

BULLETTIN

Postboks 8, 2027 KJELLER

Telefon: 64 84 57 60

Telefaks: 64 84 57 70

BUL: 31/99

Avgitt: 15. oktober 1999

Luftfartøy

-type og reg.: deHavilland DHC-8-31, LN-WFO
-motorer: 2 stk. Pratt & Whitney Canada PW 123B

Radiokallsignal: WF 484

Dato og tidspunkt: 13. juni 1999, kl. 1445

Hendelsessted: I flygenivå 210, 80 NM syd for Trondheim

Type hendelse: Luftfartshendelse, tap av kabintrykk etterfulgt av bruk av oksygenmasker

Type flyging: Ervervsmessig, ruteflyging

Værforhold: Vind 260° 36 kt. På topp av skyer.

Lysforhold: Dagslys

Flygeforhold: VMC

Reiseplan: IFR

Antall om bord: 39 passasjerer, 2 flygere og 1 kabinbesetningsmedlem

Personskader: Ingen

Skader på luftfartøy: Ingen

Fartøysjefen

-kjønn: Mann

-alder: 47 år

-sertifikat: ATPL-A

-flygererfaring: 9 495 timer flygetid

Informasjonskilder: Fartøysjefens "Rapport om luftfartshendelse" (NE-0382), fartøysjefens rapport med tegning og HSLs egne undersøkelser.

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

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I marsjhøyden, flygenivå 210, og i posisjon 80 NM syd for Trondheim kom varslet om lavt kabintrykk på. Det hadde oppstått et kraftig trykkfall, og kabinhøyden steg fort til 18 000 ft. Oksygenmasker ble tatt på av flybesetningen. Hendelsen ble rapportert til LTT og besetningen mottok klarering for å gå ned til 10 000 ft, før nedstigning ble utført. Passasjerene ble informert om det inntrufne. Sjekklister for nedstigning og landing ble lest, og normal landing ble gjort på Trondheim lufthavn Værnes kl. 1508.

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.

En teknisk undersøkelse av systemet ble utført uten at det var mulig å avdekke årsaken til trykkabinproblemet.

I ettertid har fartøysjefen i samarbeid med sin flystyrmann kommet til at styrmannen, uten å ha vært oppmerksom på det, kan ha kommet bort i velgeren for "Outflow valve". Dette kan ha skjedd ved åpning av styrmannens "crewbag" eller ved bruk av "pintoboard", og på den måten kan han ha flyttet velgeren til 4–5 mm åpning. Denne velgeren er ikke sikret på noen måte, og har en plassering i cockpit som gjør at dette lett kan inntreffe.

HAVARIKOMMISJONENS KOMMENTARER

HSL anser at man har funnet en fullgod forklaring på hendelsen. Forklaringen synes å være så nærliggende at besetningen kanskje burde ha sett dette og spart selskapet for en grundig teknisk undersøkelse. Det er ukjent på hvilket tidspunkt etter hendelsen, og hvordan, velgeren for "Outflow valve" kom tilbake til den "riktige" posisjonen, rett opp (klokken tolv), som betyr at ventilposisjonen er normal (closed). Velgerens plassering i cockpit er i en ganske utsatt posisjon, og muligheten for at dette kan skje igjen må anses som stor.

TILRÅDINGER

HSL tilrår at selskapet vurderer om det vil være hensiktsmessig å sikre velgeren for "Outflow valve" på en slik måte at uønsket operasjon ikke skal forekomme.
(Tilråding nr. 20/99)