

Hendelsesbeskrivelse: Gasslekkasje 2014

Hendelsen skjedde i forbindelse med klargjøring til forebyggende vedlikehold (FV) på sikkerhetsventil (PSV) til kompressor. I forbindelse med setting av ventil og blindingspakke for klargjøring av arbeidet, ble forenklet ventil- og blindingsliste utarbeidet og godkjent i henhold til styrende dokumentasjon. Klargjøringen ble utført av to operatører. I forkant diskuterte disse selve jobben og risiko forbundet med denne. De var kjent med at den ene ventilen var mot høytrykkssystem.

Under klargjøringen holdt ikke nedre ventil av DBB (double block and bleed ventil) mot kompressor tett. Det fortsatte å lekke gass ut av slangen som var koblet til avblødningspunktet. Det ble gjort forsøk på å justere ventilen for å se om man fikk den tett, uten hell. Klargjøringen ble stoppet.

Det var kjent at det har vært vanskelig å få ventilen tett tidligere under gitte betingelser. Tidligere erfaring var at det har hatt effekt å etablere differansetrykk over ventilen for å få sete/kule til å sette seg. Det ble derfor besluttet å forsøke å sjokke ventilen før andre tiltak ble vurdert.

Risiko for operasjonen videre ble diskutert. To risikoforhold ble avdekket;

- Risiko relatert til slangen for avblødning grunnet potensielt høyt trykk
- Risiko relatert til fare for gassdeteksjon i området ved avblødning av trykk

Kompenserende tiltak ble etablert ved å sikre slangen med stropper, samt blokkere automatiske aksjoner ved gassdeteksjon i området. Personell ble stasjonert i området under avblødning, alarmer ble overvåket i SKR (sentralt kontrollrom).

I forbindelse med klargjøring ble gass mellom avstengningsventiler blødd av via slange til friluft. Gassen ble tatt av vind og ført inn i luftinntak til 6.trinn turbin hvor den ble detektert. Dette medførte NAS 2.0 og GA med påfølgende mønstring.

Gaslekkasjen er beregnet til 0,2-0,3 kg/s, totalt utslipp 5 kg.

Årsaker

Utløsende årsak:

Det ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til værforholdene ved avblødning av gass til sikkert område.

Bakenforliggende årsaker:

- Mangelfull risikovurdering i forkant av aktivitetene.
- Double block and bleed ventil oppstrøms PSV til kompressor fungerte ikke i henhold til intensjon.

Læringspunkter og anbefalinger:

- Gjennomgå hendelsen og arbeidsoperasjonen på HMS- møte for alle skift hvor fokus er på utslipp til sikkert område ved avblødning av gass. Sikre erfaringsoverføring.
- Lage arbeidsordre for utbedring av DBB (double block and bleed) ventil oppstrøms PSV .
- Gjennomgå arbeidsprosess for utarbeidelse av isoleringsplaner for å sikre ønsket presisjon på alle skift.
- Sjekke utslag på gassdetektorer på innløp og utløp av kompressor ved bruk av testgass.