

BEHANDLING AF VARICER  
PÅ UNDEREKSTREMITETERNE  
FAGLIGE VISITATIONSRETNINGSLINJER

2013



## Behandling af varicer på underekstremiteterne. Faglige visitationsretningslinjer

© Sundhedsstyrelsen, 2013

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk/>

Emneord: Faglige visitationsretningslinjer; Behandling af varicer på underekstremiteterne; Åreknuder

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Format: pdf  
Version: 1,0  
Versionsdato: 5. juli 2013

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-541-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juli 2013.

---

Denne rapport citeres således:  
Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab  
Behandling af varicer på underekstremiteterne. Faglige visitationsretningslinjer  
København: Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab, 2013

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:  
Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

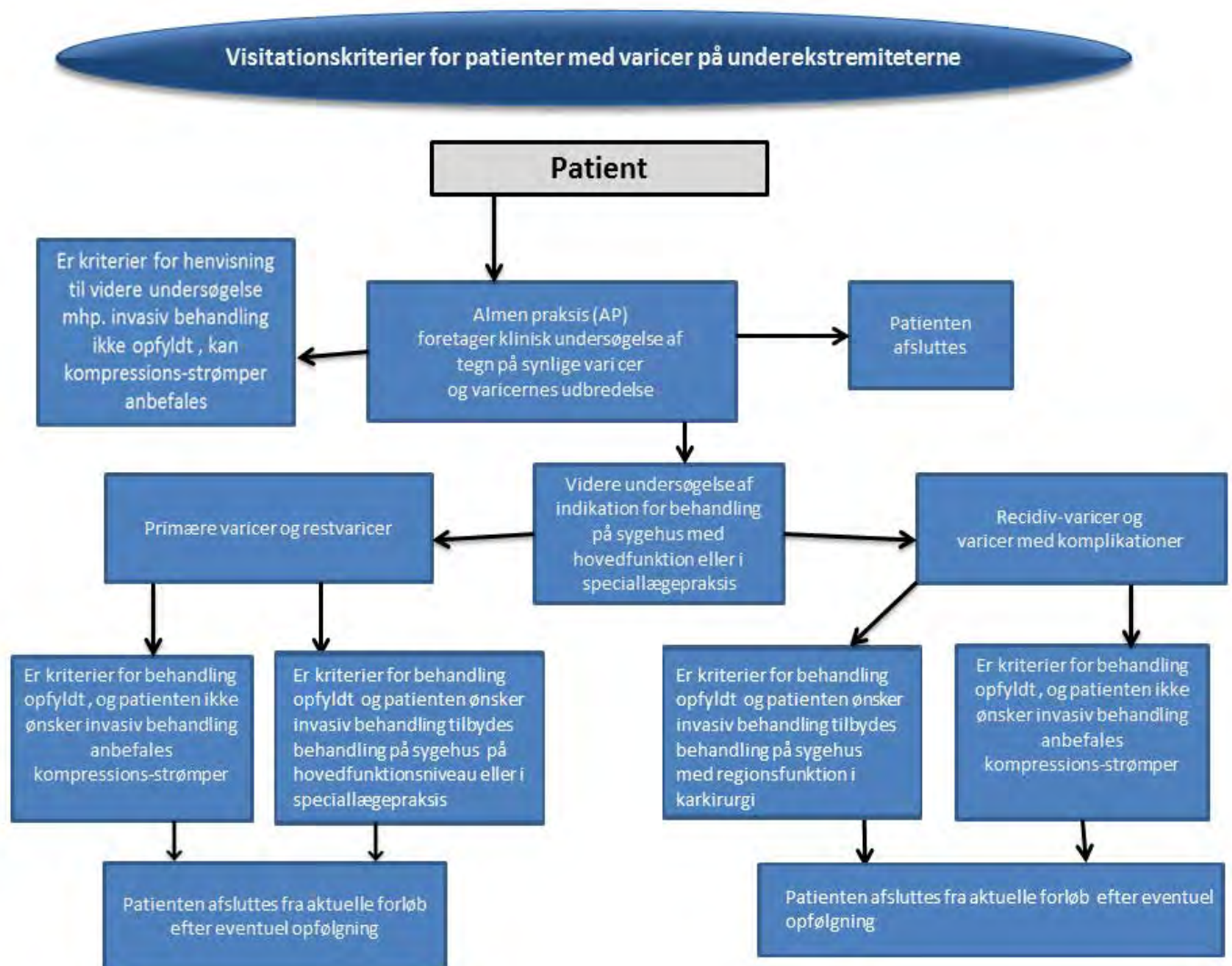
Tlf. 72 22 74 00  
E-mail: [syb@sst.dk](mailto:syb@sst.dk)  
Hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under Udgivelser

