

Patientoplevelt kvalitet belyst ved to nationale undersøgelser

Cand.oecon. Morten Freil, cand.scient.san. Jakob Lorentzen,
oversygeplejerske Lisbeth Rasmussen,
cand.scient.soc. Rikke Gut &
speciallæge Janne Lehmann Knudsen

Amtssygehuset i Glostrup, Afsnit 87,
Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt,
Den Gode Medicinske Afdeling, København, og
Sundhedsforvaltningen Københavns Amt, Glostrup

Resume

Introduktion: Undersøgelser af patienters oplevelser kan anvendes til andet end belysning af patienters overordnede tilfredshed. De kan anvendes til at udpege indsatsområder i sundhedsvæsenet. I denne artikel er der foretaget en sammenstilling af to store nationale undersøgelser til belysning af patientoplevelt kvalitet. Fordele og ulemper ved de anvendte metoder samt undersøgelsesernes forskellige anvendelsesmuligheder diskuteres.

Materiale og metoder: I Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LPU) indgik der et spørgeskema med spørgsmål om patienternes oplevelser. Skemaerne blev sendt til patienterne efter udskrivelsen. Alle landets 62 offentligt ejede sygehuse blev inkluderet. I Patientinformantundersøgelsen (PIU) indgik der et spørgeskema med spørgsmål om, hvorvidt patienten havde modtaget givne ydelser. Skemaerne blev udleveret til patienten ved udskrivelsen og afleveret igen, inden patienten gik hjem. Alle medicinske sengeafsnit blev inviteret til at deltage i undersøgelsen.

Resultater: Selv om spørgsmål, design og metode i de to undersøgelser var forskellige, var der overensstemmelse mellem de områder, hvor man i undersøgelserne påviste patientoplevede kvalitetsbrist.

Konklusion: I fremtidige undersøgelser bør datafeedback, udvælgelse på registerbasis, stikprøvestørrelser og mulighed for at få udleveret afdelingsspecifikke data overvejes. I hver enkelt undersøgelse bør fordele og ulemper ved involvering af medarbejdere afvejes. LPU er egnet til ekstern vurdering og benchmarking mellem sygehuse, mens de anvendte metoder i PIU primært egner sig til brug for sygehusafdelingernes interne selvevaluering og kvalitetsudvikling.

Danskerne er blandt de mest tilfredse i Europa i vurderingen af sundhedsvæsenets ydelser. Det bekræftes i internationale undersøgelser, hvori man sammenligner patienters oplevelser på tværs af landene [1]. Men undersøgelser af patienternes oplevelser kan anvendes til andet og mere end at belyse patienternes overordnede tilfredshed. Undersøgelserne kan anvendes, når man skal udpege indsatsområder i sundheds-

væsenet. Valg af design og metode til undersøgelser med det formål bør tage udgangspunkt i eksisterende viden om, hvilke områder patienterne prioriterer højt, og kendskab til, hvorledes den patientoplevede ydelse bedst belyses.

Kerneydelsen – dvs. den behandling og pleje, patienterne modtager under indlæggelsen – prioriteres særlig højt af patienterne i forhold til andre temaer [2, 3]. Ligeledes peger man i danske og internationale studier på, at patienter lægger særlig vægt på god og sammenhængende kommunikation og information, lægekontinuitet og veltilrettelagte behandlingsforløb [2-4].

Sygehuse i Danmark skal akkrediteres efter en fælles model, der i et vist omfang skal bygge på eksisterende nationale projekter, og patienternes vurdering af kvaliteten får en central rolle i denne model [5]. Der er i Danmark gennemført to store nationale undersøgelser til belysning af sygehusenes kvalitet på baggrund af patienternes oplevelser: Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LPU), som gennemføres hvert andet år af Enheden for Brugerundersøgelser Københavns Amt [6], og Patientinformantundersøgelsen (PIU), 2002, udført af Projekt Den Gode Medicinske Afdeling [7]. I disse undersøgelser belyses netop kerneydelser, kommunikation, information, kontinuitet og koordination.

I denne artikel er der foretaget en sammenstilling af de to undersøgelser fra 2002 med fokus på design og metode. Designet af undersøgelserne er forskellige og gør, at anvendelsesmulighederne er forskellige. Fordele og ulemper ved de anvendte metoder samt fremtidige anvendelsesmuligheder diskuteres.

Materiale og metoder

Begge undersøgelser er baseret på strukturerede spørgeskemaer. Det var frivilligt at deltage, og data var anonymiserede.

