



REDEGØRELSE

HCLJ510-2011-14	Hændelse		
Luftfartøj:	MD 83	Registrering:	OY-RUE
Motorer:	2 – P & W JT8D-219	Flyvning:	Passagerflyvning, IFR
Besætning:	5 – 1 mindre tilskadekomst	Passagerer:	90 – ingen tilskadekomne
Sted:	Turkmenistan	Dato og tidspunkt:	29.9.2011 kl. 0315 UTC

Alle tidsangivelser i denne redegørelse er UTC med mindre andet er angivet.

Synopsis

Luftfartsenheden i Havarikommisionen fik meddelelse om hændelsen fra operatøren den 29.9.2011 kl. 0815. Hændelsen indtraf over Turkmenistan. Turkmenistan har ved brev overdraget undersøgelsen af hændelsen til Havarikommisionen.

Flyvningens forløb

Flyvningen hvorunder hændelsen indtraf, var en passagerflyvning fra Kabul, Afghanistan (OAKB) til København (EKCH) med planlagt mellemlanding i Trabzon, Tyrkiet (LTCG) (se bilag B).

Flyvningen havde planlagt start fra OAKB kl. 0200 (0630 lokal tid), og flyet begyndte at køre fra standpladsen kl. 0135. Flyet kom i luften kl. 0155 og steg til flyvehøjden FL310.

Kl. ca. 0315 (0715 lokal tid) befandt flyet sig i FL310 ved rapportpunktet ABDAN i Ashgabat FIR, Turkmenistan, med kurs imod rapportpunktet ABEKO. Flyvebesætningen havde aftalt at kaptajnen kunne hvile sig. Kaptajnen lænede sig tilbage og lukkede øjnene.

Uden forudgående varsel fik kaptajnen voldsomme kramper. Hans krop var spændt bagover i en bue, og fødderne blev med stor kraft sparket ned i gulvet gentagne gange. Det resulterede blandt andet i at han slog hovedet bagud ind i cockpittets paneler og derved påførte sig selv skader i hovedet. Herefter sank kaptajnen sammen. Flyvestyrmanden forsøgte at komme i kontakt med ham, dog uden held.

Flyvestyrmanden bad kabinechefen om at assistere ham. Kabinechefen forsøgte ligeledes at få kontakt med kaptajnen, også uden held. Flyvestyrmanden bad kabinechefen om at få flyttet kaptajnen ud af cockpittet. Flyvestyrmanden ville være sikker på at kaptajnen ikke greb ind i føringen af luftfartøjet.

Flyvestyrmanden og kabinechefen blev enige om at kaptajnen skulle under medicinsk behandling hurtigst muligt. Luftfartøjet befandt sig på dette tidspunkt i nærheden af Ashgabat Lufthavn, Turkmenistan (UTAA). Flyvestyrmanden informerede flyvelederen om at han ønskede at lande i UTAA, og at et besætningsmedlem skulle have medicinsk behandling ved ankomsten i UTAA. Der gik et stykke tid før flyvelederen forstod hvad flyvestyrmanden ønskede. Flyvelederen gav herefter luftfartøjet tilladelse til nedstigning efterfulgt af radar kursdirigering til anflyvningen af UTAA.

Flyvestyrmanden spurgte kabinechefen om hun kunne undersøge om der var en læge om bord, hvilket der var. Lægen og kabinechefen flyttede kaptajnen ud af cockpittet hvorefter lægen tilså kaptajnen.

Lægen kunne konstatere at kaptajnen var kommet til bevidsthed i nogen grad. Kaptajnen var svært konfus og kunne ikke huske sit eget navn, alder, dato eller hvad der var indtruffet. Han afviste tillige at han havde slået sig. Lægen undersøgte kaptajnen og kunne ikke konstatere andet end at kaptajnen var konfus, havde forhøjet blodtryk og puls og havde et sår i hovedet.

Mens flyvestyrmanden fortsat var beskæftiget med at føre luftfartøjet, spurgte kabinechefen om hun eller operatørens flymekaniker skulle sætte sig i det venstre cockpitsæde under flyvningen. Flyvestyrmanden svarede at han ønskede at flymekanikeren skulle sætte sig i det venstre cockpitsæde, idet han var bedst egnet hvis der skulle opstå problemer.

Da luftfartøjet var kommet ned i en lavere flyvehøjde, begyndte kaptajnen at komme mere til bevidsthed. Han var konfus og ville tilbage til cockpittet. Han kunne ikke forstå hvorfor luftfartøjet skulle lande i UTAA og ikke fortsætte flyvningen til Danmark.

