

REVIEW ARTICLE

Obstetrics

Detekce porodních poranění análního svěrače: od strachu z právních postihů až k indikátoru kvality pracoviště

Ruwan Fernando¹ | Ewa Barcz² | Antonino Spinelli^{3,4} | Renaud de Tayrac⁵ | Carlo Ratto⁶ | Stavros Athanasiou⁷ | Daa Essameldin Ali Rizk⁸ | Andrea Stuart⁹ | Jan Baekelandt¹⁰ | Hynek Heřman^{11,12} | Petr Janku^{13,14} | Peter Rosenblat¹⁵ | Adam Dziki¹⁶ | Mariusz Grzesiak¹⁷ | Przemysław Oszukowski¹⁸ | Katarzyna Borycka¹⁹ | Stefano Salvatore²⁰

Korespondence

Hynek Heřman, Institute for the Care of Mother and Child, Prague, Czech Republic.
Email: hynek.herman@upmd.eu

Abstrakt

Porodní poranění análního svěrače (OASI) představují závažnou komplikaci vaginálního porodu, vyskytující se až u 26 % porodů, a představují hlavní příčinu anální inkontinence u žen. Navzdory jejich prevalenci a závažným dlouhodobým následkům zůstávají OASI stále výrazně podreportována, částečně kvůli váhavosti klinických pracovníků spojené se strachem z právních postihů, kritikou ze strany kolegů a přetrvávající kulturou, která odrazuje od oznamování nežádoucích událostí. Současné důkazy zdůrazňují, že podreportování spíše zhoršuje než zmírňuje právní rizika a újmu pacientek, což podtrhuje naléhavou potřebu systémových změn. Tento článek přezkoumává klíčové faktory přispívající k podreportování OASI, včetně nedostatečného klinického vzdělávání, nekonzistentních národních doporučení, rozdílných prostředí soudních sporů a odlišných diagnostických postupů v rámci evropských zdravotnických systémů. Příklady z Velké Británie, Polska, Švédska, Norska, Francie, Itálie, České republiky a Belgie ukazují významné rozdíly ve strategiích prevence, diagnostické přesnosti a léčebných protokolech, což odráží nerovnoměrný pokrok a zdůrazňuje příležitosti ke zlepšení standardizované péče. Tyto národní rozdíly v definicích OASI, klasifikaci a prahových hodnotách pro hlášení mohou vést k významným nesrovnalostem jak v klinických výsledcích, tak ve statistickém porovnávání napříč zdravotnickými systémy. Zavedení strukturovaného vzdělávání, standardizovaných protokolů, multidisciplinární spolupráce a transparentních systémů hlášení je nezbytné pro zlepšení mateřských výsledků a snížení rizik právních postihů. Podpora institucionální kultury odpovědnosti a otevřenosti bude podporovat kontinuální zlepšování, zajišťující zvýšenou bezpečnost pacientek a kvalitní péči v rámci globálních zdravotnických systémů.

Informace o přidružených organizacích naleznete na straně 5.

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2025 The Author(s). *International Journal of Gynecology & Obstetrics* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Federation of Gynecology and Obstetrics.

KLÍČOVÁ SLOVA

transparentnost zdravotní péče, zdravotní péče o matky, OASI, kvalita porodnické péče, vaginální porod

1 | ÚVOD

Porodní poranění análního svěrače (OASI) patří mezi nejzávažnější mateřské komplikace spojené s vaginálním porodem a představují hlavní příčinu anální inkontinence u žen. Postihují mezi 8 %¹ a až 26 % vaginálních porodů, jak uvádí nedávná metaanalýza.^{2,3} Vzhledem k významným dlouhodobým následkům a možnému dopadu na kvalitu života ženy by měla být OASI posuzována nejen z medicínského hlediska, ale také z právního⁴ a systémového pohledu.

Navzdory zásadní důležitosti včasného rozpoznání a intervence zůstávají OASI podreportována. Existuje několik důvodů, ale nejzávažnějším je přetrvávající váhavost při jejich diagnostice a dokumentaci. Tato neochota pramení nejen ze strachu z žalob za pochybení a z možného poškození profesní pověsti, ale také z kritiky ze strany kolegů a širší kultury v porodnické komunitě, která odrazuje od otevřené diskuse o nežádoucích událostech. S rostoucí transparentností zdravotnictví a posilující advokací pacientek se však tato situace rychle mění.

