MARITIME FEEDBACK

CHIRP MARITIME

Issue 61
December 2020

An independent and confidential reporting system for the maritime industry

SUBMIT A REPORT

CHIRP always protects the identity of our reporters. We only keep personal details for as long as we need to

ONLINE

Reports can be submitted easily through our encrypted online form www.chirpmaritime.org/submit-a-report/

BY EMAIL

You can send us a report by emailing *CHIRP* direct, we will always protect your identity – reports@chirp.co.uk

BRITANNIA P&I
TRUSTED SINCE 1855

Kami ay lubos na nagpapasalamat sa The Britannia Steam Ship Insurance Association Ltd sa kanilang suporta sa pagsasalin ng Maritime FEEDBACK sa wikang Filipino.

The *CHIRP* editorial

A Culture of Adjustment

Capt. Jeff Parfitt
Director (Maritime)

Kamakailan ay naglathala ang World Maritime University ng malaking imbestigasyon na pinamagatang, *A Culture of Adjustment: Pagsusuri ng implementasyon ng kasalukuyang maritime regulatory framework sa panahon ng pagpapahinga at pagtratrabaho*. Ang ganitong klase ng hard-hitting report ay kinakailangang mabasa sa buong maritime industries, na sinulat ng mga marino, abogado at social scientists. Nagpasimula ang mga awtor sa pamamagitan ng pagtatanong kung ang kasalukuyang regulasyon ay epektibong makakaiwas sa pagkapagod, anu-ano ang mga hadlang sa epektibong implementasyon ng regulasyon sa pagsampa sa barko, at kung mayroong epektibong lebel ng pagsunod? Nakakakalungkot na halata naman ang kanilang mga natuklasan. Nagpapakita ito na talamak ang mga malpractice, ang mga regulasyon at sa pagbabantay ay parehong hindi epektibo, at ang kanilang lebel ng paglalagay ng tao ay hindi sapat. Nagtawag sila ng isang layunin at research-based na paraan upang madetermina ang pinakamababang manning level sa hinaharap.

Kabilang sa kanilang mga napag-alaman ay ang ISM code na hindi naaabot ang pangunahing layunin nito. Marami sa mga crew ang takot na magsalita sa pangambang baka mawalan sila ng trabaho. Pinunto din ng ulat na ito na hindi tugma ang two-watch system sa barko sa kinakailangang oras ng pahinga. Hinihikayat nito ang mga marino na gumamit ng kasalukuyang reporting procedure sa pagsumbong sa alinmang paglabag at malpractice. Nabanggit na mayroon silang pangamba sa pagkabiktima. Ang mga marino ay dapat iulat ang alinmang framework na nagpapahintulot na magkaroon ng kompidensyal at proteksyon gaya ng *CHIRP* Maritime. Kami ay nalulugod na ang ganitong ulat ay nakakapagbigay kumpiyansa sa amin, at makakatiyak ang mga mambabasa na anomang kanilang ipasa sa CHIRP ay ita-trato ng may mahigpit na kompidensya.

Ang ulat na ito ay nagpapatuloy upang imungkahi ang ilang potensyal na solusyon sa mga problema. Bagama't walang kasiguruhan na ang mga indibidwal na mga kumpaya, flag states o administrasyon ay gagawa ng aksyon upang mapagaan ang sitwasyon dahil anumang pagdagdag sa tauhan ay maglalagay na kawalan sa kanilang mga kakumpitensya. Nanininiwala kami na ito ay nangangailangan ng sama-samang aksyon pang-internasyunal upang mapabuti ang mga bagay. Umasa tayo na ang napakagaling na pagaaral na ito ay magkakaroon ng sobrang publisidad upang mapansin. Ang nasabing ulat ay maaaring madownload gamit ang link na ito: https://commons.wmu.se/lib_reports/66/

Samantala, mayroon kaming iba't iba at interesanteng seleksyon ng mga ulat sa edisyong ito. Nagpasimula kmi sa isa nanamang kaso ng watchkeeper na na-distract sa isang kritikal na panahon. Mayroon din mooring problem sa tanker na magpapaalala sa marami nating mga marino. Ang leisure sector ay itinampok patungkol sa water ingress sa isang superyacht na muntik ng maging nakapipinsala. Ito ay sinundan ng isa pang halimbawa ng mga taong nagtratrabaho sa bandang palabas ng barko sa bandang taas na hindi man lamang nagkaroon ng PPE at ang nakagugulat na kuwento tungkol sa runaway jet ski na maaari din mauwi sa pinsala. Nabalitaan din namin ang tungkol sa tug na kung saan ang brake sa towing winch ay depektibo sa loob ng ilang panahon at kung paanong ang tanker ay nagkaroon ng aksidente dulot ng hindi wastong valve alignment.

Ang aming Pilots Corner ay napapalooban ng ulat tungkol sa sirang pilot ladder, isang barko na kung saan ang pilot ladder ay hindi tinanggap at isa pang kaso na kung saan dahilan sa disenyo ng barko, naging imposible para sa isang piloto na sumampa ng ligtas. Panghuli, naglathala kami ng dalawang bagay sa correspondence patungkol sa mga naunang ulat. Ang isa ay nagbibigay ng malinaw na paliwanag ng wastong pag-adjust sa windlass brake, at ang isa naman ay nagbibigay diin sa potensyal na problema sa overweight rescue boats.

Sana ay maging interesante at kapaki-pakinabang ang edisyong ito. Hanggang sa muli, manatiling ligtas!

Distraction results in allision

Outline: Ang pagka-distract ay maaaring magdulot ng seryoso at nakakamatay na kahihinatnan

Ayon sa Taga-ulat

Nakatanggap ang *CHIRP* ng ulat patungkol sa allision ng isang barko sa isang offshore wind turbine tower. Sinubukan naming kumuha ng paliwanag at makakuha pa ng impormasyon, subalit tumanggi ang taga-ulat na makisali pa. Gayunpaman, habang nagkakaroon kami ng sariling imbestigasyon, ang mga pangunahing detalye ng allision ay nakita na sa pampublikong domain.

Figure 1 – The Consequence of distraction.
(Photograph taken from the Flag State Administration Final Report – vessel name obscured)

Ang sangkot na barko ay isang service vessel na kabahagi sa paglipat ng isang tauhan sa pagitan ng shore base at wind turbine sa isang offshore na lokasyon. Ang natatanging detalyeng mayroon ay may breach na naganap at ang bow ay nagdanas ng water ingress, at ang tatlong tao sa barko ay nagtamo ng sugat habang may allisyon. Ang napinsalang barko ay hinatid sa port ng isa pang offshore lifeboat.

