasalamin sa isang impormal na praktis na lumilihis sa mga nakadokumentong pamamaraan.

Kakayahan – Ang hindi pagkakaroon ng mga magagamit na teknik ay nagpapahiwatig ng nabawasang kakayahan sa monitoring. Ang radar ay dapat gamitin bilang bahagi ng best practice; ang hindi paggawa nito ay maaaring magpakita ng kakulangan sa kakayahan.

Pagkakampante – Ang desisyon na patayin ang radar ay maaaring sumasalamin sa labis na pagiging kampante sa panganib. Ang nakagawiang pag-uugali ay maaaring magdulot ng pag-aakalang hindi na kailangang baguhin o pagbutihin ang plano.

Komunikasyon – Ang hindi magkakatugmang reference sa oras ay nagdudulot ng hindi pagkakaunawaan at mahinang pagpapalitan ng impormasyon.

Mga distractions – Ang kabiguang mapanatili ang buong kamalayan sa sitwasyon ay maaaring magpahiwatig na ang pokus ay nasa ibang bagay.

Mahalalagang Aral

Sa mga regulators – Ang kaligtasan ay hindi lamang nakasulat sa papel, ito ay isinasabuhay sa bridge. Ipinapakita ng audit na kahit may makabagong sistema at nakadokumentong mga pamamaraan, ang human factors at pamumuno ay may malalim na impluwensya sa mga kinalabasan. Ang pangangasiwa, paggabay, at safety audits ay dapat tumugon hindi lamang sa kagamitan at mga pamamaraan, kundi pati sa pag-uugali ng tripulante, pagsasanay, at kultura ng organisasyon.

Sa mga tagapamahala – Mamuno nang may pangangasiwa, magbigay ng kaalaman, at may kultura sa pagsunod. Ipinapakita ng mga natuklasan na ang pamumuno, superbisyon, at pagsasanay ay kasinghalaga ng kagamitan. Ang pagtiyak na naipatutupad ang mga pamamaraan, may kakayahan ang mga tripulante, at aktibo ang safety culture ay nakatutulong upang maiwasan ang maliliit na pagkukulang na maging malalaking panganib.

Sa mga seafarer – Kilalanin ang inyong barko, magtiwala sa inyong mga instrumento, at huwag magpalagay – tiyakin. Ibinibigyang-diin ng inspeksyon ang kritikal na kahalagahan ng pagbabantay at disiplinadong mga pamamaraan. Laging suriin ang mga posisyon, gamitin ang lahat ng magagamit na instrumento, at tiyaking ang inyong passage plan ay tumutugma sa aktuwal na sitwasyon. Ang inyong kamalayan at pagsunod sa mga pamamaraan ang pangunahing depensa laban sa mga insidente.

Report No2 - M2628 – Hindi Pagkilala sa Safety Authority ng isang Kontratista

Paunang Ulat

Ipinaalam ng tagapag-ulat sa CHIRP na hindi wastong ginagamit ng mga scaffold ang kanilang twin-lanyard fall arrestor habang nagtatrabaho sa mataas na lugar. Ikinakabit nila muli ang ekstrang lanyard sa mga load-bearing point ng kanilang harness habang ginagamit ang ikalawang lanyard sa isang panlabas na anchor point.

Napansin ito ng tagapag-ulat at kinausap ang superbisor ng mga scaffold, hinihiling na ipaalam sa team ang pagkakamali at kung paano nito maaaring hadlangan ang tamang pag-deploy ng kanilang fall arrestor sakaling mahulog. Hindi pinansin ng kontratista ang tagapag-ulat at sinabi na ito ang kanilang nakasanayang paraan ng pagtatrabaho. Naramdaman ng tagapag-ulat na hindi siya pinakinggan at hindi pinahalagahan.

Komento ng CHIRP

Hindi katanggap-tanggap na makaramdam ang isang miyembro ng crew ng barko na hindi pinapansin kapag naglalabas ng kanilang safety concern. Sa kasong ito, tama ang ginawa ng tagapag-ulat sa pagbanggit ng mga alalahanin tungkol sa maling paggamit ng twin-lanyard fall-arrest equipment. Kapag may inilabas na alalahanin sa kaligtasan, dapat agad itigil ang trabaho. Dapat agad kumonsulta sa Master, at ipaalam sa superbisor ng kontratista ang mga inaasahan sa kaligtasan ng barko at patakaran ng kumpanya. Ang hindi ligtas na kondisyon ay dapat laging magresulta sa malinaw at suportadong Stop Work na desisyon.

Ang mga miyembrong nagkomento sa ulat na ito ay nagbigay-diin sa mas malawak na isyu ng mahinang safety culture, kabilang ang kakulangan sa pamumuno at pananagutan. Hindi sapat ang pagsasanay lamang kung hindi ito sinusupportahan ng may malinaw na mga inaasahan at nakikitang pamumuno. Ang pinahusay na pagsasanay para sa parehong tripulante at mga kontratista, kasama ang magkatuwang na pag-unawa sa pananagutan, ay makatutulong upang maiwasan ang katulad ng mga ganitong sitwasyon.

Patuloy na nangyayari ang pagkahulog mula sa taas dahil pansamantalang nawawalan ng pagkakakabit ang mga tao habang gumagalaw. Sa maritime environment, ang twin-tail fall-arrest lanyards ay dapat laging gamitin upang matiyak ang tuloy-tuloy na pagkakakabit. Ang prinsipyo ay simple: dapat may isang koneksyon na laging nakakabit. Bago gumalaw o lampasan ang isang harang, ang ikalawang lanyard leg ay dapat munang ikabit sa angkop na anchor point, at saka lamang tatanggalin ang unang leg. Iniwasan nito ang anumang sandali na ang tao ay walang proteksyon.

Ang mga anchor point ay dapat istruktural, may tamang rating, at nakaposisyon upang magbigay ng sapat na malayang espasyo sa ibaba para ganap na mag-deploy ang lanyard at energy absorber. Ang lanyard stem, kasama ang energy absorber, ay dapat nakakabit sa aprubadong fall-arrest point sa harness, karaniwang sa dorsal D-ring. Ang mga lanyard leg ay hindi dapat ikabit pabalik sa harness o sinturon maliban sa mga aprubadong parking point, dahil maaari nitong hadlangan ang tamang paggana ng energy absorber at magpataas ng panganib ng pagka-pinsala.