Studie z roku 2024, vypracovaná Výborem Evropského parlamentu pro práva žen a rovnost pohlaví (FEMM), upozornila na systémové nedostatky v rámci Evropské unie (EU), včetně nedostatečných porodnických postupů, nedostatku informování pacientek, špatné vedení zdravotnické dokumentace a nedostatečné diagnostiky.⁵ Termín „porodnické násilí“ získává na uznání a odráží potřebu větší odpovědnosti a zlepšení postupů péče o pacientky.

Jako odborníci jsme svědky posunu v porodnické péči — postupy se stávají transparentnějšími a zdravotnické instituce jsou činěny odpovědnými. Národní i evropské legislativní změny, ač nerovnoměrně napříč Evropou, začínají tento proces odrážet.

Tyto národní rozdíly v definicích OASI, klasifikaci a prahových hodnotách pro hlášení mohou vést k významným nesrovnalostem jak v klinických výsledcích, tak ve statistických srovnáních mezi zdravotnickými systémy. Například země s povinným hlášením a strukturovaným školením mohou vykazovat vyšší míru OASI nikoli v důsledku horší péče, ale díky lepší detekci a dokumentaci. Tato variabilita zdůrazňuje potřebu harmonizovaných diagnostických standardů v budoucím výzkumu a tvorbě politik.

Tento článek zkoumá faktory přispívající k podreportování OASI, včetně rozdílů v klinickém vzdělávání, systémech hlášení, národních doporučeních a zkušenostech se soudními spory napříč zeměmi. Navrhujeme pohlížet na OASI jako na ukazatel kvality porodnické péče, nikoli jako na medicínsko-právní riziko.

2 | FAKTORY PŘÍSPÍVAJÍCÍ K PODREPORTOVÁNÍ OASI

Detekce OASI v době porodu je povinná a musí být následována odpovídajícím ošetřením provedeným kompetentním porodníkem nebo rezidentem pod dohledem. Opomenutí diagnostiky OASI připravuje klinické pracovníky o možnost kriticky posoudit vlastní praxi, identifikovat rizikové faktory a zavést opatření ke zlepšení kvality péče. Je zásadní zdůraznit, že samotná OASI není pochybením, ale uznávanou komplikací inherentní vaginálnímu porodu. Ačkoli lze některé rizikové faktory OASI zmírnit preventivními strategiemi, některé nelze zcela eliminovat. Včasná detekce a účinné ošetření jsou proto nezbytné pro optimalizaci výsledků a prevenci dlouhodobé morbidity.

Mezi faktory přispívající k podreportování OASI patří nedostatečný výcvik personálu a strach z litigací, jak naznačují klinické zkušenosti a nepřímé důkazy. Mnoho mladších porodníků a porodních asistentek nedostává dostatečnou instruktáž v digitálním rektálním vyšetření, což je klíčová součást detekce OASI. Nedostatek školení, spojený s nízkým povědomím, vede k neochotě diagnózu stanovit a zdokumentovat, často na základě mylné domněnky, že tato poranění jsou vzácná. Přestože formální průzkumová data jsou omezená, observační údaje a trendy v oblasti soudních sporů ukazují na silnou souvislost mezi medicínsko-právními obavami a podreportováním. Budoucí výzkum využívající strukturované rozhovory se zdravotnickými pracovníky je nezbytný k potvrzení této souvislosti.

Dalším významným systémovým faktorem přispívajícím k poddiagnostikování je omezená dostupnost vysoce senzitivních diagnostických nástrojů, jako je endoanální ultrazvuk. Navzdory jeho prokázané hodnotě při potvrzení poranění svěrače nejsou endoanální ultrazvuk ani kvalifikovaní odborníci schopni interpretovat jeho výsledky dostupní v mnoha porodnických zařízeních, zejména mimo terciární centra. Tento technologický deficit může vést k falešně negativním nálezům při rutinních poporodních kontrolách, což dále prohlubuje problém podreportování.

Pozoruhodné je, že v této oblasti již bylo vykonáno značné množství práce. Ve Spojeném království poskytují doporučení Royal College of Obstetricians and Gynecologists Green-top Guidelines⁶ podrobné instrukce pro prevenci, diagnostiku a léčbu OASI. Kromě toho strukturovaný přístup OASI Care Bundle⁷ navržený ke snížení incidence OASI prokázal měřitelný úspěch. Studie Gurol-Urganci et al.⁸ zjistila, že zavedení iniciativy zlepšení kvality na více porodnických odděleních vedlo k významnému snížení míry OASI. Spojené království rovněž vytvořilo standardizovaný systém hlášení rizik, který umožňuje porodníkům a porodním asistentkám systematicky dokumentovat případy bez přisuzování viny, což vede k lepšímu národnímu sběru dat a zlepšené komunikaci s pacientkami.

