

BULLETIN

HAVARIKOMMISJONEN FOR SIVIL LUFTFART (HSL)

Postboks 165, 1330 OSLO LUFTHAVN

Telefon: 67 12 23 19 - 67 59 36 55

BUL 37/96

Telefax: 67 12 53 33

Avgitt: 20. november 1996

Luffartøy

-type og reg.: Aerospatiale (Eurocopter) AS 365N2 Dauphin 2, LN-OMN

-fabr. år: 1991

-motor: Turbomeca Arriel 1C2 (2)

Dato og tidspunkt: 5. juli 1996 kl. 1830

Hendelsessted: Oljeplattformen Tor på Ekofiskfeltet

Type hendelse: Luftfartshendelse, restriksjon av stigespaken (Collective lever) under landing

Type flyging: Erversmessig, shuttle-flyging på Ekofiskfeltet

Værforhold: Gode

Flygeforhold: VMC

Reiseplan: Ingen

Antall ombord: 10

Personskader: Ingen

Skader på luftfartøy: Ingen

Andre skader: Ingen

Fartøysjefen

-alder: 53 år

-sertifikat: ATPL/H

-flygererfaring: Totalt 8 988:20t, totalt på typen 771:05t, siste 30 dager 9:20t

Informasjonskilder: Fartøysjefens rapport på skjema NE-0382 (mangelfullt utfylt) og selskapets internundersøkelsesrapport

Alle tidsangivelser i denne bulletin er lokal tid (UTC + 2 timer), hvis ikke annet er angitt.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Besetningen drev "shuttle-flyging" på Ekofiskfeltet. Under landing på Tor-plattformen, og ca. 10 ft over dekket, utbrøt styrmanen, som på dette tidspunkt fløy helikopteret, "jeg kan ikke bevege stigespaken fullt opp". På dette tidspunktet holdt fartøysjefen øye med torque-indikatoren fordi han syntes at gjennomsynkingen var noe høy. Han grep umiddelbart sin stigespak og klarte å bevege den opp. Helikopteret var imidlertid nå så nær dekket at det ble i seneste laget å arrestere den noe for høye gjennomsynkingen, og landingen ble hardere enn normalt og med noe bevegelse forover. På grunn av stigespakens bevegelse

Havarikommisjonen for sivil luftfart har utarbeidet denne rapporten utelukkende i den hensikt å forbedre flysikkerheten. Formålet med undersøkelsene er å identifisere feil eller mangler som kan svekke flysikkerheten, enten de er årsaksfaktorer eller ikke, og fremme tilrådinger. Det er ikke kommisjonens oppgave å fordele skyld og ansvar. Bruk av denne rapporten til annet enn forebyggende flysikkerhetsarbeid bør unngås.

fikk motorene høyere torque og helikopteret ble igjen "lettere" på understellet før den endelige settingen på dekket.

Etter landingen oppdaget fartøysjefen at et Pinto-board (skriveplate), laget av aluminium, og som hadde vært plassert mellom flygerens stol og en sikringsboks, hadde falt forover og kommet i klemme mellom sikringsboksen og stigespaken. Når mer kraft ble brukt ved at også fartøysjefen trakk i sin stigespak bøyde skriveplaten seg, og ga stigespaken anledning til å beveges opp.

Passasjerene ble gitt en kort beskjed om hendelsen over PA-systemet, og etter dagens avsluttende flyging ble de gitt en mer omfattende informasjon om det som hadde skjedd.

Både på grunn av problemer med sending av fax fra oljeplattformen og utilstrekkelige rutiner ved flykontoret på Sola for mottak av meldinger, var operativ ledelse i selskapet ikke klar over hendelsen før kunden (oljeselskapet) henvendte seg til selskapet om saken 10. juli. Deretter ble det satt forgang i arbeidet med å klarlegge hendelsesforløpet.

Som en umiddelbar reaksjon på hendelsen, og i påvente av en intern undersøkelse i selskapet, sendte operativ ledelse 15. juli ut følgende internmelding til flygerne:

" Warning

Pinto boards or other loose objects shall not be stowed between the Pilot`s seat and the C/b panel at any time during flying"

HSL mottok selskapets internrapport om saken 27. september. Den grundige rapporten har avdekket flere forhold av betydning for flysikkerheten, f.eks.:

1. Det er påvist at de etablerte landingsprosedyrer og teknikker som er beskrevet i Standardization Handbook ikke alltid følges ved shuttle-flyging. Det påpekes i rapporten at hvis den foreskrevne landingsteknikken hadde vært fulgt, kunne det oppståtte problem muligens ha blitt oppdaget tidligere i landingssekvensen og gitt besetningen mer tid til evaluering av situasjonen.
2. Hvis Pinto-board`et hadde vært laget av et annet og stivere materiale, kunne det ha oppstått en meget farligere situasjon.
3. Pinto-board`et må nås av begge flygerne. Det er ikke anvist noen spesiell plass for Pinto-board`en. Den blir derfor plassert som det best passer og dette har som regel vist seg å være mellom copilots sete og pidestallen (center console). Denne posisjonen er også sikrere enn på motsatt side av pidestallen. Fartøysjefen har gitt uttrykk for at han plasserte Pinto-board`et ved siden av sitt sete i vanvare.
4. Flygerne er faglig klar over faren ved å ha løse objekter i nærheten av stigespaken, men denne faren er ikke adekvat beskrevet i treningshåndbøker og/eller flygehåndbøker.