# Indhold

<b>Sammenfatning og flowchart</b>	<b>4</b>
<b>1 Introduktion</b>	<b>5</b>
1.1 Baggrund	5
1.2 Aktivitetsdata	5
1.3 Litteraturhåndtering	6
1.4 Rets- og regelgrundlag	6
<b>2 Varicer på underekstremiteterne</b>	<b>7</b>
2.1 Definitioner	7
2.1.1 Epidemiologi	7
2.2 Diagnostik	7
2.2.1 Symptomer	7
2.2.2 Klinisk undersøgelse	9
2.3 Billeddiagnostik	9
2.3.1 Dupleksskanning	9
2.3.2 Anden billeddiagnostisk	10
2.4 Indikation for behandling	10
<b>3 Behandlingsmuligheder ved varicer på underekstremiteterne</b>	<b>11</b>
3.1 Kompressionsbehandling	11
3.2 Kirurgisk behandling	11
3.2.1 Komplikationer ved kirurgisk behandling	11
3.3 Endovenøs behandling	11
3.3.1 Komplikationer til endovenøs behandling	11
3.3.2 Fordele ved endovenøs behandling	11
<b>4 Patientens vej til behandling</b>	<b>13</b>
4.1 Almen praksis	13
4.2 Behandling ved specialerne kirurgi og karkirurgi	13
<b>5 Bilag 1 – Ordliste</b>	<b>14</b>
5.1 Nationale kliniske retningslinjer	14
5.2 Faglige visitationsretningslinjer	14
<b>6 Bilag 2 – Arbejdsgruppens sammensætning</b>	<b>15</b>

## Sammenfatning og flowchart



### Anbefalinger

Kriterier for behandling ud over kompressionsbehandling af varicer på underekstremiteterne er:

1. CEAP klasse C2 eller højere, jfr. tabel 3, afsnit 2.2.2
- OG
2. Dupleksskanning af vener, som tænkes fjernet, viser reflux  $> 0,5$  sekunder i hovedstammer eller perforanter, herunder stella venosa og/eller knæhasen, eller viser refluxsteder mellem de overfladiske og de dybe vener i relation til recidivvaricer.
- OG
3. Relevante symptomer, jf. tabel 2, afsnit 2.2.1, idet kosmetiske gener som eneste symptom ved C2 dog ikke afgiver behandlingsindikation i offentligt regi.

Selv om restvaricer ikke altid opfylder ovennævnte krav, kan de behandles inden for ét år efter den primære behandling som et led i et samlet behandlingsforløb.

# 1 Introduktion

## 1.1 Baggrund

Som en del af Danske Regioners og regeringens økonomiaftale for 2011 blev det besluttet at gennemgå og revidere de faglige visitationskrav ved offentlig finansieret sundhedsbehandling på områder med høj aktivitet, eller hvor der har været en markant aktivitetsvækst. Dette er fulgt op i Danske Regioner og regeringens økonomiaftale for 2012, hvor det er aftalt, at der skal udarbejdes faglige visitationsretningslinjer for flere områder fremadrettet.

Derfor nedsatte Sundhedsstyrelsen i februar 2013 en faglig arbejdsgruppe, der fik til opgave at udarbejde faglige visitationsretningslinjer for behandling af varicer på underekstremiteterne med henblik på klare kriterier for behandlingsmuligheder, der tilbydes som offentligt finansieret sundhedsbehandling. Arbejdsgruppen har udelukkende beskæftiget sig med det faglige indhold i visitationsretningslinjerne. Arbejdsgruppen har afholdt tre møder og færdiggjort de faglige visitationsretningslinjer ultimo maj 2013.

De faglige visitationsretningslinjer skal være med til at sikre, at de rigtige patienter opereres, og at utilsigtede skred i indikationer for behandling undgås.