Ang lahat ng fall-arrest equipment ay dapat suriin bago gamitin at protektahan laban sa pinsalang dulot ng matutulis na gilid at ng malupit na marine environment. Tanging mga sinanay at medically fit na tauhan lamang ang maaaring gumamit ng kagamitan, at dapat may malinaw na rescue plan bago magsimula.

Sa huli, mahalagang pagnilayan ang pagkakaiba ng matibay na safety culture na inaasahan sa dagat at ng mga kasanayan na minsang ipinakikilala ng mga kontratistang sakay ng barko. Ang mga inaasahan ng barko ay dapat malinaw na itakda sa mga pre-work planning meeting, palakasin sa pamamagitan ng superbisyon, at ipatupad nang pare-pareho. Ang tuloy-tuloy na proteksyon, bukas na pag-uulat, at kumpiyansang magpatigil ng trabaho ay mahalaga upang maiwasan ang pagkahulog mula sa taas. Madalas itong mas maging hamon kapag nakikitungo sa mga kontratista, dahil maaaring hindi komportable ang ilang tripulante na hamunin ang mga indibidwal na itinuturing na panlabas na eksperto o may impluwensyang komersyal, lalo na kung kulang ang kumpiyansa sa mga sitwasyong may komprontasyon.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Pag-alerto – Kapag may miyembro ng tripulante na nagbigay ng babala tungkol sa isyu sa kaligtasan, dapat itong seryosohin at itigil ang trabaho hanggang matugunan ang babala. Sa kasong ito, dapat pinakinggan ng mga kontratista ang mga alalahaning inilahad at ipinakita sa kanila ang tamang paraan ng paggamit ng fall arrestor.

Lokal na kasanayan – May legal na tungkulin ang pamunuan ng barko sa pangangalaga sa sinumang kontratistang nagtatrabaho na sakay ng barko, at ang pagsunod sa safety management system ng kumpanya ay sapilitan. Kung maipapakita na ang praktis ng kontratista sa paggamit ng fall arrestor ay hindi bababa sa kasing-ligtas o mas ligtas kaysa sa SMS ng barko, maaari itong ituring na katanggap-tanggap.

Komunikasyon – Bago magsimula ang anumang trabaho, dapat magsagawa ng work planning meeting upang ipaliwanag ang mga praktis sa safety management ng barko at pakinggan ang mga pamamaraan ng operasyon ng mga kontratista.

Pagkakampante – Ang mga kontratista ay labis ang kumpiyansa at hindi binigyang-halaga ang mga panganib na kaugnay ng pagtatrabaho sa taas gamit ang fall arrestor.

Mahahalagang Aral

Sa mga regulators – Ang pagsunod ay hindi opsyonal, bawat koneksyon ay mahalaga. Ang mga fall arrest system ay epektibo lamang kapag ginamit ayon sa disenyo; ang paglihis ay naglalagay sa mga manggagawa sa seryosong panganib.

Sa mga tagapamahala – Makinig muna, ang pag-iwas ay mas mabuti kaysa imbestigasyon. Ang pagwawalang-bahala sa mga safety concerns at ang pag-uugaling “ganito na namin ito palaging ginagawa” ay sumisira sa tiwala at naglalagay sa tripulante sa panganib.

Sa mga Seafarers/Crew – Suriin nang dalawang beses, nakasalalay dito ang inyong buhay. Ang maling paggamit ng fall protection ay maaaring gawing panganib ang harness sa halip na proteksyon. Laging tiyakin ang mga anchoring point.

M2642 – Near miss - potensyal na pagkalason at asphyxiation ng isang crew member

Paunang Ulat

Nasa isang barko ako habang isinasagawa ang malawakang refit at responsable sa paglilinis at pagpipinta ng engine room bilges. Ang pangunahing bilge sump ay may lalim na 6 ft, sapat lamang upang makayuko, at ako ay nasa pinakailalim, gumagamit ng acetone upang alisin ang grasa sa mga ibabaw bilang paghahanda sa pagpipinta. Hindi alam ng sinuman sa tripulante na ang acetone ay lumalawak nang higit sa 300% ng orihinal nitong volume at mas mabigat kaysa hangin. Dahil dito, mabilis na napalitan ang oxygen, at walang mapaglabasan ang singaw. Nakasuot ako ng VOC (Volatile Organic Compound) mask, alinsunod sa operating procedures ng kumpanya, kaya wala akong paraan upang maramdaman kung ano ang nangyayari. Wala ring nakahandang ventilation system, body-worn gas detector, o nakatalagang lookout. Ang unang palatandaan ng problema ay hindi pagkahilo o pagduduwal, kundi isang malalim na pakiramdam ng ‘fight or flight’ sa aking dibdib. Agad akong umakyat mula sa bilge sump at bahagyang nakahinga upang makatawag sa radyo. Sa kabutihang-palad, nakaligtas ako nang hindi nangangailangan ng medikal na paggamot, ngunit maaari itong naging mas malala. Isa itong aral na dadalhin ko sa buong karera ko.

Komento ng CHIRP

Ang mga bilge ay itinuturing na enclosed spaces ayon sa Code of Safe Working Practices Section 15, MGN 659, at MSC A. 1050(27). Dapat malinaw na tukuyin at itala ng mga barko kung aling mga compartment ang itinuturing na enclosed spaces (ES) o confined spaces (CS) at tiyaking nakasaad ito sa SMS at mga risk assessment. Bagaman sinusunod ng tagapag-ulat ang SMS ng barko, ang ginamit na VOC mask ay hindi angkop para sa panganib na naranasan.

Ipinapakita ng ulat na ito ang isang mahalaga at madalas hindi nabibigyang-pansin na panganib na kemikal na kaugnay ng mga mga nakagawiang gawain tulad ng paglilinis ng bilge. Ang tagapag-ulat ay nagtatrabaho sa panahon ng refit, kung kailan maaaring iba ang ventilation arrangement at system configuration kumpara sa normal na operasyon. Ang paggamit ng acetone sa masikip na geometry ng bilge sump, kasama ang mahinang bentilasyon at kawalan ng atmospheric monitoring, ay lumikha ng potensyal na sitwasyong nagbabanta sa buhay. Dapat magsuot ng personal oxygen meter. Kapuri-puri na agad nakilala ng tagapag-ulat ang mga sintomas at lumabas sa espasyo, kaya naiwasan ang mas seryosong kinalabasan.