Litigace týkající se porodnických poranění je nákladná a rozsáhlá a posiluje obavy kliniků z dokumentace. V roce 2023/2024 bylo evidováno 1393 porodnických žalob, což představovalo 12,8 % všech nároků na klinickou nedbalost podle objemu — porodnictví se tak stabilně řadí mezi tři nejrizikovější oblasti.⁹ Podle údajů získaných na základě Freedom of Information (FOI_5787 Perineal Tear) zaznamenala organizace NHS Resolution v období 2011 až leden 2023 celkem 316 žalob týkajících se perineálních poranění (včetně OASI třetího/čtvrtého stupně), což vedlo k vyplacení 52,05 milionu liber na odškodnění. To představuje přibližně 28 žalob a 4,3 milionu liber ročně. Analýza případů navíc ukazuje, že přibližně 62 % těchto žalob bylo klasifikováno jako případy zahrnující suboptimální péči — opomenutou či opožděnou diagnostiku OASI nebo nedostatečnou následnou péči — což naznačuje, že většina z nich byla potenciálně preventabilní. Pro kontext: s přibližně 250 000 porodů ročně v Anglii a Walesu odpovídá tato zjištěná míra žalob kolem 11,2 na 10 000 porodů specificky pro perineální trauma a průměrnému ročnímu odškodnění vyššímu než 10 liber na jeden porod.

Tato detailní čísla zdůrazňují nejen dopady selhání detekce OASI na kvalitu zdravotní péče, ale také konkrétní finanční a reputační důsledky pro poskytovatele.¹⁰

NHS Innovation and Technology Tariff odhaduje, že jedna ze čtyř přibližně 15 % porodů v Anglii, při nichž je provedena epiziotomie, je spojena s komplikacemi, jako je OASI, což může vést k anální inkontinenci a nutnosti rekonstrukční operace. Prevence těchto poranění by mohla zlepšit kvalitu života žen a ušetřit NHS odhadem 23,5 milionu liber ročně v nákladech na litigace.¹¹

Současná diskuse je z velké části zaměřena na Spojené království, ale je nezbytné uznat, že detekce, management i soudní spory týkající se OASI se mezi zdravotnickými systémy výrazně liší. Pro pochopení přístupů jednotlivých zemí je nutná širší globální perspektiva.

Zajímavé je, že země bez strukturovaných systémů hlášení mají tendenci uvádět nižší záchytnost OASI a méně soudních sporů. To však může odrážet poddiagnostikování a nedostatečné právní vykazování spíše než skutečně nižší incidence. Tento nesoulad naznačuje, že nedostatek transparentnosti může maskovat skutečný rozsah mateřských komplikací a zdůrazňuje potřebu harmonizovaných klinických a právních datových rámců.

Polský zdravotnický systém poskytuje komplexní péči o matku, což přispívá k relativně příznivým perinatálním výsledkům. Přesto přetrvávají výzvy v oblasti respektující porodnické péče, přičemž studie uvádějí, že 30–60 % žen hodnotí perinatální péči jako uspokojivou. Specifická národní doporučení pro prevenci a management OASI chybějí, což vede k nesrovnalostem v klinické praxi. Polská gynekologicko-porodnická společnost vypracovala guidelines pro prolaps pánevních orgánů, ale obdobně strukturovaná doporučení pro OASI dosud zavedena nebyla. Údaje o litigacích v souvislosti s OASI jsou omezené a systematický sběr dat o incidenci a managementu zůstává nedostatečný. Mnozí kliničtí pracovníci stále vnímají diagnostiku OASI jako potenciální zátěž spojenou s odpovědností, nikoli jako nezbytnou součást péče o pacientku.

Švédsko zavedlo komplexní strategie pro prevenci a management OASI. Mezi klíčová preventivní opatření patří podpora perinea během porodu, kontrolovaná technika vedení porodu a selektivní použití epiziotomie. Studie provedené v letech 2012–2017 prokázaly, že tato opatření účinně snížila incidenci OASI.¹² Navzdory tomu přetrvávají rozdíly v prevenci a péči o OASI mezi jednotlivými regiony švédského zdravotnictví, což zdůrazňuje potřebu národní standardizace. Zdravotnický systém země podporuje dobře integrovaný model péče vedené porodními asistentkami, který přispívá k nižší míře litigací a lepším výsledkům. Kritická analýza regionálních politik odhalila rozdíly v prevenci a péči o OASI, což dále zdůrazňuje potřebu národních jednotných doporučení. Nedávný výzkum prokázal efektivitu přítomnosti dvou porodních asistentek ve druhé době porodní při snižování výskytu závažných perineálních traumat. Multicentrická randomizovaná kontrolovaná studie ve Švédsku ukázala, že tento přístup významně snížil incidenci OASI u prvorodiček, což vedlo k zavedení národní iniciativy podporující přítomnost dvou porodních asistentek v této klíčové fázi porodu.¹³

