

公正文化

——平衡安全

Just Culture

— Balancing Safety and

本书讲述了在安全关键领域实现“公正文化”的重要意义和所面临的诸多挑战。通过讨论报告和信息披露的重要性、风险和保护，以及运用司法程序介入专业领域调查的得与失，本书分析了关于公正文化的三个问题，并总结出构建公正文化的具体步骤，从而对一些有关公正文化的实际问题达成一致或取得进展。

本书适合民航院校、民航安全部门的研究者，以及民航企业各级经营管理者阅读和参考。

ISBN 978-7-5128-0004-5



9 787512 800045 >

定价：48.00元

民航管理译丛

公正文化

——平衡安全与责任

[瑞典] 悉尼·德科尔 著
史亚杰 霍志勤 译

中国民航出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

公正文化：平衡安全与责任 / (瑞典) 德科尔
(Dekker, S.) 著；史亚杰，霍志勤译. —北京：中国
民航出版社，2010. 11
ISBN 978-7-5128-0004-5

I. ①公… II. ①德… ②史… ③霍… III. ①公正-
研究 IV. ①D081

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 210654 号

责任编辑：刘庆胜

Copyright © Ashgate Publishing Limited 2007.

中国民航出版社通过中华版权代理公司购得本书中文简体字版
权，享有全世界发行的专有权。未经许可，不得翻印。

北京市版权局著作权合同登记号：图字 01-2009-6529 号

公正文化——平衡安全与责任

[瑞典] 悉尼·德科尔 著

史亚杰 霍志勤 译

出版 中国民航出版社
地址 北京市朝阳区光熙门北里甲 31 号楼 (100028)
排版 中国民航出版社照排室
印刷 长城印刷有限公司
发行 中国民航出版社 (010) 64297307 64290477
开本 787 × 960 1/16
印张 9.5
字数 156 千字
版本 2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5128-0004-5
定价 48.00 元

(如有印装错误，本社负责调换)

中译本序

中国民航经过改革开放 30 年来的高速增长，取得了令世人瞩目的成就，定期航班运输总周转量在国际民航组织缔约国当中的排名已达第二位。在快速发展的同时，我们也要清醒地看到，中国民航业在较长时间内仍将处于成长期。众所周知，民航业是一个技术、资金和劳动力密集的行业。可以说我国已经是一个民航大国，但距民航强国还有相当大的一段差距。原因就在于，我国民航运输企业在战略规划、科学管理、系统运营和国际竞争力等方面与发达国家的民航企业还有较大的差距，民航业的专业人才数量和质量与快速发展的民航业之间不相匹配，从业人员的素质亟待提高。所以，中国民航的发展急需科学的理论指导，以提高中国民航的整体运营水平。

中国民航出版社引进出版的“民航管理译丛”恰逢其时，其目的就是要将国外民航优秀的成熟的经营理念和管理方式吸收过来为中国民航发展提供借鉴，对于提高我国航空从业人员的专业素质大有裨益。“民航管理译丛”的出版使得我国民航管理人员有机会全面、系统地学习目前世界最前沿的航空公司运营管理知识，对推动我国民航运输管理理论的发展，提高我国民航管理人员的专业素质，推进中国民航从经验管理向科学管理转变等诸多方面将起到推动作用，丛书的出版对提高我国民航科技水平，尤其在运营管理水平方面有非常积极的借鉴意义。

民航管理软实力的提升，是民航业发展的必经之路。建设和谐民航、科技民航、平安民航，提高民航业的管理水平，需要每一位民航从业人

员积极吸收西方民航发达国家的管理经验。希望无论是民航业的政府管理人员，民航院校的专家学者，还是航空运输的从业人员，以开放的心态、钻研的治学精神，切实更新发展观念，创新管理模式，提高发展质量，围绕安全发展、和谐发展、效益发展和绿色发展的主题，运用科学发展观推动民航的科学管理，促进我国民航增长由粗放型向集约型转变，为使我国由民航大国转变为民航强国作出贡献！

中国民用航空局局长

序

基思·拉姆斯特德是一名移居新西兰的英国心胸外科医生。在新西兰，曾有三名他的患者在手术期间或刚刚手术之后死亡，为此他被指控为过失杀人。^[1]前不久，一位大学教授指出这名外科医生的手术工作存在严重缺陷，并且他在七个手术中都存在失职的情况。警方拿到了相关报告，随后对这几起事件展开了调查，并最终对拉姆斯特德提起刑事诉讼。

