

Rapport	
Rapporttittel Gransking etter hendelse med personskaade på Deepsea Nordkapp 8. oktober 2025	Aktivitetsnummer 405007010

Gradering	
<input checked="" type="checkbox"/> Offentlig	<input type="checkbox"/> Unntatt offentlighet

Involverte	
Lag A-3	Godkjent av / dato Ingvil Håland/ 15.4.2026
Deltakere i granskingsgruppen [Redacted]	Granskingsleder [Redacted]

Innhold

1	Sammendrag	4
2	Bakgrunnsinformasjon.....	5
	2.1 Beskrivelse av innretning og løfteoperasjon.....	5
	2.2 Situasjon før hendelsen.....	7
	2.3 Forkortelser og bruk av norske ord	7
3	Havtils gransking.....	8
4	Hendelsesforløp	9
	4.1 Bakgrunnsinformasjon om involvert personell	9
	4.2 Hendelsesforløpet.....	10
5	Hendelsens potensial.....	12
	5.1 Faktisk konsekvens.....	12
	5.2 Potensiell konsekvens.....	13
6	Direkte og bakenforliggende årsaker.....	13
	6.1 Direkte årsaker.....	13
	6.2 Bakenforliggende årsaker	13
	6.2.1 Lager og lageroversikt	13
	6.2.2 Kompetanse og erfaring i offshoreorganisasjonen.....	14
	6.2.3 Handover.....	16
	6.2.4 Planlegging og gjennomføring av løfteoperasjon.....	16
	6.2.5 Arbeidstillatelser.....	19
	6.2.6 Oppfølging av egen organisasjon.....	19
	6.2.7 Sikkerhetskultur.....	21
7	Læring til bransjen etter hendelsen	22
	7.1 Tidspress	22
	7.2 Lagringsplass på riggen.....	22
	7.3 Mangelfull informasjon om hendelsen til Havtil.....	23
	7.4 Læring fra andre hendelser	23
8	Beredskap.....	23
9	Regelverk.....	25
10	Observasjoner.....	25
	10.1 Avvik	25
	10.1.1 Planlegging og gjennomføring av løfteoperasjon.....	25
	10.1.2 Informasjon ved skift- og mannskapsbytte.....	25
	10.1.3 Håndtering av fare- og ulykkessituasjoner	26
	10.1.4 Oppfølging	26
11	Barrierer som har fungert og ikke har fungert.....	27
	11.1 Barrierer som har fungert.....	27
	11.2 Barrierer som ikke har fungert	27
12	Diskusjon omkring usikkerheter.....	28
13	Vurdering av aktørens granskingsrapport.....	28
14	Vedlegg	29
	14.1 Følgende dokumenter er lagt til grunn i granskingen:.....	29

14.2	Oversikt over intervjuet personell: Intervjuliste	32
14.3	STEP oversikt over hendelsesforløp frem til personskaade	33

1 Sammendrag

I forbindelse med en løfteoperasjon med styrbord offshore-knekkbomkran oppstod det onsdag den 8. oktober 2025 en hendelse med personskade på Odfjell Drilling sin innretning Deepsea Nordkapp (DSN). Havindustritilsynet (Havtil) besluttet fredag 10. oktober å granske hendelsen.

Hendelsen skjedde under en løfteoperasjon av et langt loggeverktøy som hadde vært i bruk i nedre del av borestreng. og lagt på rørbroen. Loggeverktøyet skulle løftes fra rørbroen til rørdekk med offshore-knekkbomkran. En dekkoperatør som hadde rollen som anhuker ble truffet av loggeverktøyet idet dette fikk en ukontrollert svingbevegelse. Dekksoperatøren ble alvorlig skadet i overkroppen og flydd med SAR-tjenesten til Haukeland Universitetssykehuset for videre behandling. På tidspunktet for hendelsen bestod arbeidslaget som var direkte involvert i hendelsen av kranfører, signalgiver og anhuker.

Hendelsen kunne under ubetydelig endrede omstendigheter ha ført til mer omfattende personskade evt. dødsfall.

Den direkte årsaken til hendelsen var at det under en løfteoperasjon ikke var kontroll på lasten og at skadet person (SP) stod plassert i treffsonen og periodevis under lasten. Dette resulterte i at SP ble truffet av lasten mens kranfører arbeidet med å få kontroll på denne. Selve lasten bestod av et rørformet loggeverktøy som veide 2,67 tonn og hadde en lengde på 11,81 meter. Under operasjonen med å få kontroll på lasten for å legge den i lastbæreren, oppstod det en svingbevegelse. SP stod i banen idet lasten svingte og traff SP i brysthøyde.

Granskningen har avdekket viktigheten av god logistikkplanlegging og lagerkapasitet for kompliserte brønner og brønner som bores i vesentlig høyere tempo enn tidligere.

Bakenforliggende årsaker var:

- mangler ved verifikasjoner og oppfølging av egen organisasjon
- manglende kompetanse og erfaring i offshore-organisasjonen
- mangler i sikkerhetskulturen ombord
- ufullstendig planlegging og gjennomføring av løfteoperasjonen
- mangelfull handover med skiftbytte
- mangelfull oversikt over lager og lagringsområder.

Det ble avdekket 4 avvik i forbindelse med granskningen.

Avvik:

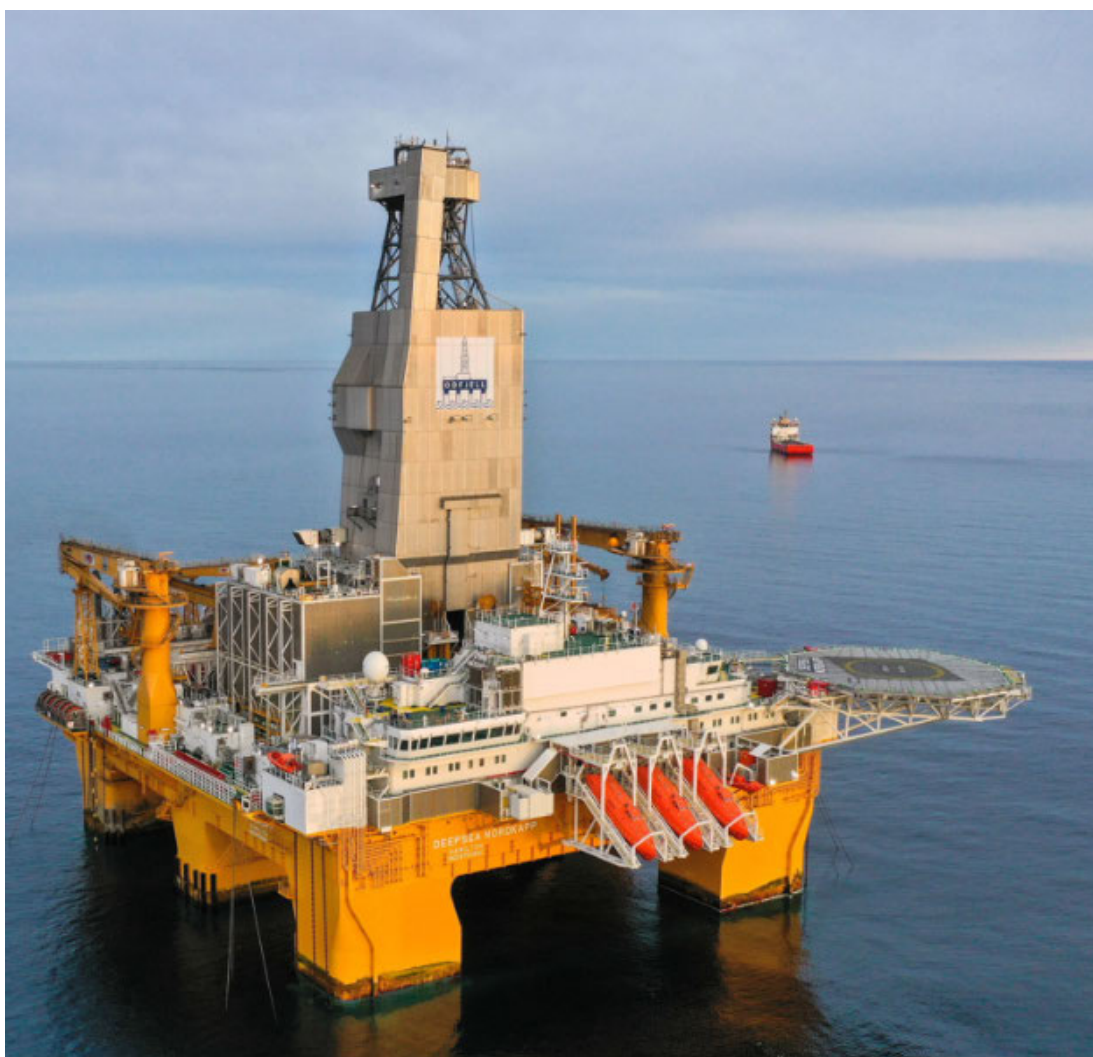
- oppfølging av de organisatoriske og operasjonelle forhold
- planlegging og gjennomføring av løfteoperasjon

- informasjon ved skift- og mannskapsbytte
- håndtering av fare- og ulykkesituasjoner.

2 Bakgrunnsinformasjon

I forbindelse med en løfteoperasjon med offshorekran oppstod det på nattskiftet onsdag kveld den 8. oktober 2025 en hendelse med personskade på Odfjell Drilling sin innretning Deepsea Nordkapp. Havindustriregulator (Havtil) besluttet fredag 10. oktober 2025 å granske hendelsen.

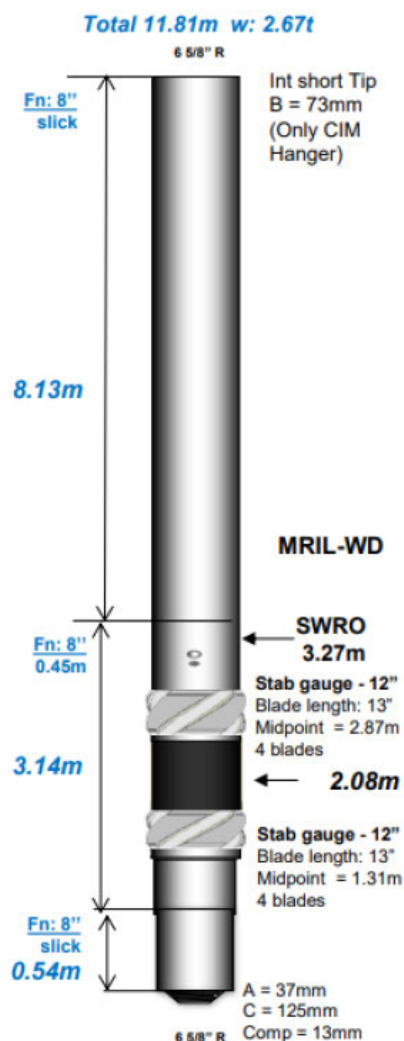
2.1 Beskrivelse av innretning og løfteoperasjon



Figur 1: Hentet fra offentlige nettsider

Deepsea Nordkapp er en halvt nedsenkbar borerigg eid av Odfjell Drilling. Riggeren var på kontrakt for Aker BP for boring og komplettering på Aker BP-feltet Symra. Aker BP hadde signert en avtale om forlengelse av leien til utgangen av 2026.