De faglige visitationsretningslinjer har karakter af faglig rådgivning og vil dermed indeholde anbefalinger til tilrettelæggelsen af virksomheden og anbefalinger om god, faglig praksis.

## 1.2 Aktivitetsdata

Patienter med varicer behandles på offentlige sygehuse, hos praktiserende speciallæger og på privatsygehuse- og klinikker. Antallet af behandlinger, der er udført i disse tre behandlingsområder, fremgår af nedenstående tabel. Tallene er indsamlet af Klinisk Vene Database, som ophørte med at indsamle data den 1. januar 2012.

**Tabel 1**

Antal ben behandlet for varicer				
Årstal	Offentlige	Speciallæger	Privatsygehuse	I alt
2006	8.633	6.539	485	15.657
2007	8.015	6.716	199	14.930
2008	5.776	6.292	712	12.780
2009	7.174	6.092	283	13.549
2010	6.847	6.407	382	13.636
2011	6.378	6.315	582	13.275

Kilde: Indberetninger til Landspatientregisteret og Sygesikringen

Det fremgår af årsrapporten fra Klinisk Vene Database for 2007–10, at recidivvaricer i disse år udgjorde 35 % af de offentlige sygehuses behandlinger og 41 % af speciallægenes behandlinger.<sup>1</sup> Komplikationsraten var mellem 1,2 - 4,4%.

### 1.3 Litteraturhåndtering

Der er ikke i forbindelse med arbejdsgruppens arbejde foretaget en systematisk litteratursøgning. Arbejdet er baseret på de deltagende speciallægers viden og generelle erfaring på området samt kendskab til områdets litteratur, herunder referencerne i de landsdækkende kliniske retningslinjer fra 2012.<sup>2</sup>

### 1.4 Rets- og regelgrundlag

Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for henholdsvis kirurgi, dateret 22. november 2012, og for karkirurgi, dateret 13. april 2013, gælder for beskrivelserne af 'Patientens vej til behandling', kapitel 4.

Kosmetiske gener i forbindelse med varicer indgår i overvejelser vedrørende indikationer for behandling jf. tabel 2, side 7. Varicer optræder imidlertid ikke på Sundhedsstyrelsens fortegnelse over kosmetiske indgreb, som kun læger, der har Sundhedsstyrelsens tilladelse, må behandle kirurgisk (Bekendtgørelse om kosmetisk behandling, BEK nr. 1464 af 28.12.2012).

Behandlingen er således underlagt Sundhedslovens generelle bestemmelser om lægers pligt til at vise omhu og samvittighedsfuldhed.

---

<sup>1</sup> <http://www.regionh.dk/kliniskedatabaser/menu/Nationale+databaser/Klinisk+Vene+Database.htm>. Vælg "Årsrapport 2007-10"

<sup>2</sup> Dansk Karkirurgisk Selskab, *Landsdækkende retningslinjer for behandling af patienter med varicer*, august 2012, [www.karkirurgi.dk](http://www.karkirurgi.dk)

## 2 Varicer på underekstremiteterne

### 2.1 Definitioner

*Varicer* er dilaterede, forlængede og snoede subkutane vener med en diameter på mindst 3 mm, målt i stående stilling.<sup>3</sup> Varicer kan være *primære*, forårsaget af abnormitet i venevæggen (oftest, men ikke udelukkende, i v. saphena magna eller i v. saphena parva), eller *sekundære*, forårsaget af okklusion og/eller klapdestruktion, fx efter dyb vene trombose (DVT).

Selv om recidiv af varicer har optaget varicekirurger lige så længe, de har opereret varicer, er det først i år 2000, at en definition af *recidivvaricer* blev fremsat i et konsensusdokument om ”recurrent varices after surgery (REVAS)”: Tilstedeværelse af varicer på et ben, der tidligere er opereret for varicer.<sup>4</sup> Denne definition er meget relevant set ud fra patientens synspunkt, for uanset årsagen til recidivet oplever patienten, at varicerne er kommet igen.