从神的行为到不当的风险管理

我们并不是一直都将三位病人的死亡当作可能的犯罪证据，或当成某种应受谴责的行为。将事故解释为人的差错，并当作是应受到惩罚的犯罪行为，仅仅是近期才出现的处理失败的方式。事实上，整个“事故”的概念也是相当现代的。^[2]直到 17 世纪科学革命，我们似乎仍不需要一个像“事故”这样的概念。当发生事故时，宗教和迷信提供了足够的解释方法，我们称其为命运、宿命、神的意志、巫术、触犯禁忌。灾难将会降临到哪里——对凡人而言——是随机的、无法控制的。

在随后的几百年中，这种方式一直沿袭着，但越来越多的人不再认为，事故的背后有某种神灵或恶魔的意志。在 20 世纪初，人们开始将事故看作是时空巧合造成的不幸，仅此而已。可是，即便将其当作随机的物理事件，人们仍不认为事故值得研究，并且可以断定，想要预测并阻止事故的努力毫无意义。

然而，在过去的 30 年里，对事故的解释已经发生了巨大的变化。令人震惊的事故，如 1973 年的三哩岛核泄漏和 1977 年的特纳里夫双机相撞，让事故重新成为社会的热点。

人们不再认为事故是毫无意义的、不可控制的事件。与此相反，人们认为事故是对某个特定的风险管理不善的证据，并且在这种管理不善的背后，是某一个人或多个人出了问题。今天，人们其实已完全偏离了“事故”的本意，即使我们很自如地使用这个词。我们动用大量的资源来研究所有的大型事故。如果事故是随机事件，如果它们是毫无意义的巧合（“真正的”意外），那我们为什么还要对其进行研究？只要喜欢，人们可以探究所有无意义的事情，但这不会有什么发现，也不会改变什么。人们期望专家对事故做出解释。人们希望他们解释，哪些风险因素没有得到控制，在哪里，什么时候以及谁造成的。事故不再只是意外，而是风险管理的失败的后果。

对风险管理的失效，让我们找到某人负责。如果今天发生了意外，我们也不再认为这是随机的或者不可控的事情。我们常常想找到是他或者她失职，然后就可以将“事故”归咎于他们的责任了。

趋向于刑事化

因此，在各行各业中出现了一种新现象——趋向于将人为差错刑事化。这引起了很多人的担心，也是可以理解的。在第七、八、九和十章，我会就定罪问题进行广泛的探讨。例如，我会特别提到，人们是如何欺骗自己：“越界”的经营者或从业者会得到因果报应。我也将解释，人们是如何认为，界线不是本来就摆在“那里”等着被违反或遵守的，而是人们自己建立了的，并且每次建立的界线都不尽相同，此外，问题不是在哪划分界线，而是谁来划这个界线。

刑事定罪方法化只是我们所讲的“公正文化”面临的诸多挑战中的一个。很难给出公正文化的定义，因为“公正”的界定从本质上就存在争议。人们彼此之间永远无法对公正的含义达成共识，包括什么是公正的，什么又是不公正的。本质上有争议，意味着这个概念的根本属性是可以无限商讨的。但是，这并不意味着我们无法对一些有关公正文化的实际问题达成一致或取得进展。

对安全关键领域的许多人来讲，每天面临的一个挑战，只不过就是让从业者关注安全问题，提交事件报告，如实披露真相。建立信任，给人一种主人翁感受来参与改善系统的安全性，是相当困难的。我会在接下来的第一章

对其进行讨论，并在第三和第四章继续讨论该问题。在第二章会暂时放下该问题，从公正文化的不同角度来分析一个案件。在第五和第六章中，我会着眼于定罪后果的影响，并讨论不同类型的差错（如技术性的或规范性的）怎样因我们的处理方式不同而产生截然不同的后果。在第十二章，我将讨论人为因素新、旧观点之间的正面分歧问题。假如人的错误是系统深层次问题的表现，我们就可以简单地归咎于系统。那么问责制又将会怎样呢？第十三章将给你一些有助于建立公正文化的具体步骤。

理解不同，对策就不同

对像基思·拉姆斯特德这样的专家进行犯罪指控，只是对于失败的一种可能的反应方式。对于发生什么错误，该如何处置的可能还有其他的解释。正如在整本书中我想要表达的那样，其他方式也可行，且效果未必就差：