Isang mahalagang aral ay maraming karaniwang solvent ang naglalabas ng singaw na maaaring mabilis na magpalit ng oxygen dahil sa mas mataas na vapour density, lalo na sa mga enclosed, confined, at mahina ang bentilasyong espasyo. Ang mga VOC mask ay nagpoprotekta laban sa paglanghap ng ilang sangkap ngunit hindi nagbibigay ng babala na nagaganap ang pagkaubos ng oxygen. Ang pagdadala ng gas-detection equipment ay mahalaga, hindi lamang sa mga pormal na itinalagang enclosed o confined space kundi pati kapag gumagamit ng mga kemikal na nagpapalit ng oxygen sa anumang restricted area.

Ang task risk assessment ay dapat tahasang isaalang-alang ang mga katangiang kemikal ng mga sangkap na ginagamit, gaya ng nakasaad sa kanilang Safety Data Sheets, kabilang ang vapour behaviour, ventilation arrangement, at pangangailangan ng atmospheric monitoring. Ang karaniwang enclosed-space precautions, kabilang ang portable gas detector, epektibong mechanical ventilation, at nakatalagang standby person, ay dapat laging ipatupad. Ito ay lalong mahalaga sa panahon ng refit o maintenance, kung kailan maaaring mabawasan ang mga mapagkukunan dahil sa dagdag na workload.

Binibigyang-diin din ng ulat na ito ang kahalagahan ng pagkakaroon ng access at pag-unawa ng tripulante sa Safety Data Sheets (SDS) sa tamang working language. Dapat tiyakin ng pre-task planning na alam ng lahat ang panganib ng paglawak ng singaw at pagkawala ng oxygen, pati ang limitasyon ng PPE.

Mahigpit na inirerekomenda ng CHIRP na huwag gamitin ang mga solvent-based cleaner, tulad ng acetone, para sa paglilinis ng bilge.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Safety Culture – Hindi ganap na natukoy o naipabatid ng organisasyon ang mga panganib sa atmospera na kaugnay ng solvent cleaning sa panahon ng refit.

Kakayahan – Ang gawain ay walang tiyak na pagtatasa na isinasaalang-alang ang chemical behaviour, mga katangian ng limitadong espasyo, at kinakailangang kontrol. Ang kaalaman tungkol sa oxygen displacement dulot ng solvent ay hindi bahagi ng regular na pagsasanay o toolbox talk.

Komunikasyon – Nakahiwalay ang crew member sa iba pang tripulante kaya walang komunikasyong naganap.

Teamwork – Walang nakatalagang standby person o two-way check-in process para sa potensyal na mapanganib na gawain. Ang crew member ay nagtatrabaho nang mag-isa at walang suporta.

Disenyo at kontrol sa engineering – Kakulangan ng integrated ventilation o gas detection para sa maliliit at masisikip na compartment.

Lokal na kasanayan – Hindi nakaayon ang mga pamamaraan at aktuwal na gawain sa tunay na panganib at labis na umasa sa PPE kaysa sa mas mataas na antas ng kontrol.

Mahalalagang Aral

Hindi mo maaamoy na nawalan oxygen, kaya magplano para sa panganib na hindi mo mararamdaman.

Sa mga regulators – Pinatitibay ng ulat na ito ang pangangailangang tiyakin na ang gabay sa confined-space entry at paggamit ng hazardous substance ay tahasang sumasaklaw sa panganib ng oxygen displacement mula sa mga karaniwang solvent tulad ng acetone. Maaaring inaatasan na ng regulatory framework ang atmospheric testing at ventilation para sa enclosed-space work, ngunit ipinapakita ng insidenteng ito kung paano maaaring mahulog sa labas ng pormal na depinisyon ang pang-araw-araw na maintenance task habang may kaparehong panganib. Ang mas malinaw na inaasahan hinggil sa gas detection, task-specific risk assessment, at solvent-handling protocol sa panahon ng refit ay makatutulong upang maisara ang puwang na ito.

Sa mga tagapamahala – Ang pangunahing aral ay dapat isaalang-alang ng work planning ang parehong kapaligiran at katangiang kemikal ng mga sangkap na ginagamit. Ang mga pamamaraang umaasa lamang sa PPE, nang walang bentilasyon o atmospheric monitoring, ay lumilikha ng maling pakiramdam ng seguridad. Mahalaga ang pagsasama ng Safety

Data Sheets sa pre-task briefing, ang pagiging madaling makuha ng gas detector, at ang pagtiyak na naipatutupad ang confined-space precautions kahit sa maliliit na espasyo tulad ng bilge sump. Ang panahon ng refit ay nangangailangan ng mas mataas na pagbabantay dahil ang mga hindi rutinang gawain ay kadalasang may kasamang isolation ng kagamitan, limitadong access, at mga panganib na kemikal na maaaring hindi bahagi ng pang-araw-araw na operasyon.

Sa mga crew – Ang aral ay ang pagiging pamilyar sa isang produkto ay hindi garantiya ng kaligtasan. Ang mga solvent ay maaaring kumilos nang hindi inaasahan sa masisikip na lugar, at ang mga sintomas ng pagkaubos ng oxygen ay maaaring banayad hanggang sa maging mapanganib. Hindi sapat ang umasa lamang sa PPE; ang bentilasyon, monitoring, at pagkakaroon ng taong may kaalaman sa gawain ay mahahalagang proteksyon. Ang pagtitiwala sa sariling instinct at maagang pagkilos, tulad ng ginawa ng tagapag-ulat, ay maaaring makaiwas sa malubhang kinalabasan.

M2681 – Pilot ladder transfer arrangements - mahalagang safety concerns

Paunang Ulat

Isang safety concern ang iniulat sa pamamagitan ng SMS ng kumpanya na kinasasangkutan ng isang merchant vessel habang isinasagawa ang pilot embarkation operations. Sa oras ng ulat, ang barko ay may relatibong mababang freeboard na humigit-kumulang 2.5 metro.

