



**UITSPRAAK VAN HET TUCHTCOLLEGE VOOR DE SCHEEPVAART VAN  
3 MAART 2021 (NR. 4 VAN 2021) IN DE ZAAK 2020.V6-ZEALAND  
ROTTERDAM**

Op het verzoek van:

de Minister van Infrastructuur en Waterstaat,  
te Den Haag,  
**verzoeker,**  
gemachtigde: ing. K. van der Wall,  
senior inspecteur bij de Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT),

tegen

O. R.,  
**betrokkene.**

**1. Het verloop van de procedure**

Op 5 augustus 2020 heeft het Tuchtcollege van de gemachtigde van verzoeker – hierna: de Inspecteur – een verzoek tot tuchtrechtelijke behandeling ontvangen. Het verzoek is gericht tegen betrokkene als eerste stuurman van het zeeschip ‘Zealand Rotterdam’. Bij het verzoekschrift zijn 51 bijlagen gevoegd.

Het Tuchtcollege heeft aan betrokkene bij brief in de Engelse taal (zowel aangetekend als per gewone post) kennisgegeven van het binnengekomen verzoekschrift, met bijgevoegd een afschrift van het verzoekschrift, inclusief de bijlagen, in de Engelse taal. De brief bevat de mededeling dat betrokkene een verweerschrift kan indienen.

Van die mogelijkheid heeft betrokkene geen gebruik gemaakt.

De voorzitter van het Tuchtcollege heeft bepaald dat de mondelinge behandeling van de zaak zal plaatsvinden op 20 januari 2021 om 11.00 uur.



De Inspecteur en betrokkene zijn opgeroepen om dan op de zitting van het Tuchtcollege te verschijnen. De oproep van betrokkene is zowel bij aangetekende brief als per gewone post verstuurd.

De zitting heeft plaatsgevonden op 20 januari 2021, vanwege coronamaatregelen online. De Inspecteur is verschenen en daarnaast de heer B. van Geest, senior inspecteur ILT. Betrokkene is niet verschenen. Tegen hem is verstek verleend.

## **2. Het ongeval – korte beschrijving**

Het verzoek tot tuchtrechtelijke behandeling is ingediend naar aanleiding van het volgende ongeval.

Op 23 november 2019 is aan boord van het vrachtschip Zealand Rotterdam een ernstig ongeval gebeurd. Als gevolg van dat ongeval is A/B (able bodied seaman) F. Jr. B. C. (hierna: de matroos) komen te overlijden.

Het ongeval gebeurde toen de bemanning bezig was met voorbereidingen om met eigen losgerei van de Zealand Rotterdam lading uit dat schip te lossen. De matroos is daarbij op een ladinggrijper van een laad-/loskraan van de Zealand Rotterdam geklommen. Dat deed hij om de haak van die kraan vast te maken aan de O-ring bovenaan de grijper. Nadat hij aansluitend de O-ring en/of grijperkabel had losgekoppeld is de kraanhaak met een zwaaiende beweging tegen hem aangekomen, waarschijnlijk/mogelijk door een slingerbeweging van de Zealand Rotterdam, welk schip op dat moment op de rede van Mumbai, India, lag. Door die aanraking verloor de matroos zijn evenwicht en maakte hij een val van ongeveer 5 meter. Hij kwam terecht op het hoofddek. Door de val is hij zwaargewond geraakt. Kort daarna is hij aan zijn verwondingen overleden. Het ongeval is op 24 november 2019 door de reder aan de ILT gemeld.



### 3. Bezwaren van de Inspecteur

3.1.1 De Inspecteur verwijt betrokkene – die als eerste stuurman dienst had ten tijde van het ongeval – het volgende.

- a. Betrokkene was 's ochtends aanwezig bij de *toolbox meeting* voor die dag. Op dat tijdstip is het lossen van de lading niet besproken omdat toen nog niet bekend was dat er die dag gelost zou gaan worden. De betrokkene heeft echter ook geen aanvullende *toolbox meeting* gehouden toen dat later op de dag wel duidelijk werd.
- b. Betrokkene heeft geen *work permit* ingevuld en afgegeven voor het werken op hoogte.
- c. Betrokkene heeft de voorbereidende werkzaamheden ten behoeve van het lossen overgelaten aan de bootsman, zonder duidelijke instructies.
- d. Betrokkene heeft de tijdsdruk, opgelegd door de agent, zwaarder laten wegen dan het werken conform vastgestelde procedures. Daarmee heeft hij de veiligheid van de bemanning in gevaar gebracht.
- e. Betrokkene heeft in een eerder stadium geen maatregelen genomen om de O-ring op een lagere positie te zeevasten. Hij had daarmee op een eenvoudige manier veel veiliger werkomstandigheden kunnen creëren.