- 例如，可以将三位病人的死亡看作一个在跨国界融合时出现的问题：对那些移居到澳大利亚或新西兰，且需要融入到当地生活的医生，这些程序是否充足？
- 即使是适当的，那么被系统性地管理或监控的实际的文化含义是怎样的呢？
- 我们可以将这些死亡看作是一个职业准入控制的问题：不同的国家是否有各自不同的标准来决定，让谁当外科医生，由谁进行准入控制，以及如何控制？
- 也可以将其看作是培训或能力检查的问题：是否对外科医生的关键技能进行了定期的系统性的追踪，就像职业飞行员每六个月进行一次技术考核？
- 我们还可以把它看作一个组织性问题：医院的质量控制程序存在缺陷，拉姆斯特德作证说，没有合适的初级医生辅助其工作，而是一些医学生。
- 最后，我们也可以将其理解为社会政治问题：除了资本之外，又是什么力量决定着资源的分配和医疗设施的监督？

每一种失败的解释都可以编出一套令人信服的理由——每一种都会有完全不同的诠释以及相应的对策。实施惩罚，一个犯罪得到惩罚了，准入和能

力的问题得到控制了，接受教育培训的问题得到解决了，组织管理的问题得到解决了，政治问题得到解决了。

不同的理解，意味着不同的问责制。如果我们将其当作犯罪行为，那么，问责制是指对有关人员进行指责和惩罚。在这种情况下问责制是向后看的，是因果报应。相反，如果我们将其看作是组织、业务、技术、教育或政治问题的一个表现行为，那么问责制可以是前瞻性的。现在的问题变成：人们应该如何处置该问题，由谁来负责落实相应的变革？

问题的关键不是某种理解是正确的，而其他所有理解都是错误的。关键在于同一行为很可能有多种相互重叠的解释（这甚至可能对于掌握全部事件的详情是必要的！）。对人们和组织为防止事件再次发生所要采取行动的所有解释，都会有不同的后果。

但是，一些解释也会对安全有重大的负面影响。它们可能会侵蚀或掩盖所有其他可能的解释。对人的差错进行定罪，似乎就是这样。它引起了许多负面的副作用，同时也抹杀了其他可能的改进方式。这是令人遗憾的，本质上也是不必要的。就像我在最后一章中所介绍的，对失败采取不公正的回应，并非是由于糟糕的表现，而是由于恶劣的关系。但关系是可以被控制的，正如现在人们相信风险可以控制一样。

注释

- [1] Skegg, P. D. G. (1998). Criminal prosecutions of negligent health professionals: The New Zealand experience. *Medical Law Review*, 6, 220-46.
- [2] Green, J. (2003). The ultimate challenge for risk technologies: Controlling the accidental. In: J. Summerton and B. Berner (eds), *Constructing risk and safety in technological practice*. London, UK: Routledge.

致 谢

很多人从概念、问题和实例方面对本书给予了帮助。欧洲航行安全组织（Eurocontrol）资助的有关司法和运行组织之间界面的研究，缩短了本书的创作时间，本书中的有些内容来自于该项目研究成果，尤其是在第十、十一和十三章。为此，我要感谢托尼·里卡以及他在布鲁塞尔的团队。上述章节中内容的出版获得了欧洲航行安全组织的许可（2007 Eurocontrol，版权所有）。此外，还有一些朋友对本书所建立的公正文化的概念提供了帮助，尤其是瑞士苏黎世的汤姆·劳尔森（Tom Laursen）、加拿大温尼伯的罗勃·罗布森（Rob Robson）、澳大利亚悉尼的汤姆·休（Tom Hugh）、加拿大多伦多的约翰·森德（John Senders），以及在荷兰阿姆斯特丹的汉斯·胡特曼（Hans Houtman）和伯特·如腾伯格（Bert Ruitenber），在此对他们的帮助和鼓励一并感谢。

目 录

中译本序

序

致谢

前言 护士的工作过失被当成犯罪	(1)
第一章 因何为公正文化费心	(16)
第二章 介于有罪和清白之间	(27)
第三章 报告的重要性、风险以及保护	(37)
第四章 信息披露的重要性、风险和保护	(45)
第五章 所有的错误都平等吗	(54)
第六章 后果判断以及过失的认定	(61)
第七章 没有过失,何惧之有	(69)
第八章 如果没有检察官,就不会有罪犯	(80)
第九章 司法程序有碍安全吗	(86)
第十章 运用法律追求正义中的利益相关方	(100)
第十一章 关于公正文化的三个问题	(113)
第十二章 不是个体或系统,而是系统中的个体	(123)
第十三章 构建公正文化的交错方式	(129)
后记	(136)