*Restvaricer* er varicer, der er til stede før og efter behandlingen.<sup>5</sup>

#### 2.1.1 Epidemiologi

Varicesygdommen er en folkesygdom, hvor prævalensen i den voksne del af befolkningen er omkring 25 %, svarende til, at mere end 1 million danskere har sygdommen. I Edinburgh Vein Study og Bonn Vein Study, der er baseret på undersøgelse af et tilfældigt udtræk af en befolkning, er der ikke nogen væsentlig forskel i prævalensen af varicer blandt mænd og kvinder. De sværeste grader af sygdommen med eksem, ophelet sår eller aktivt sår har en prævalens på ca. 5 % svarende til ca. 200.000 mennesker i Danmark. Til ethvert tidspunkt har ca. 13.000 danskere et aktivt venøst sår, hvoraf kun halvdelen er kendt i det offentlige sundhedssystem, mens resten behandler sig selv. Omkring halvdelen af sårene skyldes alene overfladisk venøs insufficiens, hvor årsagen til sårene kan fjernes ved behandling af varicerne.

Edinburgh Vein Study har netop offentliggjort incidenstal for kronisk venesygdom. Der blev fundet en årlig incidensrate for C2-varicer (varicer uden ødem eller hudforandringer) på 1,4 %. Familiær disposition og stigende alder var de eneste forhold, der øgede risikoen for at udvikle varicer, mens arbejdsstilling, antallet af graviditeter og vægten ikke havde nogen betydning. Risikoen for forværring af åreknudesygdommen i form af ødem, hudforandringer eller sår (C3 – C6 varicer) var dog øget ved svær overvægt. Se reference (fodnote) nr. 2 for litteraturhenvisninger.

## 2.2 Diagnostik

### 2.2.1 Symptomer

De subjektive omfatter bl.a.:

- Tyngde
- Krampe
- Kløe
- Uro
- Prikken
- Træthed
- Smerter

<sup>3</sup> Eklöf B et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. J Vasc Surg 2004; 40: 1248-52

<sup>4</sup> Perrin MR et al.: Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document. Cardiovasc Surg 2000; 8: 233-45

<sup>5</sup> Eklöf B et al. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. J Vasc Surg 2009; 49: 498-501

Symptomerne lindres ved elevation af benet og ved brug af kompressionsstrømpe. Ingen af symptomerne er patognomoniske for venøs insufficiens, idet symptomerne kan findes hos mange mennesker, der ikke har varicer.

Varicer kan progrediere til kronisk venøs insufficiens, hvor der optræder:

- Ødem
- Pigmentering
- Eksem
- Sår

**Tabel 2**

Subjektive symptomer baseret på indberetninger fra Klinisk Vene Database. Tallene vedrører patienter, der er blevet behandlet for varicer i perioden 2007-2011.

Symptom	Ét eller flere symptomer		Kun ét symptom	
	Antal pt.	Procent	Antal pt.	Procent
Træthed, tyngde	23.959	54 %	2.725	6,1 %
Smerter	18.245	41 %	2.541	5,7 %
Hævelse	17.287	39 %	893	2,0 %
Uro	15.515	35 %	562	1,3 %
Kosmetisk	13.985	31 %	1.792	4,0 %
Kløe	9.000	20 %	402	0,9 %
Krampe	7.218	16 %	289	0,6 %
Eksem	3.254	7 %	315	0,7 %
Varikoflebit	2.030	5 %	315	0,7 %
Sår	1.451	3 %	307	0,7 %
Andet	1.373	3 %	562	1,3 %
Blødning	499	1 %	164	0,4 %
Ikke oplyst	873	2 %		
Antal pt. i alt	<u>44.758</u>		<u>10.867</u>	<u>24,3 %</u>



## 2.2.2 Klinisk undersøgelse

På basis af en klinisk undersøgelse af benet kan varicesygdommen inddeles i 7 C-klasser efter stigende sværhedsgrad.<sup>6</sup> Tabel 3 viser denne fordeling på de ben, der er indberettet til Klinisk Vene Database i årene 2007 – 2011.

**Tabel 3**

C-klasser	Antal ben	Procent
C0. Ingen synlige varicer	348	0,8 %
C1. Teleangiektasier/retikulære vener	454	1,0 %
C2. Varicer	36.332	81,2 %
C3. Ødem	2.221	5,0 %
C4. Hudforandringer	4.012	9,0 %
C5. Ophelet venøst sår	705	1,6 %
C6. Venøst sår	686	1,5 %
I alt	44.758	100,0 %

Progredierer tilstanden fra simple varicer (C2) til kronisk venøs insufficiens svarende til C3 – C6, optræder tegn på mikrocirkulatoriske forandringer med ødem, pigmentering, lipodermatosklerose, eksem og i yderste konsekvens sår dannelse. Venøse ulcera optræder typisk medialt på crus.

