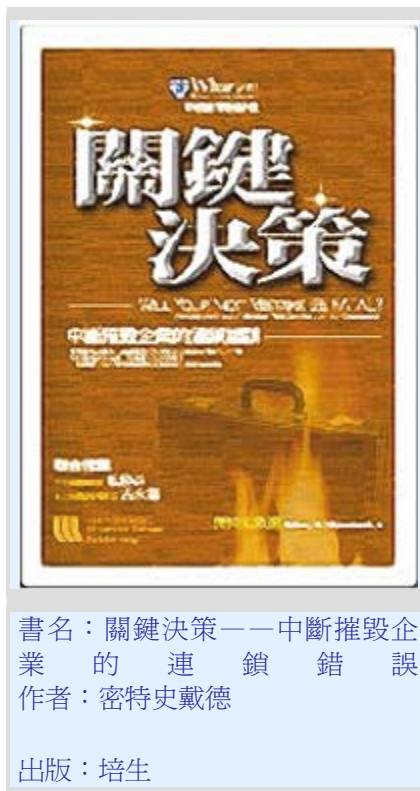


■ 台北訊



書名：關鍵決策——中斷摧毀企業的連鎖錯誤  
作者：密特史戴德

出版：培生

恩隆案、水門事件、三哩島核電廠事件，以及大多數空難事件，有什麼共通點？簡單得很，如果沒有一連串未察覺的嚴重錯誤，這些事件是不可能發生的。不管是真正的災難、政治上的差錯、或是企業策略性失誤，如調查結果顯示，都是一整組的錯誤加在一起，才釀成災難。

企業組織有好幾種，一種以負面報導出現在報紙的頭版；一種是沒沒無聞；另一種卻以正面報導出現在頭版。這三種組織的差別，就在於他們如何「管理多重錯誤」（Managing Multiple Mistakes，或稱 M）。

人為的災難都是一連串錯誤造成的，大多數事件中，我們若能找到「中斷連鎖錯誤」的方法，就能避免大災難的發生。大家都知道，在駕駛飛機、火車，運作核電廠與化學廠房，以及操作其他機械設備時，可能存有連續性的失誤，於是開始研究事情發生的原因，並透過發展流程、訓練相關人員、啓用安全體系，來減少意外事件，並在意外發生時把傷害減到最小。但奇怪的是，卻沒有人想把這套流程搬到「企業經營」的領域中，拯救企業在營運或策略上的災難。

### 不屑一顧 錯失借鏡機會

恩隆、世界通訊以及大型復健醫療中心南方健診，都是眾所皆知的企業災難，恩隆案甚至可以歸類為重大經濟災難。這些災難不是單一錯誤決策或單一行動造成的。每個災難都來自於一張綿密交織的「錯誤網」，大家對它不屑一顧，或是在高風險、高報酬的賭局中刻意忽略它。

我寫這本書的目的，是探討如何避免像那些企業人士一樣，挖陷阱自己跳下去。各位可以從各種商業與非商業的情境設定中，從災難或意外發生前各種「不應行動而行動」或「應行動而未行動」的模式中學習，進而避免落入類似的陷阱或犯錯模式。這已經不是工廠現場的「改善」以及「六個標準差」等管理工具，而進入管理多重錯誤的「M」的境界，遍及公司各階層的營運。

這本書不談危機管理，也不談如何管理公共關係、災難受害者、律師，或是公司的利害關係人。要談的是紀律、文化，以及從他人經驗中學會如何藉由改善瑣事來避開意外、災難或危機。即使無法全面避免這種狀況，只要具備各類型危機的知識，還是可以洞燭機先，及早介入，把傷害減到最小。

我們可以從其他組織犯錯的模式及共通點學到很多東西，大多數組織明明坐擁最多的資訊，卻因為沒有好好評估自身風險而犯錯。面對自身的失敗，我們想要深入探討的好奇心不夠，以致失去學習的大好機會；看到別人失敗的紀錄，我們卻不屑一顧，任由大好機會流逝。我們之所以經常錯失從別人身上學習的機會，是因為我們誤以為「這些公司的情況和我們不同，沒什麼好學的。」

但事實絕非如此。許多研究顯示，在不同產業與情境下，意外發生的細節雖然有所不同，但發生前的犯錯模式，卻是如出一轍。學習的機會不一定都來自於經驗、所屬產業或相似的公司。只要多付出一點努力，就能從不同的產業案例上學到更多，你會發現，這些案例在犯錯的行動與模式上，其實具有諸多相似點。一旦跳脫了原本認為正確（或錯誤）的做事方法，不再背負各種「假設」後，會更容易觀察到一些顯而易見的事實，而忽略原本讓你分心的枝微末節。

## 跳脫假設 專注核心業務

我們會從「錯誤發生的順序」切入，探討許多災難，以及差點成為災難的事件，看看當事人該在哪裡中斷連鎖錯誤，或者當事人曾在哪裡中斷了錯誤，成功把傷害減到最小。讓你注意到這些錯誤，依據當時已經出現的訊息，思考該如何採取不同的作法。

書中列出的錯誤，通常都是人為的。在許多事件中，連鎖錯誤是起因於機器設備的功能失常，這點大家事前都知道，卻未納入決策考量；其他事件中，因為企業者在設計系統或企業流程時，基於錯誤的假設，植入錯誤的因子。有時候的確會出現一些重大而無法控制的初始因子或促成因子，像是設備失效、氣候現象等。這些初始因子一旦存在，就必須納入決策考量，雖然它們原本都非人為所造成，卻是連鎖錯誤的一環，可能導致重大災害。當事者有機會選擇是否要有效介入。

過去，新聞報導的重大災難，你可能都是看過就算，並沒有太大興趣。建議你深入一點，多從中學習，然後再多花一點力氣思考自省，找出可以派上用場的東西其中包括：

- 我的組織是否有重大災難等著發生？
- 我們看得到先兆嗎？
- 能及早阻止它嗎？
- 我們有足夠的能力看到警訊，足夠的文化能「中斷連鎖」嗎？
- 是否已意識到，減少錯誤或阻止錯誤，有經濟上的意義？

從他人的錯誤中學習，為企業設想零失誤的成功，你的未來，可能全看你是否有能力這麼做。

【2005/12/10 經濟日報】