Natukoy na ang SOLAS-approved na pilot ladder ng barko ay inilagay mismo sa harap ng isang recessed na built-in ladder na matatagpuan sa hull ng barko. Ang ganitong pagkakaayos ay lumikha ng seryosong panganib sa panahon ng pagsakay. Kung sakaling madulas habang lumilipat mula sa pilot boat, may malinaw na panganib na maaaring maipit ang paa sa bukana ng recessed ladder. Dahil sa karaniwang pagtaas at pagbaba sa pagitan ng barko at ng pilot boat, maaari itong magdulot ng matinding pinsala, kabilang ang pagkadurog o pagkaputol ng bahagi ng katawan.

Dahil sa nabawasang freeboard sa panahong iyon, hindi ginamit ang pilot ladder at isinagawa ang pagsakay sa pamamagitan ng direktang pagtapak patawid. Ipinaalam sa Master ang panganib at sumang-ayon siyang ipagpatuloy ang operasyon nang hindi ginagamit ang pilot ladder. Nagbigay rin ng photographic evidence ng arrangement.

Bagaman naiwasan ang agarang paggamit ng hagdan, nanatili ang pinagbabatayang panganib. Ang pilot ladder ay hindi nakaposisyon nang malayo sa mga sagabal, na hindi alinsunod sa mga kinakailangan ng SOLAS. Anumang pagbabago sa freeboard o kondisyon ng operasyon ay agad na magpapakilala

ng panganib. Ang recessed hull ladder ay kumakatawan sa isang panganib na may kaugnayan sa disenyo na maaaring makaapekto sa mga susunod na pilot transfer operation at regulatory inspection.

Upang matugunan ang isyu, dapat ilipat ang pilot ladder sa isang posisyong malayo sa lahat ng sagabal. Mangangailangan ito ng structural modification, kabilang ang paglalagay ng karagdagang compliant boarding gate sa deck.

Binibigyang-diin ng ulat na ito ang kahalagahan ng pagtiyak na ang mga pilot transfer arrangement ay ligtas sa ilalim ng lahat ng normal na kondisyon ng operasyon at hindi umaasa sa pansamantala o procedural na workaround. Sabihin ang isyu sa mga kaugnay na awtoridad upang suportahan ang pagkatuto at maiwasan ang pag-ulit.

Komento ng CHIRP

Itinatampok ng ulat na ito ang isang istruktural at procedural na isyu sa kaligtasan sa halip na indibidwal na pagkakamali. Ang mga pilot transfer arrangement ay dapat ligtas sa lahat ng normal na kondisyon ng operasyon, hindi lamang sa kanais-nais na panahon o kapag optimal ang draft ng barko.

Sa kasong ito, hindi ginamit ang pilot ladder dahil sa kapani-paniwalang panganib, na nagpapatibay sa seryosong alalahanin sa kaligtasan, lalo na sa isang napakalapit na kamatayan kamakailan sa isang pilot transfer sa ibang lugar. Ipinapakita nito na ang panganib ay totoo at agarang umiiral.

Ang paggamit ng recessed hull ladder ay isang panganib na may kaugnayan sa disenyo at hindi isang nakahiwalay na pagkakaayos. Nauunawaan na lima o anim na uri ng barko ang naitayo na may katulad na katangian. Ang mga elemento ng disenyo na nagdudulot ng panganib ng pagkaipit o pagkadurog ay dapat pormal na tasahin at, kung kinakailangan, itama. Ang pansamantala o operasyonal na workaround ay hindi nag-aalis ng pinagbabatayang panganib at maaaring hindi ituring na katanggap-tanggap sa panahon ng Port State Control inspection.

Kinukuwestiyon din ng CHIRP kung paano naaprubahan ang ganitong arrangement sa design stage palang. Ang mga recessed area sa mga high-stress na bahagi ng hull girder ay mas madaling maapektuhan ng notch stresses at mas malamang na makaranas ng pinabilis na corrosion sa mga internal weld. Ang pagkakulong ng tubig-dagat sa mga espasyong ito ay lalo pang nagpapataas ng panganib ng corrosion at posibleng pagtagas sa hull.

Mahalagang ulitin na ang mga SOLAS requirements ay hindi bukas sa interpretasyon; dapat itong sundin ayon sa nakasulat.

Dahil sa bilang ng mga barkong apektado at sa pundamental na katangian ng mga design concerns, isinasaalang-alang ng CHIRP kung kinakailangan ang isang hiwalay na ulat na nakatuon sa mga panganib na kaugnay ng ganitong klase ng barko.

Ihaharap ng CHIRP ang mga isyung ito sa mga kaugnay na awtoridad upang suportahan ang mas malawak na pagkatuto at makatulong na maiwasan ang pag-ulit.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Disenyo – Ang orihinal na disenyo ay lumikha ng impresyon na ang pagkakaayos ay katanggap-tanggap at ligtas.

Komunikasyon – May kakulangan sa pagpapalitan ng impormasyon na kritikal sa kaligtasan.

Sobrang kumpiyansa – Ang nabawasang pag-iingat dahil sa pagiging pamilyar, nakagawian, at nakaraang pagtanggap ay nagbigay-daan upang hindi ma-challenge ng maraming partido ang hindi ligtas na sitwasyong ito.

Kawalan ng Teamwork – Mahinang koordinasyon, cross-checking, o magkasanib na situational awareness.

Kawalan ng Kamalayan – Mahinang kamalayan sa mga panganib o posibleng kahihinatnan.

Mahalalagang Aral

Sa mga Regulators – Ipinapakita ng kasong ito na ang simpleng pagsunod lang ay hindi garantiya ng kaligtasan.

Ang mga kagamitan at pagkakaayos ay dapat -assess batay sa kung paano ito gumagana sa aktuwal na kondisyon ng operasyon, lalo na sa mga dynamic na gawain tulad ng pilot transfer. Ang mga kumpidensyal na ulat ay nagbibigay ng mahalagang maagang babala tungkol sa mga panganib na may kaugnayan sa disenyo at dapat gamitin upang suportahan ang mas malawak na pagkatuto at pag-iwas, hindi lamang lokal na resolusyon.

Sa mga Managers at Pamunuan ng Kumpanya – Ang mga workaround na ginagamit upang manatiling ligtas ay nagpapahiwatig ng pinagbabatayang kahinaan sa sistema o disenyo na kailangang itama.