3.2 De Inspecteur vindt dat betrokkene door dit doen en laten heeft gehandeld in strijd met:

- a. het voorschrift uit het in 2010 gewijzigde STCW-verdrag (deel A / deel 5-6 nr. 107) dat '*Officers with responsibility for the planning and conduct of cargo operations shall ensure that such operations are conducted safely through the control of the specific risks, including when non-ship's personnel are involved*';
- b. artikel 4 lid 4 van de Wet zeevarenden.



#### 4. Het standpunt van betrokkene

Betrokkene heeft geen verweer gevoerd. Wel is er een door hem als *chief officer* ondertekend *statement*. Daarin schrijft hij onder meer: *'During accident I was in ships office'*.

Vragen van de Inspecteur over de toedracht van het ongeval zijn beantwoord door de (*compliance manager* van de) agent van de rederij.

#### 5. De beoordeling van het verzoek

A

Bij het verzoekschrift is gevoegd een e-mailbericht met bijlage van 24 november 2019 (12:20 uur) aan de ILT van de (*compliance manager* / DPA van de) agent van de rederij – Q-Shipping B.V. – waarin melding wordt gemaakt van het ongeval aan boord van de *Zealand Rotterdam* in Mumbai. Het bericht vermeldt dat de matroos onderweg naar het ziekenhuis aan zijn verwondingen is overleden.

Aanvullend is door de agent van de rederij een formulier 'Registratie Arbeidsongevallen zeevaart' ingediend. Daarin staat de geboortedatum van de matroos; als nationaliteit: Filipijns; als datum van aanmonstering: 21 februari 2019 en als datum en tijdstip van het ongeval: 23 november 2019 om 16:40 uur. Op de volgende vragen in het formulier zijn de eronder genoteerde antwoorden gegeven:

5.7 *Wat deed het slachtoffer op het moment van het ongeval?*  
*Assisting with unlashing cargo grab and to connect the cargo grab to ship's crane hook.*

5.9 *Wie had de leiding op het moment van het ongeval?*  
*Chief officer and bosun.*

5.10 *Wat waren de werkinstructies?*  
*To prepare and to connect cargo grab to ship's crane hook.*

5.11 *Wat ging er anders dan verwacht?*  
*Un-expected swell of 0.5-0.7 meter and therefore ship started to roll.*



*8.1 Welke maatregelen hadden genomen kunnen worden om dit ongeval te voorkomen?*

*Wearing a safety harness according the safety system instructions for working aloft, better instructions and briefing to the crew before job commence, better risk assessment and “better social” control of the crew if their colleagues are working according instructions and are using the available PPE.*

B

Uit het logboek van de Zealand Rotterdam (bijlage 6 bij het verzoekschrift) blijkt dat de Zealand Rotterdam op 23 november 2019 voor anker lag op de rede van Mumbai, India. Om 07.40 uur die dag vond de dagelijkse *toolbox meeting* plaats in aanwezigheid van de kapitein, betrokkene als *chief officer*, *de engineer* en de *second engineer* (bijlage 45). Uit het logboek blijkt dat het schip om 11.35 uur het anker heeft gelicht en ca. 12,5 mijl richting Mubai is gevaren, waarna het om 14.15 uur ca. 6 mijl uit de kust weer voor anker is gegaan. Om ongeveer 15.00 uur verscheen de lokale agent aan boord. Die had als instructie dat het schip losklaar moest worden gemaakt.

C

Bij het verzoekschrift is als bijlage 7 tot en met 23 een e-mailwisseling tussen de Inspecteur en de agent van de rederij gevoegd. Door de Inspecteur zijn vragen gesteld die door de rederij-agent zijn beantwoord. Deze vragen en antwoorden heeft de Inspecteur in bijlage 24 onder elkaar gezet. Uit die antwoorden – en de bij het verzoekschrift gevoegde foto's en tekeningen – komt onder meer het volgende naar voren:

- de kapitein kreeg op 23 november 2019 omstreeks 15.30 uur LT van de lokale rederij-agent (mondeling) te horen dat er gelost moest worden in bakken die langszij zouden komen;
- de kapitein heeft betrokkene hierover mondeling geïnformeerd, waarop de betrokkene de – op dat moment dienstdoende – *bosun* (bootsman) heeft geïnformeerd;