Kabinechefen prøvede at forhindre at kaptajnen kom tilbage til cockpittet. Hun forklarede ham at han var syg, og han skulle sætte sig ned og hvile sig. Kaptajnen insisterede på at komme tilbage til cockpittet og gik derefter ind i cockpittet.

Kaptajnen der nu sad i venstre cockpitstol igen, var konfus og spurgte flyvestyrmanden om hvad der var sket, og om hvorfor de skulle lande i UTAA. Flyvestyrmanden fortalte kaptajnen hvad der var sket, og at det var nødvendigt at han kom på hospitalet. Flyvestyrmanden overtalte kaptajnen til at lade flyvestyrmanden fortsætte med at føre luftfartøjet. Kaptajnen lod flyvestyrmanden føre luftfartøjet uden at gribe ind under flyvningen.

Under anflyvningen af UTAA informerede flyvestyrmanden kabinechefen om at hun skulle forberede passagerkabinen til en normal landing, og at hun kunne briefe passagererne.

Anflyvningen og landingen forløb normalt. Da luftfartøjet var nede i fart og kørte på landingsbanen, sagde kaptajnen at han ville overtage styringen af luftfartøjet mens det kørte på jorden. Flyvestyrmanden tøvede, men kaptajnen insisterede og overtog kontrollen af luftfartøjet. Da luftfartøjet nærmede sig taxiway D, hvor det var meningen at luftfartøjet skulle dreje af, følte flyvestyrmanden at hastigheden var for høj og trådte derfor på sine bremsepedaler. Flyvestyrmanden sagde til kaptajnen at han kørte for hurtigt, hvortil kaptajnen svarede at han havde kontrollen over luftfartøjet. Flyvestyrmanden følte sig tryk ved at lade kaptajnen køre luftfartøjet fordi han til enhver tid kunne stoppe luftfartøjet med sine bremsepedaler. Det lykkedes for kaptajnen at udføre det krævede 90° drej, forlade landingsbanen og køre ned ad taxiway D samt at følge ”follow me”-køretøjet til standpladsen.

Ved ankomsten til standpladsen var en ambulance og politi klar. Efter luftfartøjet var blevet parkeret, nægtede kaptajnen i begyndelsen at køre med ambulancen til hospitalet for at lade sig undersøge. Flyvestyrmanden, kabinechefen og den ombordværende læge overtalte dog kaptajnen til at tage med på hospitalet. Kaptajnen blev ledsaget af en stewardesse til hospitalet.

Kaptajnen var indehaver af et gyldigt ATPL(A). Kaptajnens seneste rutinemæssige medicinske undersøgelse/godkendelse var d. 5.9.2011 med den begrænsning at der skulle anvendes briller/kontaktlinser under flyvning.

Havarikommissionens vurderinger

Havarikommissionen konkluderer at kaptajnen fik et ”generaliseret krampeanfald” under flyvningen (se bilag A).

Denne type af anfald anser Havarikommissionen for at være specielt kritisk for flyvesikkerheden idet anfaldet kommer uden forudgående varsel, og flyvebesætningsmedlemmet under krampeanfaldet kan udføre ukontrollerede bevægelser med stor kraft. Samtidigt kan besætningsmedlemmet ikke mærke smerte og er ikke bevidst om anfaldet. Efter anfaldet vil besætningsmedlemmet intet kunne huske fra den periode hvor anfaldet var i udbrud.

Havarikommissionen vurderer at flyvestyrmanden var kommet i en vanskelig situation i forbindelse med hændelsen. Han skulle flyve luftfartøjet alene uden hjælp fra kaptajnen. Flyvestyrmanden var trænet til at kunne føre luftfartøjet alene uden hjælp fra andre og gjorde det også uden der opstod problemer med føringen af luftfartøjet.

Men samtidigt skulle flyvestyrmanden vurdere hvordan han skulle håndtere kaptajnen under og efter kaptajnens krampeanfald. Kaptajnen var efter anfaldet ikke i stand til at forstå hvad der var sket da han intet kunne huske og tillige var konfus. Med den baggrund var det forståeligt og ikke utænkeligt at kaptajnen ville kunne anvende sin autoritet eller magt for at komme tilbage i cockpittet hvis han blev nægtet adgang til cockpittet.

