

Uppdatering godkänd av Argus 2026-01-30

SFOG-råd RYGGMÄRGSBRÅCK - PRENATAL UTREDNING OCH HANDLÄGGNING

Ultra-ARG, 2019, uppdaterad 2026-01-18

Ansvariga för uppdateringen:

Jana Brodzki, Lisa Bondjers, Ylva Carlsson, Ingrid Olsson, Eleonor Tiblad

Författarna har inga jäv att deklarerat i förhållande till denna fråga.

Inledning

Den moderna medicinska behandlingen av personer med ryggmärgsbråck har förbättrat överlevnaden och minskat morbiditeten. Behandlingsarsenalen har sedan några år tillbaka utökats med fosterkirurgi. Inom rehabiliteringen arbetar man med målsättningen att personer med funktionsnedsättningar på grund av ryggmärgsbråck, ska få insatser för att uppnå största möjliga delaktighet och funktion i vardag och samhällsliv.

Syftet med dessa rekommendationer är att bidra till att den gravida kvinnan och hennes partner, vid prenatal diagnos av ryggmärgsbråck hos fostret, erhåller korrekt information och handläggning. Dokumentet har skapats av en multidisciplinär arbetsgrupp bestående av fostermedicinare, barnneurologer samt neurokirurger från olika regioner i Sverige, se bilaga 3.

Råd i sammanfattning

- Alla kvinnor som bär ett foster med misstänkt ryggmärgsbråck bör remitteras för prenatal utredning vid regional fostermedicinsk enhet och informeras om diagnos, prognos och behandlingsmöjligheter. Informationen ska vara objektiv och ges av fostermedicinare tillsammans med barnneurolog, och helst också neurokirurg. Informationen ska vara både skriftlig och muntlig och anpassas till kvinnan/paret och den aktuella graviditeten.
- Möjliga åtgärder vid ryggmärgsbråck är 1. avbrytande av graviditeten, 2. prenatal kirurgi (i selekterade fall), 3. fortsatt graviditet med postnatal kirurgisk behandling.
- Alla kvinnor som väljer att fortsätta graviditeten, oavsett fosterkirurgi eller inte, ska ha en plan för uppföljning under graviditeten, för förlossning och för utredning och uppföljning av barnet.
- Om kvinnan så önskar, ska utredning genomföras för att bedöma om kriterier för fetal operation är uppfyllda. Om så är fallet ges aktuell information om procedur, förväntad vinst, risker, och eventuella sociala konsekvenser för familjen inför deras beslut och kvinnan remitteras till fosterkirurgiskt center.
- Fosterobduktion ska rekommenderas de kvinnor som väljer att avbryta graviditeten, detta i syfte att bekräfta prenatal diagnos samt ge möjlighet till så välgrundad rådgivning som möjligt inför eventuell kommande graviditet. I samband med detta bör även genetisk utredning erbjudas om detta inte är utfört prenatalt.
- Alla kvinnor ska få information om vikten av folsyraprofylax och recept på folsyra 4-5 mg dagligen från minst två månader före framtida graviditet och minst till och med graviditetsvecka 12.

Terminologi

Neuralrördefekter/ryggmärgsbråck (spinal dysrafism) innefattar ett spektrum av olika missbildningar med mycket varierande symtom och funktionsnedsättningar. En del personer kan vara helt symtomfria. Klassifikation och terminologi växlar och nya förslag till klassifikation har publicerats, delvis beroende på förbättrad MR teknik (1). Neuralrördefekt bör användas som sammanfattande term, i stället för exempelvis spina bifida, vilket är missvisande.

Icke hudtäckta ryggmärgsbråck, myelomeningocele och myeloschisis, är de svåraste formerna vilka oftast är kombinerade med Chiari II-missbildning (vermis, hjärnstam och 4:e ventrikeln hernierar ner i cervikalkanalen) och hydrocefalus. Hudtäckta defekter kan ha liknande neurogen påverkan på urinblåsa, tarm och nedre extremiteter, däremot är hydrocefalus mycket ovanligt.

Prenatal utredning och handläggning vid ryggmärgsbråck hos fostret

Öppna ryggmärgsbråck kan upptäckas vid anatomiskt ultraljud i första trimestern. Detektionsgraden är dock låg, cirka 15 procent (2). Med hjälp av systematisk bedömning av bakre skallgropen (3,4) kan dock upp till 50 procent av icke hudtäckta ryggmärgsbråck upptäckas redan i första trimestern. Om avvikelse i bakre skallgropen ses vid första trimester ultraljud, bör ryggmärgsbråck misstänkas och ett upprepat ultraljud för bedömning av intrakraniell anatomi samt kotpelare göras i graviditetsvecka 16, vid behov utförs detta vaginalt.