Karagdagang Diyalogo

Sinubukan ng *CHIRP* na kontakin ang DPA at mga manager ng barko, subalit hindi ito tumugon. Napag-alaman namin na, matapos ang isang imbestigasyon, ang flag state administration ay naglathala ng ulat patungkol sa insidente. Kinontak ng *CHIRP* ang flag state administration na malugod naman pumapayag na ipalaganap ang ulat sa mas nakararaming taong may kinalaman sa paglalayag.

Mula sa Final Report

Ang service vessel ay natapos ang gawain nito sa araw na iyon at ni-release upang bumalik sa port sa gabi; ngunit habang naglalakbay patungo sa wind farm na may bilis na humigit-kumulang na 20 knots, ito ay bumangga sa tower. Sa buod ng mga pangyayari, napansin sa huling ulat na "ang pangunahing dahilan kung bakit walang maayos na bantay ay dahilan sa Master, na siyang may pamamahala ng barko, ay na-distract sa kaniyang pangunahing tungkulin".

Ang ulat ay naglalaman ng mga larawang kuha sa CCTV wheelhouse na nagpapakita na ang kapitan ay nakatingin sa kaniyang kanan at pababa bago maganap ang pagsalpok sa papalapit na tower.

Maaaring makita ang buong ulat sa https://cdn.ports.je/web/2020-04-23-Njord-Forseti-Incident-report-FINAL.pdf

Komento ng *CHIRP*

Wala namang nagtakda na magkaroon ng aksidente, o wala namang nagplano na ma-distract. Sa okasyong ito, nangyari na ang Master na may kontrol sa barko ay na-distract, subalit kahit sino ay puwede namang ma-distract at magdanas ng kaparehas na pangyayari, o mas malala pa.

Ang pagka-distract ay maaaring sa iba't ibang anyo, mula sa panandalian hanggang sa patuloy na pangmatagalang distractions. Ito ay partikular na totoo kung ikokonsidera ang kasalukuyang COVID-19 pandemic na kung saan ang mga marino ay ino-obligang magtrabaho ng mas mahabang oras kaysa sa normal na may posibilidad na walang kapalitan doon.

Ang mga moderno, open bridges, ay may maraming panggagalingan ng potensyal na distraction, kagaya ng tawag mula sa loob at labas ng barko, maraming mga alarma – ECDIS, AIS, GMDSS, IAS (integrated alarm system), fire alarm control panel, ballast control system, CCTV systems at e-mail systems; kaya naman hindi kagulat-gulat kung maging ang mga watch officer ay nadi-distract.

May ilang kumpanya na tinalaga ang ilang lugar sa dagat na may mataas na traffic density o maraming obstructions o kagaya nito bilang Red Waters salungat sa lugar na open seas o may normal na traffic density. Ang ikalawa ay may normal na lebel ng pagsisikap. Samantalang ang nauna ay nangangailangan ng mas maigting na lebel ng atensyon at konsentrasyon. Ito ay nangangailangan din ng dagdag na tao sa tulay at nakatalagang tao o dalawa pang watchkeepers. Kung hindi ito imposible, kinakailangang tanungin kung may isyu ba sa paglalagay ng tao?

Sa katunayan, sa bawat barko ay mayroong standing order sa mga tauhan ng bridge at engine room at ang mga orders na iyon ay kadalasang kinapapalooban ng instruksiyon na tawagin ang Kapitan o ang C/E kung kinakailangan, at kung may pag-aalinlangan ay gumamit ng karagdagang tauhan. Gayunpaman, kung ang Kapitan o ang C/E ang nagbabantay, sino ang kanilang tatawagin para sa back-up?

Mooring incident on an LPG tanker

Outline: Ang taga-ulat ay nagpadala ng detalye ukol sa naganap na insidente sa barkong kanyang sinampahan, isang katamtamang laki na LPG Tanker na may dalawang taon pa lamang, na nagdulot ng mga katanungan tungkol sa mooring arrangements.

Ayon sa Taga-Ulat

Ang barko ay nakadaong sa gilid habang may loading operations, kasama ng deck watchman na nakatayo at minomonitor ang posisyon ng barko. Ang OOW ay nasa cargo control room. Iniulat ng watchman na ang barko ay gumalaw ng ilang metro palabas ng berth at kasabay nito ay napansin ng OOW na lumakas ang hangin ng 20 hanggang 30 kts. Tinawag ng OOW ang mga crew upang mag-antabay. Ang mga loading arms ay hindi nadiskonek, subalit lahat ng mga crew kabilang ang C/O ay nasa deck habang ang master ay nasa bridge. Humina ang hangin at nag-utos ang master sa mga tauhan na gumamit ng mooring ropes upang madala ang barko pabalik sa tabi – na siya namang ginawa. Walang nasugatan, walang pinsalang natamo sa barko o sa terminal equipment at wala ding polusyon na nangyari.

Nagkaroon ng imbestigasyon sa barko, na tinukoy ang mga sumusunod:

- Ang berth na pinagdaungan ay higit na naka-exposed kaysa sa ibang nasa port;
- Ang barko ay mayroong gamit na malambot na klase ng mooring ropes habang ang ibang katulad ng barko ay mayroong gamit na mooring wires.
- Ang haba ng barko at ang posisyon ng fairlead ay hindi akma para sa quayside bollards.
- Ang barko ay may Panama fairleads na hindi akma para sa malambot na linya.
- Ang mga mooring rope sa barko ay kombinasyon ng split drums at loose ropes na kung saan lumiliko sa mga bitt.

Tinukoy din ng taga-ulat ang iba pang katulad na insidente

na nangyari sa dalawang magkasunod na okasyon sa magkaibang paglalayag.

Figure 2 – Example of a typical modern mooring arrangement (Not the vessel in the report)

Karagdagang Diyalogo

Ang excursion limit na pinapayagan ng loading arms ay hindi natukoy ng taga-ulat at, habang ang pagpapahinto ng loading ang tila isang matalinong paraan ng pag-iingat, hindi ito pinahinto sa utos ng kapitan.

Ang taga-ulat ay may 11 taon nang naglalayag ng gas carriers at ang kasalukuyang barko na kaniyang sinampahan ang kauna-unahang gumagamit ng soft rope moorings, at habang ang mga roller pedestal ay akma upang mapabuti ang lead ng iba pang lubid; ang lahat ng fairleads ay panama chocks.