Ang mga pag-aayos ng access at pilot ladder ay dapat matugunan sa pamamagitan ng mga solusyon sa disenyo at engineering sa halip na umasa sa pamamaraang pag-iwas. Ang mga near-miss na kinasasangkutan ng human-equipment

interface ay dapat ituring na mahalagang oportunidad sa pagkatuto sa loob ng safety management system.

Sa mga Crew – Kung ang gawain ay hindi ligtas gamit ang karaniwang arrangement, iulat ito — kahit walang nangyaring insidente.

Kung ang isang gawain ay maisasagawa lamang nang ligtas sa pamamagitan ng pag-angkop o pag-iwas sa karaniwang arrangement, ang kondisyon ay dapat iulat kahit walang naganap na insidente. Ang mga hindi ligtas na configuration ay hindi dapat maging normal dahil sa pagiging pamilyar. Ang malinaw at makatotohanang pag-uulat ay nakatutulong upang maprotektahan ang iba at masuportahan ang pangmatagalang pagpapabuti sa kaligtasan.

M2692 – Ang remote na pag-update ng fridge ay nagdulot ng dead ship habang nagmamaniobra

Paunang Ulat

Isang napakalaking superyacht ang nakaranas ng bahagyang pagkawala ng kuryente habang nagsasagawa ng *arrival manoeuvre* sa isang masikip na daungan. Ilang kritikal na sistema ang nawalan ng operasyon: nag-reboot ang mga navigation display, nagdilim ang mga monitoring screen sa engine room, at pansamantalang nawalan ng situational awareness ang barko.

Naibalik ang emergency power sa limitadong antas, ngunit ang pagkaantala ay nagdulot ng kalituhan at nagpabagal sa maniobra.

Natunton ng imbestigasyon ng mga technical crew ang sanhi ng pag-palya sa isang remote software update sa galley refrigeration unit. Ang update ay sinimulan ng shore-side supplier nang hindi ipinapaalam sa yate. Habang isinasagawa ang update, isang hindi inaasahang pagtaas ng electrical load ang nag-udyok sa power management system na magbawas ng mga sistema sa isang sequence na hindi ganap na nauunawaan ng crew.

Komento ng CHIRP

Binibigyang diin ng insidenteng ito ang mga panganib na kaugnay ng pagsasagawa ng remote software updates sa mga sasakyang-dagat nang walang paunang abiso sa crew. Sa kasong ito, nawalan ng kuryente ang isang napakalaking superyacht habang nagmamaniobra matapos ang software upgrade sa isang hindi esensyal na sistema (galley refrigeration). Sa pamamagitan ng koneksyon nito sa integrated power management system, hindi tuwirang naapektuhan ng

update ang mga mahalagang navigation at monitoring system, na naging sanhi ng pag-offline ng mga kritikal na kagamitan sa isang high-risk moment habang nagmamaniobra sa daungan.

Ang pag-update ng mga kontrol ng makinarya o mga sistemang konektado sa kuryente habang ang barko ay nasa biyahe at pumapasok sa daungan ay nagdudulot ng hindi katanggap-tanggap na panganib. Ang mga sistemang ganito ay dapat ihiwalay gamit ang mga breaker o katumbas na mga pananggalang upang matiyak na ang mga hindi kritikal na kagamitan ay hindi magdudulot ng sunod-sunod na pagpalya na makaaapekto sa mahalagang serbisyo.

Itinataas din ng insidente ang mga alalahanin sa cybersecurity. Bagama't ang pangyayari ay tila hindi sinasadya, ang kahalintulad na resulta ay maaaring magmula sa isang mapanirang cyberattack. Ang remote access sa mga onboard system, lalo na ang mga hindi esensyal, ay nagdadala ng mga posibleng kahinaan kung ang mga cyber-defence at network monitoring ay hindi matatag. Dapat maging mulat ang mga crew sa mga panganib na ito at tiyakin na may naaangkop na mga hakbang na pananggalang.

Ipinapakita rin ng tugon ng crew ang mga hamon sa pamamahala ng hindi inaasahang pagpalya ng sistema. Bagama't bahagyang naibalik ang emergency power, ang pagkakasunod-sunod kung saan ibinawas ang mga sistema ay hindi ganap na naunawaan, na nagpapakita ng pangangailangan para sa mas pinahusay na familiarisation at pagsasanay kung paano tumutugon ang power management system sa abnormal na electrical load at hindi inaasahang kilos ng sistema.

Itinuturo rin ng pangyayaring ito ang mas malawak na alalahanin hinggil sa pamamahala ng pagbabago. Ang mga software update at pagbabago sa sistema ay dapat ituring bilang pormal na pagbabago, na may malinaw na mga pamamaraan, kabilang ang risk assessment, abiso sa crew, at mga paghihigpit sa operasyon kung kinakailangan.

Nag-aalala rin ang CHIRP na ang pagbawas ng bilang ng crew at ang paglipat ng teknikal na kontrol at pagdedesisyon sa pampang ay maaaring magdulot ng hindi inaasahang mga kahirinatnan. Ang pag-alis ng pananagutan mula sa mga nasa onboard ay maaaring magpababa ng situational awareness at kakayahan ng crew na maagang matukoy o mapamahalaan ang mga umuusbong na panganib sa real time.

Dapat ipaalam ng mga supplier ang lahat ng software update nang maaga, upang mabigyan ang mga sasakyang-dagat ng pagkakataong suriin ang mga posibleng epekto sa operasyon at magpasya kung kailan ligtas itong isagawa. Dapat ding suriin ng mga operator ang integrasyon ng mga hindi kritikal na sistema sa mga mahalagang sistema upang maiwasan ang single-

point o cascading failures. Ang pagpapalakas ng cyber-defences at pagmomonitor ng mga networked access point, kahit para sa mga tila minor na sistema, ay makatutulong upang mabawasan ang panganib ng parehong hindi sinasadyang pagkaantala at sinadyang pag-atake.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Kamalayan sa Sitwasyon – Agad na naapektuhan nang mag-offline ang mga kritikal na sistema, na pansamantalang nag-iwan sa crew na walang malinaw na kaalaman sa posisyon at estado ng barko. Ang biglaang pagkawala ng mga display at monitoring screen ay nagdulot ng kalituhan at nagtaas ng cognitive load, na nakaapekto sa pagdedesisyon habang isinasagawa ang isang kritikal na maniobra.