前言 护士的工作过失被当成犯罪

她名叫玛拉。

我初次见到她是在3月份的一个星期五。见面之前我完全想象不出她会是什么样子——一个重症监护室的护士，40多岁，穿着便服。这种事可能发生在任何一个人身上。

当我走出站台，走向火车站的楼梯，向天桥拐角处望去时，发现她就在那里。至少从我了解的情况推测，那应该她就是她。年龄将近50岁，一个有着25年工作经验的重症护理护士，一位贤妻，三个孩子的母亲。

但现在她却是一个罪犯，一个被社会遗弃的人，一个害群之马。她正在休病假，却还执拗地随身带着执业许可证。

我们对望了一眼，然后相互拥抱了一下。

我还能说点或做点什么呢？前一天晚上的电话交谈在我脑海中依然非常清晰，而现在她活生生地站在我面前。因为导致一名三个月大的女婴药物死亡，她已经两次被判定为过失杀人罪。她现在还能获得人身自由，仅仅是因为最高法院尚未给出最终判决。

我往后退了退，说：“感觉糟透了，是吗？”

她点点头，眼睛里闪着泪光。

毫无疑问，就是她。何况，当时周围也没有什么其他人。

“我是通过您的一个演讲录像带认识您的。”在我们转身走下台阶准备去见她的律师的时候她解释道。

“您这一路赶过来真是太感谢了。”

“没什么，我也只是聊表心意。”我说。

雪漫天遍野，不断地堆积起来，像一层毯子似的包裹着这个小镇。律师的住址非常好辨认，实际上这是这个镇子里最著名的地方。这是一幢雄伟的

建筑，气氛非常庄严，宽大的办公室，高高的天花板，非常肃静，有股老图书馆的味道，这里面的人穿着古式服装，说着古体语言。对他们来说，这就是最高法院的神圣象征。这很重要：向最高法院看齐。

当我看向玛拉时，不由得发现她是如此格格不入。就像一条岸上的鱼，喘息着试图弄清周边的环境，当为了生存进行最后挣扎的艰辛消逝时。一个一辈子普普通通、工作勤勉的护士，怎么能想到会成为某高级法律办公室里的主角，而这是她接受国家最高法庭审判的前奏呢？真是离奇！她一定觉得像是在做梦！她看起来当然会像岸上的鱼似的。

事实证明（我是多么的天真），辩护律师不会在最高法庭前说什么实质性的话，因为这只是走个过场。玛拉也开始发现了这点，开始变得吞吞吐吐，并且越来越厌烦。

“我想要的只不过是查明真相。”她不断重复着。

“这不可能，”律师在不停地解释，“这和真相无关。要紧的是程序和法律解释，以及它们是否被正确地遵守和执行。我们只想让你脱身。我们不得不说明的是司法公正到目前为止还不是很完善——真相是次要的。”

“但是那些涉案的其他相关人员呢？”玛拉看上去极度痛苦，“儿科医生，在婴儿死亡几天后神秘消失了的处方，做药物治疗的护士，那些没有真正做诊断的医生，还有医院混乱的管理程序，怎么处理他们？事实上他们都要对这起事故负责！”

律师的脸沉了下来，说道：“现在他们并没有受到审判，不是吗？现在接受审判的是你，就你自己。只要我们在最高法院一提到他们，他们就会问我：‘那么，那些共同被告在哪里呢，律师？我们认为这个案子只与那位护士有关，与其他所有人无关。’所以不要再提了，我请你不要再提了。”

玛拉看上去被激怒了。如果审判就是这样——不顾真相，由局外人武断地界定哪些事情与本案件有关，并且原以为会帮助她的人却跟她讲不要进行辩解——那还有什么必要再麻烦？这值得吗？审判应该是要找出真相，查明究竟发生了什么，那样才会公正。审判应该是纠正错误，避免其再次发生，那也算是公正。是的，她犯了一个错误；为此，一个婴儿死了，她知道那些。但是她同样知道，她为之工作的整个系统都非常糟糕，漏洞百出，随时都有可能再出这种事故。