5. På grunn av flere uheldige omstendigheter fikk operativ ledelse ikke rede på hendelsen før 5 dager etter og da pga. en forespørsel fra kunden (oljeselskapet).

HAVARIKOMMISJONENS KOMMENTARER

HSL er av den oppfatning at saken kan vurderes ut fra to forhold, nemlig

- at selskapet gjennom undersøkelsen har avdekket sikkerhetsrisiki som ellers fortsatt kunne ligge latent i organsiasjonen,
- og hvordan selskapet har behandlet saken når hendelsen først var et faktum.

Med hensyn til det første forholdet:

Selskapet har et omfattende håndboksystem. Inkludert i dette har selskapet definert et sikkerhetsprogram i Håndbok for kvalitet og Håndbok for helse, miljø og sikkerhet. Selskapet hevder at dette programmet tilfredsstillt kravet i BSL D 1-1 om etablering av et flysikkerhetsprogram. I kravet fra Luftfartsverket står bl.a. at flysikkerhetsprogrammet skal kunne identifisere risikofaktorer i forbindelse med pågående operasjoner og iverksette tiltak.

Selskapet har i sin interne rapport pekt på at det er forhold som tyder på at etablerte landingsprosedyrer og -teknikker ikke alltid blir fulgt ved "shuttle-flyging", noe som kan ha hatt en viss betydning for denne saken. Selskapet sier også at dette forholdet var kjent i selskapet før denne hendelsen og at det arbeides løpende med dette i forbindelse med standardiseringsarbeidet.

Når det gjelder forholdet med Pinto-board'et gir selskapet uttrykk for at dette ikke tidligere har vært kjent som noe problem. Det er etter HSLs mening ikke utenkelig at plassering av Pinto-board'et nær stigespaken har skjedd før, noe som etter HSLs mening må betraktes som en risiko. Dette viser at det i alle organisasjoner, også i Helikopter Service AS, hele tiden er rom for forbedringer i kvalitetsarbeidet også når det gjelder avdekking av risikofaktorer.

Med hensyn til det andre forholdet:

Når hendelsen først var et faktum og ble kjent for den operative ledelsen, synes det for HSL som om den er behandlet på en meget tilfredsstillende måte. Dette kommer til uttrykk i den interne rapporten. HSL savner imidlertid en analyse av på hvilke kvalitetstekniske områder som det eventuelt har sviktet når det gjelder de latente feilforhold som er avdekket. En slik analyse kunne eventuelt også ha avdekket kvalitetssystemets "godhet", altså om systemet er ment å skulle fange opp slike forhold, eller ikke. Kvalitetsteknisk sett er kvalitetssikring i sin natur regnet for å være "konserverende", og ikke forebyggende. Derfor er et flysikkerhetsprogram et fornuftig supplement til kvalitetssystemet.

HSL vil forøvrig bemerke at fartøysjefens rapport var mangelfullt utfylt. Ifølge selskapet yter de hjelp til den respektive flyger ved utfylling av rapporten, i dette tilfelle fant man bare grunn til å ta med de etter selskapets mening relevante opplysninger. Selskapet opplyser at de i fremtiden vil legge mer vekt på utfyllingen av skjema NE-0382.

Det er et stadig tilbakevendende problem for HSL at skjema NE-0382, Rapport om luftfartsulykke/-hendelse mottas ufullstendig utfylt. Problemet medfører at kommisjonen må bruke ekstra tid på å skaffe de opplysningene som mangler på skjemaet, hvilket er ressursløsning. Opplysningene brukes bl.a. statistisk i den nordiske databasen NORDAIDS. På generelt grunnlag anmodes det derfor om at alle som fyller ut skjemaer i henhold til BSL D 1-3 så langt det lar seg gjøre fyller ut de respektive rubrikker.

HSL tar forøvrig til orientering de konklusjoner som fremkommer i selskapets internrapport.

TILRÅDINGER

På bakgrunn av tilrådinger i selskapets internrapport og HSLs undersøkelser gis følgende tilrådinger:

1. Selskapets ledelse bør i relevante treningshåndbøker vektlegge faren ved å plassere løse gjenstander nær stigespaken (collective levers). Til tross for at faren synes å være større på helikoptertypen AS 365 (pga. cockpitkonstruksjonen) enn andre typer, må faren anses å være almen og derfor gjeldene for alle helikoptertyper i selskapet.
2. Selskapets ledelse bør revurdere den gjeldende praksis når det gjelder å stuve bort løse gjenstander i cockpit og tilgjengeligheten av lommer for slike gjenstander, og basert på dette vurdere nødvendigheten av montering av passende lommer i cockpit.
3. Selskapets ledelse bør gjennom trening og standardisering sikre at de etablerte innflygings- og landingsteknikker blir fulgt.
4. Selskapets ledelse bør vurdere prosedyrer, praksis og utdanning med hensyn til avsendelse av Air Safety Report fra ethvert sted for å sikre at viktig sikkerhetsinformasjon blir behørlig mottatt, identifisert, registrert og viderebehandlet av ansvarlig (-e) lederfunksjon (-er).