## 2.3 Billeddiagnostik

### 2.3.1 Dupleksskanning

Objektiv undersøgelse skal altid efterfølges af ultralydskanning af venerne; dupleksskanning. Denne muliggør samtidig anatomisk og fysiologisk information om venerne. Således bør den opererende kirurg altid have skannet og markeret det venesegment, der skal behandles, samt varicerne forud for indgreb. Dupleksskanning udføres ved kontrol efter behandling.

I stående stilling og med vægten på det modsatte ben identificeres v. saphena magna, den saphenofemorale overgang og v. femoralis communis, og der undersøges for kompressibilitet og reflux. Reflux defineres som retrogradt flow i venen ved ophævelse af kortvarrig kompression på crus: I v. saphena magna og parva i  $> \frac{1}{2}$  s og i vv. femoralis og poplitea i  $> 1$  s.

V. saphena magna følges fra lysken og ned langs medialsiden af femur. Der undersøges for reflux.

V. saphena parva undersøges i knæhasen med patienten stående på en skammel eller på en anden forhøjning med ryggen til undersøgeren og med benet hængende ud over kanten eller med vægten på modsatte ben. V. saphena parvas indløb i v. poplitea identificeres, og der undersøges for reflux.

Herudover undersøges for reflux i perforanter både på femur og på crus, sidstnævnte især ved sår på crus. Refluks  $> \frac{1}{2}$  sek. i perforanter er patologisk.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Eklöf B et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. J Vasc Surg 2004; 40: 1248-52

### 2.3.2 Anden billeddiagnostisk

Flebografi, CT eller MR-skanning anvendes kun på helt specielle indikationer.

## 2.4 Indikation for behandling

Kriterier for behandling ud over kompressionsbehandling af varicer på underekstremiteterne er:

1. CEAP klasse C2 eller højere, jfr. tabel 3, afsnit 2.2.2

OG

2. Dupleksskanning af vener, som tænkes fjernet, viser reflux  $> 0,5$  sekunder i hovedstammer eller perforanter, herunder stella venosa og/eller knæhasen, eller viser refluxsteder mellem de overfladiske og de dybe vener i relation til recidivvaricer

OG

3. Relevante symptomer, jf. tabel 2, afsnit 2.2.1, idet kosmetiske gener som eneste symptom ved C2 dog ikke afgiver behandlingsindikation i offentligt regi.

Selv om restvaricer ikke altid opfylder ovennævnte krav, kan de behandles inden for ét år efter den primære behandling som et led i et samlet behandlingsforløb.

---

<sup>7</sup> Glociczki P, Comerota AJ, Dalsing MS et al: The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, J Vasc Surg (2011); 53: 2s-48s

## 3 Behandlingsmuligheder ved varicer på underekstremiteterne

### 3.1 Kompressionsbehandling

Kompressionsbehandling til varicer er ikke definitiv behandling. Anvendes forud for og som supplement til kirurgisk eller endovenøs behandling samt i tilfælde, hvor varicer er mindre udtalte, eller behov for invasiv behandling ikke er til stede.

Til varicer anbefales kompressionsbehandling med knælange kompressionsstrømper klasse II (ankeltryk 20-30 mm Hg) i de lette stadier og klasse III (ankeltryk 30-40 mm Hg) i stadier med ulcus eller ophelet ulcus.

### 3.2 Kirurgisk behandling

Formålet med den kirurgiske behandling er at fjerne refluxsteder mellem de dybe og de overfladiske vener og at fjerne de overfladiske vener med reflux. Det kirurgiske indgreb kan bestå af én eller flere af følgende operationer: Resektion af stella venosa, stripning af v. saphena magna, resektion af kommunikanter (lokalresektioner eller phlebektomier via miniincisioner), resektion af v. saphena parva, +/- stripning af v. saphena parva samt ligatur af perforanter.

#### 3.2.1 Komplikationer ved kirurgisk behandling

Føleforstyrrelser i lettere grad forekommer hos 5-10 % ; sårinfektion forekommer ved lyskeindgreb. Andre komplikationer er sjældne (ca. 1 % ifølge Klinisk Vene Database).