但是我清楚玛拉知道为什么她会到这个地步。之所以不公正是因为她的

角色，她的命运，或者说是因为所有人突然一下子团结起来要让医护系统更加安全。

她清楚是谁雇了她的律师，不是她。实际上，在我们所在的地区只有不到百分之一的案件才会呈到最高法院，而她的却是其中之一。不知为何，这起案件肯定关系到了某些重要层面。地区和联邦都对其非常关注。导致病人死亡的医护人员是否应提交刑事司法体系，抑或他们应按现有的职业途径——由医疗纪律委员会来处理，这事关重大，特别是对玛拉来说。意识到她可能使用了大剂量的药物，在事情发生几天后她主动向主管坦白了她的行为可能对婴儿的死亡负一定责任。她的主管很快就把这件事反映到了相关部门，但是也有人把它透露给了当地媒体。玛拉一直不知道是谁干的。她的作用被夸大了，而碰巧一个公诉人在晨报上看到了这个报道。在几个月的忐忑不安后，法院传单下来了——在这期间，玛拉甚至给公诉人打过电话来澄清她当时那样做的意图。地方法院判她过失杀人。高一级的法院裁定维持原判，而且还加重了处罚。现在这个案子已经上达最高法院了。还会有医护系统的人主动提供关于事件的信息吗？这是否鸣响了还处于初期的医疗事故报告体系的丧钟？病患的安全保障是否要遭遇严重的倒退？

我们慢慢走向小镇，找地方喝杯咖啡。

当我们走进一家温暖的面包店，抖落肩上的雪花，坐在一个靠窗的位置，我抬头看了看她，困惑地叹了一口气。我默想，她肯定觉得自己像一个用来试验法律的工具。即使本地区及其医护系统真有一天上了法庭，即使他们打算建立处理医疗差错的明确规章，这对玛拉来说也将会于事无补。通过一场轰轰烈烈的公众审判之后，“害群之马”将被绳之以法，但那已经不再是“人”的问题（即便曾经是），而是关于制度的问题了，而她仅仅只是一个体现而已。当这个审判结束，不管结果是什么，她都将前途尽毁。她想要扩大关注面的目的夭折了，未能被实现。一旦建立了相关规章，这件事也只不过会被当作刑事司法系统发展过程中导致的小问题来处理。她也许只会在这种场合下被记起来：人们幸灾乐祸地暗自庆幸“谢天谢地，不是我”时，或是在假情假意的同情声中（“我们为你感到难过，玛拉”）。她对工作环境、同事、协会、司法系统，甚至整个世界的失望刻在脸上。真相依然将无处辩解，也不会被揭露。

那么，在这个小女孩药物死亡的结果中有真相吗，还是这些都是表演？

在最高法院

与律师会面几个星期之后，我又一次见到了玛拉，这次是在最高法院的华丽大厅里。高高的天花板下摆放着两张桌子，一张坐着辩护方，另一张是控方。在他们后边的华丽的审判主席台上放着一排座椅。当法官们依次进来就座后，公诉人开始陈述他对于事实的看法。我记得他有点圆滑，其做法也非常符合本国避免冲突的文化。他坐着而不是站着。他在念准备好的讲稿，既不随意，也不哗众取宠。他的语气缓慢而有节奏，平静而又虔诚。我想这才是法院审理程序中应该出现的样子：不带主观情绪，使冲突转化为协商，使复仇成为仪式。

玛拉坐在另一张桌子后面，律师陪在旁边。她双手放在膝盖上，眼睛盯着下方。尽管坐在那里，公诉人的陈述还是让她显得很不安，他柔和的声音在大厅内回响。

只是这不是一份声明，这是一个故事。

“这个婴儿于2月24日出生在地区医院。”他缓缓说道。他回顾了孩子父母的幸福感受，描绘了一幅享受天伦之乐的家庭画面，然而这个画面很快就被一次失败的治疗破坏了。

她出生时体重正常，但是出生后手臂抽搐有癫痫症的迹象。三天后，癫痫症状加重了。医生给她使用了抗癫痫药物（含苯巴比妥）。3月5日情况稳定后，家人给她办了出院手续。但是不到一个月，癫痫症又发作了。婴儿被送往医院急救并住院观察。她的抗癫痫药物的药量增加到了5毫克/毫升。两天后，她又出院了。第二天，她母亲给医院打了电话。经过电话咨询，药物剂量又增加到了每天两次给药，每次2毫升5毫克/毫升的药剂。4月22日去医院复诊，经诊断婴儿一切正常。