Ang sakop ng mooring ropes ay nominal na nasa 60-65m para sa springs (split drum), 25m para sa breast lines (turned up) at 50-60m para sa head at stern lines (split drums).

Ang resulta ng imbestigasyon sa barko ay naipadala na sa kumpanya, ngunit ang taga-ulat ay hindi pa alam ang anumang feedback.

Komento ng *CHIRP*

Karamihan ng modernong barko ay gawa sa Panama fairleads (chocks) na mainam kung ginagamit kasama ng mooring wires; ngunit nakakasama ito sa soft mooring lines kung ikukumpara sa roller box fairleads. Kagaya nito, ang iba pang mga modernong barko ay nakadisenyo at ginawa upang mag-moor gamit ng tila di makatotohanang mooring systems. Ang mga port at terminal sa buong mundo ay patuloy ang demand para sa karagdagang mooring lines na kung saan nakakapagbigay hamon sa mooring arrangements – ito ay maaaring maging ill-designed o ill-equipped upang makasunod sa demand nito.

Ang ulat na ito ay nagbibigay diin sa maraming human element issues at pagkakataong matuto na hindi bababa sa indibidwal na walang karanasan, pagkapamilyar sa barko at SMS procedures. Dagdag pa dito, ang Mooring Equipment Guideline 4 na nilathala ng OCIMF ay nagbibigay ng napakahalagang gabay sa lahat ng uri ng mooring systems at usage.

Flooding of a superyacht

Outline: Isang ulat patungkol sa pagbaha na maaaring makapagdulot ng kalunos-lunos na pangyayari.

Ayon sa Taga-ulat

Isang malaking yate (100m+) ay itinaas ang angkla at nagpasimulang maglayag sa intensyon na makakumpleto ng isang 2 oras na paglalayag patungo sa isa pang pantalan. Maganda ang lagay ng panahon at kalmado ang dagat. Humigit kumulang na 10 minuto pagkaraang masimulang maglayag, isang alarm sa elevator ang natanggap sa engine control room (ECR). Pinadala ng Chief Engineer ang ETO upang mag-imbestiga. Pagkaraan ng isang minuto, tumawag ang ETO sa ECR upang iulat ang napakadaming tubig na bumababa sa hagdanan at sa labas ng mga elevator shaft door. *Mabilis na natukoy na ang port side, lower deck at shell door ay hindi nakasara. Tinawag ang bridge at hiniling na pahintuin ang barko. Ang shell door ay isinara.*

Binaha ng tubig ang dalawang deck mula sa hagdanan at sa elevator shaft. Sa ilalim na deck, ang tubig na nakolekta sa tank top at nasa pagitan ng nakasaradong mga watertight door. Ang insidente ay narespondehan at naaksyunan kaagad, subalit maaari iba ang naging pangyayari dito.

Sanhi: Ang barko ay may maraming shell door sa lower deck (sa may waterline) at sa main deck (normal freeboard deck). Ilan dito ay bukas habang naka-angkla at ito ay dapat naisara bago maglayag. Ang pre-departure checklist ng bridge ay nangangailangan na ang lahat ng shell doors ay nai-tsek na nakasarado. Ang checklist ay nakumpleto, ngunit hindi ang dapat gawin. Ang mga shell door ay madaling makita mula sa port at starboard bridge wings. Nakamonitor din sila sa CCTV at ng mimic monitoring panel sa bridge na nagpapakita ng kalagayan ng openings. Wala man lamang dito ang nasuri ng bridge team bago maglayag.

Konklusyon: Mayroong iba't ibang paraan para masiyasat ang lagay ng mga shell door; subalit, ang bridge team ay tila hindi pamilyar sa mga ito o naging kampante sa paggamit dito. Ang SMS pre-departure checklist ay nakalamina (wipe-clean laminate) na may ilang serye ng boxes na maaaring tsekan; pero hindi ito napirmahan bilang kumpleto. Ang checklist ay nakumpleto sa pamamagitan ng pag tsek sa mga box na hindi man lang naberipika kung nagawa talaga nila ang dapat gawin.

Karagdagang Diyalogo

Kinausap ng *CHIRP* ang taga-ulat na kinumpirma na isang bagong pre-departure checklist, na nangangailangan ng isang ECR staff upang masuri kung ang mga hull door ay nakasarado, ay nai-draft at ipinasa para maaprubahan bago siya umalis ng barko. Igiinit din niya na sa kaniyang 20 taon ng paglalayag sa dagat, hindi pa siya nakakita ng ganitong katulad na insidente. Tila karamihan sa mga crew sa barko ay hindi pa narinig ang sakuna sa *Herald of Free Enterprise*.

Komento ng *CHIRP*

Sa laki ng halaga na pera na ginugol para magawa itong barkong ito, mahirap maintindihan kung bakit ang mimic monitoring system na nakakabit sa bridge ay hindi na-duplicate sa ECR. Gayunpaman, ang consensus ng mga miyembro ng aming Maritime Advisory Board ay ang mga indibidwal ay kinakailangang maging responsable at managot sa kanilang aksyon o sa kakulangan ng aksyon dito. Sa barkong ito, ang bridge officers ay may malinaw na tungkulin na masinop na gawin ang pre-departure checks; mayroong checklist na kailangang sundin, mayroong maraming paraan upang mamonitor at makumpirma na ang mga shell door ay talagang nakasarado; gayunman, bigo padin silang gawin ito. Ang pagkabigo bang gawin ito ay dulot ng kawalan ng kakayahan, kakulangan sa safety culture, pagkakampante o kapabayaan? Siguradong mayroong kakulangan sa pag-iingat.

Superyacht – crew working outboard without PPE

Outline: Sinasabi na ng pamagat ang lahat, subalit dahilan sa patuloy na nakakatanggap ang *CHIRP* ng ganitong klase ng ulat patungkol sa paksang ito, naniniwala kaming matuwid lang na patuloy na mai-publish ang mga ito.

Ayon sa Taga-ulat

Habang nagsasagawa ng board crew fire training, napansin sa naka-berth na yate na may dalawang crew na nagtratrabaho

sa may outboard (port) side ng yate, mas mataas sa waterline at wala man lamang suot o angkop na gamit bilang protective safety equipment. Habang isa sa dalawang crew members (aft sa nasa larawan) ay maaaring mayroong harness na nakadikit sa rail sa taas ng kanilang ulo, subalit ang isa (fwd sa nasa larawan) ay siguradong wala at nakahawak lamang sa kaniyang kaliwang kamay. Sinuman ay tila walang suot na life jackets.