Norský zdravotní systém disponuje národním kompenzačním mechanismem pro poškození pacientů, který usnadňuje mimosoudní vyrovnání a tím snižuje adversariální charakter soudních sporů. Systém poskytuje strukturovanou cestu pro postižené ženy, které mohou žádat o odškodnění bez nutnosti soudního řízení. Přezkum Norské zdravotnické regulační autority zahrnující 303 034 porodů analyzoval 338 nežádoucích událostí v porodnické péči, což dokládá závazek systému monitorovat a řešit tato pochybení.¹⁴

Ve Francii byla implementována doporučení pro management OASI¹⁵ a guidelines podporující restriktivní použití epiziotomie.¹⁶ Studie analyzující data z Francouzských národních perinatálních průzkumů 2010–2021 ukázala, že zatímco celková míra epiziotomií klesla, nedošlo k odpovídajícímu celkovému zvýšení incidence OASI.¹⁷ U některých skupin, například nulipary při instrumentálních porodech, však byla pozorována vyšší incidence OASI, což naznačuje potřebu cílených preventivních strategií. Litigace v souvislosti s porodnickými poraněními je ve Francii relativně nízká díky silnému systému sociálního zabezpečení, avšak rostoucí důraz na práva rodiček vede k větší pozornosti věnované porodním komplikacím, včetně OASI.

V Itálii jsou specifická národní doporučení pro prevenci a management OASI omezená, což vede ke značné variabilitě v klinické praxi napříč zdravotnickými zařízeními. Tento nedostatek zdůrazňuje potřebu standardizovaných postupů, aby byla zajištěna konzistentní a efektivní péče. Litigace týkající se tzv. porodnického násilí, včetně případů zahrnujících OASI, je rostoucím tématem. Objevují se právní diskuse o nevhodných zásazích během porodu, zdůrazňující význam informovaného souhlasu a prevence zbytečných výkonů.¹⁸ Systematická data o litigacích specificky souvisejících s OASI však zůstávají omezená. To poukazuje na potřebu rozsáhlejšího sběru dat a jejich analýzy pro tvorbu doporučení a zlepšení praxe.

V České republice a bývalém Československu je postup týkající se identifikace a následného ošetření závažných poranění řízen doporučenými postupy odborné společnosti — včetně aktualizovaných guidelines pro epiziotomie (2023). Ve většině porodnic je již zavedeno čtyřstupňové hodnocení a maximální úsilí o vzdělávání porodních asistentek a porodníků. V některých porodnicích je při diagnostice vždy přivolán chirurg, ale ve většině případů situaci řeší porodník-gynekolog. Bohužel nadále přetrvává především nedostatečná prevence a nízká informovanost mezi ženami a s tím související značná obava zdravotnického personálu z identifikace OASI a přiznání této komplikace.¹⁹ Soudní spory v ČR jsou vedeny proti nemocnicím a zdravotnický profesionál, i při profesním pojištění, je finančně sankcionován minimálně, avšak jedná se často o dlouhá a obtížná soudní řízení s mnoha znaleckými posudky. V současnosti probíhá maximální úsilí o prezentaci této porodnické komplikace veřejnosti i odborníkům a o „decriminalizaci“ této komplikace s cílem zlepšit diagnostiku (která je zcela nedostatečná) i následnou péči.

Belgie přijala kroky ke standardizaci prevence, diagnostiky a managementu OASI, zejména prostřednictvím klinických doporučení VVOG z roku 2024.²⁰ Přetrvávají však výzvy v zajištění konzistentní detekce a hlášení. Rozdíly v klinické praxi mezi jednotlivými nemocnicemi vedou k nejednotnému používání digitálního rektálního vyšetření a endoanálního ultrazvuku, což způsobuje opomíjení diagnózy. Přestože endoanální ultrazvuk zlepšuje detekci, jeho dostupnost je omezená. Právní obavy také přispívají k váhavosti formálně diagnostikovat OASI, navzdory důrazu guidelines na správnou dokumentaci. Nedostatků ve vzdělávání porodníků a porodních asistentek negativně ovlivňují diagnostickou přesnost a chybějící národní systém hlášení omezuje sběr dat a benchmarking. Standardizované vzdělávání, širší dostupnost diagnostických nástrojů a centralizovaný registr jsou nezbytné ke zlepšení detekce a managementu OASI, a tím i zdraví matek v Belgii.