Hendelsen skjedde på nattskiftet, ca. kl. 23:30. Pågående operasjon på hendelsestidspunktet var boring av brønn Symra 16/1-EA-2 H. Et loggeverktøy for boring, kalt MRIL-WD (Magnetic Resonance Imaging Logging-While-Drilling Sensor) brukt til målinger i brønnen, skulle ut fra boredekket. Verktøyet bestod av en 11,81 meter rørformet sensordel med totalvekt 2,67 tonn (omtalt som loggevertøyet i denne rapporten). Delene var håndtert ut fra boredekk og plassert på rørbroen for videre håndtering til lagerdekk. I forkant av dette løftet var det utført løft av en lukket radioaktiv kilde i en lastbærer.



Figur 2; MRIL-WD (Magnetic Resonance Imaging Logging-While-Drilling Sensor, BHA loggeverktøy som ble løftet i forbindelse med hendelsen (omtalt som loggevertøyet i denne rapporten)

Pågående brønnoperasjon på DSN var krevende siden brønnkonstruksjonen var spesiell, og det var behov for mye utstyr om bord for komplettering av brønnen. Dette medførte fulle deksarealer med behov for mange løfteoperasjoner.

2.2 Situasjon før hendelsen

Været var rolig under hendelsen og det var lite bevegelse om bord på DSN.

DSN holdt på med en brønn med komplisert brønnstruktur på Symra. Arbeidet førte til behov for mye utstyr om bord, noe som skapte utfordringer knyttet til logistikk og lagring.

Utstyret som skulle løftes til lagerdekk var plassert på rørbroen av boredekksmannskapet for videre håndtering av dekkslaget. Dekkslaget bestod av en dekkformann, en kranfører og fire dekkoperatører. Under selve løfteoperasjonen, kort tid før hendelsen, deltok en kranfører og en dekkoperatør. De øvrige dekkoperatørene var på andre oppdrag. Kranfører som var involvert i hendelsen var under opplæring.

På tidspunktet for planlegging og start av løfteoperasjonen var avtalen at en radioaktiv kilde skulle løftes til lagringsplass for radioaktive kilder ved styrbord aktre vinsjhus. Selve loggeverktøyet skulle løftes ned på kaksedekket (tredekket), som er en del av rørdekket. Den radioaktive kilden var pakket i en lastbærer, mens loggeverktøyet var stroppet med to fiberstroppe for anhuking i krankroken. Det var planlagt å bruke styrbord offshore-knekkbomkran for begge løfteoperasjonene.

2.3 Forkortelser og bruk av norske ord

SP	Skadd person
DFU	Definerte fare- og ulykkessituasjoner
IMO	International Maritime Organization
ISM	International Safety Management
MR (Masters Review)	Sitat fra Odfjell prosedyre: <i>Master's Review are performed to ensure the Offshore Installation Managers periodical review of the safety management system and reporting its deficiencies to the shorebased management are performed in accordance with provision of the International Management Code for the Safe Operation of Ships and for Pollution Prevention, The ISM Code</i> ». Dette er en årlig gjennomgang av kravene i IMO kode med vekt på sikkerhet, utført av plattformsjefen.
DSN	Deepsea Nordkapp
STEP	Sequentially Timed Events Plotting
MSL	Maritim Section Leader. Leder for maritim avdeling og operasjonelt ansvarlig for løfteoperasjoner
KHMS	Kvalitet, helse, miljø og sikkerhet
SAFE kort	Rapporteringskort på DSN
AT	Arbeidstillatelse

SJA	Sikker jobbanalyse
MTO	Menneske, teknologi og organisasjon
GA	Generell Alarm
HMS	Helse, miljø og sikkerhet
OIM	Offshore installation manager
SAR	Search and rescue
POB	Personnel on board
HAZID	Hazard Identification
CCTV	Closed circuit television
KPI	Key Performance Indicator

Bruk av norske ord

Catwalk	Rørbro
Riserdekk	Rørdekk

3 Havtils gransking

Sammensetning av granskningsgruppen:



Politiet og Havtil ble informert av Odfjell Drilling om hendelsen kort tid etter at den hadde skjedd.

Hendelsen skjedde onsdag 8. oktober og Havtil ble muntlig informert av Aker BP 9. oktober kl. 00.30. Torsdag 9. oktober var det avtalt et møte mellom Odfjell Drilling og Havtil, hvor Odfjell Drilling informerte om hendelsen.

Politiet bestemte seg for å etterforske saken og ba om vår bistand. Vi deltok i avhør med politiet 10. oktober via Teams. I avhøret kom det fram ny informasjon. Basert på den nye informasjonen besluttet Havtil å granske hendelsen.

Granskningsgruppen har gjennomført granskingen i perioden 10. oktober 2025 til 24. februar 2026 i form av:

- 15 intervjuer via MS Teams, se oversikt over intervjuede personell, kapittel 14.2
- gjennomgang av relevant dokumentasjon, se kapittel 14.1 for en oversikt over gjennomgatte dokumenter
- gjennomgang av Odfjell Drilling sine oppfølginger og verifikasjoner av egne styrende dokumentasjoner
- vurdering av Odfjell Drilling sin interne granskningsrapport.

Granskingen er gjennomført ved bruk av metodene STEP og MTO.

4 Hendelsesforløp

Det var 3 personer direkte involvert i hendelsen. Dette var kranfører og to dekkoperatører, som hadde rollene som henholdsvis signalgiver og anhuker. Operasjonelt ansvarlig for løfteoperasjonen var MSL.

4.1 Bakgrunnsinformasjon om involvert personell

- Involvert kranfører hadde jobbet om lag 1,5 år på DSN som dekkoperatør og hadde vært under opplæring som kranfører siden april 2025. Vedkommende hadde gjennomført obligatoriske kurs og gjennomført 53 av 150 obligatoriske kjøretimer i kranene.
- SP fungerte i rollen som anhuker i løfteoperasjonen på hendelsestidspunktet. Han hadde kranførersertifikat og lang erfaring både som kranfører, dekkoperatør samt dekkformann. Vedkommende hadde imidlertid ikke vært om bord på DSN siden 2019 og deltok på sitt andre skift om bord da hendelsen fant sted. SP var innleid fra Odfjell sin kompetansegruppe til DSN for å dekke inn sykefravær
- Signalgiver ble involvert helt på slutten av operasjonen. Han hadde arbeidet om bord på DSN siden innretningen var ny i 2019. Vedkommende hadde jobbet lenge som dekkoperatør.
- Fadder for den involverte kranføreren som var under opplæring, var selv kranfører og hadde lang erfaring som fadder
- Det var inngått samarbeidsavtale med opplæringsvirksomheten som var ansvarlig for G5 opplæringen til involvert kranfører
- Dekkformann var leder for arbeidslaget og hadde lang erfaring om bord. Dekkformannen var imidlertid ikke kjent med alle personene i arbeidslaget på skiftet, siden det var vedkommende sin første tur og andre skift de hadde sammen. Dekkformann hadde kranførerkompetansebevis og var i tillegg utpekt til å være uavhengig fadder for kranfører under opplæring.
- MSL var operasjonelt ansvarlig for løfteoperasjoner, men hadde ikke erfaring med løfteoperasjoner og ikke gjennomført opplæring som operasjonelt ansvarlig.

Kommentar om roller, som definert i NORSOK standard R-003 tillegg A:

- signalgiver dirigerer kranfører under en løfteoperasjon, normalt over radiosambandet
- anhuker fester og avhuker lasten av krankroken, og som anhuker kan berøre lasten, men da etter avtale med kranfører og ikke før lasten er stabilisert.

For begge rollene er det viktig at disse alltid står i sikkert område når last er i bevegelse og har mulig rømningsvei. Dette omtales «å holde ryggen fri».

4.2 Hendelsesforløpet

Involvert kranfører, SP og resten av dekkslaget ankommer Deepsea Nordkapp tirsdag 7. oktober.

Skiftet startet onsdag 8. oktober kl. 19.00 (nattskift). Det ble gjennomført et rutinemessig skiftmøte der hele skiftet deltok:

- dekkformann
- fadder for involvert kranfører, heretter kalt fadder
- involvert kranfører, heretter kalt kranfører
- dekkoperatør som ble skadd, var anhuker under hendelse. Heretter kalt SP
- dekkoperatør som var signalgiver under hendelsen, heretter kalt signalgiver
- dekkoperatør som ikke var involvert i hendelsen.

Dekkslaget jobbet med forskjellige oppgaver fram til kaffepause ca. kl. 22. Etter kaffepausen kl. 22 ble involvert kranfører spurt av dekkformann om å gjennomføre to løfteoperasjoner. Fadder var ikke til stede og ble derfor ikke involvert i avgjørelsen. De to løfteoperasjonene innebar å:

- flytte en radioaktiv kilde fra boredekk til landingsområde for radioaktive kilder ved styrbord aktre vinsjhus
- løfte et loggeverktøy fra rørbro og ned på kaksedekket, som er en del av rørdekket.

Det ble utført en samtale mellom kranfører, signalgiver og SP før de startet den første løfteoperasjonen.

Samtidig som laget var ute på dekk og jobbet, hadde dekkformann og fadder et møte innendørs for å gå gjennom kompetansen til dekkslaget om bord og for å bli kjent med hverandre.

Første løfteoperasjon involverte en lastbærer med radioaktiv kilde som skulle løftes fra rørbro til landingsområdet for radioaktive kilder (styrbord aktre vinsjhus). Rollene var fordelt slik:

- SP huket på lastbærer på boredekk
- signalgiver tok imot på lagerdekket ved styrbord aktre vinsjhus
- begge hadde rollene som både signalgiver og anhuker på hvert sitt lagerdekk.

Siden kranfører hadde god sikt til områdene, var kun én dekkoperatør med i løfteoperasjonene.

Den andre løfteoperasjonen bestod i å flytte loggeverktøyet fra rørbro og ned på kaksedekk. Loggeverktøyet var levert og eid av tredjepart. Loggeverktøyet var stropet med to fiberstroppe som skulle anhukes i krankroken. Måten det ble stropet på medførte at loggeverktøyet fikk et usymmetrisk tyngdepunkt slik at det hang skjevt i kroken. Den enden som senere traff SP var høyere opp fra dekk enn den andre enden.

Kort tid etter at loggeverktøyet var løftet fra rørbroen, kom det instruks på radiosambandet på engelsk om endringer av løfteoperasjonen. Instruksen kom fra en person som var ukjent for SP, signalgiver og kranfører. De involverte fikk beskjed om at loggeverktøyet likevel ikke skulle til kaksedekket, men legges ned i en tilpasset lastbærer. Det oppsto da usikkerhet om hvor denne lastbæreren var lokalisert. Kranfører valgte derfor å svinge loggeverktøyet ut over sjø mens det foregikk diskusjon på radiosambandet. I flere intervjuer kom følgende frem:

- det var vanskelig å forstå hva som ble sagt av personen, som snakket vanskelig forståelig engelsk, og som viste seg at representerte selskapet som var eier av loggeverktøyet
- mengden informasjon som ble sendt direkte over radiosambandet når løftet pågikk, ble opplevd som forstyrrende
- de involverte i løfteoperasjonen vurderte det som risikofyllt å returnere loggeverktøyet til rørbroen der den ble løftet fra
- de involverte vurderte at loggeverktøyet kunne mellomlandes på opprinnelig planlagt landingsområde på kaksedekk
- personen på radiosambandet ga uttrykk for at vedkommende var bekymret for at loggeverktøyet da kunne bli skadet
- SP og signalgiver ble bedt om å finne en lang lastbærer, med en tilpasset kasse/krybbe som loggeverktøyet skulle pakkes i
- det var uvisst hvor lastbæreren var lokalisert om bord, så SP og signalgiver begynte å lete mens kranfører lot loggeverktøyet henge over sjø
- eier av loggeverktøyet kommuniserte viktigheten av hva som var korrekt retning for loggeverktøyet når det ble plassert i lastbæreren.