Marami ng naging insidente sa loob ng superyacht industry. Ito na halos ang 'norm' na sa malawak na bilang ng mga yate, para sa mga crew na magtrabaho sa itaas ng bangka o outboard ay wala man lamang suot na kahit na pinaka-basic na safety equipment. Sa katunayan, sa loob ng dalawang minuto na namataan ang insidenteng ito, isa nanamang barko na naka-berth malapit ay may naglalakad sa taas ng deck hard canopy sa palo (mast) nito na wala man lamang harness o lifejacket. Sa kasamaang palad, sa kabila ng dumaraming bilang ng pagkamatay, ang insidente na ito ay patuloy na mangyayari kung walang maging aksyon na gagawin ang mga chief officer, captain, management o flag states. Tila baga na "napakahirap" na magsuot ng harness o lifejacket, o ang taga-disenyo o taga-gawa ng barko ay makagawa ng paraan upang maidikit ng mga crew ang kanilang sarili sa partikular na nakadisenyong bakal. Marahil, sa paningin ng mga may-ari ay hindi ito kaakit-akit o maganda tignan.

Karagdagang Diyalogo

Kinausap ng *CHIRP* ang taga-ulat habang wala pang dagdag na impormasyon patungkol sa partikular na insidente dito, nagkaroon ng malawak na usapan patungkol sa kahirapang makipagugnayan sa yacht at superyacht sector. Minungkahi ng taga-ulat na kontakin ng *CHIRP* ang PYA (Professional Yachting Association) upang maitaguyod ang pakikipagugnayan sa kanila. Nakakalungkot lang, sinubukan ng *CHIRP* gawin ito, subalit tumanggi ang PYA na makisali.

Komento ng *CHIRP*

Bakit kailangang ilagay ng mga crew ang kanilang saril sa kapahamakang tulad nito? Bakit hindi tinitigil ng mga kapitan at chief officers ang ganitong pag-uugali? Bakit pinapayagan ng mga managers at owners ang ganitong klase ng pag-ugali sa kanilang yate – siguradong mayroong duty of care na tumitingin sa kaligtasan at kapakanan ng kanilang empleyado?

Figure 3 – Isa pang halimbawa ng mahinang safety culture sa superyacht sector.

Defective winch brake on tug

Outline: Nag-ulat ang Kapitan ng natuklasang nakakabahala habang papalapit sa berth.

Ayon sa Taga-ulat

Papalapit ang aming barko sa isang regular na binibisitang port na kung saan mayroon kaming isang piloto at dalawang tugs sa pag-maniobra kapag dumadaong sa isang cargo basin na may makitid na entrance channel. Ang aming barko ay papalapit sa mas mababa sa 2kts lagpas sa isang ferry pontoon, nang isang piloto ay nag-utos ng 25% power mula sa tug sa naka-secure na aft upang mapahinto ang barko. Ang tug master ay tumawag pabalik sa piloto na ang forward winch brake ng kaniyang tug ay hindi nagho-holding. Nakarinig kami ng malakas na tunog ng kalabog mula sa aft tug at nakikita na ang winch ay nag-rerender sa tow line. Ang aming barko ay hindi bumabagal, at ang piloto ay nag-utos sa main engine na mag 'slow astern'. Habang ang aft tug ay hindi pa nahihila, iniutos ko sa telegraph na mag 'full astern' at inabisuhan ko ang piloto sa aking naging aksyon. Kinilala niya ito, at ang aking barko ay huminto na malapit sa berth bago ito pumunta sa tabi. Matapos na maigilid, ang piloto ay nakipagusap sa tug master na nagsabing alam ng kumpanya ang tungkol sa isyu at umaasa ito na ang maisaayos agad ng kumpanya ang problema.

Para sa akin, wala namang problema dahil ang aking barko ay hindi naman nagtamo ng anuman pinsala. Subalit sa sumunod na pagkakataon na dumating ako sa port na ito, matapos ang ilang linggo, ginamit namin ang kaparehas na tug ng aking ship bow. Tinanong ko ang piloto kung ang winch ng tug ay naiayos at napagusapan namin ang nakaraang pagpunta dito. Sabi ng piloto ay magiging mahinahon siya sa pag-utos sa tug at hindi siya hihingi ng masyadong malaking towing power. Tinanong ko kung posible bang hindi gamitin ang tug na ito at tatawagan ko ang local agent na kumuha ng isa pang tug. Sinabi ng piloto na hindi ito posible dahil mayroon lamang dalawang tug sa istasyon. Nakadaong naman kami ng ligtas. Habang nasa tabing puwesto kami ay kinausap ko ang tug master at ang chief engineer. Humingi ng dispensa ang tug captain at sinabi ng kumpanya sa akin na maayos ang lagay ng winch at ipapakumpuni ito sa mga susunod na araw. Nabanggit ng tug captain na hinigpitan na niya ang winch brake mula sa limit nito at may 50% na power.

Karagdagang Diyalogo

Kinausap ng *CHIRP* ang taga-ulat at kinontak din ang opisina ng Harbour Master upang makumpirma ang pangalan ng barko at port arrival date, at napatunayan naman.

Sumulat ang *CHIRP* sa ISM managers para sa tug; sumagot ang fleet manager at nagbigay ng detalye patungkol sa ulat. Kasunod ng kanilang internal na imbestigasyon, pinayuhan ang *CHIRP* na "Ang tug ay nagsagawa ng intermediate dry-docking sa loob ng 5 araw at sa loob ng panahon na ito ay ang nakaplanong maintenance ang isinagawa, kabilang na ang pag-overhaul sa winch at pagpapalit ng brake bands".

Komento ng *CHIRP*

Kung ang piloto sa barko at ang mabilis ang unahan at aft ng tug, saan maaaring magkamali? Maging handa sa alinmang kaganapan at maging positibo ang reaksyon sa anumang hindi inaasahang pangyayari, pero palaging abisuhan ang piloto.

Ang mga piloto sa port na ito ay halatang alam naman ang sitwasyon tungkol sa may sirang winch ng tug. Ang pag-switch ng tug para ang suspect tug ay nasa passive end ay nagkaroon ng katuturan. Gayunpaman, ito ba ay isang pormal na arrangement at mayroon bang risk assessment na isinagawa? Ang naging malinaw na solusyon ay ang alisin ang ginagamit na tug upang maiwasto ang isyu sa winch brake, subalit lalabas na mayroong lack of redundancy. Kung nagsagawa ng isang pormal na risk assessment, nabigong makita ng *CHIRP* kung papaanong ang pagbabawas sa towing capability ay maiiwasan. Ito ba ay isang kaso ng komersyal na konsiderasyon na nagpawalang-halaga sa kaligtasan at common sense?