I LPU indgik der et spørgeskema med 30 spørgsmål om patienternes oplevelser konstrueret med en 4-punkts-svarskala til vurdering af de modtagne ydelser (fra mest positive svar til mest negative svar). Temaer og spørgsmål blev valgt ud fra dansk og international litteratur om patientprioriteringer og påviste forbedringsområder, og i alt 109 patientinterview bidrog til valideringen af spørgeskemaet. Skemaerne blev tilsendt patienter fra sygehusafdelinger inden for intern medicin, ortopædkirurgi, organkirurgi og gynækologi-obstetrik 3-6 måneder efter udskrivelsen. Alle af landets 62 offentligt ejede sygehuse blev inkluderet. Der blev valgt en stikprøvestørrelse på 600 patienter pr. sygehus. På små sygehuse, hvor der ikke var 600 udskrivelser i udtræksperioden, blev der udtrukket det tilgængelige antal. Undersøgelsen blev gennemført i august

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Parameter	LPU	PIU
Antal deltagere	17.566	3.027
Svarprocent	55	71
Niveau	Sygehusniveau Landsdækkende	Afdelings/afsnitsniveau 60 afdelinger/sengeafsnit
Specialer	Intern medicin ortopædkirurgi organkirurgi gynækologi/obstetrik	Intern medicin
Kønsfordeling	Kvinder: 54% Mænd: 46%	Kvinder: 49% Mænd: 49% (2% uoplyst)
Alder (gennemsnit)	56 (spændvidde: 1-99) 80+ 12% 60-79 36% 40-59 29% <39 24%	64 (spændvidde: 15-101) 81+ 16% 61-80 46% 41-60 26% 15-40 10%
Akut indlæggelse	62%	81%
Indlæggelsestid (gennemsnit)	9 dage	7,4 dage
Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LPU) og Patientinformantundersøgelsen (PIU) (2002).		

2002. Logistiske regressionsanalyser blev anvendt til belysning af, hvilke patientkarakteristika der havde betydning for resultaterne (alder, køn, indlæggelsesform (akut/elektiv), indlæggelsestid og speciale). Sygehusenes resultater blev herefter ved direkte standardisering justeret i forhold til signifikante faktorer (alder, køn og indlæggelsesform (akut/elektiv)).

I PIU indgik der et spørgeskema konstrueret med spørgsmål om, hvorvidt patienten havde modtaget en given ydelse, og svarkategorierne var ja/nej/ikke relevant. Spørgsmålene blev udvalgt ud fra DGMA's standardkatalog vedrørende patientinformation. Skemaerne blev udleveret af sygeplejepersonalet til patienterne ved udskrivelsen og afleveret igen i en lukket kuvert, inden patienten gik hjem. Alle medicinske sengeafsnit blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Der blev sendt 100 skemaer til udlevering på hvert af de deltagende afsnit fordelt på 32 sygehuse. Undersøgelsen blev gennemført i oktober-december 2002.

Resultater

Der blev udsendt 32.153 spørgeskemaer i LPU, heraf kom 17.566 retur (svarprocent 55). Det gennemsnitlige antal besvarelser pr. sygehus var 283 (spændvidde: 78-430). I PIU blev der udleveret 4.287 skemaer, heraf udgjorde antallet af besvarede og brugbare skemaer 3.027 (svarprocent 71). I alt 60 afsnit gennemførte undersøgelsen. Det gennemsnitlige antal besvarelser pr. afsnit var 50 (spændvidde: 25-107).

Temaerne i de to undersøgelser var for en stor del sammenfaldende (Figur 1). Der blev ikke fundet statistisk signifikante forskelle i resultaterne mellem de inkluderede specialer i LPU, hvilket gør, at en sammenstilling af resultaterne med PIU, som

kun omfatter medicinske afdelinger, giver mening. Selv om spørgsmål, design og metode i de to undersøgelser var forskellige, var der overensstemmelse mellem de områder, hvor der i undersøgelsen blev påvist patientoplevede kvalitetsbrist inden for de temaer, der var omfattet af begge undersøgelser (Figur 2).