Mezinárodní srovnání poskytují cenné poznatky, ale při přenášení osvědčených postupů je nutné zohlednit místní právní, kulturní a institucionální rozdíly. Upozorňujeme na riziko nadměrného zobecňování a doporučujeme, aby jakákoli globální harmonizace protokolů OASI byla předcházena regionálně specifickými validačními studiemi, které zajistí proveditelnost a kulturní přijatelnost.

3 | OASI JAKO UKAZATEL KVALITY PORODNICKÉ PÉČE

Vyhýbání se diagnostice a dokumentaci OASI nezmenšuje právní rizika; naopak je zvyšuje. Nedostatečná dokumentace a nesprávný management mohou vést k opožděné léčbě, nevhodným doporučením k dalšímu vyšetření a nedostatečné následné péči — což vše vystavuje poskytovatele zdravotní péče právním důsledkům.

Jedno z největších odškodnění souvisejících s OASI — 1,6 milionu liber, přiznané Nejvyšším soudem Anglie v případě Davison versus Leitch (2013) — nebylo způsobeno samotným poraněním, ale opomenutou diagnostikou a špatným managementem po suturaci.²¹

Změna vnímání OASI z obávaného právního problému na klíčový ukazatel kvality je zásadní pro zlepšení porodnické péče. Standardizované protokoly, strukturovaný výcvik a transparentní kultura hlášení nejen zvyšují bezpečnost pacientek, ale také posilují sebedůvěru a odpovědnost zdravotníků.

Roste uznání, že sledování ukazatelů kvality porodnické péče zlepšuje bezpečnost a výsledky.^{22–24} Studie využívající Delphi metody pomohly vytvořit konsenzuální indikátory pro monitorování porodnické péče.^{25–26} Jedním z těchto indikátorů, navrženým Sauvegrainem et al.,²⁷ jsou „závažná perineální poranění“, čímž se zdůrazňuje význam sledování OASI. Maternity Dashboard NHS již zahrnuje standardizované hlášení OASI, čímž posiluje jeho roli v hodnocení a zlepšování kvality.²⁸

Míra OASI by neměla být považována za měřítko pochybení, ale za ukazatel kvality péče. Rozdíly v hlášených mírách OASI mezi porodnickými centry odrážejí různé faktory, včetně charakteristik pacientek, odborných dovedností personálu a použitých protokolů. Vyšší míra detekce OASI může v některých případech indikovat zvýšenou ostražitost, lepší školení a lepší dodržování diagnostických doporučení, nikoli nedbalost. Převážná většina případů OASI nevede k litigacím, což ukazuje, že rozpoznání a adekvátní management — nikoli vyhýbání se — zlepšují výsledky.

Zavedení standardizovaných, robustních protokolů pro detekci a léčbu OASI je prvním krokem ke zlepšení péče. To zahrnuje důkladné informování pacientek, zapojení specializované odbornosti pro chirurgickou suturaci, přesnou dokumentaci a konzistentní následnou péči. Řešení OASI však vyžaduje více než včasnou detekci a okamžité ošetření. Širší rámec zlepšování kvality by měl zahrnovat prevenci, diagnostiku, management a dlouhodobé sledování. Klíčovými prvky tohoto rámce jsou multidisciplinární spolupráce, klinické postupy založené na důkazech, kontinuální audity, mechanismy zpětné vazby a institucionální kultura zaměřená na bezpečí.

Rozšíření diskuse za hranice Spojeného království poskytuje globální perspektivu detekce a managementu OASI. Uznání OASI jako známé, ale zčásti preventabilní komplikace by nemělo snižovat význam preventivních strategií. Naopak by mělo vést k větším závazkům v oblasti standardizovaného školení, výzkumu a zajištění kvality, aby byla zaručena vysoká kvalita porodnické péče celosvětově.