Sa isang banda, ito dapat ay nabigyang diin – ang CHIRP ay paminsang nag-uulat ng pagkabigo ng kapitan ng barko na magbigay ng buong pagsisiwalat habang mayroong Master / Pilot information exchange, habang papasakay ng barko. Ngunit ito ay isang two-way street at ang mga piloto ay obligadong

abisuhan ang kapitan sa lahat ng mahahalagang bagay na maaaring makaapekto sa isang matagumpay na pilotage.

Sa huli, ang pakikipag-ugnayan ng tug management sa *CHIRP* at ang kanilang huling update sa winch ng tug ay kinilala at tinanggap.

Un-manned jet ski

Outline: Ulat na nagtatampok ng kumpletong kawalan ng respeto sa tubig na maaaring humantong sa isang trahedya.

Ayon sa Taga-Ulat:

Sa humigit-kumulang sa oras na 16:15, ang aking kaibigan at ako ay nag-angkla ng isang RIB sa tabing dagat. Nilapitan ako ng isang lalaking naka-wetsuit na humingi ng tulong dahil nawala ang kanyang jet ski. Napansin namin pagkatapos ang isang walang tao na jet ski (humigit-kumulang na 3 knots) sa may 100m ng pampang. Gamit ang aming RIB, nakapunta kami patungo sa walang taong jet ski. Pansamantala ay isa pang jet ski ang humarang sa walang taong jet ski. Napansin namin na ang nakitang jet ski ay kinuha ng isang hindi kilalang tao mula sa tubig na mukhang pagod at walang suot na wetsuit o life preserver.

Ang may-ari ng jet ski ay sumigaw sa kabila at tinanong kung nasaan ang ibang nakasakay sa jet ski. Dahilan sa urgency sa sitwasyon, tinanong ko siya upang kumpirmahin kung meron pang ibang nawawala. Sa pagtanggap ng kumpirmasyon, umalis kami upang hanapin ang nawawala pa at mabilis na nahanap ang pangalawang indibidwal at nakuha namin siya. Habang hinihila sakay ng RIB ay maliwanag na ang indibidwal na ito ay labis na pagkapagod, walang suot na kagamitan at lasing. Pinasalamatan niya kami sa "pagligtas ng kanyang buhay". Bumalik kami sa rescue craft at sinabi sa amin ng may-ari ng walang taong jet ski na ang mga kaibigan ng kanyang kapatid ay buong araw na naglasing at nanguha ng jet ski na walang pahintulot. Malinaw na hindi nila isinuot ang kill cord at nahulog sa jet ski, kaya ito ay nagpatuloy na walang tao.

Ang parehong nakuhang mga tao ay inilipat sa lokal na beach lifeguard station sa pamamagitan ng rescue jet ski. Pagbalik ko sa aking orihinal na lokasyon napansin ko ang isang lifeboat rescue craft na ang mga tauhan ay nagkumpirma na naghahanap sila ng isang jet ski at dalawang tao sa tubig. Sinabi ko ang mga nabanggit na impormasyon at pinayuhan sila na makipag-ugnayan sa beach lifeguard station upang kumpirmahin na ang mga nadisgrasya ay ligtas at maayos.

Karagdagang Diyalogo:

Nakipag-ugnayan ang *CHIRP* sa taga-ulat na nagsabing siya ay isang off-duty na Coastguard SAR pilot, kaya pala pamilyar siya sa mga lifeboat procedures. Sinabi din ng taga-ulat na, "Ito ay isang eye opener na makasama sa insidente tulad nito, at masaksihan ang mga isyu at pagkalito na maaaring mabilis na mangyari sa dagat".

Komento ng *CHIRP*

Ang ulat na ito ay naglalaman ng maraming learning points ngunit ang nasa pinakamataas sa listahan ay ang katotohanan na ang alkohol at tubig ay hindi puwedeng maghalo. Kung ang simpleng katotohanang iyon ay hindi naiintindihan, ang lahat ay magiging malabo. Tulad ng:

- Palaging magsuot ang engine kill cord
- Palaging magsuot ng PFD (buoyancy aid)
- Palaging magsuot ng angkop na damit - kapag nasa labas ng tropics, kahit na sa summer, angkop ang isang magaan na wet suit.

Ang mga jet ski ay nakakatuwa at abot-kaya sa maraming tao, at habang ang karamihan sa mga nagmamay-ari ng jet ski ay responsable at maingat, etong partikular na mode ng water sports ay nakaakit ng hooligan element. Yung mga tao na, sa pamamagitan ng kamangmangan o pag-uugali, ay hindi iniisip ang kaligtasan o kasiyahan ng ibang mga tao na gumagamit ng tubig, at iniisip na ang patnubay, alituntunin at regulasyon, na naroroon para sa kaligtasan ng lahat, ay hindi para sa kanila, ngunit tila inaasahan pa rin ang iba na tulungan sila kapag nagka problema naman sila.

Maraming mga organisasyon ang nagsusumikap upang turuan at hikayatin ang jet ski at iba pang mga gumagamit ng water sports na tangkilikin ang kanilang isport nang responsable at ligtas. Ang mga proactive na video ay ginawa at ang mga bagong signage ay binuo upang gabayan at turuan. Gayunpaman, ang mga jet ski at iba pang personal na watercraft ay nakakalusot sa mga regulasyon, at ang mga gaps na ito ay kailangang isara upang ang mga sinadya at paulit-ulit na exhibitions ng hooligan-type behaviour ay maaaring kasuhan.

Incorrect valve alignment

Outline: Ang sariwang pares ng mga mata ay nakatukoy ng insidenteng naghihintay na mangyari sa isang chemical/ oil product tanker

Ayon sa Taga-ulat

Ang barko ay may orders para sa maraming loading ports, at sa bawat port ay may iba't ibang mga parcels ng kargo ang ilo-load. Ang cargo loading plan ay ginawa at ipinadala sa iba't ibang mga partido para sa maaprubahan (kasama ang office ashore) at sinang-ayunan ng lahat. Ang disenyo ng barko ay nagbibigay ng dalawang opsyon, upang makakolekta ng langis / kargo sa oras na magkaroon ng pagtagas sa deck.

- In the port slop tank (aft)
- In bulk (1m^3) spill drums (stb'd side midships)

Bago dumating sa unang loading port, nakapila ang spill collection sa port slop tank. Sa unang loading port ang barko ay nag-load ng isang parcel ng fish oil sa isang grupo ng mga tanke, kasama na ang port slop tank.

