

Warszawa, dnia 14 lutego 2017 r.

Poz. 204

**KOMUNIKAT NR 200  
PREZESA URZĘDU LOTNICTWA CYWILNEGO**

z dnia 14 lutego 2017 r.

**w sprawie zdarzenia lotniczego nr 2653/2015**

Na podstawie § 31 ust. 2 rozporządzenia Ministra Transportu z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie wypadków i incydentów lotniczych (Dz. U. Nr 35, poz. 225) w związku z zarządzeniem nr 14 Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego z dnia 14 grudnia 2006 r. w sprawie wprowadzenia klasyfikacji grup przyczynowych zdarzeń lotniczych (Dz. Urz. ULC Nr 10, poz. 43) ogłasza się, co następuje:

1. **Incydent lotniczy**, który wydarzył się w dniu 21 grudnia 2015 r. na samolocie Airbus A320, klasyfikuję do kategorii:

**"Czynnik organizacyjny"  
w grupie przyczynowej: "O2 – System szkolenia",  
"O3 – Standardy, kontrole i audyty",  
"O5 – Działanie obsługi naziemnej".**

**2. Opis okoliczności incydentu lotniczego:**

Skrócony opis zdarzenia powstał na podstawie raportu końcowego przesłanego przez Państwową Komisję Badania Wypadków Lotniczych do Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego.

Lotnisko Katowice-Pyrzowice EPKT. 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 skrócone. 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 nogi. W tym czasie również wykonywał czynność odłączenia urządzenia zasilania lotniskowego (GPU, Ground Power Unit) od samolotu. 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 tygodni 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. 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. Stwierdzono, że holownik uczestniczący w zdarzeniu był sprawny technicznie i był przystosowany do obsługi samolotu typu A320. Stwierdzono, że obciążenie pracowników było w normie i nie miało wpływu na zdarzenie. Stwierdzono, że warunki pogodowe nie miały wpływu na zdarzenie.

### **3. Przyczyna incydentu lotniczego:**

Niewłaściwy proces szkolenia praktycznego operatora holownika. Niezastosowanie obowiązującej procedury przez operatora holownika. Niezastosowanie obowiązującej procedury przez koordynatora rejsu. Stanowisko postojowe było niewystarczająco oświetlone.

### **4. Zalecenia profilaktyczne Państwowej Komisji Badania Wypadków Lotniczych dotyczące bezpieczeństwa:**

Państwowa Komisja Badania Wypadków Lotniczych po zapoznaniu się ze zgromadzonymi w trakcie badania zdarzenia materiałami nie wydała zaleceń dotyczących bezpieczeństwa.

Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego

**Piotr Samson**