Některé země EU implementovaly systémy hlášení nežádoucích událostí v nemocnicích, strukturované odlišně napříč zdravotnickými systémy. WHO a Rada Evropy vydaly doporučení pro systémy hlášení a učení se z incidentů, s důrazem na jejich zavádění bez sankcí.^{29–30}

Empirické důkazy podporující použití detekce OASI jako ukazatele kvality zahrnují britský NHS Maternity Dashboard, kde porodnice s vyšší hlášenou detekcí OASI vykazovaly také lepší výsledky při následné péči, nižší míru reoperací a vyšší spokojenost pacientek. Podobná zlepšení byla pozorována po zavedení OASI Care Bundle, který integroval strukturované hlášení, školení a poradenství pacientkám.

Porodníci a porodní asistentky se často zdráhali formálně uznat OASI kvůli obavám z právní odpovědnosti. Avšak ignorování či podreportování těchto poranění riziko neeliminuje — zvyšuje ho a ohrožuje péči o pacientku. Transparentní, na důkazech založený a proaktivní přístup může proměnit OASI v klíčový ukazatel kvality porodnické péče. Tento posun nejen zlepší výsledky, ale také podpoří kontinuální pokrok v porodnictví ve prospěch pacientek i zdravotníků.

Uvědomujeme si paradox, že zvýšená detekce OASI může zpočátku vést k nárůstu hlášených nežádoucích událostí a tím i litigací. Avšak důkazy ze strukturovaných systémů, jako je britský model, ukazují, že transparentnost kombinovaná se standardizovaným školením a včasnou intervencí nakonec snižuje závažné komplikace a zmírňuje právní rizika. Kromě toho kvalitní dokumentace zlepšuje obhajobu ve sporných případech a mění medicínsko-právní narativ od hledání viníka k odpovědnosti.

4 | ZÁVĚR

OASI nadále představuje významnou komplikaci vaginálního porodu a je často podreportována v důsledku obav z litigací a profesních důsledků. Opomenutí diagnostiky a managementu OASI však zvyšuje rizika jak pro pacientky, tak pro poskytovatele zdravotní péče. Namísto toho, aby byla detekce OASI vnímána jako právní zátěž, měla by být chápána jako základní ukazatel kvality porodnické péče.

Strukturovaný přístup — zahrnující standardizované školení, preventivní strategie a transparentní hlášení — zvýší bezpečnost pacientek a zároveň podpoří kulturu odpovědnosti a kontinuálního zlepšování péče o matku v celosvětovém měřítku.

PŘÍSPĚVKY AUTORŮ

RF navrhl a vytvořil rukopis; přispěl klinickou a právní perspektivou; kriticky rukopis revidoval a udělil konečný souhlas s verzí určenou k publikaci. EB přispěla národními daty a kontextem; podílela se na plánování; revidovala a upravovala rukopis a schválila finální verzi. ASp poskytla podněty k designu; přispěla národními klinickými zkušenostmi; revidovala rukopis a schválila finální verzi. RdT přispěl národním kontextem a klinickými daty; kriticky rukopis revidoval z hlediska významného intelektuálního obsahu a udělil konečný souhlas. CR poskytl odborné vstupy týkající se kolorektální problematiky; revidoval chirurgické části; a upravil a schválil konečný rukopis. SA poskytla regionální klinická data; podílela se na přípravě příslušných částí; a revidovala a schválila finální verzi. DAR přispěl pohledem a daty z Blízkého východu; revidoval rukopis a schválil finální verzi.

ASp poskytla poznatky z národní praxe; podílela se na přípravě textu; a revidovala a schválila konečný rukopis. JB přispěl belgickým kontextem; podílel se na psaní a revizích; a schválil finální verzi. HH koordinovala autorský tým; integrovala všechny příspěvky; a rukopis revidovala a finalizovala. PJ přispěl národními daty a zkušenostmi z praxe; revidoval rukopis a udělil konečný souhlas. PR se podílela na interpretaci dat; a rukopis revidovala a schválila finální verzi. AD poskytl chirurgické poznatky; podílel se na přípravě příslušných částí; a revidoval a schválil konečný text. MG přispěla klinickou perspektivou a polským kontextem; revidovala rukopis a schválila finální verzi. PO poskytl vstupy týkající se perinatologie a národního kontextu; podílel se na revizích rukopisu a schválil konečnou verzi. KB vedla přípravu rukopisu; přispěla evropskými daty o litigacích a rámcem standardizace; revidovala a integrovala zpětnou vazbu a udělila konečný souhlas. SS poskytl odborné vstupy týkající se porodnických a urogynekologických aspektů; kriticky rukopis revidoval a dal konečný souhlas.

Všichni autoři přispěli ke koncepci a tvorbě tohoto komentáře, splňují kritéria autorství dle ICMJE, významně se podíleli na této práci a souhlasí s odpovědností za všechny aspekty její přesnosti a integrity.