Pagdating sa ikalawang port, upang mai-load ang isang parcel ng ethanol, ang spill collection arrangements ay naiwan na naka-line up para magkolekta ng anumang cargo spillage sa port slop tank. Ang isang naantalang crew change ay naganap din sa ikalawang loading port.

Matapos ang crew change, habang nagha-handover, tinandaan ng bagong Kapitan ang arrangement at kaagad na pinabago ito upang makolekta ang anumang cargo spillage sa spill drums.

Karagdagang Diyalogo:

Nakipag-ugnayan ang *CHIRP* sa taga-ulat at habang walang pang maidaragdag na impormasyon sa unang ulat, isinasaalang-alang ng reporter na ang pinahabang biyahe na pinagtatrabahuhan ng mga crew (8-9 buwan) sa panahon ng COVID-19 pandemic ay contributary factor sa human error.

Komento ng *CHIRP*

Ito ay isang simpleng ulat tungkol sa human factors incident kung saan may nagawang pagkakamali. Ang tanong ay bakit nagkamali ang mga taong iyon?

99% ng oras, ang mga taong kasangkot ay hindi magagawa ang ganoong simpleng pagkakamali, ngunit sa bihirang pagkakataon na nakagawa ng pagkakamali (dahil nangyayari ang mga pagkakamali) ang mga normal na check and balance na isinasama sa routine operation na ito ay makatutukoy at makakapagwasto nito. Gayunpaman, sa pagkakataong ito ang mga checks and balances ay nabigo na matukoy ang pagkakamali at sa gayon ang mga butas sa hypothetical swiss cheese ay nakahanay at naghintay para sa panghuling butas (a spillage of cargo) ang nakasunod, na magpapahintulot sa near miss upang malaktawan ang incident stage at naging aksidente.

Ang pagkapagod at pagka-distract ba ang nagdulot, o nagpalal, ng pinalawig na mga oras ng duty dahil sa COVID-19? Posibleng ito ay isang contributary factor na humantong sa human error. Ang mga procedures, instructions at operational checklists na patungkol sa paggamit ng slop tank upang magdala ng karga ay dapat suriin, sapagkat ang simpleng pagkakamali ay mabilis na mangyari.

PILOTS CORNER

A lucky escape, consequences, and design issues

May tatlong ulat na naglalarawan ng iba't ibang aspeto ng kasalukuyang problema

Outline (1): Isang ulat na natanggap na nagdedetalye sa isang masuwerteng pagkaligtas

Ayon sa taga-ulat

Ang barko ay walang angkop na pamalit na hagdan.

Habang nakasakay sa barko sa pilot exchange station, ang isa sa mga lubid sa gilid ay napatid. Walang ibang magagamit na pilot ladder.

Karagdagang diyalogo:

Sa kabutihang palad, ang piloto ay nakaakyat pa lamang ng dalawang hakbang nang mapatid ang lubid sa gilid, at nagawa pa niyang tumalon pabalik sa pilot boat na hindi nagtatamo ng anumang pinsala.

Matapos talakayin ang isyu kasama ang disembarking pilot, napagkasunduan na ang barko ay magtutungo sa mga locks na nakasakay ang sea pilot at ang exchange pilot ay sasali sa mga locks sa pamamagitan ng gangway. Naiulat din na ang barko ay kamakailan lamang ay dinala sa fleet ng mga tagapamahala nito.

Iniayos ng lokal na ahente ang isang bagong pilot ladder upang maihatid sa daluyan bago maglayag.

Nakipag-ugnayan ang *CHIRP* sa DPA na nagpayo ng mga sumusunod:

Ang kumpanya ay mayroon ng maintenance routines patungkol sa pilot ladders, ngunit dahil sa aksidenteng nangyari, ang mga pamamaraan ay nabago at nadagdagan upang isama ang buwanang pagsusuri kung saan ang bigat ng maraming mga crew ay dinagdag sa hagdan sa ligtas na paraan, habang ang hagdanan ay 'suspended down' sa harapan ng wheelhouse.

Isang bagong pilot ladder ay nakaayos na para sa barko, ngunit sa kasamaang palad ay nalampasan ng barko ng ilang araw nang maglayag ito mula sa home port sa pinakahuling paglalayag nito. Ang bagong pilot ladder ay naghihintay sa home port nito pagkabalik ng barko.

Dagdag pa dito, ang impormasyon tungkol sa insidenteng ito ay ipinaalam sa lahat ng mga barko at tauhan ng kumpanya. Ang kumpanya ay hindi nasiyahan sa paggamit ng manila ropes sa mga pilot ladder dahil sa kalidad nito at ilang mga kahinaan, gaya ng mahirap makita. Sinimulan nila ang isang replacement program sa pag-gamit ng mas kalidad na lubid.

Komento ng *CHIRP*

Nagtanong ang *CHIRP* tungkol sa alternatibong lubid na gagamitin bilang kapalit ng manila rope at humiling ng mga detalye ng produkto at mga manufacturers ngunit wala nang karagdagang ulat mula sa DPA.

Ang pakikipag-ugnayan ng kumpanya sa *CHIRP* ay nakakapanghikayat at ang kanilang tugon ay komprehensibo ngunit marahil kailangan nilang tingnan ng mas mabuti ang pamamaraan kapag ang isang bagong barko ay dadalhin sa kanilang fleet upang matiyak na ang kasalukuyang mga kagamitan sa barko ay nararapat at akma sa kaniyang layunin.

Totoong masuwerte ang taga-ulat, gayon din ang sea pilot na sumakay sa barko ng mas maaga sa gabi gamit ang parehong pilot ladder.

Outline (2): Mayroong kahihinatnan ang hindi pagsunod

Ayon sa Taga-ulat

Maraming mga barko sa angkorahe na naghihintay na makapag-berth. Ang unang barko na makapag-berth ay inatasan na ihanda ang makina nito at i-rig ang isang pilot ladder. Habang papalapit ang pilot boat ay malinaw na ang mga pilot ladder steps ay hindi naka-lebel at sa kadahilanang iyon ay tinanggihan ito. Sa kahilingan, ang barko ay naghanda ng alternatibong hagdan ngunit kapag ang pilot boat ay nasa tabi ng mga whippings, sa bawat hakbang ito ay napakaluwag - posible na gawin ang bawat hakbang na halos patayo sa pamamagitan ng kamay. Tumanggi ang pilot na sumakay at ang pilotage ay tumanggi rin hanggang wala pang bagong pilot ladder na makuha at maihatid sa barko na naka-angkla. Ang susunod na barko sa angkorahe ay pinahanda ang makina atbp, at ang piloto ay sumakay sa barkong ito imbes sa nauna.