Pagkakampante – Maaaring nakaambag ang sobrang pagtitiwala sa automation.

Kakayahan – Hindi ganap na nauunawaan ng crew ang pagkakasunod-sunod ng pagbawas ng mga sistema sa panahon ng hindi inaasahang electrical load, na nagpapakita ng pangangailangan para sa mga drill o pamamaraan na tumatalakay sa mga hindi pangkaraniwang sitwasyon lampas sa karaniwang mga failures. Nagtitiwala ang crew na ang lahat ng sistema ay gagana nang hindi maaapektuhan ang mga kritikal na sistema. Ang pagtitiwala na ito ay nag-iwan sa kanila na hindi handa sa sunod-sunod na pag-palya ng sistema na dulot ng hindi inaasahang pagtaas ng load.

Komunikasyon – Ang shore-side supplier ay nagsimula ng software update nang hindi ipinapaalam sa yate. Ang kakulangan ng paunang komunikasyon ay naglimita sa kakayahan ng crew na magplano at mapanatili ang kontrol.

Pressure – Matinding tumaas sa panahon ng insidente. Bahagyang naibalik ang emergency power, ngunit kinailangan ng crew na pamahalaan ang maraming sabayang isyu sa ilalim ng pressure ng oras, na may kulang na pag-unawa sa kilos ng power management system. Ang stress na ito ay maaaring makasagabal sa wastong paghatol at makapagpabagal sa epektibong pagtugon.

Mahahalagang Aral

Kahit ang maliliit na update ay maaaring magdulot ng malalaking kahirinatnan sa dagat.

Sa mga regulators – Ipinapakita ng insidenteng ito ang kahalagahan ng pagtatatag at pagpapatupad ng malinaw na mga protocol sa komunikasyon sa pagitan ng mga supplier ng kagamitan at mga sasakyang-dagat. Ang hindi inaasahang software updates, kahit sa mga hindi esensyal na sistema, ay

maaaring hindi sinasadyang makaapekto sa mga kritikal na sistema ng barko. Dapat tiyakin ng mga regulator na ang mga gabay at pamantayan ay nangangailangan ng paunang abiso at risk assessment bago ipatupad ang anumang remote updates.

Sa mga tagapamahala – Pinapaalalahanan ang mga manager na suriin kung paano naka-integrate ang mga hindi esensyal na sistema sa mahahalagang operasyon ng barko. Ang pag-unawa sa mga ugnayang ito at pagpapatupad ng mahigpit na mga pamamaraan para sa pagbabago ng sistema, maintenance, at software updates ay mahalaga upang maiwasan ang cascading failures. Ang pangangasiwa at beripikasyon sa mga kilos ng supplier ay makababawas sa panganib ng hindi sinasadyang pagkaantala.

Sa mga crew – Ipinapakita ng pangyayaring ito ang pangangailangan na mapanatili ng mga crew ang situational awareness sa lahat ng oras at maging pamilyar sa asal ng power management ng barko. Ang pagsasanay ay dapat sumaklaw sa mga hindi pangkaraniwan o sunod-sunod na pag-palya ng sistema, at dapat manatiling mapagmatyag ang mga crew sa panahon ng mataas na workload o komplikadong maniobra. Ang mabilis at may kaalamang pagkilos ay nakasalalay sa pag-unawa sa parehong teknolohiya at mga human factors na kasangkot.

M2701 – Night navigation, ETA pressure, at pagdedesisyon

Paunang Ulat

Nakipag-ugnayan ang reporter sa CHIRP hinggil sa ulat na ito, na tumutukoy sa isang night transit sa loob ng isang masikip na lugar sa ilalim ng isang traffic separation scheme (TSS). Ayon sa reporter, binawasan niya ang bilis upang pahintulutan ang isang mabagal na sasakyang-dagat na nag-o-overtake na makalampas muna sa unahan. “Nagbigay ito ng pagkakataon sa aking barko na makapag-overtake nang ligtas nang hindi lumalabas sa TSS. Kung agad naming in-overtake ang parehong sasakyang-dagat, mapipilitan ang aming barko na lumabas sa scheme.”

“Kinabukasan ng umaga, kinuwestiyon ng master ang desisyong ito, at sinabing wala akong awtoridad na baguhin ang bilis dahil naapektuhan nito ang ETA ng barko at dapat sinunod ang mga utos na ibinigay noong gabing iyon. Ipinaliwanag ko na ang aking mga kilos ay isinagawa upang sumunod sa COLREGs at mapanatili ang ligtas na nabigasyon sa mabigat na trapiko. Walang partikular na night orders na ibinigay hinggil sa pagbabago ng bilis o kinakailangang tawagin ang master sa ganitong mga sitwasyon.”

Komento ng CHIRP

Ang naging reaksiyon ng master ay tila dulot ng pag-aalala sa epekto sa ETA at paniniwalang nalabag ang night orders. Ipinapakita nito ang karaniwang tensyon sa barko: ang schedule sa komersyal at pagsunod sa schedule laban sa realidad ng dinamikong pamamahala ng trapiko sa gabi.

Mula sa pananaw ng nabigasyon, ang mga ginawa ng opisyal ay makatwiran at alinsunod sa COLREGs. Ang mga officer of the watch ay hindi lamang pinahihintulutan kundi inaatasang gumawa ng maagap at positibong aksyon upang maiwasan ang close-quarters na sitwasyon. Ang awtoridad na ito ay umiiral kahit na hindi tahasang binabanggit sa night orders ang pagbabago ng bilis. Kung mararamdaman ng mga opisyal na sila ay napipigilan kumilos nang may katiyakan dahil sa takot sa pagpuna, mabilis na mababawasan ang safety margins.

Ang pagtawag sa master upang ipaliwanag ang umuusbong na sitwasyon ay maaaring isang opsyon. Gayunpaman, nagtataas ito ng mahalagang tanong: sapat ba ang suporta at kumpiyansa ng opisyal upang gawin ito? Ang kultura sa bridge kung saan nag-aalangan ang mga opisyal na tawagin ang master dahil sa takot sa negatibong reaksiyon ay isa na mismong risk factor. Dapat malinaw sa standing at night orders ng master na ang mga desisyong nakabatay sa kaligtasan ay inaasahan, sinusuportahan, at bukas sa talakayan.