PŘIDRUŽENÉ ORGANIZACE

¹Department of Urogynaecology, St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

²Department of Gynecology and Obstetrics, Medical Faculty of Cardinal Stefan Wyszyński University, Multidisciplinary Hospital Warsaw Międzyzylesie, Poland

³Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Milan, Italy

⁴IRCCS Humanitas Research Hospital, Milan, Italy

⁵Department of Obstetrics and Gynaecology, Nîmes University Hospital, Nîmes, France

⁶Proctology and Pelvic Floor Surgery Unit, Isola Tiberina Hospital, Gemelli Isola, Catholic University, Rome, Italy

⁷Urogynecology Unit, Alexandra Hospital, Kapodistrian University of Athens, Greece

⁸Clinical Research Center, Arabian Gulf University, Bahrain

⁹Department of Obstetrics and Gynecology, Helsingborg Central Hospital, Helsingborg, Sweden

¹⁰Department of Obstetrics and Gynecology, Imelda Hospital, Bonheiden, Belgium

¹¹3rd Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic ¹²Institute for the Care of Mother and Child, Prague, Czech Republic ¹³Department of

Obstetrics and Gynecology, University Hospital Brno and ¹⁴Medical Faculty, Masaryk University, Brno, Czech Republic

¹⁴Department of Health Sciences, Medical Faculty, Masaryk University, Brno, Czech Republic

¹⁵Division of Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, Cambridge Department of Obstetrics and Gynecology, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

¹⁶Department of General and Colorectal Surgery, Medical University of Łódź, Łódź, Poland

¹⁷Institute of Polish Mother's Health Center, Łódź, Poland

¹⁸Department of Perinatology and Gynecology, Polish Mother's Memorial Hospital Research Institute, Łódź, Poland

¹⁹Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Lazarski University, Warsaw, Poland

²⁰Obstetrics and Gynaecology Unit, Vita-Salute San Raffaele University Milan, Italy IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy

PODĚKOVÁNÍ

Otevřený přístup k publikaci byl umožněn Univerzitou Karlovou v rámci dohody Wiley – CzechELib.

PROHLÁŠENÍ O STŘETU ZÁJMŮ

Autoři nemají žádné střety zájmů.

PROHLÁŠENÍ O DOSTUPNOSTI DAT

Sdílení dat se na tento článek nevztahuje, protože v této studii nebyla vytvořena ani analyzována žádná nová data.

ORCID

Hynek Heřman <https://orcid.org/0000-0001-5732-3159>
Katarzyna Borycka <https://orcid.org/0000-0001-6022-2906>

REFERENCE

- Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan A. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *Int Urogynecol J*. 2014;25(12):1621-1627. doi:10.1007/s00192-014-2406-x
- Sideris M, McCaughey T, Hanrahan JG, et al. Risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and anal incontinence: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;252:303-312. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.06.048
- Packet B, Page AS, Cattani L, Bosteels J, Deprest J, Richter J. Predictive factors for obstetric anal sphincter injury in primiparous women: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2023;62:486-496. doi:10.1002/uog.26292
- Sultan AH, Ritchie A, Mooney G. Obstetric anal sphincter injuries: review of recent medico-legal aspects. *Clin Risk*. 2016;22(3-4):57-60.
- Obstetric and gynaecological violence in the EU—Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. STUDY Requested by the FEMM committee for European Parliament. https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU%282024%29761478_EN.pdf
- Royal College of Obstetrics and Gynaecology. Management of third and fourth degree perineal tears. Greentop guideline number 29. 2015 <https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf>
- Bidwell P, Thakar R, Sevdalis N, et al. A multi-Centre quality improvement project to reduce the incidence of obstetric anal sphincter injury (OASI): study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):331. doi:10.1186/s12884-018-1965-0
- Gurol-Urganci I, Bidwell P, Sevdalis N, et al. Impact of a quality improvement project to reduce the rate of obstetric anal sphincter injury: a multicentre study with a stepped-wedge design. *BJOG*. 2021;128(3):584-592. doi:10.1111/1471-0528.16396
- NHS Resolution Annual report 2023/24. https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/07/NHS-Resolution-Annual-report-and-accounts_23-24_Access-1.pdf
- NHS Resolution: Perineal Tears. https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/FOI_5787_Perineal-Tear-1st-2nd-3rd-Degree.pdf
- NHS Innovation and Technology Tariff. <https://www.healthinnovationnw.nhs.uk/support/itt>
- Persson M, Lindberg I, Öhman A. Regional and clinical guidelines for prevention and care of obstetric anal sphincter injuries—a