Vid alla rutinultraljud i andra trimestern ska intrakraniell anatomi bedömas (skallform, medellinje, cavum septum pelucidum, biparietaldiameter, sidoventrikler, cerebellum, cisterna magna) liksom kotpelaren i sin helhet i minst två plan (sagittalt och axiellt, samt helst även coronart). Huden på ryggen ska bedömas, huruvida den är intakt eller inte. Öppna ryggmärgsbråck hittas oftast p.g.a. intrakraniella avvikelser. Foster med hudtäckta ryggmärgsbråck har oftast normala intrakraniella fynd och upptäcks därför mer sällan prenatalt.

Vid misstanke om ryggmärgsbråck i andra trimestern eller senare i graviditeten

1. Anamnes: familjeanamnes, maternell anamnes, obstetrisk anamnes.
2. Noggrann anatomisk ultraljudsundersökning för att upptäcka eventuella andra missbildningar. Isolerat eller inte? Överväg fosterekokardiografi för god strukturell bedömning av fosterhjärtat.
3. Nivådiagnostik (översta affekterade kotan) samt utbredning av defekten med hjälp av 2D och 3D ultraljud.
4. Bedöm typ av missbildning: myelomeningocele, myeloschisis, öppen/sluten defekt (se bilaga 1).
5. Bedöm felställning i kotpelare: kyfos, skolios, andra kotdefekter.

6. Bedöm nivå där konus slutar. Fjättrad (fastvuxen) ryggmärg? Konus ska inte sluta längre ner än L3.
7. Bedöm nedre extremiteterna: rörlighet i höfter, knän, fötter.
8. Bedöm intrakraniell anatomi: Huvudform, huvudomfång, BPD (ofta <5:e percentilen), cerebellum, cisterna magna, förekomst av Chiarimissbildning, grad av hydrocefalus, storlek ventriklar (framhorn och atrium), uteslut andra intrakraniella missbildningar.
9. MR bör göras i syfte att komplettera ultraljudsundersökningen och för mer detaljerad bedömning av intrakraniell anatomi.
10. Amniocentes: QF-PCR samt aCGH.

Vid fortsatt graviditet rekommenderas ultraljudskontroll med tillväxt, fostervattenmängd, och intrakraniell anatomi var fjärde vecka fram till förlossning. Efter eventuell fosterkirurgi följs specifikt uppföljningsprogram angivet av det opererande centrat.

Fosterkirurgi vid ryggmärgsbråck

Foster med ryggmärgsbråck drabbas ofta av en progressiv försämring av funktioner under andra halvan av graviditeten, i form av motorikstörning i nedre extremiteterna, utveckling av hydrocefalus och Chiarimissbildning, samt sekundära hjärnmissbildningar. Detta sker sannolikt på grund av mekanisk skada på ryggmärgen vid nötning mot livmoderväggen, toxisk påverkan av fostervattnet, samt läckage av likvor från bråcket. Genom att redan under andra trimestern sluta ryggmärgsbråcket kan man eventuellt undvika denna progressiva skada och därmed minska funktionsbortfall. Hernieringen av lillhjärnan i bakre skallgropen kan i många fall reverseras efter prenatal slutning, och hydrocefalusutveckling kan därmed delvis undvikas (5-7).

Fosterkirurgi för öppna ryggmärgsbråck (myelomeningocele och myeloschisis) är idag en etablerad behandlingsmetod vid flera centra i världen, och både öppen och minimalinvasiv (fetoskopisk) teknik används (7-9). Fosterkirurgi botar inte ryggmärgsbråck, men kan medföra vissa funktionsförbättringar. Det ökar sannolikheten för en bättre gångförmåga, samt för att slippa Chiarimissbildning och shuntkrävande hydrocefalus. I en prospektiv randomiserad NIH studie (MOMS; Management Of Myelomeningocele Study) jämfördes resultaten av fetal slutning med traditionell postnatal kirurgi (10). En interimanalys efter att 183 patienter hade inkluderats, visade en signifikant fördel vid prenatal kirurgi, så studien avslutades i förtid. MOMS studien visade halverat behov av ventrikuloperitoneal shunt hos barn som opererats prenatalt. Dubbelt så många av barnen som opererats prenatalt gick självständigt vid uppföljning, jämfört med kontrollgruppen (10–13). Senare studier, inklusive internationella kohorter med fetoskopisk teknik, har bekräftat likvärdiga resultat för neurologisk funktion och gångförmåga, med något lägre maternell morbiditet, se nedan (7-8,14). Effekten på kognitiva funktioner, miktion och tarmtömning samt sexuell funktion är endast delvis studerad, men

långtidsuppföljningar upp till skolålder visar fortsatt förbättrad motorisk och autonom funktion för prenatalt opererade barn (15). Det är inte visat att behov av annan kirurgi till följd av sekundära komplikationer, som exempelvis fjättrad ryggmärg, minskas.

