

BULLETIN

HAVARIKOMMISJONEN FOR SIVIL LUFTFART (HSL)

Postboks 165, 1330 OSLO LUFTHAVN

Telefon: 67 12 23 19 - 67 59 36 55

BUL 04/98

Telefax: 67 12 53 33

Avgitt: 15. januar 1998

Luftfartøy

-type og reg.: Bell 214B, LN-ORM

-fabr. år: 1980

-motor: Avco Lycoming T55

Dato og tidspunkt: 4. juni 1997 kl. 2030

Hendelsessted: Drangedal, Telemark

Type hendelse: Alvorlig luftfartshendelse, personskade v/løfting av brannbøtte

Type flyging: Ervervsmessig, ikke regelbundet

Værforhold: Vind: 180° 5 kt. CAVOK. Temperatur: 17°C. QNH: 1020 hPa

Flygeforhold: VMC

Reiseplan: Ingen

Antall ombord: 1

Personskader: 1 på bakken, lett (klemmeskade i foten)

Skader på luftfartøy: Ingen

Andre skader: Ingen

Fartøysjefen

-alder: 47 år

-sertifikat: CPL-H

-flygererfaring: Totalt helikopter 5 067 timer. På type 1 650 timer. Siste 30 dager 60 timer, 3 dager/24 timer/denne flyging 3:55 timer.

Landinger denne flyging 4, siste 90 dager 110. Tid siden siste søvn 12 timer

Informasjonskilder: Rapporter fra fartøysjef, selskap og skadelidne.

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

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Denne alvorlige luftfartshendelsen skjedde under en skogbrannoperasjon. Etter påfylling av drivstoff skulle brannbøtta løftes fra bakken. Mekanikeren koblet på utløsningshodet samt den elektriske kontakten, mens helikopteret stod i hover. Han ga så signal om at bøtta kunne løftes og gikk ifølge vanlig prosedyre bort til bøtta for å stabilisere den. Dette er ansett for å være nødvendig fordi bøtta har en tendens til å rulle pga. rotorvinden. Bøtta er

utstyrt med flere løftwirer. En av disse viklet seg rundt mekanikerens fot da wirene strammet seg under løftet fra bakken. Da fartøysjefen startet løftet kunne han ikke se mekanikeren i speilet fordi han var skjult bak bøtta. Da bøtta var ca. 3 meter over bakken, fikk han se at mekanikeren hang fast og fulgte med opp. Så fort og så forsiktig som mulig ble bøtta satt ned på bakken igjen. Mekanikeren fikk løsnet foten fra wiren og kom seg unna. Fartøysjefen landet og fløy så mekanikeren til Skien sykehus. Det ble påvist klemskader, men ingen brudd i foten.

HAVARIKOMMISJONENS KOMMENTARER

Etter kommisjonens mening kunne dette gått riktig galt og gjerne resultert i alvorlig skade eller dødsfall. Kommisjonen klassifiserer derfor hendelsen som en alvorlig luftfartshendelse. Hendelsen er forøvrig et utmerket eksempel på at en samkjørt og profesjonell besetning følger innarbeidet prosedyre gang på gang slik at selv en risikofylt operasjon blir rutine (complacency) - årvåkenheten senkes og det går plutselig galt. Det er derfor absolutt nødvendig å tenke godt igjennom slike operasjoner, bedømme hvordan risikomomenter kan oppstå og reise sikkerhetsbarrierer som kan forebygge og hindre hendelser av denne karakter. Ved at fartøysjefen ikke hadde oversikt over hvor mekanikeren var i den mest kritiske fasen av løfteoperasjonen, ble en sikkerhetsbarriere brutt eller den var utilstrekkelig for å avverge den uheldige utviklingen.

Selskapet har i ettertid opprettet en ny sikkerhetsbarriere ved å endre den operative prosedyren. Det kreves nå enten radiokontakt eller visuell kontakt med mekaniker/bakkemannskap før last løftes fri fra bakken. Kommisjonen tar denne løsningen til etterretning.