



Dot. wypadku nr: 1006/14

UCHWAŁA

PAŃSTWOWEJ KOMISJI BADANIA WYPADKÓW LOTNICZYCH

Po rozpatrzeniu w dniu 25 września 2014 r., przedstawionych przez użytkownika informacji o okolicznościach zaistnienia zdarzenia lotniczego spadochronu tandem Hop 330, które wydarzyło się 6 lipca 2014 r., w Bydgoszczy, działając w oparciu o **art. 5 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 996/2010 w sprawie badania wypadków i incydentów w lotnictwie cywilnym oraz zapobiegania im oraz uchylającego dyrektywę 94/56/WE¹**, Państwowa Komisja Badania Wypadków Lotniczych przyjęła ustalenia wyżej wymienionego podmiotu i podjęła decyzję o zakończeniu badania.

Informacje/raport o zdarzeniu

Przebieg i okoliczności zdarzenia:

Skoczek (około 7300 skoków) posiadał uprawnienie TANDEM i wykonane 22 skoki tandemowe na spadochronie Sigma. W dniu zdarzenia wykonał dwa skoki przeszkalające na spadochronie tandem Hop 330 z doświadczonym skoczkiem w roli pasażera. W czasie tych dwóch skoków, zgodnie z zaleceniem bardziej doświadczonego w skokach tandemowych instruktora, wykonywał symulację wyciągania uchwytu zwalniania spadochronu hamującego (drouga). Uchwyt ten znajdował się w innym miejscu, niż w spadochronie Sigma. Skoki te zostały wykonane prawidłowo. W trzecim skoku (z pasażerem), do chwili otwarcia skok miał prawidłowy przebieg, ale bez symulacji wyciągnięcia uchwytu, tak jak w skokach przeszkalających. Próba chwycenia lewego uchwytu została podjęta dopiero na wysokości planowanego otwarcia spadochronu głównego, czyli na około 1500 m. Problem z odnalezieniem tego uchwytu mógł wynikać głównie z tego, że dolna część pokrowca, gdzie znajduje się uchwyt, mocno odstawała od skoczka. Mogło to być spowodowane niewystarczającym dociągnięciem taśm udowych uprząży skoczka. Próba znalezienia prawego uchwytu (pomocniczego) również zakończyła się niepowodzeniem, chociaż ten uchwyt był dostępny dla skoczka. Nie można wykluczyć, że było to spowodowane stresem, związanym z problemem ze znalezieniem lewego uchwytu otwierania. Otwarcie spadochronu zapasowego skoczek zainicjował na wysokości 800 – 700 m, dopiero po trzecim sygnale wysokościomierza akustycznego, ponieważ w trakcie szukania uchwytów utracił kontrolę wysokości i nie zdawał sobie sprawy, że jest tak nisko. W trakcie procesu otwierania się spadochronu zapasowego nastąpiło zadziałanie automatu MPAAD, co wskazuje, że na wysokości poniżej 560 m prędkość pionowa była większa niż 35 m/s. Po napełnieniu się spadochronu zapasowego skoczek ocenił, że ma za małą wysokość, żeby dolecieć do lotniska. Z tego względu, do lądowania wybrał polanę w lesie, która w jego ocenie najlepiej się do tego nadawała. Na małej wysokości skoczek zorientował się, że polana jest nierówna, a dodatkowo porośnięta wysoką trawą i trzciną. Ze względu na wysoką trawę i nierówny teren, a co za tym idzie utrudnioną ocenę wysokości, lądowanie było twarde, ze zmianą

¹ Dz. U. UE. L. z 2010 r., Nr 295, poz. 35

kierunku w lewo i gwałtownym wyhamowaniem po zaczepieniu o wysoką trawę. Zmiana kierunku lądowania mogła być spowodowana opuszczeniem przez pasażera lewej nogi tuż przed przyziemieniem. Podczas przyziemienia skoczek i pasażer się przewrócili. Pasażer doznał obrażeń ciała. Wezwana karetka pogotowia zabrała pasażera do szpitala gdzie udzielono mu pomocy medycznej.

Przyczyny zdarzenia lotniczego:

- 1) Prawdopodobnie niedostateczne dociągnięcie taśm udowych uprząży skoczka, co powodowało przemieszczenie się prawego uchwytu zwalniania spadochronu hamującego (tzw. drouga) i otwierania spadochronu głównego;
- 2) Niezlokalizowanie prawego, pomocniczego uchwytu zwalniania spadochronu hamującego (tzw. drouga) i otwierania spadochronu głównego, co mogło być spowodowane narastającym stresem;
- 3) Utrata kontroli wysokości podczas prób zlokalizowania uchwytów otwierania spadochronu głównego, co spowodowało zbyt niskie otwarcie spadochronu zapasowego i lądowanie poza lotniskiem;
- 4) Twarde lądowanie w nierównym, porośniętym wysoką trawą i trzcinał terenem, co miało związek z doznaniem przez pasażera obrażeń ciała.

Okolicznościami sprzyjającymi zaistnieniu zdarzenia były:

- przeszkolenie na inny system spadochronu tandemowego przy niewielkim doświadczeniu w skokach tandemowych
- niewykonanie zaleconej przez bardziej doświadczonego w skokach tandemowych instruktora symulacji wyciągania uchwytu zwalniania spadochronu hamującego (drouga) i otwierania spadochronu głównego.

Działania profilaktyczne podjęte przez organizatora skoków:

Zaistniałą sytuację omówiono ze skoczkiem. Zalecono wykonywanie symulacji otwarcia spadochronu (lokalizację uchwytów podczas swobodnego spadania), jeszcze przed planowanym otwarciem. Jest to szczególnie ważne podczas przeszkalania i zaraz po przeszkoleniu na nowy typ spadochronu, gdzie rozmieszczenie uchwytów jest inne niż w dotychczas stosowanym systemie. Zwrócono również uwagę na to, aby spadochron zapasowy otwierać maksymalnie po jednej lub dwóch nieudanych próbach odnalezienia uchwytu spadochronu głównego.

Komisja nie formułowała **zaleceń dotyczących bezpieczeństwa**.

Podpis nadzorującego badanie

podpis na oryginale