- critical frame analysis. *Midwifery*. 2023;119:103608. doi:10.1016/j.midw.2023.103608
- Edqvist M, Dahlen HG, Häggsgård C, et al. The effect of two midwives during the second stage of labour to reduce severe perineal trauma (Oneplus): a multicentre, randomised controlled trial in Sweden. *Lancet*. 2022;399(10331):1242-1253. doi:10.1016/S0140-6736(22)00188-X
- Johansen LT, Braut GS, Andresen JF, Øian P. An evaluation by the Norwegian health care supervision authorities of events involving death or injuries in maternity care. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(10):1206-1211. doi:10.1111/aogs.13391
- Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019;48(7):455-460. doi:10.1016/j.jogoh.2018.12.002
- Marty N, Verspyck E. Perineal tears and episiotomy: surgical procedure—CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(12):948-967. doi:10.1016/j.gofs.2018.10.024
- Houlbracq R, Le Ray C, Blondel B, et al. Episiotomies and obstetric anal sphincter injuries following a restrictive episiotomy policy in France: an analysis of the 2010, 2016, and 2021 National Perinatal Surveys. *PLoS Med*. 2025;22(1):e1004501. doi:10.1371/journal.pmed.1004501 2025 Jan.
- Di Lello Finuoli M. Obstetric violence in Italy. *Hospitals*. 2024;1(1):3-15. doi:10.3390/hospitals1010002
- Zahumensky J, Menzlova E, Korbel M, Zmrhalova B, Vasicka I, Sottner O. Classification and management of extensive obstetric perineal injuries in the Czech and Slovak republics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;110(3):252-256. doi:10.1016/j.ijgo.2010.03.035
- Flemish Society of Obstetrics and Gynecology (VVOG). CLINICAL GUIDANCE PAPER VVOG. Obstetrical Anal Sphincter Injuries—OASIS. 2024.
- Kim EK, Lovejoy DA, Patterson D, Handa VL. Lessons learned from a review of malpractice litigations involving obstetric anal sphincter injury in the United States. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2020;26(4):249-258.
- Jha S, Sultan AH. Obstetric anal sphincter injury: the changing landscape. *BJOG*. 2015;122(7):931. doi:10.1111/1471-0528.13019
- Goffman D, Brodman M, Friedman AJ, Minkoff H, Merkatz IR. Improved obstetric safety through programmatic collaboration. *J Healthc Risk Manag*. 2014;33(3):14-22. doi:10.1002/jhrm.21131
- Janakiraman V, Ecker J. Quality in obstetric care: measuring what matters. *Obstet Gynecol*. 2010;116(3):728-732. doi:10.1097/AOG.0b013e3181ea4d4f
- Carvalho B, Kinsella SM. Obstetric Anaesthetists' Association/ National Perinatal Epidemiology Unit collaborative project to develop key indicators for quality of care in obstetric anaesthesia: first steps in the right direction. *Anaesthesia*. 2020;75(5):573-575. doi:10.1111/anae.14935
- Boukledid R, Sibony O, Goffinet F, Fauconnier A, Branger B, Alberti C. Quality indicators for continuous monitoring to improve maternal and infant health in maternity departments: a modified Delphi survey of an international multidisciplinary panel. *PLoS One*. 2013;8(4):e60663.
- Sauvegrain P, Chantry AA, Chiesa-Dubruille C, Keita H, Goffinet F, Deneux-Tharaux C. Monitoring quality of obstetric care from hospital discharge databases: a Delphi survey to propose a new set of indicators based on maternal health outcomes. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211955. doi:10.1371/journal.pone.0211955
- NHS Maternity Dashboard. Accessed 16 March, 2025. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-sets/maternity-services-data-set/maternity-services-dashboard>

29. World Health Organization. WHO draft guidelines for adverse events reporting and learning systems. 2005 Accessed 16 March 2025. <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/3122>
30. Perneger T. The Council of Europe recommendation rec (2006) 7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care*. 2008;20:305-307. doi:[10.1093/intqhc/mzn034](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn034)

Jak citovat tento článek: Fernando R, Barcz E, Spinelli A, et al. Detection of obstetric anal sphincter injuries: From the fear of malpractice to a quality indicator of a center. *Int J Gynecol Obstet*. 2025;00:1-7. doi:[10.1002/ijgo.70415](https://doi.org/10.1002/ijgo.70415)