Hindi sapat na tinugunan ng night orders ang pamamahala ng bilis sa mabigat na trapiko; ang balanse sa pagitan ng pagsunod sa schedule at kaligtasan sa nabigasyon; at ang malinaw na awtoridad ng OOW sa ilalim ng COLREG Rule 2 at lalo na ang mga prinsipyo ng Rule 8. Gayunpaman, dapat malinaw na banggitin ng standing orders ng master ang mga aspetong ito upang hindi magduda ang mga opisyal kung anong mga hakbang ang dapat gawin.

Ang isang kultura na kumukuwestiyon sa mga desisyong sumusunod sa kaligtasan ay maaaring mag-normalisa ng pag-aalangan o pagkaantala sa mga susunod na high-risk na sitwasyon. Ang pagiging sensitibo sa ETA ay sumasalamin sa mas malawak na pressure sa industriya na maaaring hindi tuwirang humuhubog sa mga asal at inaasahan ng pamumuno onboard.

Binibigyang-diin ng ulat na ito ang kahalagahan ng tiwala, kalinawan, at magkakaparehong prayoridad sa bridge. Ang pagsunod sa COLREGs at mahusay na seamanship ay dapat laging mangibabaw kaysa sa ETA. Mahalaga ang papel ng mga master sa pagpapatibay ng mensaheng ito bago, habang, at pagkatapos ng watch.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Komunikasyon – Ang pag-aalangan na tawagin ang master dahil sa takot sa pagpuna o pagkuwestiyon sa desisyon.

Kakulangan ng kalinawan sa awtoridad ng OOW na gumawa ng mga desisyong sumusunod sa COLREG nang nakapag-iisa.

Pressure – Ang pressure sa ETA ay nakaimpluwensya sa reaksiyon ng master at sa posibilidad na ipagpaliban ng mga opisyal ang mga desisyong pangkaligtasan. Ang mataas na density ng trapiko at pressure sa schedule ay nagpapataas ng cognitive load at posibilidad ng alitan.

Teamwork – Ang tensyon sa pagitan ng opisyal at ng master ay nagpapakita ng kakulangan sa tiwala at gap ng awtoridad.

Lokal na kasanayan – Ang hindi pagkakaunawa COLREG authority ay maaaring mag-normalisa ng pag-aalangan sa mga kahalintulad na sitwasyon sa hinaharap.

Kakayahán – Ang pagbabalanse sa pagitan ng pagsunod sa schedule at kaligtasan sa nabigasyon nang walang malinaw na gabay.

Training – Hindi tahasang tinugunan ng night orders ang pagbabago ng bilis sa mga masikip na daloy ng trapiko.

Mahalagang Aral

Sa mga regulators: Ang mga patakaran ay hindi opsyonal; ang maagap at ligtas na aksyon ay non-negotiable. Ang kaligtasan ay dapat laging mangibabaw kaysa sa mga komersyal na layunin. Nagbibigay ang COLREGs ng malinaw na awtoridad para sa mga opisyal na kumilos nang maaga sa mga sitwasyong may panganib sa nabigasyon, at dapat patibayin ito ng mga regulasyon upang maiwasan ang pag-normalisa ng pagkaantala sa pagdedesisyon. Kailangang tiyakin ng mga regulator na binibigyang-diin ng mga gabay sa industriya na ang pressure sa schedule ay hindi kailanman dahilan upang isakripisyo ang ligtas na nabigasyon.

Sa mga Tagapamahala/Masters: Napipigilan ng isang safety-first leadership na maging ugali ang pag-aatubili. Mas mahalaga ang kultura sa bridge kaysa sa mga utos lamang. Ang tahasang pagpapatibay na ang COLREGs at ligtas na seamanship ay mas mahalaga kaysa sa pressure sa ETA ay nagbibigay-lakas sa mga opisyal na kumilos nang may katiyakan. Dapat magpakita ang mga master ng tiwala, pagiging bukas, at malinaw na gabay sa mga sitwasyon ng night navigation upang maiwasan ang pag-aalangan o alitan.

Sa mga Seafarers / Officers: Kumilos nang maaga, kumilos nang ligtas, at huwag matakot gawin ang tama. May awtoridad kayong kumilos nang may katiyakan sa loob ng mga patakaran ng COLREG. Ang pag-unawa sa inyong awtoridad, pagbabalanse ng panganib at pressure sa operasyon, at pakikipagkomunikasyon sa master kung maaari ay nagsisiguro ng ligtas na kinalabasan kahit hindi malinaw ang mga utos. Ang

kumpiyansa at kalinawan ang inyong pinakamahalagang kasangkapan sa mga sitwasyong may mataas na pressure.

M2700 – Paninindigan sa kabila ng pressure mula sa awtoridad

Paunang Ulat

“Inutusan ako ng master na mag-isyu ng Permit to Work (PTW) para sa ETO upang pumasok sa isang fuel tank habang ang barko ay nasa dagat upang kumpunihin ang isang underwater light.

Isinagawa ang isang risk assessment, na nagkokompirma na hindi possible na lubusang maalisan ang fuel o ma-ventilate ang espasyo sa ligtas na antas. Batay dito, na-reject ang trabahong iyon.

Sa kabila nito, iginiit ng master na dapat magpatuloy ang trabaho. Tumanggi akong mag-isyu ng PTW, dahil ang kahilingan ay salungat sa COSWP at sa mga itinatag na gabay hinggil sa pagpasok sa enclosed space. Sinabi ng master na wala akong awtoridad na tumanggi, sa kabila ng aking tungkulin bilang Safety Officer ng barko. Nanindigan ako sa aking orihinal na desisyon, at hindi isinagawa ang trabaho.”

Komento ng CHIRP

Itinatampok ng ulat na ito ang isang sitwasyon sa maintenance kung saan gumana ang mga nakatalagang safety barrier ayon sa layunin. Ang kinalabasan ay hindi dahil sa pagkakataon lamang, kundi dahil sa huwarang pagkilos ng Safety Officer ng barko, na wastong nagpatupad ng safety management system at pinanatili ang integridad ng permit-to-work (PTW) process sa kabila ng pressure.