- tijdens de *toolbox meeting* in de ochtend van 23 november 2019 was nog niet bekend dat er die dag gelost zou gaan worden;
- toen deze activiteit zich in de middag om 15.30 uur LT aandiende is er niet een aanvullende *toolbox meeting* gehouden; ook vond vooraf geen *risk assessment* plaats;
- als reden daarvoor is opgegeven: *‘Crew knew the information about unloading for a less than an hour before discharging is started and [chief officer] who was supposed to held the risk assessment had be urgently involved to draught survey so he had no a possibility to arrange it.’*;
- betrokkene is, na de bootsman te hebben geïnformeerd, om 15.45 uur begonnen met het opnemen van de diepgangsmarken, terwijl de bootsman samen met een aantal matrozen de ladingkranen in gereedheid ging brengen;
- onderdeel daarvan was het vastmaken van de kraanhaak aan de grijper;
- de grijper bevond zich op een platform, ca. 2,5 meter boven het hoofddek, tussen ruim 1 en ruim 2 aan bakboordzijde van de Zeeland Rotterdam; op dat, via een vaste ladder bereikbare, platform zijn *stanchions* (schoren) bevestigd, met daar doorheen touwwerk geregen;
- de grijper zelf heeft een totale hoogte van ca. 4 meter; de O-ring van de grijper was helemaal bovenaan de grijper zeevast gemaakt met een *sling*; na het aanhaken van de kraanhaak moest die *sling* worden losgemaakt; degene die deze werkzaamheden bovenaan de grijper moet uitvoeren, bevindt zich daarbij ca. 5 meter boven het hoofddek;
- voor het op die hoogte vastmaken van de kraanhaak aan de grijper/ losmaken van de O-ring – wat die dag dus een onverwachte/ongeplande activiteit was – had door de kapitein of anders door betrokkene een *‘working aloft or outboard permit’* moeten worden uitgeschreven; zo’n *work permit* voor het werken op hoogte is die dag niet uitgeschreven;
- de matroos – die via aan de grijper gelaste *steps* (treetjes) op de grijper is geklommen – droeg daarbij geen veiligheidsharnas en was niet uitgerust met een valbeveiliging; als verklaring hiervoor is desgevraagd gegeven: *‘most probably due to the reason he wanted to help immediately and not to loss time going first back to the store to pick-up a safety harness’*;



- overigens zouden zowel het zee–vasten als het losmaken van de O–ring ook op een lagere positie, te weten vanaf het grijper–platvorm, kunnen gebeuren; de lengte van de grijperkabel staat dat toe;
- op de foto’s van de locatie waar de grijper op het platform is te zien, zijn geen stickers of pictogrammen zichtbaar waarop staat dat bij het beklimmen van de grijper valbeveiliging moet worden gedragen.

#### D

Bij het verzoekschrift zijn *statements* gevoegd van onder meer:

- de kapitein, die daarin melding maakt van het op 23 november 2019 omstreeks 16.40 uur LT aan de matroos overkomen ongeval en van het feit dat het slachtoffer om 17.40 uur LT met het schip van de agent richting ziekenhuis is gegaan, gedurende welk transport de matroos is overleden;
- de kraanmachinist, die verklaart dat, nadat de matroos de kraanhaak had aangehaakt en de grijperkabel had losgemaakt, het schip een deinende beweging maakte, waardoor het kraanblok tegen de matroos aankwam, die daardoor naar beneden, op het hoofddek, viel;
- een matroos en de bootsman, die eveneens verklaren dat de matroos viel doordat het kraanblok als gevolg van een slingerbeweging van het schip tegen hem aankwam;
- een in de kraancabine aanwezige A/B, die verklaart dat – nadat de matroos de kraanhaak had aangehaakt en vervolgens de *messenger line (heaving line)* had losgemaakt – hij de haak op instructie van de bootsman 10–20 cm heeft opgehesen, waarna de matroos *released securing sling’s pin from grab’s oring. Cargo block’s moved suddenly and hit to [de matroos]*, die daardoor zijn evenwicht verloor en naar beneden viel op het hoofddek.

#### E

In het als bijlage 45 bij het verzoekschrift gevoegde ISM–manual, document 4.5.1.00, staat dat de kapitein verantwoordelijk is voor het uitgeven van *work–permits*. In de *permit* voor werken op hoogte (document 4.5.1.17) staat dat de kapitein of de verantwoordelijke officier deze *permit* moet invullen.