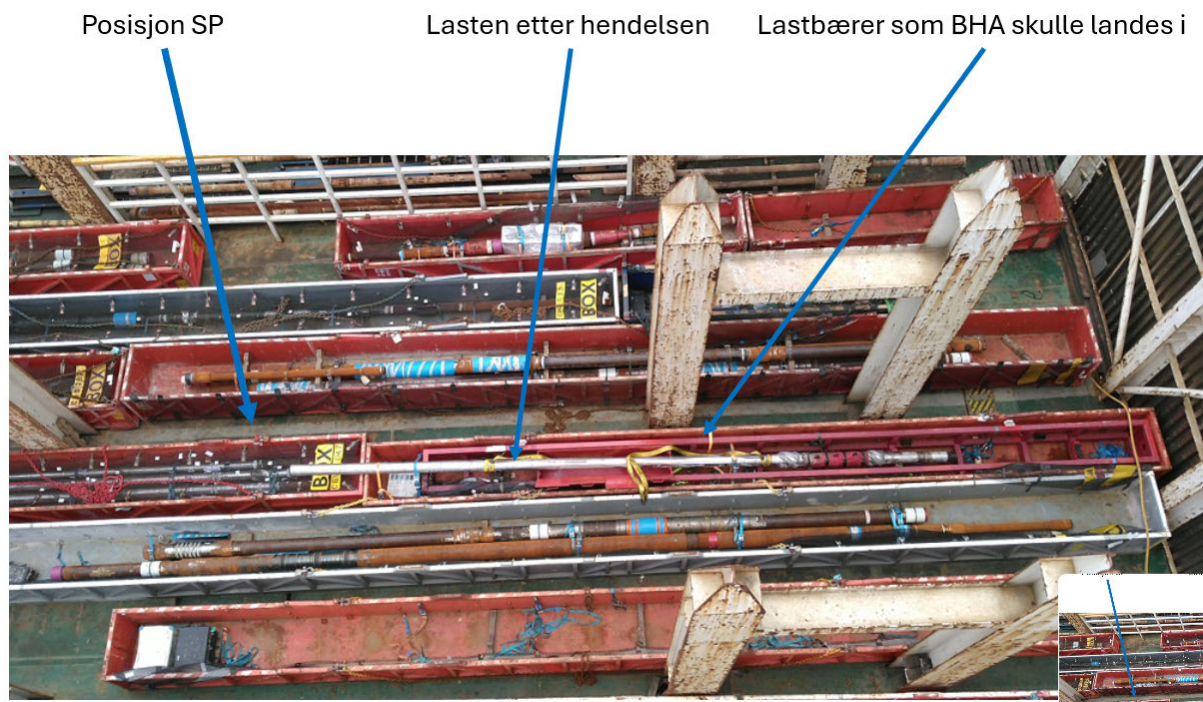
Lastbæreren, som var trang å plassere loggeverktøyet i, ble etter kort tid lokalisert midt på rørdekket, mellom flere andre lastbærere. dekkspersonellet var ikke kjent med lastbærere med oppbevaringskasser/krybber slik som denne.

Rørdekket der lastbæreren var lokalisert, var fullt av andre lastbærere og utstyr, som medførte at det var veldig krevende for dekkoperatørene å «holde ryggen fri». SP tok rollen som både signalgiver og anhuker, mens den andre signalgiveren fortsatte andre oppgaver i nærheten som ikke hadde noe med den pågående løfteoperasjon på rørdekket.

På dette tidspunktet var situasjonen at loggeverktøyet hang skjevt, og på grunn lengden var den vanskelig å håndtere. Under låring får loggverkøyet en ukontrollert sideveis svingebevegelser. SP berørte loggverkøyet flere ganger og var flere ganger plassert under. Berøring av loggverkøyet var ikke klarert av kranfører. Bruk av styretau eller push/pullstick (styrepinne) var vurdert til å ikke være praktisk og det ville være vanskelig få en god plassering for bruk

I sluttfasen av løfteoperasjonen og rett før hendelsen skjedde, ba SP om hjelp over radiosambandet. Bakgrunnen var at det ble for krevende å forsøke å få kontroll over loggeverktøyet ved hjelp av kroppen og armene samtidig som SP forsøkte å dirigere kranfører over radiosambandet. Det videre hendelsesforløpet var:

- signalgiver, som jobbet i nærheten, kom over til området der løfteoperasjonen pågikk og tok over rollen som signalgiver, i forståelse med kranfører
- nesten umiddelbart etterpå ble SP truffet av loggeverktøyet idet dette fikk en uventet sidebevegelse
- støtet fra loggeverktøyet mot SP var så kraftig at SP falt i bakken og ble liggende, med flere alvorlige skader i overkroppen
- det ble gitt beskjed til kontrollrom om at det var skjedd en hendelse med personskade
- loggeverktøyet ble raskt lagt ned provisorisk og huket av krankroken av signalgiver
- kranen ble sikret og løfteoperasjonen avsluttet
- etter hendelsen ble det ikke slått generell alarm og OIM ble vekket etter 8 min fikk vi opplyst
- skadet person ble hentet med bårelag og sendt til Haukeland universitetssykehus med SAR helikopter.



Figur 3 - Oversiktsbilde for hendelsen

5 Hendelsens potensial

5.1 Faktisk konsekvens

SP ble truffet av loggeverktøyet og brakk ben i armen samt mange ribben. I tillegg fikk vedkommende indre skader.

Det var ikke materielle skader eller utslipp til ytre miljø som følge av hendelsen.

5.2 Potensiell konsekvens

Hendelsen kunne under ubetydelig endrede omstendigheter ha ført til mer omfattende personskade evt. dødsfall. Havtil er ikke kjent med hvorvidt SP vil få senskader som følge av de påførte skadene.

6 Direkte og bakenforliggende årsaker

Flere direkte og bakenforliggende årsaker til hendelsen er identifisert.

6.1 Direkte årsaker

Den direkte årsaken til hendelsen var at det under en løfteoperasjon ikke var fullstendig kontroll på lasten og at skadet person (SP) stod plassert i treffsonen for og periodevis under lasten. Dette resulterte i at SP ble truffet av lasten mens kranfører arbeidet med å få kontroll.

6.2 Bakenforliggende årsaker

Granskingen indentifiserte flere bakenforliggende årsaker.

6.2.1 Lager og lageroversikt

Gjennom intervjuer og møte med Aker BP fikk vi opplyst at lagerdekkene på DSN på tidspunktet for hendelsen var maksimalt fylt opp av lastbærere og utstyr og at pågående brønn var spesielt krevende og krevde mye materiell om bord på riggen. Tidligere var det benyttet forsyningsbåt eller lagerbåt som midlertidig lagring, men det var ikke vurdert under denne operasjonen. Verken Aker BP eller Odfjell Drilling hadde vurdert manglende lagerplass om bord på DSN som en risiko.

Det var muntlig kommunisert som en sikkerhetsrisiko til MSL om bord at mengden lagret utstyr på riggen var høy. Det var Aker BP sin representant om bord som skulle holde oversikt over utstyret. Oversikten over lagret utstyr om bord ble kun oppdatert i forbindelse med mottak av last på riggen. Om utstyr eller lastbærere ble flyttet internt på innretningen, så var det ikke noen som hadde ansvar for å holde oversikten over dette.

Manglende oversikt i kombinasjon med overfylte og trange lastedekk var en medvirkende årsak til hendelsen, se kapittelet under for mer detaljer.

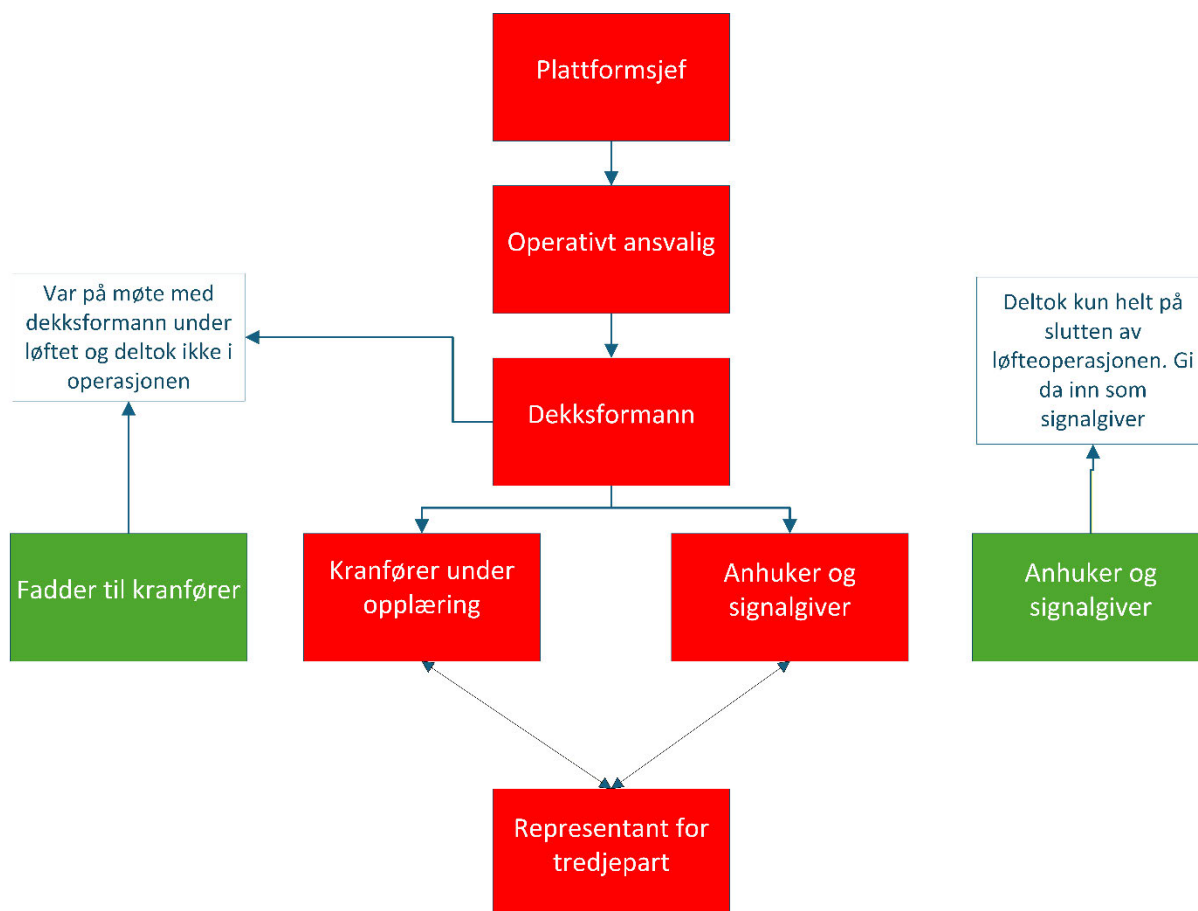
6.2.2 Kompetanse og erfaring i offshoreorganisasjonen