Flyvehændelsen hvorunder kaptajnen fik ”et generaliseret krampeanfald”, var efter Havarikommissionens vurdering en hændelse der ikke nødvendigvis indgår i flyvebesætningernes træning. Hændelsen bestod af tre elementer der enkeltvis stillede store krav til flyvestyrmanden.

- Det første element var kaptajnens voldsomme og ukontrollerede bevægelser i cockpittet nær styrekontrollerne.
- Det andet element, der normalt var indøvet, var kaptajnens manglende bevidsthed.
- Det tredje element var kaptajnens manglende mulighed for at forstå at han var uegnet til at befinde sig i cockpittet efter anfaldet.

Bilag A: Det generaliserede krampeanfald

Det generaliserede krampeanfald, tidligere ofte kaldet grand mal, benævntes i dansk folkemunde "ligfald". Uden forudgående varsel styrter personen til jorden, eventuelt med et skrig. Vejrtrækningen ophører, og der optræder stivhed af arme og ben, de såkaldte toniske kramper, som efterfølges af rykvise trækninger, også kaldet kloniske kramper. Herefter ligger personen stille hen, ofte blå i hovedet, indtil vejrtrækningen igen begynder af sig selv.

De fleste personer synker efter anfald hen i dyb søvn i kortere eller længere tid. Det fører ofte til den misforståelse, at de fortsat er bevidstløse. Der er imidlertid blot tale om meget dyb søvn.

Under anfaldet kan der komme skum (fråde) omkring munden. Det skyldes ophobning af spyt og slim fra svælget. Såfremt personen under anfaldet kommer til at bide sig i tungen, kan der forekomme blodtilblanding, som kan se meget dramatisk ud. Tunge- og kindbid er imidlertid ganske ufarlige, selvom de kan være meget ubehagelige pga. de smerter, der kan vare i flere uger efter et anfald. Der er næsten altid tale om ganske overfladiske sår i siden af tungen eller kinden, som læges hurtigt. Der foreligger ingen eksempler på, at man er kommet til at bide tungen af.

Tidligere anvendtes ofte den såkaldte "krampepind", en spatel omviklet med gaze eller hvad man ellers havde ved hånden, for at forhindre tungebid. Dette er unødvendigt og kan være farligt, da tænderne kan knække på grund af kraftig sammenbidning under kramperne. I værste fald kan tandstumper passere ned i lufrøret og forårsage vejrtrækningsproblemer eller eventuelt byld på lungen.

Hos nogle personer optræder urinafgang og afgang af afføring i tilslutning til anfald.

Når personerne vågner op efter anfald, vil de altid have glemt, hvad der er sket, ofte være trætte, have hovedpine og føle sig "mørbankede" på grund af det store muskelarbejde, som et krampeanfald er.

Varigheden af krampeanfald kan svinge, men langt de fleste er af 1-2 minutters varighed.

Et krampeanfald ser meget dramatisk ud, men man skal huske, at personen er helt bevidstløs under anfaldet og ikke har smerter. Hvis man skulle komme ud for at overvære et krampeanfald, kræves der kun ganske få ting for at hjælpe personen bedst muligt. Hvis personen er udsat for at pådrage sig traumer mod hovedet under anfald, på grund af fortovs kant eller lignende, skal man forsøge at forhindre dette. Man bør ligeledes straks forsøge at løsne stramtsiddende tøj som slips eller livrem. Når kramperne er ophørt, vender man personen om i NATO-stilling (aflåst sideleje) for at forhindre, at slim og blod løber ned i lungerne.

Såfremt personen kommer til sig selv i løbet af kortere tid, vil det sjældent være nødvendigt at tilkalde ambulance med henblik på indlæggelse. At det er en person med epilepsi, vil man ofte kunne få at vide ved hjælp af en anfaldskalender, som alle personer med epilepsi bør have på sig.

Krampeanfald kan optræde på alle tidspunkter af døgnet. Dog er der ved forskellige epilepsityper ofte et vist mønster i disse tidspunkter. Hvis det drejer sig om en arvelig epilepsi eller krampeanfald udviklet som komplikation til absencer, vil krampeanfaldene ofte optræde i tilslutning til eller kort efter opvågning.

Krampeanfald, der optræder som komplikation til simple eller komplekse partielle anfald, vil derimod oftere optræde under søvn. Hos en del personer med påviselig årsag til deres epilepsi samt hos nogle personer med idiopatisk epilepsi ses ingen speciel sammenhæng imellem døgnrytme og anfaldstidspunkter.

Kilde: Netpatient

Bilag B: Oversigtskort