▲ Figure 6 – Second ladder rejected due to very loose whippings

◀ Figure 5 – First ladder rejected due to uneven steps

Karagdagang diyalogo:

Nakipag-ugnayan ang *CHIRP* sa taga-ulat upang magtanong ukol sa kinahinatnan ng ulat na ito at napag-alaman na ang ahente ng barko ay nakakuha ng isang bagong pilot ladder at naihatid ito sa barko kinabukasan. Sa kasamaang palad, dahil ang port ay may nag-iisa lamang na berth kung saan maaaring maikarga ng barko ang mga kargamento nito, nalugi ito ng 3 araw dahil sa paghihintay ng kahalili na barko upang makumpleto ang loading at mabakante ang berth.

Komento ng *CHIRP*

Hindi namin alam kung anong charter rate ang nasa barko ngunit sigurado kami na ang tatlong araw na pagkawala ng upa ay mas malaki kaysa sa gastos ng isang bagong pilot ladder.

Outline (3): Hindi sumusunod sa disenyo. Ang sumusunod na ulat ay natanggap mula sa area manager ng isang national pilotage authority.

Ayon sa Taga-ulat

Nabasa ko ang inyong publikasyon tungkol sa mga pilot ladder failing at humihingi ako sa inyo ng payo. Mayroon kaming maraming mga barko sa aming lugar na ginawa sa paraang hindi angkop para umakyat sa pamamagitan ng pilot ladder. Karamihan

sa kanila ay mayroong railings (rubbing strake) na walang agwat upang maging ligtas ang pag-access sa pilot boat. Ang rubbing strake ay madidiin at masisira ang pilot boat sa mga panahong mahangin at ma-alon ang dagat. Sa ilang mga kaso, ang rehas (rubbing strake) ay napakalapad na nagdudulot sa pilot ladder na malayang umugoy sa ilalim nito kapag naka-rig sa itaas ng rehas.

Itinakda ng SOLAS na ang pilot ladder ay dapat na nakalatag laban sa gilid ng barko, ngunit nahihirapan kaming maghanap ng mga patakaran para sa mga railings (rubbing strakes) na walang mga puwang. Mayroon ka bang kapaki-pakinabang na impormasyon tungkol sa bagay na ito?

Figure 7 – Mga halimbawa ng ship side features na nagpapakita na hindi sumusunod ang barko ayon sa disenyo

Karagdagang diyalogo:

Binigyang diin ng *CHIRP* ang mga magkaugnay na seksyon ng SOLAS Chapter V Regulation 23 (section 3) at *IMO Res 1045(27)* sa reporter. Sa kasamaang palad, tulad ng napakaraming mga regulasyon ng SOLAS at IMO kapwa itong nagsasaad ng mga talamak na get-out clause na kung saan ang panuntunan ay hindi nalalapat kung ito ay itinuturing na hindi praktikal ng 'administrasyon' o ang pagbibigay ng isang alternatibong arrangement ay itinuturing na katanggap-tanggap sa 'administrasyon'.

Komento ng *CHIRP*

Upang ulitin ang dating mantra na "kung ang pilot boarding arrangement ay hindi sumusunod, ito ay hindi ligtas" at ang anumang hindi ligtas ay mapanganib, ang mga piloto ay may karapatang tumanggi na gumamit sa isang mapanganib na PBA. Ang hindi maiiwasang mga pagkaantala at gastos bunsod ng naturang mga pagtanggi ay nakatawag pansin sa mga operator at may-ari ng mga barkong ito upang malutas ang problema.

Ang mga patakaran at regulasyon ng SOLAS at IMO ay tungkol sa kaligtasan, ang kaligtasan ng mga barko at ng mga marino na gumagamit, naninirahan, at nagtatrabaho sa mga ito. Ang mga naval architech at flag administrators ay dapat na tumugon at lutasin ang mga natukoy na problema sa disenyo at yugto ng pagbuo ng isang barko at huwag samantalahin ang mga clause sa regulasyon na inilaan para sa di-pangkaraniwang pangyayari.

Ang mga larawan sa itaas ay kapwa nagpapakita kung ano ang mga ferry na may low pilot access doors. Maaaring baguhin ang isang pilot boat na may isa o dalawang nakataas na platform na magpapakita sa piloto sa antas ng access door o sa itaas ng nakahahadlang na rubbing strake. Ang benepisyo nito ay makokontrol ng pilot authority ang isyu sa halip na subukang maimpluwensyahan ang maraming operator ng barko na baguhin ang kanilang mga barko. Sa huli, ang kaligtasan ng mga piloto ang pangunahing inaalala.

CORRESPONDENCE RECEIVED

Regarding – Incorrect windlass brake band adjustment

Sa maraming barko na napaglayagan ko, may mga kaparehas kami na sitwasyon – hinihigpitan ng bosun ang mga bolt at ang mga chief officers at masters ay hindi nagbibigay atensyon sa problema. Ngunit ang kahihinatnan ng maling adjustment na ito ay ang pagbagal ng speed ng winch, damage sa brake liner, pagluwag ng mga lubid at angkla, posibleng pagkapinsala sa mga crew, hydraulic oil spills at pagkasira ng barko. Ang mga sumusunod na investigation report ay ginawa ng dating kumpanyang pinagtratrabahuhan ko:

Matapos ang windlass brake failure ay sinundan ito ng pagkawala ng starboard anchor at lahat ng 12 shackles ng chain aboard sa isang barko ng kumpanya. Kinuha ang oportunidad na magkaroon ng puspusang imbestigasyon sa posibleng dahilan ng pagkasira sa pamamagitan ng pagsisiyasat sa starboard windlass at braking mechanism sakay sa isa pang barko ng kumpanya.

Dahil sa mahigpit na pagkakatali ng starboard anchor at kadena gamit ang guillotine bar at wire rope stopper, ang bigat ay naalis sa windlass brake. Ang brake band adjusting bottle screw at fixing plates nito ay inalis sa engine room workshop kung saan ang threads ay lubusang nilinis at nilangisan.