Flere av involverte i hendelsen (både utførende og med linjeansvar offshore) var nye i sine roller, nye på skiftet eller under opplæring:

- SP reiste på kort varsel ut på DSN. SP var del av Odfjell sin interne kompetansepool og var på sitt andre nattskift. SP hadde ikke vært om bord siden 2019.
- dekkformannen var ny på dette skiftet og kjente ikke alt personell i det aktuelle dekkslaget
- kranfører var under opplæring og var ikke godkjent for kjøring av offshorekran uten tilstedeværelse av fadder, enten i krankabinen eller som dekkoperatør
- MSL var ny i rollen, og også ny som operasjonelt ansvarlig (hadde sin fjerde tur) og hadde fortsatt ikke gjennomført obligatoriske kurs
- MSL var operasjonelt ansvarlig for løfteoperasjoner og var på sin fjerde tur på DSN. Opplæring som operasjonelt ansvarlig var ikke gjennomført og manglet erfaring med løfteoperasjoner
- OIM vikarierte og var under opplæring som OIM
- tredjepart som representerte selskapet som var eier av loggeverktøyet som skulle løftes hadde sin første tur på norsk sokkel.

Den eneste direkte involverte som hadde erfaring i sin rolle om bord på DSN, deltok kun helt i slutfasen av løfteoperasjonen som signalgiver.

Et generisk organisasjonskart er vist i figuren under. Organisasjonskartet viser hvordan alle, fra OIM og ned til dekkarbeider, var nye eller hadde kort fartstid i rollene. De røde boksene angir rollene som er omtalt i kulepunktene over, mens erfarent personell fremgår i de grønne boksene.



Radikommunikasjon

Figur 4 Illustrasjon av den relevante delen av Nordkapp sin offshore organisasjon. Rød farge indikerer personer med mangelfull erfaring og kompetanse på skiftet.

I Masters Review (MR) 2023 var mangel på kompetanse og manglende oversikt over kompetanse en av observasjonene. Eksempler på dette fra MR 2023 er:

- "During 2023 we have experienced that personnel not familiar on the rig or in the company are sent offshore to replace sick leave or similar"
- "There have been examples where personnel are sent offshore or personnel are working in higher positions without required training".

Tilsvarende observasjoner ble igjen avdekket i MR i 2024 som fortsatt utestående. Aksjonen som er satt opp for denne observasjonen nevner spesifikt at prosedyren også må inkludere oversikt over kurs og sertifiseringer som f.eks. for kranoperasjoner. Av MR 2024 fremgår:

- "Establish an L4 procedure that specifies the training requirements [...]"
- "In general lack of knowledge and follow up of RIDER as governing system for competence".

I intervju ble det kommentert at det er meldt inn bekymring knyttet til at for mange nye kommer ut offshore.

6.2.3 Handover

Overføring av informasjon ved skift- og mannskapsbytte er en viktig del av den organisatoriske barrieren. Overføring av informasjon som har betydning for helse, miljø og sikkerhet skal bidra til at påtroppende skift kan utføre arbeid sikkert og trygt

I Odfjell Drilling sitt styrende dokument L3-MODU-ALL-PR-006N står det at handover mellom skift skal inneholde følgende elementer:

- status på pågående operasjoner
- planlagte operasjoner for de neste 48 timene
- KHMS/risiko
- samtidige operasjoner.

Det er i samme dokument vist til et format som skal brukes for handover mellom skift og handover mellom mannskap.

Gjennomgang av dokumentasjon fra handover fra forskjellige datoer viste manglende informasjon om de tre siste kulepunktene ovenfor. Malen som L3-MODU-ALL-PR-006N viser til, ble ikke anvendt. Det kom fram i flere intervjuer at innholdet i de tre siste kulepunktene ovenfor heller ikke ble gjennomgått muntlig.

6.2.4 Planlegging og gjennomføring av løfteoperasjon

Odfjell har lagt til grunn NORSOK Standard R-003N for Odfjell sitt interne styringssystem for sikker bruk av løfteutstyr.

I forbindelse med granskingen av hendelsen og selve løfteoperasjonen har vi sett flere brudd på styrende dokumenter som Odfjell Drilling sin egen prosedyre «L3-MODU-NO-TO-PR-012N - SIKKER BRUK AV LØFTEUTSTYR».

Planlegging:

Løfteoperasjoner skal være planlagt i forkant og om mulig være meldt inn i et plansystem. Det kom fram i flere intervju at dette ikke ble praktisert om bord.

Det har kommet fram i intervju at det ble utført en samtale om arbeidet før løfteoperasjonen startet. Samtalen omhandlet kun to av operasjonene:

- flytte en radioaktiv kilde fra boredekk til landingsområde for radioaktive kilder (styrbord aktre vinsjhus)

- løfte et loggeverktøy fra rørbro og ned på kaksedekket, som er en del av rørdekket.

Odfjell Drilling gjennomførte løfteoperasjonene som rutineløft. Et rutineløft i henhold til egne prosedyrer krever lite eller ingen tilleggsplanlegging.

Ifølge materialhåndteringsplanen for DSN skal traverskranen brukes til løfteoperasjoner mellom rørdekk og rørbro. For denne løfteoperasjonen ble det imidlertid vurdert som mest formålstjenlig å bruke offshore-knekkbomkranen.

Det ble ikke tatt noen spesielle hensyn til eller gjort en forhåndsvurdering av om offshorekranen var egnet til å utføre løftet av det lange stroppede loggeverktøyet. Med traverskranen ville loggeverktøyet hatt to festepunkter i kranen som ville gitt styring, kontroll og stabilitet på loggeverktøyet. Anhuker rolle ville da vært en på- og avhukingsoppgave.

Ved løfting av lange laster kan styretau eller lignende redskap for å gi avstand til lasten benyttes. Det kom fram i flere intervju at dette var vurdert til å være uegnet for å kontrollere det lange loggeverktøyet. Samtidig uttalte en person som ble intervjuet at det var planlagt å bruke styrepinne. Kravet i Odfjell Drilling sin prosedyre er at dersom en spesiell operasjon fordrer at personell er i direkte kontakt med lasten, eksempelvis med styrepinne, skal denne operasjonen gjennomgå i en HAZID, og det skal etableres en egen prosedyre som beskriver hvilke kompenserende tiltak som skal iverksettes. En slik operasjon krever AT. En AT var ikke gjort eller omsøkt for den aktuelle løfteoperasjonen. Det er et krav i interne dokumenter at operatør skal godkjenne bruk av disse hjelpemidlene, noe som heller ikke var gjort. Ved å bruke offshore-knekkbomkranen til å utføre løfteoperasjonen, valgte involvert personell å bruke en metode som var krevende for kranfører, spesielt uten hjelp av styretau eller styrepinne. Siden loggeverktøyet kun var festet i krankroken var det vanskelig å kontrollere lasten uten å være i direkte kontakt med den.

Under selve utførelsen av løfteoperasjonen ble det instruert over radiosambandet av en tredjepart, som eide og hadde ansvarlig for loggeverktøyet, at operasjonen måtte endres, da loggeverktøyet likevel ikke skulle plasseres på kaksedekket. Det skulle heller legges i en spesialbygget lastbærer med kasse for selve loggeverktøyet. Dekksoperatørene begynte å lete etter kassen som ble beskrevet av tredjepart. De visste ikke hvor kassen var lokalisert. Etter å ha lokalisert den på rørdekket, litt bortenfor kaksedekket, besluttet deksoperatørene at de skulle fortsette løfteoperasjonen. På dette tidspunktet overtok SP rollen som både anhuker og signalgiver. Dette til tross for at løfteoperasjonen nå var endret og ytterligere komplisert siden loggeverktøyet nå i tillegg skulle legges i en tilpasset kasse.

Ved endringer underveis i en løfteoperasjon stiller Odfjell Drilling sitt styringssystem følgende krav: «Dersom forutsetninger som ble lagt til grunn under planlegging og

risikovurdering, endres under operasjonen, skal operasjonen stanses og behovet for ny risikovurdering og iverksettelse av eventuelle korrektive sikkerhetstiltak vurderes.» Etter denne endringen skulle løfteoperasjonen i henhold til egen prosedyre vært stanset og planlagt på nytt. Etter vår vurdering burde operasjonen ved en slik endring vært kategorisert til nivå 2, slik vi leser Odfjell sitt styringssystem. Nivå 2 krever AT, SJA eller andre sikkerhetstiltak dersom de fortsatt planla å gjennomføre den med offshorekranen.

Gjennomføring:

I Odfjells egen løftemanual er det et krav om at *«All unødvendig bruk av radio, støy eller aktivitet som kan virke forstyrrende på operatør av løfteinnretning, skal unngås»*. Under gjennomføringen av løfteoperasjonen kom det en utenforstående tredjepart inn på radiosambandet og endret planen for operasjonen. Det har kommet fram i flere intervjuer at det var vanskelig å forstå hva som ble sagt av tredjepart, og at dette ble oppfattet som en vesentlig forstyrrelse under denne delen av løfteoperasjonen. Det kom videre fram i intervju at det ikke var uvanlig at personell som ikke var direkte involvert i løfteoperasjonen kom inn på sambandet og laget forstyrrelser eller endret planen for operasjonen.

Endringen innebar at loggeverktøyet skulle legges i en tilpasset lastbærer. Lastbæreren hadde luker som skulle beskytte sårbare deler av loggeverktøyet under transport, og det var derfor krevende å plassere loggeverktøyet i krybben. Lukene måtte være åpne slik at loggeverktøyet kunne plasseres sikkert i krybben. Lastbæreren var lokalisert på rørdekket. Rørdekket var fullt av andre lastbærere og annet utstyr som innebar at det var vanskelig å holde ryggen fri for å gjennomføre løfteoperasjonen. Det har kommet fram i intervju at alt utstyret på dekket gjorde det uoversiktlig og krevende å arbeide der. Odfjell Drilling sin prosedyre for sikker bruk av løfteutstyr sier: *«Alt personell som er involvert i løfteoperasjonen, skal sikre at de har fri rømningsvei i alle faser av operasjonen. De involverte i løfteoperasjonen skal fortløpende vurdere om området som løfteoperasjonen pågår i, vurderes som trangt landingsområde»*. Det har i flere intervjuer kommet fram at trange lastedekk har vært en utfordring om bord over en lenger periode.

I forsøket på å få styrt loggeverktøyet ned i krybben i lastbæreren var SP, ifølge vitner og CCTV, flere ganger i kontakt med loggeverktøyet med kroppen for å få kontroll over denne. Et generelt krav i NORSOK R-003 om sikre løfteoperasjoner er at anhuker ikke skal være i kontakt med lasten før denne er stabilisert og klarsignal gitt av operatør av løfteinnretningen. Det er også et krav om at det skal være kommunikasjon mellom kranfører og anhuker før anhuker berører lasten. Dette ble ikke praktisert om bord på DSN under den aktuelle løfteoperasjonen.