### 3.3 Endovenøs behandling

Princippet bag endovenøs behandling er, at endothelet i den varikøse vene påvirkes kemisk eller med varme, hvilket fremkalder trombose og efterfølgende skrumpning.

Varmedestruktion foretages med laser (EVLA) eller radiofrekvens energi (RFA) gennem et perkutant indført kateter, hvorigennem karvæggen udsættes for høj temperatur. Alternativt kan skumsklerosering foretages. Teknikkerne er minimalt invasive og foretages ambulant i lokalbedøvelse og under ultralydsvejledning. Med denne teknik destrueres v. saphena magna og/eller v. saphena parva samt større perforanter. Den endovenøse behandling suppleres i reglen med fjernelse af synlige varicer via miniincisioner eller med lokal skumsklerosering.

#### 3.3.1 Komplikationer til endovenøs behandling

Overfladisk tromboflebit ses ligesom forbigående misfarvning. Alvorligere komplikationer som dyb venetrombose er sjældne. Udbredning af tromben til V. femoralis ses hos nogle få procent, men er meget sjældent klinisk betydende (Danske guidelines). Der er også set nerveskader efter varmebehandling og i sjældne tilfælde tillige hudnekroser.

#### 3.3.2 Fordele ved endovenøs behandling

Fordelene ved de endovenøse teknikker frem for kirurgisk behandling er færre smerter postoperativt, meget lille risiko for sårbetændelse og at behandlingen foregår i lokalbedøvelse, samt at tilbagevenden til arbejde og normal aktivitet er hurtigere.

**Tabel 4**

	Årstal	2007	2008	2009	2010	2011	I alt
Operation	v. saphena magna-området	4.335	5.206	6.200	5.630	4.887	26.258
	v. saphena parva-området	681	791	880	821	700	3.873
	magna og parva-orådet	103	126	129	107	106	571
	ligatur af perforanter	310	336	351	313	350	1.660
	kun lokalresektioner og/eller lokal skumsklerosering	1.008	1.392	1.883	1.946	1.586	7.815
Laser		264	217	226	419	343	1.469
Radiofrekvensablation (RFA)		5	209	139	381	482	1.216
Skumsklerosering af hovedstammer		206	492	438	413	523	2.072
	I alt	6.912	8.769	10.246	10.030	8.977	44.934 <sup>8</sup>

På basis af indberetninger til Klinisk Vene Database viser tabel 4 en oversigt over fordelingen af behandlingerne.

Det er ikke muligt at trække data for behandling af restvaricer i Klinisk Vene Database. Det er arbejdsgruppens skøn, at patienter, der ønsker behandling af restvaricer, udgør en lille andel af de primært behandlede patienter. For endovenøse behandlinger af restvaricer som et led i et samlet behandlingsforløb henvises til international litteratur.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Data i tabel 4 er trukket i september 2012, hvorimod data i tabel er trukket i maj 2013. Derfor den lille forskel i det samlede antal

<sup>9</sup> S. Onida, T. Lane and A. Davies: Editorial - Phlebectomies: to delay or not to delay?, *Phlebology* 2012; 27: 103-104

## 4 Patientens vej til behandling

### 4.1 Almen praksis

Når patienter henvender sig til den praktiserende læge med varicer, skal lægen spørge til symptomer, og høre, om der tidligere har været DVT og/eller ulcus cruris, og om der tidligere er foretaget invasiv behandling af varicer. Endvidere foretages en klinisk undersøgelse, hvor varicernes udbredelse bedømmes, og der undersøges for tegn på synlige, symptomgivende varicer, jf. tabel 3 afsnit 2.2.2. Patienten informeres om behandlingsmuligheder, herunder konservative.

Patienter med synlige, symptomgivende varicer, der ønsker kirurgisk eller endovenøs behandling, henvises efter lokale retningslinjer til speciallæge eller sygehus mhp. videre undersøgelse. Patienter der ikke ønsker invasiv behandling, kan anbefales kompressionsstrømper, hvis de har symptomer.

Patienter med kronisk venøs insufficiens tilrådes altid at blive henvist mhp. nærmere undersøgelse.