Ang iminungkahing gawain ay kinabibilangan ng pagpasok sa isang fuel tank habang ang barko ay nasa dagat. Tamang natukoy ng Safety Officer na ang tangke ay hindi maaaring ganap na ma-drain o ma-ventilate nang sapat, at na ang mga kondisyon ay hindi tumutugon sa mga kinakailangan ng COSWP o sa kinikilalang gabay sa pagpasok sa enclosed space. Batay dito, tinanggihan ang Permit to Work, at hindi itinuloy ang gawain. Itinuturing ito ng CHIRP bilang angkop, proporsyonado, at propesyonal na desisyong pangkaligtasan.

Gayunpaman, nakababahala ang tila pagkuwestiyon sa parehong PTW process at sa awtoridad ng Safety Officer. Ang PTW system ay nilayon na magsilbing pormal na safety barrier, lalo na para sa mga high-risk na gawain gaya ng pagpasok sa enclosed spaces. Ang pagiging epektibo nito ay nakasalalay sa magkakasamang pag-unawa na maaaring tanggihan ang permit kapag ang mga panganib ay hindi sapat na makontrol, anuman ang pressure sa operasyon o komersyal man.

Binibigyang-diin ng CHIRP na ang pagpasok sa enclosed spaces sa loob ng fuel tanks ay nananatiling isang malaking sanhi ng malulubhang aksidente at pagkamatay sa industriya ng maritime. Malinaw ang gabay ng industriya na ang ganitong pagpasok ay hindi dapat isagawa maliban kung ang espasyo ay wastong naihanda, nasuri, at nakumpirmang ligtas. Ang pagtatangkang lampasan ang mga kontrol na ito ay sumisira sa layunin ng safety management system at nagpapataas ng panganib ng seryosong kahihinatnan. Isang mahalagang tanong para sa mga naval architect ay kung bakit ang isang light fitting ay kailangang ma-access sa pamamagitan ng fuel tank?

Pinagtibay rin ng kasong ito ang kahalagahan ng malinaw na pagtukoy ng mga tungkulin at awtoridad onboard. Kapag ang mga responsibilidad ng Safety Officer ay hindi ganap na nauunawaan o sinusuportahan sa antas ng command, ang mga desisyong pangkaligtasan ay maaaring maging negotiable sa halip na mandatory.

Lubos at buong pusong sinusuportahan ng CHIRP ang propesyonismo ng Safety Officer sa paninindigan sa kanilang desisyon at sa pagsusumite ng kumpidensyal na ulat. Maaaring gamitin ng mga operator ang kasong ito upang repasuhin ang kanilang pag-unawa sa mga enclosed space entry requirements, ang awtoridad at mga responsibilidad na kaugnay ng Permit to Work system, at kung paano nireresolba ang mga pagkakaiba ng opinyon sa mga usaping pangkaligtasan sa loob ng command structure ng barko.

Ang pagpapanatili ng isang kapaligiran kung saan ang mga alalahaning pangkaligtasan ay maaaring ilahad, suportahan, at igalang nang walang pagkuwestiyon ay pundamental sa epektibong safety management, at magbibigay ang CHIRP ng suporta sa mga makakaranas ng kahalintulad na sitwasyon.

Mga Pangunahing Isyu na nauugnay sa ulat na ito

Komunikasyon – Ang sitwasyon ay nagpakita ng malinaw na tunggalian sa pagitan ng awtoridad at mga responsibilidad sa kaligtasan. Bagama’t malinaw na ipinahayag ng Safety Officer ang kanilang pagtanggap, ipinapakita ng insidente ang kahalagahan ng pagiging assertive sa pagpapatupad ng mga patakarang pangkaligtasan.

Pressure – Direktang ipinapakita ng ulat ang hamon ng pagtanggap sa hindi ligtas na utos mula sa nakatatasa, na malinaw na kabilang sa Deadly Dozen bilang isang factor na maaaring magdulot ng aksidente kung hindi papansinin.

Lokal na kagawian – Tinangka ng master na lampasan ang mga itinatag na pamamaraang pangkaligtasan at gabay ng COSWP.

Kultura – Ipinakita ng master ang kakulangan sa safety culture, samantalang pinanatili ng Safety Officer ang mga pinahalagahang prinsipyo ng kumpanya. Posibleng ang ganitong pag-override ng isang safety barrier, ang PTW, ay karaniwan nang nangyayari.

Mahahalagang Aral

“Ang mga safety system ay epektibo lamang kung ang awtoridad na itigil ang hindi ligtas na trabaho ay nauunawaan, iginagalang, at sinusuportahan sa bawat antas sa barko.”

Sa mga regulators – Pinagtibay ng ulat na ito na hindi maaaring ipagpalagay ang pagsunod dahil lamang umiiral ang mga pamamaraan. Ang epektibong safety management ay nakasalalay sa malinaw na awtoridad, kalinawan ng tungkulin, at pagpapatibay ng kultura onboard. Maaaring ipagpatuloy ng mga regulator ang pagbibigay-diin na ang Permit to Work systems ay mga safety barrier, hindi mga administratibong kasangkapan, at ang mga Safety Officer ay dapat malinaw na

bigyan ng kapangyarihan na itigil ang hindi ligtas na trabaho nang walang takot sa pagkuwestiyon o paghihiganti.

Sa mga tagapamahala – Leadership ng kumpanya – Ipinapakita ng insidenteng ito ang agwat sa pagitan ng “work as imagined” at “work as done.” Ang malinaw na mga patakaran sa pagpasok sa enclosed space at awtoridad sa PTW ay dapat suportahan ng tuloy-tuloy at pare-parehong mensahe sa mga master at senior officer. Dapat tuwirang tugunan ng pagsasanay ang authority gradient at patatagin ang mensahe na ang pagtanggì sa hindi ligtas na trabaho ay isang responsibilidad ng pamumuno, hindi hadlang sa operasyon.

Sa mga crew – Ipinapakita ng ulat ang kahalagahan ng pagsasalita at pagsunod sa mga itinatag na proseso ng kaligtasan kahit may pressure. Ipinapakita rin nito na ang pagtanggì sa hindi ligtas na trabaho ay isang lehitimo at kinakailangang bahagi ng propesyonal na seamanship. Pinoprotektahan lamang ng mga safety system ang crew kapag pinaniniwalaan, ginagamit, at sinusuportahan ang mga ito ng mga tao.



With grateful thanks to our sponsors and supporters:

