



## PAŃSTWOWA KOMISJA BADANIA WYPADKÓW LOTNICZYCH

### Informacja o zdarzeniu [raport]

Numer ewidencyjny zdarzenia:	<b>2653/15</b>			
Rodzaj zdarzenia:	<b>INCYDENT</b>			
Data zdarzenia:	<b>21 grudnia 2015 r.</b>			
Miejsce zdarzenia:	<b>lotnisko Katowice-Pyrzowice (EPKT)</b>			
Rodzaj, typ statku powietrznego:	<b>samolot A320</b>			
Dowódca SP:	<b>b/d</b>			
Liczba ofiar / rodzaj obrażeń:	<i>Śmiertelne</i>	<i>Poważne</i>	<i>Lekkie</i>	<i>Bez obrażeń</i>
				<b>b/d</b>
Nadzorujący badanie:	<b>Jacek Jaworski</b>			
Podmiot badający:	<b>komisja użytkownika (agent handlingowy)</b>			
Skład zespołu badawczego:	<b>nie wyznaczano</b>			
Zalecenia:	<b>NIE</b>			
Adresat zaleceń:	<b>NIE DOTYCZY</b>			
Data zakończenia badania:	<b>7 stycznia 2016 r.</b>			

#### Przebieg i okoliczności zdarzenia:

(1) Koordynator rejsu przygotował samolot do procedury wypychania i stał przy samolocie utrzymując łączność z kapitanem poprzez zestaw słuchawkowy. W tym momencie pod samolot podjechał holownik *Goldhofer AST 3*. Podjeżdżając, operator holownika zauważył, że koła samolotu są lekko skręcone. Uwzględniając ich położenie, kilkakrotnie korygował ustawienie holownika. Po podjechaniu do przedniej goleni, operator zauważył, że ustawił holownik w taki sposób, iż widoczne było jego „osiowe” przesunięcie w lewą stronę (3 ÷ 4 cm) od osi przedniej goleni. Mimo to uznał, że takie ustawienie nie będzie miało

wpływu na bezpieczne zapięcie goleni. W momencie kiedy przystąpił do procesu podnoszenia statku powietrznego, po kontakcie dolnej części chwytaka, na którą wprowadzane są koła samolotu, koła goleni wyprostowały się. W wyniku tego koła przesunęły się w prawą stronę samolotu, co doprowadziło do bezpośredniego kontaktu elementów chwytaka z nakrętką goleni uszkadzając ją. Po podniesieniu samolotu, operator holownika stwierdził, że położenie łap holownika względem kół statku powietrznego jest nieprawidłowe, ponieważ zauważył, że prawy element chwytaka jest przesunięty zbyt głęboko w stronę goleni. W związku z powyższym, zaniepokojony tym niestandardowym widokiem operator, wysiadł z ciągnika i poprosił koordynatora rejsu o sprawdzenie poprawności zapięcia chwytaków. Koordynator dokonał sprawdzenia, w wyniku którego zauważył, że prawa łapa holownika wystaje poza obrys koła i znajduje się zbyt blisko goleni. Dostrzegł również, że jeden z elementów systemu nożycowego goleni przedniej, znajdujący się po stronie silnika nr 1, miał kontakt z rolkami prawego chwytaka holownika. Koordynator obserwując proces zamykania łap holownika stał w pozycji skośnej w stosunku do goleni, w odległości około jednego metra od holownika, z prawej strony samolotu. Ze względu na prowadzoną korespondencję z kapitanem, w której koordynator dostał polecenie sprawdzenia dostępności drogi kołowania oraz procedurę uruchamiania silnika nr 2, nie obserwował zaciskania przedniej goleni. W tym czasie również wykonywał czynność odłączenia urządzenia zasilania lotniskowego (GPU, Ground Power Unit) od samolotu.

(2) Operator holownika posiadał aktualne szkolenia. Analiza procesu szkolenia wykazała jednak, że w okresie jego trwania operator nie wykonywał szkoleń praktycznych na holowniku uczestniczącym w zdarzeniu, czyli na holowniku *Goldhofer AST 3*. Operator holownika wyraźnie zaznaczył, że, ze względu na brak praktyki w obsłudze tego typu holownika, rozpoczynając proces podjazdu pod samolot był obciążony wyjątkowym stresem i niepewnością. Szkolenie praktyczne odbywał na holowniku *AM210*. Około 3 tygodnie przed zdarzeniem, operator odmówił wypchnięcia samolotu przy użyciu holownika *Goldhofer AST 3*, ze względu na brak doświadczenia w operowaniu tą jednostką. Osoba odpowiedzialna za proces szkolenia praktycznego przeprowadziła operatorowi ponowne szkolenie, ale tylko ograniczające się do instruktażu i zasad korzystania z pulpitu sterowniczego.

Stwierdzono, że proces szkolenia praktycznego był niewłaściwy. Operator holownika otrzymał uprawnienia na wypychanie, podczas, gdy nie odbył praktyki na wszystkich użytkowanych typach.

Ponadto stwierdzono, że operator holownika nie zastosował się do obowiązującej procedury.

(3) Koordynator rejsu posiadał aktualne szkolenia. Niemniej jednak, ze względu na nałożenie się kilku zadań w jednym czasie (rozmowa z kapitanem, obserwacja drogi kołowania, uruchamianie silnika nr 2, odpinanie i wyłączenie GPU) koordynator nie nadzorował prawidłowo procesu podpinania holownika a tym samym nie zastosował się do zapisów obowiązującej procedury.

Ponadto, koordynator rejsu stał w miejscu uniemożliwiającym właściwą obserwację podjazdu sprzętu do samolotu i zamykanie mechanizmu chwytaka.

(4) Stwierdzono, że holownik uczestniczący w zdarzeniu był sprawny technicznie i był przystosowany do obsługi samolotu typu A320.

(5) Stwierdzono, że obciążenie pracowników było w normie i nie miało wpływu na zdarzenie.

(6) Stwierdzono, że warunki pogodowe nie miały wpływu na zdarzenie.

(7) Stwierdzono, że stanowisko postojowe było niewystarczająco oświetlone.

#### **Przyczyny zdarzenia lotniczego:**

- 1) Niewłaściwy proces szkolenia praktycznego operatora holownika.
- 2) Niezastosowanie obowiązującej procedury przez operatora holownika.
- 3) Niezastosowanie obowiązującej procedury przez koordynatora rejsu.

Czynnik sprzyjający:

niewystarczające oświetlone stanowiska postojowego.

#### **Działania profilaktyczne** podjęte przez podmiot badający:

- 1) Skierowanie operatora holownika na powtórne szkolenie praktyczne, które przeprowadzone będzie na każdym użytkowanym typie holownika. Do czasu zdania egzaminu, odsunięcie operatora holownika od wypychania i holowania samolotów.
- 2) Omówienie zdarzenia z operatorami sprzętu lotniskowego i koordynatorami rejsów.
- 3) Zaproponowanie przez komisję użytkownika rozważenia zmian w procesie szkolenia i procedurach oraz weryfikacji operatorów holowników (z powodu luk w szkoleniu).

**Zalecenia Komisji dotyczące bezpieczeństwa:**

Brak.

---

Koniec

	Imię i nazwisko	Podpis
Nadzorujący badanie:	Jacek Jaworski	<i>podpis na oryginale</i>