Er der tale om mindre varicer eller flebectasier, jf. afsnit 2.4, informeres patienten om, at behandlingen ikkeforetages under sygesikringen eller på sygehus. I tvivlstilfælde kan henvises til speciallæge eller sygehus med henblik på vurdering med dupleksskanning.

### 4.2 Behandling ved specialerne kirurgi og karkirurgi

#### Sygehuse

Jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning behandles varicer på hovedfunktionsniveau på sygehuse i specialerne i kirurgi og karkirurgi.

Behandling af primære magna- og parvavaricer varetages på hovedfunktionsniveau, med kirurgi eller endovenøst med radiofrekvens eller laser.

Endovenøs skumbehandling anbefales af Sundhedsstyrelsen kun anvendt som led i kontrollerede studier eller hvis ingen af de øvrige metoder anses for anvendelige.

Behandling af recidiv af varicer og varicer med komplikationer, herunder kirurgisk behandling samt endovenøs laser eller radiofrekvensbehandling, henvises til regionsfunktionsniveau i karkirurgi.

Arbejdsgruppen har drøftet specialfunktionen ”recidivvaricer” og finder behov for en nærmere drøftelse af afgrænsningen af denne, særligt med henblik på en drøftelse af hvorvidt det er muligt at afgrænse en gruppe af recidivvaricer, der kan behandles på hovedfunktionsniveau. Denne videre drøftelse anbefales at finde sted i regi af specialeplanlægningen.

#### Speciallægepraksis

Som hovedregel gælder, at det der varetages på hovedfunktionsniveau på sygehuse også kan varetages i speciallægepraksis. Jf. Sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til placeringen på regionale og private sygehuse. Heraf følger, at specialfunktioner kun må varetages, hvis man har Sundhedsstyrelsens godkendelse hertil. Undtaget herfra er dog patienter, der ikke behandles for offentlige midler, fx forsikringspatienter og selvbetalere.

Specialfunktioner, som er regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner, kan således ikke varetages i speciallægepraksis.

## 5 Bilag 1 – Ordliste

### 5.1 Nationale kliniske retningslinjer

Definition af nationale kliniske retningslinjer, der udarbejdes og publiceres af Sundhedsstyrelsen:

Nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer, samt af patienter, som ønsker at få større indsigt i forløbet.

Nationale kliniske retningslinjer dækker udvalgte dele af et patientforløb og er som udgangspunkt tværfaglige og tværsektorielle. Emnet for den kliniske retningslinje vil være definerende herfor.

Nationale kliniske retningslinjer baserer sig på den bedste tilgængelige viden (evidens), som frembringes gennem en systematisk indsamling og vurdering af andre evidensbaserede kliniske retningslinjer, RCT'er, systematiske reviews o.l. eller i fravær af evidens på bedste kliniske praksis.

Kliniske retningslinjer kan fuldt eller delvist understøtte forløbsprogrammer.

### 5.2 Faglige visitationsretningslinjer

Faglige visitationsretningslinjer skal forstås som fagligt begrundede retningslinjer for henvisning til de eksisterende behandlingsmuligheder for en given sygdom.

Beskrivelsen af de faglige visitationsretningslinjer indgår som delelement i de samlede kliniske retningslinjer på området.

## 6 Bilag 2 – Arbejdsgruppens sammensætning

### Arbejdsgruppen

Hanne Mølgaard Christiansen  
*Overlæge*  
*Region Nordjylland*

Jan Struckmann  
*Speciallæge i kirurgi*  
*Dansk Kirurgisk Selskab*

Lotte Klitfod  
*Afdelingslæge*  
*Dansk Karkirurgisk Selskab*

Marie Rønde  
*Chefkonsulent*  
*Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse*

Martin Grønberg Johansen  
*Seniorkonsulent*  
*Danske Regioner*

Morten Stahl Madsen  
*Overlæge*  
*Region Syddanmark*

Torben V. Schroeder  
*Professor*  
*Dansk Karkirurgisk Selskab*

Ynse de Boer  
*Praktiserende læge*  
*Dansk Selskab for Almen Medicin*

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke arbejdsgruppen for dens arbejdsindsats. Arbejdsgruppemedlemmernes habilitetserklæringer er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

### Sundhedsstyrelsen

Johannes Gaub (formand for arbejdsgruppen)  
*Speciallægekonsulent*

Cecilie Iuul  
*Akademisk medarbejder*