I LPU var der til forskel fra i PIU meget fokus på koordination under indlæggelse og koordination i overgangen mellem sekundær og primærsektoren. Undersøgelsen påviste på disse områder kvalitetsbrist. Eksempelvis oplevede:

- 32% af patienterne i nogen/høj grad ventetid på undersøgelser og behandling, hvilket forlængede deres ophold.
- 40%, at ventetiden fra de var henvist til indlæggelse var for lang/alt for lang.
- 21%, at den information, der blev givet ved udskrivelsen om det videre forløb, var dårlig/virkelig dårlig.
- 28%, at egen læge var dårligt/virkelig dårligt informeret om udskrivelsen.

PIU havde mere fokus på medinddragelse af patienterne under indlæggelse. Her blev der ligeledes påvist kvalitetsbrist. 28-56% af patienterne mente ikke, at de havde haft indflydelse på undersøgelse, behandling, pleje og udskrivelsestidspunkt. De to metoder er sammenstillet i Figur 3, hvoraf det fremgår, at LPU er en stor undersøgelse, der foretager kvalitetsvurderinger på sygehusniveau, til forskel fra PIU, som er en mindre undersøgelse, der foretager kvalitetsvurderinger på afsnitsniveau. Forskellene mellem de to metoder - styrker, begrænsninger og anvendelsesmuligheder, diskuteres efterfølgende.

Diskussion

Patientens vurdering af en ydelses kvalitet er præget af den enkeltes erfaringer, behov og forventninger [8]. Der er derfor i de senere år opstået en erkendelse af, at hvis patienternes vurderinger skal anvendes til udpegning af kvalitetsbrist i sundhedsvæsenet, skal man i undersøgelsen både belyse, om patienterne har modtaget den pågældende ydelse (= informantspørgsmål), og belyse patienternes vurdering af ydelsens kvalitet. De to nævnte undersøgelser overlapper hinanden i valg af spørgsmålstype, dog indeholder LPU primært spørgsmål om patienters vurdering af kvaliteten af de modtagne ydelser, mens der i PIU primært er spørgsmål om, hvad der skete under indlæggelsen.

Dataindsamlingen i PIU foretages, i modsætning til i LPU, ved udskrivelsen og inddrager derfor ikke spørgsmål om forløbet efter udskrivelsen. Resultaterne af forskellige undersøgelser tyder på, at det specielt er i overgange mellem sektorer, der opstår kvalitetsbrist [4, 6]. Det vil derfor også i fremtiden være væsentligt at inddrage spørgsmål på dette område.

I undersøgelser peges der på, at der er en tendens til, at patienter er mest tilfredse og har oplevet færrest kvalitetsbrist under, umiddelbart efter og igen måneder efter en

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tema	LPU	PIU på medicinske afdelinger
Kerneydelse (behandling og pleje)	Tillid til lægerne og plejepersonalets faglige dygtighed Tillid til at have fået den rette lægelige behandling Patienten hjulpet med det han/hun kom for	Forkert udleveret medicin Medicin udleveret på forkert tidspunkt
Kommunikation og information	Vurdering af indholdet af den mundtlige information Fik patienten skriftlig information om sygdom og behandling? Vurdering af indholdet af den skriftlige information Vurdering af omfanget af information	Fået information om planlagte undersøgelser, behandling og pleje Savnede skriftlig information om planlagte undersøgelser, behandling og pleje Fået information om forventet varighed af indlæggelse Modstridende information givet af læger og sygeplejersker Informationens forståelighed Tid til at stille spørgsmål når der blev givet information Information givet på en respektløs måde Information om virkning/bivirkning af ny medicin Information givet på upassende tidspunkt og under upassende fysiske rammer
Kontinuitet	Blev patienten oplyst om, hvor han/hun kunne henvende sig med spørgsmål om sygdommen og behandlingen under indlæggelsen? 1-2 læger, der havde ansvar for behandlingen Stemte informationer fra forskelligt personale overens?	Modstridende information givet af læger Modstridende information givet af sygeplejersker
Koordination under indlæggelsen	Oplevelse af ventetider under indlæggelsen, hvilket forlængede opholdet Vurdering af hvordan forløbet af dagen for udskrivelsen var tilrettelagt Vurdering af den information der blev givet ved udskrivelsen vedrørende det videre forløb (behandling, genoptræning, undersøgelser m.v.)	Udskrivelse planlagt i god tid Passende tidspunkt for udskrivelse
Koordination – overgange	Patientens oplevelse af ventetiden fra henvisning til indlæggelse Sygehuset informeret om patientens situation ved indlæggelsen Egen læge informeret om patientens udskrivelse fra sygehuset Egen læge orienteret om, hvad der var sket under indlæggelsen Sygehusets og den kommunale hjemmepleje/sygeplejes samarbejde om udskrivelsen	
Medinddragelse	Lyttede lægerne til patientens egen beskrivelse af sygdommen? Var plejepersonalet lydhør over for patientens behov?	Patientens medindflydelse på undersøgelser Patientens medindflydelse på behandling Patientens medindflydelse på undersøgelser Patientens medindflydelse på tidspunktet for udskrivelsen
Samlet vurdering	Patientens samlede indtryk af indlæggelsen på sygehuset	Patientens tilfredshed med indlæggelsen

Figur 1. Temaer og spørgsmål i Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LPU) og Patient Informantundersøgelsen (PIU).

Tema	LPU	PIU på medicinske afdelinger
Kommunikation og information	13,6% af patienterne vurderede indholdet af den mundtlige information som dårlig/virkelig dårlig	12-14% af patienterne fik ikke information om undersøgelse, pleje og behandling 14% af patienterne angav, at informationen var helt eller delvist uforståelig 13% af patienterne angav, at der var for lidt tid til at stille spørgsmål
	22,2% af patienterne vurderede, at omfanget af information var for lille/alt for lille	20,0% af patienterne angav, at det var nødvendigt at opfordre personalet til at give information
	72,7% af patienterne fik ikke skriftlig information om sygdom og behandling	Andele af patienter, der har savnet skriftlig information om undersøgelser (12%), behandling (13%) og pleje (10%)
Kontinuitet	17,0% af patienterne oplevede kun i mindre grad/slet ikke, at der var overensstemmelse i information givet af forskelligt personale	15,0% af patienterne angav, at sygeplejersker og læger gav modstridende information om pleje og behandling
Samlet vurdering	90,2% af patienterne havde godt/virkelig godt samlet indtryk af indlæggelsen	93,9% af patienterne var tilfredse/meget tilfredse med indlæggelsen

Figur 2. Temaer og andel patientsvar i Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LPU) og Patient Informantundersøgelsen (PIU).

indlæggelse, hvorimod de er mindre tilfredse i ugerne efter indlæggelsen [9]. Dataindsamlingen er for begge de beskrevne undersøgelser foretaget på et tidspunkt i forløbet, hvor patienterne erfaringsmæssigt er mest tilfredse.

I flere undersøgelser er det endvidere vist, at ikke-responder er mindre tilfredse end respondenter [9, 10]. Risikoen for at overvurdere andelen af positive besvarelser er derfor til

stede ved undersøgelser med lave besvarelsesprocenter. I LPU er besvarelsesprocenten på 55 i PIU er den på 71. Besvarelsesprocenten for LPU er på niveau med besvarelsesprocenten i tilsvarende undersøgelser med samme dataindsamlingsmetode [6]. Ved bortfaldsanalyse testedes respondenternes repræsentativitet i forhold til stikprøven på faktorer som alder, køn og indlæggelsestid. Men analyse af respondenternes

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Parameter	LPU	PIU
Driftsomkostninger	Relativt omkostningstung (spørgeskema, påmindelse og returkuverterer fremsendes med post)	Relativt få driftsomkostninger (spørgeskema udleveres til patienten ved udskrivelsen)
Personaleresurser	Ingen	Personalet står for dataindsamling
Tidspunkt for dataindsamling	3-6 måneder efter udskrivelse	Spørgeskemaet udleveres til patienten ved udskrivelsen
Patientforløb	Fokus på tiden under indlæggelsen og overgange mellem sygehuset og primærsektoren	Fokus på tiden under indlæggelsen
Tilbagemeldingstid (fra patienten udskrives indtil resultater foreligger)	Lang tid (LPR skal være opdateret, kuvertering, cpr.-kørsel, svarfrist mv.)	Kort (spørgeskema udleveres og besvares ved udskrivelsen)
Stikprøvestørrelse (statistisk sikkerhed)	Relativt stor	Relativt lille
Ensartethed i dataindsamling	Stor (udtrækskriterier ens på alle sygehuse)	Mulighed for forskelle (involverer personalet)
Spørgsmålstyper	Primært spørgsmål om patienternes oplevelser (vurderingsspørgsmål)	Primært spørgsmål om, hvad der skete under indlæggelsen (informantspørgsmål)
Obligatorisk/frivillig	Undersøgelsen er obligatorisk for sygehusene (muligt da sygehusene ikke er involveret i dataindsamlingen)	Undersøgelsen er frivillig for afdelingerne (nødvendigt, idet personalet på afdelingen er involveret)
Niveau (sygehus/afdeling)	Sygehus	Afdeling/afsnit
Ejerskab	Begrænset ejerskab på afdelingerne, da resultaterne ikke afrapporteres på afdelingsniveau, og personalet ikke er involveret i dataindsamlingen	Stort ejerskab på afdelingerne da resultaterne afrapporteres på afdelings-/afsnitsniveau og personalet er involveret i dataindsamlingen
Primære anvendelsesområde	Benchmarking/ekstern vurdering	Selvevaluering/kvalitetsudvikling

Figur 3. Metodeforskelle mellem Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LPU) og Patient Informantundersøgelsen (PIU).

vurdering af kvaliteten i forhold til ikkerespondenter kunne ikke foretages.

Den højere besvarelsesprocent i PIU kan skyldes, at personalet udleverer spørgeskemaet direkte til patienterne. Til gengæld er der i PIU risiko for uensartet inklusion og selektions bias idet flere forskellige personer fra de deltagende afdelinger er involveret i inklusion af patienter til undersøgelsen.

Hovedformålet for begge undersøgelser er at inspirere de deltagende afdelinger/sygehuse til kvalitetsudvikling på områder med påvist kvalitetsbrist. Ifølge en amerikansk undersøgelse er der sammenhæng mellem hurtig feedback af resultater og chancen for, at resultaterne bliver anvendt til kvalitetsudvikling [11]. Tilbagemeldingstiden, fra data er indsamlet til resultaterne foreligger, er lang (ca. fem måneder) i LPU og relativt kort (ca. to måneder) i PIU.

I LPU opgøres resultaterne på sygehusniveau og i PIU på afsnitsniveau. Flere danske undersøgelser, foretaget i blandt andet Københavns Amt, Vejle Amt og Roskilde Amt, viser som i PIU, at der er store kvalitetsforskelle afsnittene/afdelingerne imellem [12]. I LPU indgik der et stort antal patienter, hvilket er resurse-mæssigt overkommeligt pga. distribueringsmetoden af spørgeskemaer. Antallet af besvarelser pr. sygehus var gennemsnitlig 283, hvilket giver en god mulighed for at identificere statistisk signifikante forskelle sygehusene imellem. I PIU deltog et mindre antal patienter med en stikprøve-

størrelse pr. afsnit på gennemsnitlig 50 patienter. Det lille antal patienter pr. afsnit giver resultater med store sikkerhedsintervaller, og det er ikke muligt at identificere signifikante forskelle afsnittene imellem, med undtagelse af få afsnit i øverste og nederste ende af skalaen. Indsamling af data som minimum på afdelingsniveau, men med udvælgelse af et større antal patienter giver mulighed for at identificere, hvor i organisationen der er forbedringspotentiale.

Konklusion og perspektivering

LPU sikrer ensartet dataindsamling på tværs af sygehusene, hvilket gør, at metoden er egnet til benchmarking. LPU er derfor et væsentligt redskab i forbindelse med vurdering af sygehusene. Fremtidige undersøgelser bør dog tage højde for væsentlige forhold som hurtig datafeedback til afdelingerne, udvælgelse på registerbasis og store stikprøvestørrelser på sygehusniveau med mulighed for at få udleveret afdelings-specifikke data. I hver enkelt undersøgelse bør man opveje fordele og ulemper ved involvering af medarbejdere i relation til de afsatte personaleresurser. Spørgeskemaet bør indeholde informantspørgsmål og belyse patientens vurdering af kvaliteten af ydelsen. Endelig bør spørgsmålene stilles i ugerne efter udskrivelsen.

Det overordnede mål for den Danske Kvalitetsmodel er: »at sikre gode patientforløb til gavn for borgerne og patient-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

terne, således at de oplever en bedre kvalitet fagligt såvel som organisatorisk» [5]. Modellen baseres på en kerne af fælles standarder. Til hver standard planlægges det at tilknytte indikatorer for den patientoplevede og faglige kvalitet.

Hvert tredje år vil der blive foretaget en ekstern vurdering af sygehusene, og i de mellemliggende år skal der ske en selv-evaluering på sygehusene. LPU vil med de nævnte justeringer være en egnet undersøgelse til belysning af indikatorer for den patientoplevede kvalitet.