Videre viser CCTV at SP også var plassert slik at det ikke var sikker rømningsvei til enhver tid på grunn av det overfylte lastedekket. SP var også periodevis plassert

direkte under lasten og i treffsonen. Plasseringen er identifisert som en av de direkte årsakene til hendelsen.

6.2.5 Arbeidstillatelser

I Odfjell Drilling sitt styrende dokument for arbeidstillatelser, «L3-MODU-ALL-HSE-PR-014N – ARBEIDSTILLATELSE», står det:

AT er nødvendig for middels risiko arbeid. Dette er arbeid som på grunn av risikoen krever koordinering og avklaring innenfor et bestemt område eller system. For arbeid med middels risiko er SJA nødvendig dersom farer ikke er tilstrekkelig identifisert og kontrollert gjennom relevante prosedyrer eller arbeidsinstruks.

Behov for SJA skal baseres på følgende kriterier:

- *første gang du utfører oppgaven(e)*
- *prosedyre/arbeidsinstruksjon/dokumentasjon ikke klar*
- *[...]*
- *arbeidere som ikke har erfaring med oppgaven*
- *risikoen er uklar for arbeidstakerne.*

6.2.6 Oppfølging av egen organisasjon

I løpet av vår gransking har vi gått gjennom hvorvidt selskapets samlede oppfølgingsaktiviteter har vært et bakenforliggende element for praksisen og måten løfteoperasjonen ble gjennomført på under hendelsesforløpet.

Odfjell Drilling har to hovedkategorier for oppfølging:

- L1-CORP-QU-PR-011- AUDITING
- «*This procedure describes how audits for Odfjell Drilling will be planned, reported conducted and followed up.*»
- L3 – INSPECTIONS - -MODU-ALL-QU-PR-008
 - «*This procedure provides a framework of systematic inspections in a variety of activities to raise and maintain company standards*»
 - Dette dokumentet beskriver flere ulike metoder for oppfølging og det skal nevnes spesielt:
 - Management inspection
 - Self verifications.

Grunnlaget for L1 – AUDITING:

L1 – Auditing er Odfjell sitt øverste nivå for oppfølging av sin organisasjon og operasjoner. Prosessen er beskrevet i styrende dokument «*L1-CORP-QU-PR-011-AUDITING*»

I intervju og i Odfjell Drillings styrende dokumenter ble følgende prosesser fremhevet som sentrale for å kunne etablere et risikobasert underlag for en «L1-audit plan»:

- management Inspection
 - Beskrevet i L3 prosedyren «MODU-ALL-QU-PR-008».
- masters Review
 - OIM sin årlige status fra offshore knyttet til IMO og ISM kodene.
- årlige lagsamlinger (på land)
 - En gang i året er det beskrevet for oss at det er samlinger på land. Vi etterspurte dokumentasjon eller referat fra disse samlingene. Det ble ikke mottatt, men det ble kommentert at det del av Masters Review (MR)
- Det ble fremhevet i intervju at en person i DSN sin landorganisasjon hadde en viktig rolle med å bringe relevant DSN informasjon og risikoer inn til L1-Auditing prosessen.
- Critical operations/projects
- Output from management review, statistics and analysis

I vår gransking har det kommet frem at flere av prosessene i listen over i praksis ikke utgjorde et tilstrekkelig risikobasert grunnlag for "L1-Audit plan».

Relevante oppfølgingsaktiviteter:

- Management Inspection er ifølge Odfjell Drilling en sentral prosess for landorganisasjonen til å følge opp organisasjonen offshore. Vår gjennomgang av de siste seks Management Inspections rapportene viste svakheter og mangler knyttet til blant annet beskrivelsen og dokumentasjon av inspeksjonen, rapportering til synergi, gjennomføringsgrad (hvilke fokusområder som var fulgt opp i inspeksjonen) samt deltagelse på inspeksjonene. Gjennom intervjuer kom det fram at rapportene etter disse var av lav kvalitet og ikke egnet som grunnlag/innspill til L1-plan.
- MR er avgrenset til oppfølging av IMO- og ISM-krav (flaggstatskrav). Denne er fremhevet av Odfjell Drilling som offshore ledelsens status på offshore organisasjonen. Gjennomgang av gjennomførte MR for 2023 og 2024 viste at flere aksjoner fra 2023 var lukket, men var gjentatt i 2024 som fortsatt åpne. Eksempler på disse aksjonene går på manglende oversikt over kompetanse, manglende opplæring og manglende oversikt over krav, også innen området logistikk på DSN. Flere av observasjonene var fortsatt åpne på hendelsestidspunktet.
- Informasjon og tilbakemeldinger fra de årlige lagsamlingene ble etterspurt av oss
- Disse tilbakemeldingene var imidlertid ikke dokumentert, men inkludert i Masters Review. Dette dokumentet er et preformattert dokument for OIM sin evaluering av gitte punkter knyttet til ISM og IMO
- Self verifications (L3-MODU-ALL-HSE-PR-038) beskrives i styrende dokument som «...activities can be conducted before, during and/or on completion of an activity, risk based activities shall be prioritized. Supervisors/Leaders/Managers

that have the relevant competence requirements for position to undertake the verification has to join safety delegate and other crew members the first times performing a Self-verification. Self verifications must be conducted at the worksite and also incorporate the service providers onboard».

Self verifications dokumenteres gjennom SAFE-kort. Det ble rapportert over 7000 stk. i 2025. Disse over 7000 SAFE kortene sammen med de gjennomførte «management inspections» avdekket ikke utfordringene knyttet til:

- fulle lastedekk
- manglende etterlevelse av prosedyrer
- manglende kompetanse og erfaring på skiftet
- mangler i handoverrutiner
- manglende oppfølging av offshoreorganisasjonen fra offshore ledelse
- manglende sikkerhetskultur for å stanse farlige situasjoner som denne.

Oppsummering:

I granskingen kommer det fram at flere av oppfølgingsaktivitetene rettet mot det operative miljøet offshore hadde svakheter, eksempelvis landorganisasjonen sin direkte oppfølging offshore via *Management inspections*. Grunnlaget for å etablere en risikobasert L1-Audit plan hadde også svakheter.

Hvorvidt svakheter i selskapets oppfølging er en årsak til hendelsen, er vanskelig å entydig konkludere med. Samtidig er det gjennom granskingen mye som tyder på at mer relevante og tilpassede oppfølgingsaktiviteter kunne bidratt til å forhindre den uheldige arbeidspraksisen som ledet til hendelsen. Eksempler på slike forhold som er relatert til hendelsen er:

- mangler ved handover
- utfordringer knyttet til trange dekk og lagringsområder
- mangel på etterlevelse av prosedyrer relatert til kran og løfteoperasjoner
- oppfølging av kompetanse og mangel på minimumskrav til kompetanse
- manglende struktur og gjennomføring av verifikasjonsaktiviteter i offshore organisasjonen.

Det er vår vurdering at selskapet ikke trenger flere oppfølgingsaktiviteter, men at de som er beskrevet i styrende dokumenter bør planlegges og gjennomføres på en mer risikobasert og hensiktsmessig måte.

6.2.7 Sikkerhetskultur

En viktig sikkerhetsbarriere er retten til å stanse farlige aktiviteter. Dette er også noe ledelsen i Odfjell Drilling er tydelig på. Gjennom intervjuer kom det fram at det var utfordringer i de operative lagene offshore på DSN. Det ble sommeren 2025

gjennomført en «Safe summer»-kampanje med en egen Coach som var ute på alle skiftene på DSN. Denne proaktive kampanjen rettet oppmerksomhet mot sikkerhetskulturen på DSN, der temaene kommunikasjon, utvikling og teambygging ble adressert. I oktober 2025 ble også sikkerhetskultur adressert i en fag/disiplinsamling («Safety Performance Conference»).

I intervjuer og gjennomgang av CCTV kommer det fram at flere av personene som deltok og observerte løfteaktiviteten ikke stoppet arbeidet.

Granskingen viste at måten løfteoperasjonen ble gjennomført på, var ansett som normal rutine om bord. Vi avdekket:

- manglende oversikt over last på lasteområdene
- mangelfull gjennomføring av handover
- manglende planlegging og risikovurdering av arbeidsoppgaver
- uryddig radiokommunikasjon
- etablering av L1 verifikasjonsplaner og lav kvalitet på «Management Inspection»
- manglende oppfølging av offshore arbeidslag
- høyt aktivitetsnivå knyttet til behov for, og gjennomføring av materialhåndtering til og fra boredekk med løfteinnretninger
- manglende stans av farlig arbeid.

Funnene over underbygger at det er mangler i sikkerhetskulturen.

7 Læring til bransjen etter hendelsen

Borehastigheten (antall meter per dag) offshore på norsk sokkel er økende, og fører blant annet til utfordringer knyttet til materialhåndtering. Dette krever bedre lagringskapasitet og større krav til planlegging i alle ledd i logistikkjeden.

7.1 Tidspress

En viktig KPI for en rigg er antall meter per dag som er boret. Dette har økt betraktelig de siste årene. Økt borehastighet gir større arbeidsbelastning på logistikkavdelingen grunnet større mengde utstyr og økt antall løft.

7.2 Lagringsplass på riggen

Brønnen som skulle bores var en komplisert brønn, både med hensyn til program for foringsrør (casingprogram) og lengde. Dette medførte også en stor mengde utstyr som var utfordrende å lagre ombord. I flere intervjuer ble det nevnt at det ved forrige brønn ble brukt en «standby»-båt som mellomlagringsplass og at dette var positivt med hensyn til orden og oversikt om bord.

7.3 Mangelfull informasjon om hendelsen til Havtil

Havtil mottok varsel om hendelsen fra Odfjell Drilling 8. oktober og ytterligere informasjon om hendelsen torsdag 9. oktober. Havtil bisto politiet i et avhør fredag 10. oktober. I avhøret kom det fram ny informasjon om hendelsen. Basert på denne nye informasjonen besluttet Havtil å granske hendelsen.

Manglende informasjon og detaljer i rapportering ga oss et feilaktig inntrykk av hendelsen da vi mottok opprinnelig varsel og informasjon om hendelsen fra Odfjell. Dette medførte at det tok tid før gransking ble iverksatt.

7.4 Læring fra andre hendelser

Mangler i handover, planlegging og manglende oversikt over risikofylte aktiviteter har blitt avdekket som medvirkende og bakenforliggende årsaker i flere hendelser innen materialhåndtering og løfteoperasjoner.

8 Beredskap

Det er OIM eller stedfortreder som beslutter bruk av General Alarm (GA). Under denne hendelsen tok det ca. 8 minutter før OIM som sov, ble varslet, og ytterligere noen minutter før han var informert om situasjonen. OIMs stedfortreder på natt besluttet å ikke benytte GA.

Beredskapshåndtering av hendelsen:

Hendelsen gjaldt personskade (Odfjell Drilling sin DFU-19). Medic ble vekket og førstehjelpslag varslet av broen. SAR-helikopter ble rekvirert tidlig i prosessen. Den skadde personen ble fraktet til SAR og fløyet til sykehuset i løpet av kort tid.