Ook staat erin, als check-punt, dat er een *safety harness* wordt gedragen, die aan een *lifeline* is bevestigd.

F

Bij het verzoekschrift is (als bijlage 3) een (kopie) CSR (*continuous synopsis record*) gevoegd. Daaruit blijkt dat de Zeeland Rotterdam – imo number 9477440 – onder Nederlandse vlag voer, toebehoorde aan Zeeland Rotterdam en als *international safety manager* Q-Shipping B.V., gevestigd te Rotterdam, had.

## 6. Het oordeel van het Tuchtcollege

6.1 Op grond van de hiervoor onder 5 genoemde verklaringen, bevindingen en documenten, bezien in samenhang met de bijbehorende foto's en tekeningen, kan in deze tuchtzaak – met een voldoende mate van zekerheid – worden uitgegaan van het volgende.

6.2 Op zaterdag 23 november 2019 lag het (toen nog) onder Nederlandse vlag varende m.s. Zeeland Rotterdam voor anker op de rede van Mumbai, India. In de middag meldde de lokale agent aan de kapitein dat er weldra bakken langsrij zouden komen waarin met eigen kranen van de Zeeland Rotterdam gelost moest worden. De kapitein heeft deze melding mondeling doorgegeven aan betrokkene, terwijl betrokkene op zijn beurt de bootsman heeft geïnformeerd. Betrokkene is vervolgens zelf de diepgangmerken gaan opnemen, terwijl de bootsman met een aantal matrozen de dekkranen van de Zeeland Rotterdam in gereedheid ging brengen. De kapitein heeft er niet op geattendeerd dat eerst een (aanvullende) *toolbox meeting* moest worden gehouden, in elk geval een *risk assessment* moest plaatsvinden. Betrokkene heeft niet zelf gezorgd voor een (aanvullende) *toolbox meeting* en/of een *risk assessment*. Dat kwam waarschijnlijk omdat het lossen naar verwachting al binnen een uur zou aanvangen; er mocht daarom geen tijd verloren gaan. Dat zal ook de reden zijn geweest waarom de matroos niet eerst een veiligheidsharnas heeft opgehaald. Zonder valbeveiliging is hij op de





ladinggrijper geklommen om daar de kraanhaak aan de O-ring van de grijper te bevestigen. Toen dat was gebeurd moest de *sling*, waarmee de O-ring gezevast was, worden losgemaakt. Bij het verrichten van deze handelingen bevond de matroos zich ongeveer 5 meter boven het hoofddek. Voor werkzaamheden op die hoogte had door de kapitein of betrokkene als verantwoordelijke *chief officer* een *work permit* moeten worden afgegeven. Dat is niet gebeurd. Nadat de matroos de kraanhaak had aangehaakt en de bevestiging van de O-ring had losgemaakt is de kraanhaak – al dan niet onder invloed van een deinende beweging van het schip en/of het iets ophijzen van de haak – met een zwaaibeweging tegen hem aangekomen. Daardoor raakte hij uit balans en maakte hij een val van ongeveer vijf meter. Aan de daarbij opgelopen verwondingen is hij korte tijd later overleden.

6.3 Een ongeval met dodelijke afloop zoals dat hier heeft plaatsgevonden kan voorkomen worden door het – door de met de leiding belaste *chief officer* – treffen van passende veiligheidsmaatregelen. Daartoe behoort in de eerste plaats een risicoanalyse voor aanvang van de werkzaamheden. Die risicoanalyse – die hier achterwege is gelaten – had volgens het *safety management manual* moeten plaatsvinden in het kader van een aanvullende *toolbox meeting* en/of door het gebruik van formulieren en matrixen. Op die wijze hadden mogelijke gevaren duidelijk in kaart kunnen worden gebracht en zo ook de verantwoordelijkheden bij het toezicht op de naleving van de veiligheidsvoorschriften. Tot die veiligheidsvoorschriften hoorde – vanwege het werken op hoogte – de aanwezigheid van een *work permit*. In het kader van de afgifte daarvan had volgens voorschrift onder meer moeten worden gecontroleerd op het gebruik van een veiligheidsharnas en een adequate valbeveiliging. Ook die *work permit* ontbrak hier.