他停顿了一下。

为了详细讲述他对事实的看法，公诉人设计了一个故事。故事的作用是很强大的。他很可能是在曾经的一次课堂上或是在他某次街头打架中学会

的。总之，理解一个故事，或是类似故事的东西，是我们成其为人的简单技能。我想这个版本的故事玛拉肯定已经听过几百遍了。在她头脑中这个故事肯定过了无数遍，并强迫自己不断地回想事件中是否存在不犯错、不会变成这场纠葛的主角的可能。

第一幕结束了。法官们静静地看着公诉人。很难说，他们是有些出神或是觉得无聊。该上演曲折的情节了。第二幕，一个特别的病房：重症监护室（ICU），一种新药，当然，还有“坏人”入场。

5月12日，这个婴儿被确诊癫痫症再次发作，并被送进了重症监护室。她的药剂量增加至0.5毫升，甚至被注射了一剂抗癫痫药。但是她的病情仍未好转。之后，医生改用了利多卡因，一种以利多卡因为主要成分的药物，浓度为2毫克/毫升。癫痫症状有所减轻。5月16日，她再次出院，并不再用利多卡因，而是仍然使用原来的抗癫痫药剂。然而，5月18日她的母亲打电话说她的孩子癫痫又发作了，而且每次持续5分钟之久。傍晚，婴儿被救护车接到了医院，并送进了小儿科病房。当天夜里，由于再次发病，她被转移到重症监护室。

随着婴儿回到这个即将的犯罪现场，一切都安排好了，只等玛拉的出场。这两个主要角色的命运开始交织在一起。

5月19日，也就是周日的清晨，玛拉来上班了。重症监护室里病人不多，很安静。婴儿的状态也好多了，准备转回到小儿科病房，玛拉去药房为她调配利多卡因溶液。

他停顿犹豫了一下，从桌上拿起两个小纸盒，拿起来向四周展示，晃了晃。

药橱里有两个纸盒，一个装着20毫克/毫升浓度的利多卡因肌肉注射液，另一个装的是200毫克/毫升浓度的利多卡因静脉注射液或是静脉滴注液。因为把包装盒看错了，玛拉用200毫克/毫升

的而不是按照处方上的 20 毫克/毫升的药剂来调配婴儿的用药。

审判长示意要看一下那两个纸盒。盒子在法官之间传看，这个就是刚才公诉人陈述时提到的装药的纸盒，谋杀案中的物证。法官们研究着这两个盒子，似乎有点兴趣，但是又夹杂着某些疑惑。这是怎样的证据呢？这不是常见的犯罪工具，比如一把刀、一把手枪，或是一份欺诈合同，这是高度专业化的药物，是从一个护士日常生活中经常接触的成百上千种常见而又包装相似的药品中拿出来的。这两个盒子在这显得非常格格不入。它们在法庭庄严的审判主席台上被传看研究，没人确切明白纸盒上的意思。疑问肯定一个接一个地冒出来。这些盒子上奇特的希腊词汇是什么意思，为什么这些盒子白纸上都要写上绿色或是淡蓝色的文字，这些令人迷惑的浓度单位是什么？

公诉人继续陈述。没过多久，进入第三部分：快速的高潮。

那天下午，回到小儿科病房后，大夫用玛拉调配的利多卡因溶液给婴儿输液。婴儿的癫痫症状非但没有好转，反而快速加重了。他们叫来了一个小儿科大夫试图抢救，但是为时已晚。不一会，婴儿被宣布死亡。尸检报告显示婴儿死于利多卡因中毒。

一个故事，如果听上去合情合理，情节曲折，而且英雄、受害者、坏人、旁观者的角色特征鲜明，就能呈现出一个相当有信服力的事实，而公诉人的故事就是这样。他的故事情节描述了一个普通、无辜的小病人在一个普通的医院，由普通医生照顾着，然而，在 5 月的一个周日的早晨，整个事情突然毫无理由地变成了灾难——玛拉配的药水导致了致命结局。这个故事非常完美，非常合乎逻辑。

一个计算错误

但是，这是真的吗？来看一下另外一个真相，就是玛拉希望在这天披露但是却并没有披露的“真相”。5 月 19 日早晨，玛拉在计时器打卡上班之后，她从重症监护室夜班护士那里接过了一张小简令。最初的那张药方写得不清楚，而且开药方的大夫没在上面签名。医院（包括重症监护室）都安装了