Alarm, varsling og mobilisering:

Generell alarm (GA) er nødvendig for å:

- informere alt personell om bord om nødsituasjonen.
- sikre at beredskapsressurser er tilgjengelige ved eskalering.
- hindre at personell er «i veien» og stoppe aktiviteter som kan forverre situasjonen.
- sikre at innsatspersonell er mønstret og informert.

I Odfjell Drillings beredskapsplaner og DFU-19 er GA beskrevet som første steg i håndtering av hendelsen. De siste to DFU-19-treningene (juli/august 2023) inkluderte bruk av GA.

Under denne hendelsen ble GA ikke initiert av ansvarlig på broen, til tross for interne krav i prosedyrer og fremgangsmåte under tidligere trening.

Bekjempelse og redning:

Førstehjelpslaget ble mobilisert og håndterte den skadde.

SAR-helikopter ble rekvirert og gjennomførte evakuering til sykehus.

Ytelseskrav i DSN sin beredskapsplan:

POB-kontroll er kritisk for å få oversikt og avklare om det er flere skadde eller om det har inntrådt andre parallelle hendelser. Uten GA igangsatt er det vanskelig å få oversikt over dette.

I DSN sin beredskapsplan kap. 6 står det: «[...] *En oversikt over de viktigste tidskrav i beredskapsplanene er vist i figur 6-1 [...].*» Innen 1 min skal OIM notiseres og det skal være gitt en PA-annonsering. Innen 6 minutter skal beredskapsledelsen være etablert.

OIM ble vekket 8 min etter at hendelsen ble meldt til broen og gjorde vurderingen om at GA ikke var nødvendig på et så sent tidspunkt.

Normalisering og avslutning av beredskapsoperasjonen:

Etter evakuering ble situasjonen håndtert, men manglende GA og POB-kontroll viser avvik fra prosedyrer.

Beredskapsplanen ble ikke fulgt.

Andre kommentarer:

I MR for 2023 var det aksjon om å etablere en L4 prosedyre for å spesifisere trening for alle medlemmer i beredskapslaget (da MR påpeker at dette mangler). Den var rapportert lukket, men samme aksjon var igjen listet opp i MR for 2024 med følgende tekst: «*Establish an L4 procedure that specifies the training requirements for emergency team members, including guidelines for situations where we are not in compliance with course/certificate requirements*»

Andre relevante aksjoner:

I MR for 2024 er det også aksjon med følgende tekst:

«In general lack of knowledge and follow up of RIDER as governing system for competence.

[...] but our experience is that some teams were not sufficiently robust during incidents. Especially emergency management and technical teams, as well as fire teams. Further improvements are needed to ensure an effective response during incidents».

9 Regelverk

Odfjell Drilling har i sitt styringssystem valgt å bruke NORSOK standard R-003N om sikker bruk av løfteutstyr som norm for å oppnå etterlevelse av regelverkravene knyttet til løfteoperasjoner.

10 Observasjoner

10.1 Avvik

10.1.1 Planlegging og gjennomføring av løfteoperasjon

Odfjell Drilling hadde ikke sikret at løfteoperasjoner på Deepsea Nordkapp ble klarert, ledet og utført på en forsvarlig måte.

Begrunnelse

Løfteoperasjonen ble ikke utført på en forsvarlig måte, da:

- gjeldende krav og prosedyrer til løfteoperasjoner ble ikke fulgt
- gjeldende krav til at personellet hadde den kompetansen som er påkrevet for å kunne utføre aktivitetene ikke ble fulgt
 - operasjonelt ansvarlig ikke var istandsatt for oppgaven
 - kranfører var klarert, men var ikke istandsatt til å utføre og lede løfteoperasjonen
 - dekkoperatøren var ikke istandsatt til å kunne styre lasten.

Se kapittel 6.2.4 for en detaljert beskrivelse.

Krav

Aktivitetsforskriften § 92 om løfteoperasjoner

Aktivitetsforskriften § 21 om kompetanse

10.1.2 Informasjon ved skift- og mannskapsbytte

Odfjell Drilling hadde ikke sikret at overføring av informasjon ved skift- og mannskapsbytte som var av betydning for helse, miljø og sikkerhet ved utføring av løfteoperasjoner på Deepsea Nordkapp.

Begrunnelse:

Gjennom intervjuer av både utførende og ledende personell og vår gjennomgang av handoverdokumentasjon, kom det frem at operasjoner som var utført eller skulle bli utført i løpet av skiftet ikke var dokumentert eller ble diskutert av involvert personell. Vurderinger av HMS-risikoer og samtidige operasjoner var også heller ikke del av handover dokumentasjonen. Formatet for handover som er vist til i Odfjell Drilling sine styrende dokumenter var ikke fulgt. Se også kapittel 6.2.3 om handover.

Krav

Aktivitetsforskriften § 32 om overføring av informasjon ved skift- og mannskapsbytte

10.1.3 Håndtering av fare- og ulykkessituasjoner

Under løftehendelsen på Deepsea Nordkapp hadde ikke Odfjell Drilling sikret at tiltak ble iverksatt så raskt som mulig for å kunne redde personell i ulykkessituasjon.

Begrunnelse

General Alarm (GA) ble ikke initiert ved innmeldt personskaade.

Manglende GA og forsinket varsling til OIM på 8 minutter innebar at beredskapspersonell om bord ikke fikk satt i verk de nødvendige tiltak så raskt som mulig.

En GA ville bidratt til at aktiviteter ble stanset og at beredskapsressurser var tilgjengelige på et tidligere tidspunkt.

Krav

Aktivitetsforskriften § 77 om håndtering av fare- og ulykkessituasjoner

10.1.4 Oppfølging

Odfjell Drilling sin oppfølging hadde ikke identifisert svakheter ved gjennomføring og styring av løfteoperasjoner på Deepsea Nordkapp.

Begrunnelse

Odfjell Drilling har gjennomført en rekke oppfølgingsaktiviteter, men har ikke fanget opp betydelige svakheter i sentrale prosesser i organisasjonen. I granskningen har vi avdekket følgende:

- Flere sentrale oppfølgingsaktiviteter i selskapet, som også dannet grunnlag for «L1- Auditing» plan, hadde svakheter
 - vår gjennomgang av siste seks *Management Inspections*-rapporter hadde svakheter og mangler knyttet til beskrivelse, dokumentasjon av inspeksjonen, rapportering til synergi, gjennomføringsgrad og deltakelse i inspeksjonene. Det ble bekreftet i intervju at rapportene ikke egnet seg som grunnlag til en L1-plan.
 - Vår gjennomgang av *Masters Review* for 2023 og 2024 viste at aksjoner fra 2023 som var lukket var observert på ny i 2024 og aksjoner ble videreført i 2024
 - *Self verifications*, dokumentert gjennom SAFE-kort, avdekket ikke utfordringer knyttet til fulle lastedekk, manglende etterlevelse av prosedyrer, manglende kompetanse og erfaring på skift, mangler i

handover-rutiner, manglende oppfølging av offshoreorganisasjonen fra offshore-ledelsen, og manglende struktur og gjennomføring av verifikasjonsaktiviteter.

Se punkt 6.2.6 for ytterligere beskrivelse av mangler ved identifisering, planlegging og gjennomføring av selskapets oppfølgingsaktiviteter.

- styrende dokument knyttet til handover ble ikke fulgt, se kapittel 6.2.2
- i forbindelse med gjennomføring av løfteoperasjonen var ikke mangel på kompetanse og erfaring for utførende og operasjonelle ansvarlige identifisert som en risiko eller fulgt opp, se kapittel 6.2.1.
- Flere brudd på styrende dokumenter knyttet til løfteoperasjoner var ikke identifisert. Dette gjaldt krav knyttet til:
 - planlegging av løfteoperasjoner
 - bruk av traverskran ved løfteoperasjoner mellom rørdekk og rørbro
 - kontakt med last under løfteoperasjon
 - endring av løfteoperasjon
 - bruk av radio
 - frie rømningsveier under løfteoperasjon
- Odfjell Drilling har selv identifisert at det er utfordringer med de operative lagene offshore på DSN. Sommeren 2025 ble det gjennomført en proaktiv kampanje for å rette oppmerksomheten på sikkerhetskulturen, der temaene kommunikasjon, utvikling og teambygging ble adressert. I oktober 2025 ble sikkerhetskulturen adressert i en fag-/disiplinsamling hvor det kom frem i intervju at måten en aktuell løfteoperasjon ble planlagt og gjennomført på, var ansett som normal rutine om bord. Flere personer om bord og deltagere i selve løftet var vitne til operasjonen, uten å stanse den. Se kapittel 6.2.7 for ytterligere beskrivelse av sikkerhetskultur.

Krav

Styringsforskriften § 21 om oppfølging

11 Barrierer som har fungert og ikke har fungert

11.1 Barrierer som har fungert

Beredskapstiltakene om bord, herunder førstehjelp og transport av SP fra ulykkesstedet til helikopterdekket og videre med SAR til Haukeland sykehus, har etter vår vurdering fungert som beskrevet i beredskapsplanen for DSN.

11.2 Barrierer som ikke har fungert

Vi har i granskingen sett at flere viktige barrierer ikke har fungert. For detaljerte beskrivelser vises det blant annet til kapittel 6 og sikkerhetshendelsene identifisert i STEP, se kapittel 14.3.

Noen viktige barrierer i forbindelse med sikre løfteoperasjoner som ikke har fungert er:

- personell involvert i, eller vitne til løfteoperasjonen som burde hatt forutsetning for å forstå risikoen, ga ikke stoppsignal for å avbryte operasjonen
- alt personell som er involvert i løfteoperasjonen skal sikre at de har fri rømningsvei i alle faser av operasjonen
- lasten ble håndtert fysisk og uten hjelpemidler for å få kontroll over den.
- manglende risikovurdering for løfteoperasjon knyttet til:
 - valg av offshorekran i stedet for traverskran
 - Endringer i løfteruten og løfteoperasjonen
 - Kompetanse i utførende lag
- handover var mangelfull
- manglende verifisering av tiltak iverksatt for å sikre etterlevelse av eget styringssystem i forbindelse med løfteoperasjoner.

12 Diskusjon omkring usikkerheter

Havtil har ikke vært om bord på Deepsea Nordkapp for å befare området der hendelsen fant sted. Dette gjør at noen forhold ikke er behandlet i granskingen, som for eksempel:

- kranfører sin sikt fra krankabinen (traverskran stod parkert mellom landingsområde og krankabin)
- lysforhold under hendelsen
- fysiske forhold på både lastedekket, lastbærer involvert i hendelsen og øvrige forhold om bord.

13 Vurdering av aktørens granskingsrapport

Odfjell Drilling sin gransking samsvarer godt med vår gransking knyttet til hendelsesforløp, forholdene om bord før, under og etter hendelsen og direkte årsak til hendelsen.

Det er i vår gransking identifisert mangler i hvordan selskapet følger opp og sikrer etterlevelse av eget styringssystem. Rapporten fra Odfjell Drilling belyser ikke disse manglene i særlig grad.