In het onderhavige geval maakte het slachtoffer geen gebruik van de voorgeschreven PPE (*personal protective equipment*); hij droeg geen veiligheidsharnas en was niet uitgerust met een valbeveiliging, terwijl niet blijkt dat door iemand is toegezien op het gebruik van deze noodzakelijke veiligheidsvoorzieningen. Ook blijkt niet dat het – geenszins denkbeeldige – gevaar van een zwaaiende beweging van de kraanhaak, in combinatie met de



aanwezigheid van een bemanningslid bovenop de grijper, of op de *steps* van de grijper, is onderkend. Voor zover de zwaaiende beweging van de kraanhaak een gevolg was van het slingeren van het schip (*ships rolling*) geldt dat ook daarmee rekening had moeten worden gehouden, mede in aanmerking nemende dat het schip ca. 6 mijl uit de kust in volle zee (Indische Oceaan) lag, waar slingeren te verwachten was, wat een extra risico vormde bij het aanpakken en loskoppelen van de grijper.

6.3 Daarnaast heeft de Inspecteur er terecht op gewezen dat betrokkene in een eerder stadium veiligere werkomstandigheden had kunnen bewerkstelligen door de O-ring van de grijper op een lagere positie te laten zee-vasten.

6.4 De door de Inspecteur aan betrokkene verweten nalatigheden, zoals die hiervoor bewezen zijn geacht, leveren overtredingen op van het voorschrift van artikel 55a van de Wet zeevarenden in verbinding met artikel 4 lid 4 van die wet: een handelen of nalaten van een scheepsofficier 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. Ook is er een schending van het andere voorschrift dat door de Inspecteur in dit verband is genoemd (zie hierboven 3.2).

## 7. De tuchtmaatregel

Het Tuchtcollege is van oordeel dat betrokkene – die als eerste stuurman de leiding had bij de werkzaamheden gericht losklaar maken van het schip – ernstig is tekortgeschoten in de op hem rustende verplichtingen. Onderdeel van die verplichtingen was een zorgplicht voor de veiligheid van de bemanningsleden. Die zorgplicht omvat het voorkomen van een blootstelling aan (potentieel) onveilige situaties, alsook het (organiseren van) toezicht op naleving van in acht te nemen veiligheidsvoorschriften, waaronder in dit geval het dragen van een veiligheidsharnas en het gebruikmaken van een valbeveiliging bij het werken op hoogte. Schending van die zorgplicht heeft



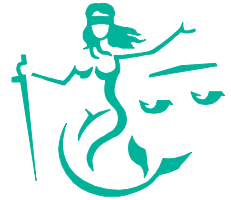
in dit geval tot een noodlottig ongeval geleid. Dat het losklaar maken van de Zeeland Rotterdam onverwacht en snel diende te gebeuren, vormt geen excuus. Bij zijn verantwoordelijkheid als – met de leiding van de operatie belaste – scheepsofficier hoorde nu juist om tegenwicht te bieden tegen die druk, door uit te dragen en erop toe te (laten) zien dat er pas gelost kon worden nadat de voorbereidende werkzaamheden aan boord veilig zouden zijn uitgevoerd. Betrokkene heeft er geen blijk van gegeven zich van die verantwoordelijkheid bewust te zijn geweest. Dat valt hem zwaar aan te rekenen. Gelet op de ernst van de nalatigheid is een ontzegging van de vaarbevoegdheid voor de duur van 3 (drie) maanden en daarnaast een geldboete van € 2.500 op zijn plaats. Dit is dezelfde maatregel die aan de kapitein wordt opgelegd. De verwijten die aan beiden zijn te maken vallen grotendeels samen.

## **8. De beslissing**

Het Tuchtcollege,

- verklaart de door de Inspecteur tegen betrokkene aangevoerde bezwaren gegrond, een en ander zoals hiervoor onder punt 6 en punt 7 is overwogen;
- legt betrokkene als maatregel op: een geldboete van € 2.500,- (vijfentwintighonderd euro), met bepaling dat deze geldboete dient te worden betaald binnen drie (3) maanden na heden;
- legt betrokkene een schorsing van de vaarbevoegdheid op voor de duur van drie (3) maanden.

Aldus gewezen door mr. J.M. van der Klooster, voorzitter, H. van der Laan, D. Willet, D. Roest en G. Jansen, leden, in aanwezigheid van mr. V. Bouchla als secretaris en uitgesproken door mr. J.M. van der Klooster ter openbare zitting van 3 maart 2021.



J.M. van der Klooster  
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.