Korrespondance: *Morten Freil*, Enheden for brugerundersøgelser i Københavns Amt, Amtssygehuset i Glostrup, Afsnit 87, DK-2600 Glostrup.
E-mail: mofr@glostruphosp.kbhamt.dk

Antaget: 25. april 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Mossialos E. Satisfaction with health care systems in the EU (1996-1998). London: London School of Economics and Political Science, 2000.
2. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S et al. Patients' experiences and satisfac-

- tion with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality Safety Healthcare*, 2002;11:335-9.
3. Freil M, Gut R, Gothen I. Patienters vurdering af sygehusafdelinger i Københavns Amt. København: Enheden for Brugerundersøgelser, København, 2002.
4. Baker R, Preston C, Cheater F et al. Measuring patients' attitudes to care across the primary/secondary interface: the development of the patient career diary. *Quality Safety Healthcare* 1999;8:154-60.
5. Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. 2. version august 2003. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
6. Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters vurderinger af landets sygehuse 2002. Glostrup: Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2003.
7. Ishøy T, Bonnevie B, Qvist P et al. Patientinformantundersøgelse. København: DGMA, 2003.
8. Carr-Hill RA. The Measurement of patient satisfaction. *J Pub Health Med* 1992;14:236-49.
9. Rubin HR. Patient evaluations of hospital care. *Med Care* 1990;47:267-326.
10. Lasek RJ, Barkley W, DL Harper et al. An evaluation of the impact of non-response bias on patient satisfaction surveys. *Med Care* 1997;35:646-52.
11. Bradley EH. Data feedback efforts in quality improvement: lessons learned from US hospitals. *Qual Saf Health Care* 2004;13:26-31.
12. Freil M, Knudsen JL. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet – Patienters oplevelser af sygehusenes kvalitet. *Ugeskr Læger* 2004;119:1796-9.

To tilfælde af multilokulær cystisk nefrom, en sjælden benign nyretumor

Introduktionslæge Maiken M.H. Bjerggaard & introduktionslæge Bente Barstad

Sygehusene i Ringkjøbing Amt, Urinvejskirurgisk Afdeling, og Patologisk Institut, Ringkjøbing Amt

Multilokulær cystisk nefrom (MCN) er en benign nyretumor af ukendt ætiologi, og den er vanskelig at skelne fra maligne nyretumorer ved billeddiagnostik. De fleste tilfælde ender derfor med nefrektomi, og diagnosen stilles ved den histopatologiske undersøgelse.

Dette er en kasuistik med to tilfælde af MCN.

Sygehistorier

I. En 59-årig, tidligere rask kvinde havde en stikkende fornemmelse under højre ribbenskurvatur, hvor hun selv kunne mærke en knude. Hun havde haft et tilsigtet vægttab på 15 kg. Ellers ingen symptomer. Objektivt kunne der palperes en udfyldning i hypokondriet i højre side. Blod- og urinprøver viste normale forhold, specielt var der ingen makro- eller mikroskopisk hæmaturi. En ultralydundersøgelse (UL) viste en 6,5 cm stor solid/cystisk tumor midt i nyren. Ved et finålsaspirat blev der fundet enkelte flager af mesotel, som

var uegnet til diagnostisk vurdering. En computertomografi (CT) viste en 9 × 8 cm stor, velfrænsset, ekspansiv proces, der var lavt tenuerende og uden markeret kontrastforstærkning. Der var ingen trombedannelse i nyrevenen eller v. cava og ingen patologiske forandringer i abdomen eller thorax i øvrigt.

På mistanke om malignitet fik patienten foretaget højresidig nefrektomi. Efterforløbet var ukompliceret. Mikroskopidiagnosen var: en solitær multilokulær cyste (cystadenom/segmentel cystisk sygdom).

II. En 61-årig kvinde søgte egen læge grundet underlivssmerter. Hun var tidligere blevet hysterektomeret pga. fibroma uteri, men var ellers rask. Objektivt kunne der palperes en udfyldning ved venstre nyre. En UL viste en 11 × 10 × 8 cm stor tumor med talrige cyster og solide partier. Ved en CT sås en 11 × 10 × 9 cm stor, multicystisk forandring udgående fra venstre nedre nyrepol. Den kunne ses med kapsel og skarp demarkering mod det kontrastforstærkede nyrevæv og var velfrænsset mod omgivelserne. Ellers var der normale forhold i resten af abdomen. CT-diagnosen var: forandringer, der tydede på MCN (cystadenom). Blod- og urinprøver viste normale forhold. Ved en operation fjernedes cysten fra nyren, som i øvrigt var normal.