Granskingsteamet ble ledet av, og delvis sammensatt av personell som hører til den delen av organisasjonen som har ansvar for å etablere Odfjell Drilling sitt program for oppfølging av organisasjonen. Dette omfatter blant annet program for overvåking av de organisatoriske og operasjonelle forholdene knyttet til løfteoperasjoner.

14 Vedlegg

A: Relevante skisser/figurer/etc.

14.1 Følgende dokumenter er lagt til grunn i granskingen:

VEDLEGG NR 03 - DSN - DAGLIG HANDOVER MARINE - TIRSDAG 15. OKT 07.00 - DOCS-2691038

VEDLEGG NR 04 - DSN - DAGLIG MARINE HO 08.10.25 - DOCS-2691046

DSN - Deepsea Nordkapp - Innhenting av informasjon

VEDLEGG NR 01A - DSN - ORGANISASJONSKART DSN OFFSH

VEDLEGG NR 01B - DSN - L1-CORP-009-32 - ORGANISASJONSKART DSN ONSHORE

VEDLEGG NR 01C - DSN - L1-CORP-009-010 - ORGANISASJONSKART TECHNICAL SERVICES - KRAN OG

VEDLEGG NR 01D - DSN - L1-JD-MODU-OFS-006 - JOB DESCRIPTION CRANE OPERATOR

VEDLEGG NR 01E - DSN - L1-JD-MODU-OFS-004 - JOB DESCRIPTION DECK FOREMAN CRANE OPERATOR

VEDLEGG NR 01G - DSN - L1-JD-MODU-OFS-008 - JOB DESCRIPTION ROUSTABOUT

VEDLEGG NR 02B - DSN - L4-MODU-DSN-C-PR-109N - SIKKER BRUK AV LØFTEINNRETNINGER

VEDLEGG NR 02C - DSN - L4-MODU-DSN-C-PR-128N - LØFTEOPERASJONER OM BORD DSN

VEDLEGG NR 02D - DSN - L4-MODU-DSN-C-PR-131N - MATERIALHÅNTERINGSPLAN

VEDLEGG NR 02E - DSN - L4-MODU-DSN-C-PR-133N - ROLLER OG ANSVAR UNDER LØFTEOPERASJONER DSN

VEDLEGG NR 02F - DSN - L4-MODU-DSN-C-WI-170N - SPERREPLAN

VEDLEGG NR 03A - DSN - L4-MODU-DSN-C-PR-108N - DSN RIGG SPESIFIKT

VEDLEGG C NORSOK R-00

VEDLEGG NR 04A - DSN - DSN DECK CREW COMPETENCE -

VEDLEGG NR 04B - DSN - CV - [REDACTED] MO

VEDLEGG NR 04C - DSN - CV - [REDACTED] DEEPS

VEDLEGG NR 04E - DSN - CV - [REDACTED] DEEPS

VEDLEGG NR 04F - DSN - CV - [REDACTED] DEEPSEA N

VEDLEGG NR 05A - DSN - 3745-MM-RD-101-001 - MATERI

Granskingsrapport - Njord A - Fallende gjenstander etter kollisjon mellom offshorekran og boretårn

DSN - Deepsea Nordkapp - Ekstra dokumenter knyttet til granskingen - Havtil epost datert 16.10.2025 - Tilsvaer - Versjon 2 - dato 24.10.2025 - Docs-2691187

DSN - Deepsea Nordkapp - Tilleggsdokumenter knyttet til granskingen - Havtil epost datert 21.10.2025 - Tilsvaer - Versjon 1 - dato 24.10.2025 - Docs-2692359

DSN - Deepsea Nordkapp - Ekstra dokumenter knyttet til granskningen - Havtil epost datert 16.10.2025 - Tilsvar - Versjon 2 - dato 24.10.2025 - Docs-2691187.pdf

DSN - Deepsea Nordkapp - Tilleggsdokumenter knyttet
Oversendelsesmelding

VEDLEGG NR 01A - DSN - [REDACTED] KURSBEVIS

VEDLEGG NR 01B - DSN - [REDACTED] - KOMPETANSEBEVIS

VEDLEGG NR 01C - DSN - [REDACTED] RIGGERKOM

VEDLEGG NR 01D - DSN - 12797 - SLINGER CERTIFICATE

VEDLEGG NR 01E - DSN - CV 221025 ODFJELL DRILLING

VEDLEGG NR 02 - DSN - KURSBEVIS PNI SENSOR G5 ROY

VEDLEGG NR 03A - DSN - L4-MODU-DSN-D-PR-302N - MOTTAG NYTT PERSONELL

VEDLEGG NR 03B - DSN - GODKJENNING FRA OIM - INNLEIE IP

VEDLEGG NR 04 - DSN - DFU19 AKUTT MEDISINSK TILFELLE

VEDLEGG NR 07A - DSN - SYNERGI NUMMER 240776 - KRAN OG LØFT TEKNISK
VERIFIKASJON

VEDLEGG NR 07B - DSN - 2651697 - DSN TECHINCAL VERIFICATION DRILLING
EQUIPMENT

VEDLEGG NR 08 - DSN - SYNERGISAKER KNYTTET TIL KRAN OG LØFT HENDELSER

VEDLEGG NR 10A - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-014 - PERMIT TO WORK

VEDLEGG NR 10B - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-047 - SIKKERHETSSTANDARD

VEDLEGG NR 10C - DSN - L1-CORP-HSE-PR-004N - OBSERVASJONSKORT

VEDLEGG NR 01 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-024N - INTERN

RADIOKOMMUNIKASJON - REV. 5 - DATO 02.02.2024 - DOCS-2692257.PDF

DSN - Deepsea Nordkapp - Ekstra dokumenter

VEDLEGG NR 01 - DSN - DEBRIEF ETTER PERSONSKADE IFM personskade i
løfteoperasjon

VEDLEGG NR 02 - DSN - TIDSLINJE - DOCS-2691653

VEDLEGG NR 03 - DSN - AUDIT AND VERIFICATION PLAN

VEDLEGG NR 04 - DSN - L2-NO-TO-PR-001N - KRAV TIL DOKUMENTERT
OPPLÆRING AV OPERATØR

VEDLEGG NR 05 - DSN - OVERSIKT OVER MØTER OMBORD for å håndtere risiko og
arbeidsoppgaver

VEDLEGG NR 06 - DSN - BILDER FRÅ SB KRAN TIL SKADESTED

VEDLEGG NR 07 - DSN - DDR 08.10.25 - DOCS-2691658

VEDLEGG NR 08 - DSN - DDR 09.10.25 - DOCS-2691659

VEDLEGG NR 09 - DSN - KRANBOK FOR PRAKTISK OPPLÆRING PNI

VEDLEGG NR 10 - DSN - DSN DECK LOAD PLAN - DOCS-26

VEDLEGG NR 11 - DSN - L4-MODU-DSN-E-MA-101N - BEREDSKAPSPLAN DSN

VEDLEGG NR 12 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-006N - OFFSHORE HANDOVER

VEDLEGG NR 13 - DSN - L4-MODU-DSN-D-PR-116N - DSN ARBEIDSTILLTELSE
RUTINER OMRÅDE- OG SYSTEMANSVARLIG

VEDLEGG NR 14 - DSN - L1-JD-MODU-OFS-003 - MARINE SECTION LEADER

VEDLEGG NR 15 - DSN - L1-JD-MODU-OFS-026 - DRILLING SECTION LEADER

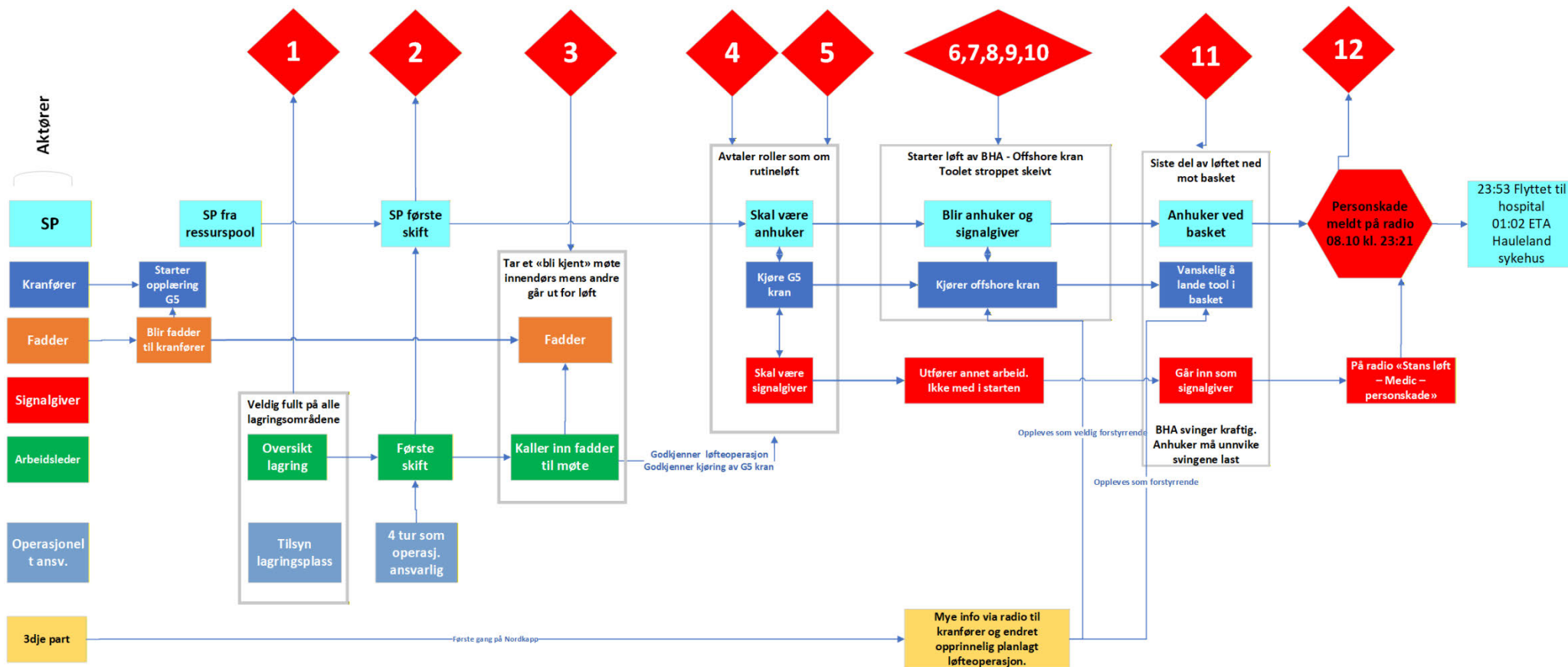
VEDLEGG NR 16 - DSN - KVALIFIKASJONSKRAV OPERASJONELT ANSVARLIG
VEDLEGG NR 17 - DSN - L1-JD-MODU-OFS-001 - OFFSHORE INSTALLATION
MANAGER
VEDLEGG NR 19 - DSN - L3-MODU-NO-TO-PR-012N - SIKKER BRUK AV
LØFTEUTSTYR
VEDLEGG NR 20 - DSN - L1-JD-MODU-OFS-021 - TOOLPUSHER
VEDLEGG NR 21 - DSN - KVALIFIKASJONSKRAV TIL IP
VEDLEGG NR 22 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-014N - ARBEIDSTILLATELSE
VEDLEGG NR 23 - DSN - L3-MODU-ALL-QU-PR-008 - INSPECTIONS
VEDLEGG NR 02 - DSN - L4-MODU-DSN-D-PR-302N -
MOTTAKINTRODUKSJONSIKKERHETRUNDE MED NYTT PERSONELL
VEDLEGG NR 03 - DSN - DAGLIG HANDOVER MARINE - Daglig Handover Marine
VEDLEGG NR 04 - DSN - DAGLIG MARINE HO 08.10.25 - Daglig Handover
DSN - Deepsea Nordkapp - Tilleggsdokumenter knyttet til granskingen - Havtil epost
datert 17.10.2025 - Tilsvar - Versjon 1 - dato 18.10.2025 - Docs-2691646
VEDLEGG NR 01 - DSN - POB 08.10.2025 - DOCS-2691648
VEDLEGG NR 02 - DSN - MRIL-TOOL TEGNING - DOCS-2691647
Film som viser hendelsen
VEDLEGG NR 09 - DSN - 6X PTW ASSESSMENTS - PERMIT
VEDLEGG NR 10A - DSN - DFU 19 CREW 1 AND 2 06_08_23
VEDLEGG NR 10B - DSN - UTKLIPP - TRENINGSMATRISSE D
VEDLEGG NR 10C - DSN - DFU 19 CREW 3 AND 4 20_08_23
VEDLEGG NR 10D - DSN - DFU 19 CREW 5 AND 6 27_07_23
VEDLEGG NR 11 - DSN - L4-MODU-DSN-E-MA-101-01 - ALARMINSTRUKS
VEDLEGG NR 14A - DSN - FORBEDRINGSFORSLAG - LAGERDEKK
VEDLEGG NR 14B - DSN - FORBEDRINGSFORSLAG - BESKYTTELSE
VEDLEGG NR 15A - DSN - DEEPSEA NORDKAPP COMPETENCIES
VEDLEGG NR 15B - DSN - TRAINING REQUIREMENTS - DOC
DSN - Deepsea Nordkapp - Tilleggsdokumenter knytte til granskingen - Havtil epost
datert 29.10.2025
VEDLEGG NR 01 - DSN - L3-MODU-ALL-TO-PR-042 - LIFTING EQUIPMENT
OPERATIONS
VEDLEGG NR 02 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-006 - APPENDIX 1
VEDLEGG NR 03 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-006 - APPENDIX 2
VEDLEGG NR 05A - DSN - HANDOVER DRILLING 07_10_2025
VEDLEGG NR 05B - DSN - HANDOVER DRILLING 07_10_2025
VEDLEGG NR 05C - DSN - HANDOVER DRILLING 08_10_2025
VEDLEGG NR 05D - DSN - HANDOVER DRILLING 08_10_2025
VEDLEGG NR 07 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-038 - SELF-VERIFICATION
VEDLEGG NR 08A - DSN - L3-MODU-ALL-QU-PR-008 APPENDIX 1
VEDLEGG NR 08B - DSN - QHSE VERIFICATION - MANAGEMENT
VEDLEGG NR 08C - DSN - L3-MODU-ALL-QU-PR-008 APPENDIX 1
VEDLEGG NR 08D - DSN - L3-MODU-ALL-QU-PR-008 APPENDIX 1

