

Rapport tog 3736 afsporet ved Vejle Sygehus den 13.04.2001

Denne undersøgelsesrapport¹ er baseret på det fra implicerede parter m.v. modtagne informationer. Detaljerede oplysninger skal findes i dette materiale.

Efter en gennemgang af dette materiale, vore egne undersøgelser og evaluering af de tilgængelige data vedrørende uheldet er Jernbanetilsynet nået til den konklusion, at yderligere undersøgelser ikke vil lede til rekommandationer af forebyggelsesmæssig karakter, eller vil afdække forhold af væsentlig betydning for jernbanesikkerheden.

1 Hændelse og undersøgelser

1.1 Hændelse

Den 13.04.2001 kl ca 13.24 afsporede regionaltog 3736 kort efter igangsætning fra perronen ved Vejle Sygehus. Lokomotivføreren mærker med det samme, at der er noget galt og standser straks toget. Han konstaterer efterfølgende, at den forreste bogie på bageste halvdel af togsættet er afsporet til højre for sporet.

1.2 Undersøgelser

Såvel Banestyrelsen som DSB har lavet rapporter om uheldet, ligesom Jernbanetilsynet efterfølgende har foretaget tilsyn på stedet.

Skaderne på sporet er meget begrænsede. Et par svelleskruer blev påkørt og enkelte sveller har mærker efter, at en hjulflange har kørt på dem. Hjulene har under afsporingen ikke været ude over svelleenderne.

Det fremgår af Banestyrelsens rapport af 27.04.2001, at der er foretaget sportekniske undersøgelser omkring højde- og sideslid samt foretaget opmåling af sporvidden. Sporet er udvekslet i 1999.

Rapporten konkluderer, at der ikke er fundet sportekniske fejl, der kan have været årsag til afsporingen.

I DSBs rapport af 23.04.2001 fremgår det, at de grafitsmøreapparater strækningen normalt er udstyret med var nedtaget p.g.a. ombygning (i 1999).

På forespørgsel har Banestyrelsen efterfølgende oplyst – ved brev af 19.09.2001 – at formålet med disse multidoseringsanlæg er at smøre skinnerne med kurvefedt for at mindske skinnerliddet i skarpe kurver. Smørin-

¹Undersøgelsen er udført med hjemmel i Lov om Jernbanesikkerhed § 4 samt Bekendtgørelse om undersøgelse af sikkerhedsmæssige hændelser på jernbane

gen begrænser samtidig støjniveauet en del. Efter Banestyrelsen opfattelse har det manglende smøreudstyr intet med afsporingen at gøre.

DSB har ved brev af 24.04.2001 fremsendt en foreløbig rapport og har ved brev af 17.07.2001 fremsendt en endelig rapport over DSBs foretagne undersøgelser.

Det fremgår af rapporterne at tog 3736 bestod af DSBs dieseltogsæt MRD 4219 og MR 4019.

Analysen af data fra togets havarilog viser, at toget efter igangsætning – med kørekontrolleren i højeste stilling, stilling 7 – når op på en hastighed på ca 20 km/t inden for en strækning på ca 20 meter, inden lokomotivføreren bremser toget. Toget kører i alt ca 40 meter til toget standser.

Af de tekniske undersøgelser af MR – togsættet fremgår det blandt andet, at affjedringssystemet på MRD 4219 var forkert justeret, så vognen reelt kørte på nødfjedrene. Dette medfører, at vognen er meget stiv. Derudover er det konstateret, at vognkassen lå helt ud mod sidestyret i højre side på den afsporede bogie (observeret på plan grund på værkstedet i Fredericia).

Affjedringssystemet på MR 4019 var defekt, så vognkassens højde var højere end beskrevet i forskrifterne. Der var sammenlagt en højdeforskel på 43 mm målt på plan grund på værkstedet i Fredericia.

Den afsporede bogie var komfortafdrejet den 5.4.2001, og der var tydelige mærker/riller efter afdrejningen på hjulets flange. Undersøgelser har vist, at afdrejningen overholder forskrifterne. Endvidere er hjulprofilerne gennemmålt uden der er konstateret noget unormalt.

Kardanakslen og kortkoblingen er blevet adskilt uden der er fundet fejl.

Lokomotivføreren på tog 3736 har oplyst, at han umiddelbart efter igangsætningen bemærker, at togsættet kører uroligt, og han straks standsede. Lokomotivføreren oplyser, at han ikke bemærkede noget unormalt ved materiellet inden afsporingen.

Jernbanetilsynet foretog den 16.05.2001 en besigtigelse af sporet omkring uheldsstedet, og kunne konstatere, at der ikke fandtes tegn på defekter eller overskridelse af sportolerancerne.

2

Konklusion

Med baggrund i de udfærdigede rapporter der kort er resumeret ovenfor i afsnit 1 vurderes årsagen til afsporingen at være den store højdeforskel mellem de to vognkasser forårsaget af defekt affjedringssystem på MR 4019 og forkert justeret affjedringssystem på MRD 4219

En medvirkende årsag kunne være at hjulet var nyafdrejet med grov overfladeruhed sammenholdt med at sporet på uheldstidspunktet var tørt uden smøremiddel.

3**Rekommandationer**

DSB bør have regler for kontrol med og justering af affjedringssystemerne, herunder en kontrol der løbende sikrer korrekt justering.