Sa pag re-fit ng fixing plate at bottle screw, ito ay ginawa sa pinakamababang adjustment na may humigit kumulang na 5 threads na ipinasok sa magkabilang dulo ng screw. Ang brake ay nilapat ng buo gamit ang lakas ng dalawang able seamen. Gamit ang drive clutch, madaling napaandar ng hydraulic motor ang windlass gypsy wheel at wala man lang naging braking effect.

Ang dahilan ng kalayaan sa paggalaw ay dahil sa ang crosshead, na nakalagay sa gitna ng brake application shaft at ng brake tensioning plates, ay may kontak sa windlass foundation, gaya ng nakikita sa larawan sa ibaba:

Figure 8 – Hindi Wastong Brake Adjustment

Figure 9 – Wastong Brake Adjustment

Ang bottle screw ay hinigpitan sa tamang setting nito, halimbawa, hinayaan ang gypsy na umikot ng malaya sa brake 'off' position, subalit ang 'fully on' position ng hydraulic motor ng brake ay hindi nakakapag-ikot ng gypsy. Ang clearance sa pagitan ng crosshead plates at ng pundasyon ng brake na nilagay ay nasa rehiyon ng 30-35 mm.

Figure 10 – Brake 'Fully On'

Figure 11 – Bottle Screw Adjustment

Ang port at starboard foundations ay parehong nagpapakita ng palatandaan na may kontak sa crosshead plates. Samakatuwid, tila 'di ito hindi pangkaraniwan, sa ganitong klase ng windlass, na magkaroon ng brake tension na hindi wasto ang pagkakaayos.

Konklusyon: Ang pagkawala ng starboard anchor sa sister ship ay marahil sa hindi wastong brake adjustment.

Corrective Action: Bilang agarang epekto, lahat ng may kaparehas na klase nito ay tatanggalin at lilinisin ang internal at external threads ng bottle screw arrangements, upang masiguro na bago tanggalin ang mga angkla ay siguradong ligtas na gamitin ang lashing wire at compression bar. Pinasok ulit ang bottle screw at ang brakes ay inayos upang makapagbigay ng 30-35 mm clearance sa pagitan ng foundation at ng crosshead plates habang ang brake ay naka 'Fully On'. Upang masubukan ang holding ability ng mga brake, kailangang i-engage ang drive shaft clutch, habang naka- 'Fully On" ang brake at subukang paikutin ang drum sa isang chain sa pababang direksyon gamit ang hydraulic motor, kinakailangang walang maging paggalaw sa gypsy wheel kaugnay ng preno.

Bago ang bawat anchoring operation, responsibilidad ng deck officer na namumuno sa forecastle deck na gamitin ng lubos ang brake at i-report sa master na mayroon ng angkop na 30 – 35 mm gap, katulad ng naunang inilarawan. (Kailangang gumawa ang engine department ng two-ended feeler gauge, ang isang dulo ay may 35mm na kapal, ang isa naman ay may 30mm na kapal. Ang gauge na ito ay kailangang itabi ng bosun na siyang magsusukat ng gap sa presensya ng nabanggit na deck officer.

Training: Lahat ng empleyadong kaugnay sa anchoring operation at maintenance ng anchoring equipment ay kailangang maisanay ng Chief Engineer at ng Chief Officer sa wastong pamamaraan bago payagang magpaandar or gumawa ng alinmang trabaho sa equipment. Ang senior personnel ay kailangang idagdag ito sa kanilang handover notes at magbigay ng tagubilin sa kanilang kapalitan.

Regarding – Overweight rescue boats

Maraming taon na ang nakalipas, nagbabasa ako ng isang balita patungkol sa rescue boat na nahiwalay ang fall wire at nahulog sa dock habang nagkakaroon ng practice drill dahil sa sobrang timbang bunsod ng tubig na pumapasok sa buoyancy spaces - isang tao ang nasawi at dalawa ang malubhang nasugatan.

Sumunod na araw, tinignan ko ang aming sariling rescue boat, laking gulat ko na matuklasang ang mga takip ng ilang mga openings ay sira, at nakita naming may mga tubig sa loob.

- Tinigil namin ang lahat ng drills sa rescue boat, habang naghihintay ng tagubilin sa opisina.
- Hindi namin nagawang tignan ang bigat ng rescue boat sa barko dahil wala kaming wastong load cell. Dapat kasama ito sa dry dock job list.
- Sakay ng mga bagong deliver na mga barko, ang mga opening na ito ay dapat puno ng silicon at nakasara gamit ang plastic plug.

Sinubukan naming alisin ang tubig sa loob ng dalawang araw, subalit patuloy itong bumabalik, kaya binilinan kami ng kumpanya na itaob ito sa loob ng isang linggo upang patuluin ang tubig na nasa loob ng foam sa compartments, na naging matagumpay naman. Binalik namin ang bangka sa tamang posisyon at gumamit ng silicone upang matakpan ang mga openings bago i-fit ito sa bagong plastic caps.

Komento ng *CHIRP*

Ang balitang nabanggit sa sulat na ito ay tinukoy sa MAIB report bilang fatal accident on board the car carrier Tombarra noong 2011. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/547c71c1ed915d4c0d000149/SB1-11.pdf

Habang kinikilala namin na ang ulat na ito ay makasaysayan, ang paksang ito ay napapanahon pa din hanggang ngayon. Habang ito ay ipinahayag sa nakakaraming flag states sa isang panahon, maraming mga barko sa mundo at isang buong henerasyon ng mga marino ang hindi pa batid ang insidente, ang ulat o natitirang mga panganib.

We are grateful to the sponsors of the *CHIRP* Maritime programme. They are:

The Corporation of Trinity House

TT Club Mutual Insurance Ltd

The TK Foundation

Lloyd's Register Foundation

The Britannia Steam Ship Insurance Association Ltd

The UK P&I Club

Witherbys

Seafarer's Trust

Seafarers UK

CHIRP MARITIME
One Kingdom Street, Paddington Central, London W2 6BD, UK
www.chirpmaritime.org | reports@chirp.co.uk | +44 (0) 1252 378947

Design:
Phil McAllister Design Ltd.

DISCLAIMER: laging tandaan na ang lahat ng mga ulat na isinumite sa chirp ay tinanggap dahil sa mabuting konsiderasyon. Habang ang bawat pagsisikap ay ginawa upang matiyak na magiging tama ang anumang editoryal, pagsusuri at mga komento na inilathala sa feedback, mangyaring tandaan na ang chirp ay walang executive authority. Kung mayroon mang hindi wasto o angkop na salita na ginamit sa publikasyon na ito ay dapat sumangguni sa ingles na bersyon ng maritime feedback, bilang mapagkakatiwalaang artikulo.