VEDLEGG NR 08E - DSN - L3-MODU-ALL-QU-PR-008 APPENDIX 1
 VEDLEGG NR 08F - DSN - L3-MODU-ALL-QU-PR-008 APPENDIX 1
 DSN - Deepsea Nordkapp - Avklaring om krav til kompetanse for dekkoperatører og operasjonelt ansvarlig - Havtil epost datert 04.11.2025 - Tilsvar - Versjon 1 - dato 10
 DSN - Deepsea Nordkapp - Tilleggsdokumenter Informasjon ifm med gransking DSN - Havtil epost datert 07.11.2025
 VEDLEGG NR 01 - DSN - L1-CORP-QU-PR-011 - AUDITING
 VEDLEGG NR 02 - DSN - 234010 - ISM INTERNAL AUDIT
 VEDLEGG NR 03 - DSN - 234304 - MASTERS REVIEW 2024
 VEDLEGG NR 04 - DSN - 228722 - MASTERS REVIEW 2023
 VEDLEGG NR 05 - DSN - 240874 - EMERGENCY PREPAREDNESS AUDIT REPORT
 VEDLEGG NR 06 - DSN - 240757 - ISM INTERNAL AUDIT
 VEDLEGG NR 07 - DSN - 234012 - EMERGENCY PREPAREDNESS AUDIT REPORT
 VEDLEGG NR 08 - DSN - L3-MODU-ALL-QU-PR-002 - MASTER REVIEW
 VEDLEGG NR 09 - DSN - L1-CORP-009-028 - QHSSE AVDE
 VEDLEGG NR 10 - DSN - SAFETY PERFORMANCE COACHING
 VEDLEGG NR 11 - DSN - VERIFICATION OF EFECTIVENESS
 VEDLEGG NR 12 - DSN - CONTENT SAFETY PERFORMANCE D
 VEDLEGG NR 13 - SAFETY PERFORMANCE DAY 2 - AGENDA
 VEDLEGG NR 14 - DSN - AUDIT AND VERIFICATION PLAN
 VEDLEGG NR 15 - DSN - L1-CORP-QU-GL-031 - VERIFICATION OF EFFECTIVENESS OF ACTIONS
 VEDLEGG NR 02 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-005N - OFFSHORE HMS MØTER - REV. 10 - DATO 16.08.2024 - DOCS-2695994
 VEDLEGG NR 01 - DSN - STATUS KOMPETANSE [REDACTED] PR 071125 - DOCS-2695983
 Odfjell Drilling - Investigation Report L2 - Deepsea Nordkapp - Personnel injury - Person struck by BHA during crane lift - Date of incident 08.10.2025 - Synergi 244762
 VEDLEGG NR 02 - DSN - MASTERS REVIEW 2024 - SYNERGI UTSKRIFT - DOCS-2700103
 DSN - Deepsea Nordkapp - Tilleggsdokumenter knyttet til granskingen - Havtil epost datert 24.11.2025 - Tilsvar - Versjon 1 - dato 28.11.2025 - Docs-2699291
 VEDLEGG NR 01 - DSN - MASTERS REVIEW 2023 - SYNERGI UTSKRIFT - DOCS-2700104
 VEDLEGG NR 01 - DSN - L3-MODU-ALL-HSE-PR-007 - OFFSHORE LEADERSHIP - REV.NO. 6 - DATE 16.07.2024 - DOCS-2703373
 DSN - Deepsea Nordkapp - Tilleggsdokumenter knyttet til granskingen - Havtil epost datert 12.12.2025 - Tilsvar - Versjon 1 - dato 17.12.2025 - Docs-2703349

14.2 Oversikt over intervjuet personell: Intervjuliste

Unntatt offentligheten

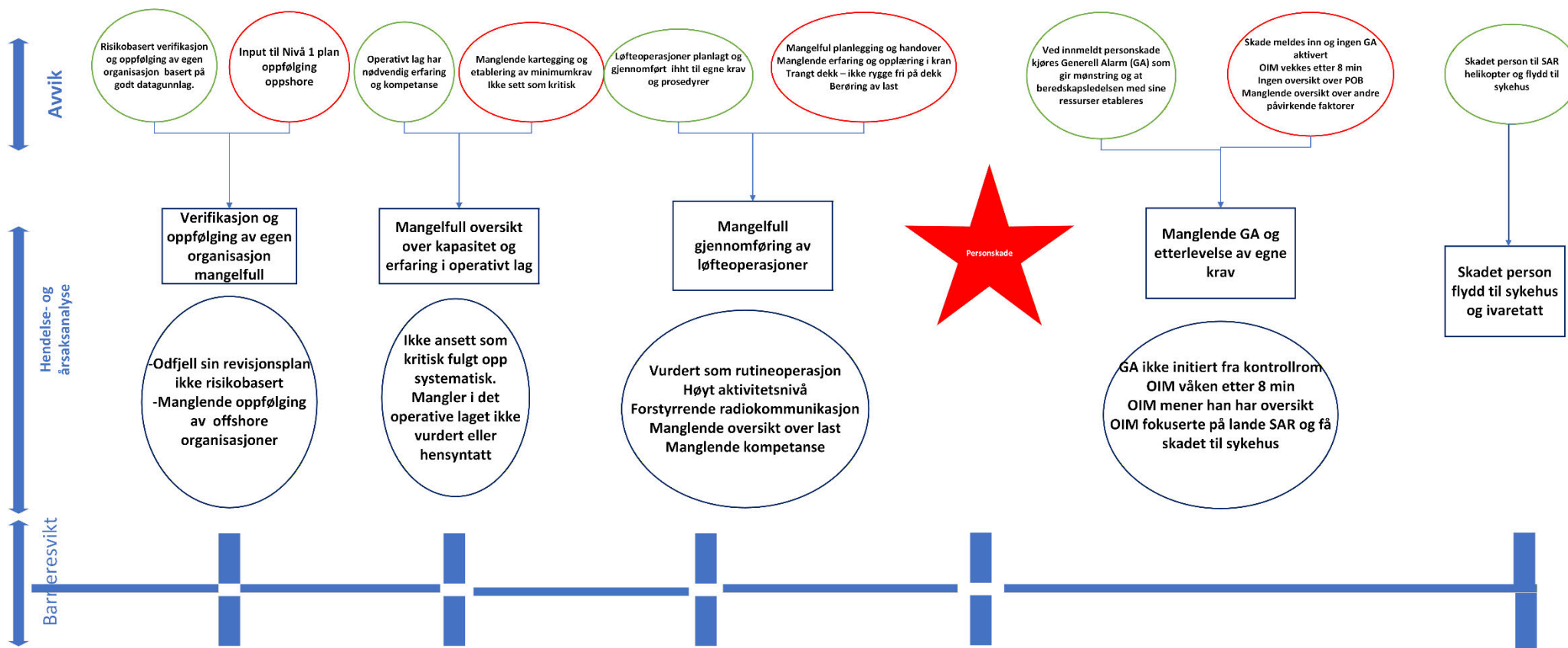
14.3 STEP oversikt over hendelsesforløp frem til personskade



1. Trange dekk meldt som bekymring fra dekk og kran
2. Flere nye i sikkerhetskritiske oppgaver
3. Fadder og dekkformann på møte under løfteoperasjon
4. Mangler ved planlegging av løft. Ikke del av handover.
5. Kranfører under oppløring for G5 offshore kran
6. Finner ikke tilhørende spesialbasket

7. Flere endringer gjennom løfteoperasjonen og «Støy» på radiosambandet
8. Fadder eller formann deltar ikke i operasjon
9. Ingen stans av arbeid ved farlige situasjon
10. Endret rollefordeling ifm med løfteoperasjonen
11. Anhuker (IP) under last og uten ryggen fri
12. Ingen GA aktivert

Figur 5 Forenklet versjon av STEP diagrammet som viser hovedelementene i vår gransking



Figur 6 Forenklet MTO analyse av de viktigste elementene som førte til hendelsen og frem til hendelsen hvor barrieren med SAR fungerte.