Prenatal kirurgi för ryggmärgsbräck utförs mellan graviditetsvecka 19+0 och 25+6. Vid operationen görs en utvidgad laparotomi och hysterotomi, i vilken fostrets rygg exponeras och ryggmärgsbräcket sluts därefter av neurokirurg. Alternativt kan en perkutant fetoskopisk teknik användas, där flera små troakarer införs genom livmodern och defekten täcks med patchmaterial (7). Allvarliga komplikationer som perinatal död i nära anslutning till operationen förekommer i 1-3 procent av fallen i nyare kohorter (7-8).

Medelgraviditetslängden vid förlossning efter ingreppet är 35 veckor (IQR 34-36,6 (8). Prematur vattenavgång förekommer i 40-45 procent av fallen. Trots risk för prematuritet talar uppföljningsdata för att fördelarna med fetal kirurgi överväger riskerna för barnet, särskilt gällande motorik, autonom funktion och minskat shuntbehov (7-8,16). För exklusions- och inklusionskriterier för prenatal kirurgi, se bilaga 2.

En ökad risk för allvarliga komplikationer finns, t.ex. dehiscensrisk i hysterotomin såväl vid den aktuella graviditeten som vid framtida graviditeter, varför noggrann uppföljning av kvinnan är nödvändig (17). Denna risk har dock minskat i senare kohorter. Det finns också etiska betänkligheter i att utsätta en gravid kvinna för riskerna med denna typ av kirurgi, med syfte att minska sjuklighet för det väntade barnet (18).

Om prenatal kirurgi är aktuellt, ska kontakt tas så snart som möjligt med något av de etablerade centra som finns i Europa, se bilaga 2. En person som har rätt till svensk socialförsäkring har även rätt till ersättning för/kostnadsfri vård inom EU/EES eller Schweiz. Vid planerad operation utomlands ska en ansökan om specialistvård skrivas av vårdgivaren och undertecknas av verksamhetschef. Vid vård inom EU ska S2 blankett (förhandstillstånd) begäras från Försäkringskassan. Patienter som beviljas specialistvård utomlands är även berättigade till att få ersättning för utlagda kost- och resekostnader i samband med den beviljade vården. Var god se bilaga 4 "Checklista avseende Ansökan för offentlig/privat specialistvård utomlands". Regionala skillnader kan förekomma och kontakt med den regionala Försäkringskassan bör tas, så snart som möjligt. I vissa regioner krävs även tillstånd från regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning.

Förlossning

Ska ske på regionsjukhus med adekvat kompetens och erfarenhet av ryggmärgsbräck (fostermedicinare, neonatolog, barnneurolog, neurokirurg, barnurolog, barnortoped). Planerat kejsarsnitt i fullgången tid brukar rekommenderas. Tillräcklig vetenskaplig evidens saknas för att visa att kejsarsnitt reducerar risken för ytterligare neurologisk skada, även om detta är rapporterat (19). Tidpunkt för förlossning planeras i samråd inom teamet, inte minst för planering av den neurokirurgiska primäroperationen. Även för familjens planering, så är känd

tidpunkt för förlossningen en fördel, eftersom föräldrarna behöver delta under barnets första levnadsveckor på sjukhus och ofta första veckorna hemma. Om öppen fetal intrauterin kirurgi utförts är vaginal förlossning kontraindicerat i den aktuella graviditeten, samt i samtliga efterföljande graviditeter. Planering av förlossning avseende tidpunkt och plats sker då i samråd med fosterkirurgiskt centrum.

Nationellt uppföljningsprogram, MMCUP

I Sverige finns ett strukturerat uppföljningsprogram och kvalitetsregister för ryggmärgsbråck och hydrocefalus, där samtliga personer födda med ryggmärgsbråck erbjuds att delta – se hemsidan www.mmcup.se. Även prenatalt opererade barn ska utredas och följas enligt de svenska nationella riktlinjerna. Särskilt viktigt är att barnen följs enligt riktlinjen för neurogen blåsfunktionsstörning, enligt vilken som regel ren intermittent kateterisering (RIK) startas i nyföddhetsperioden, för att minimera risken för njurskada.

Bilagor

1. Klassifikation av spinala neuralrörsdefekter
2. Inklusions- och exklusionskriterier för fosterkirurgi vid ryggmärgsbråck, samt kontaktuppgifter till opererande europeiska centra.
3. Kontaktuppgifter regionansvariga MMC
4. Checklista Försäkringskassan

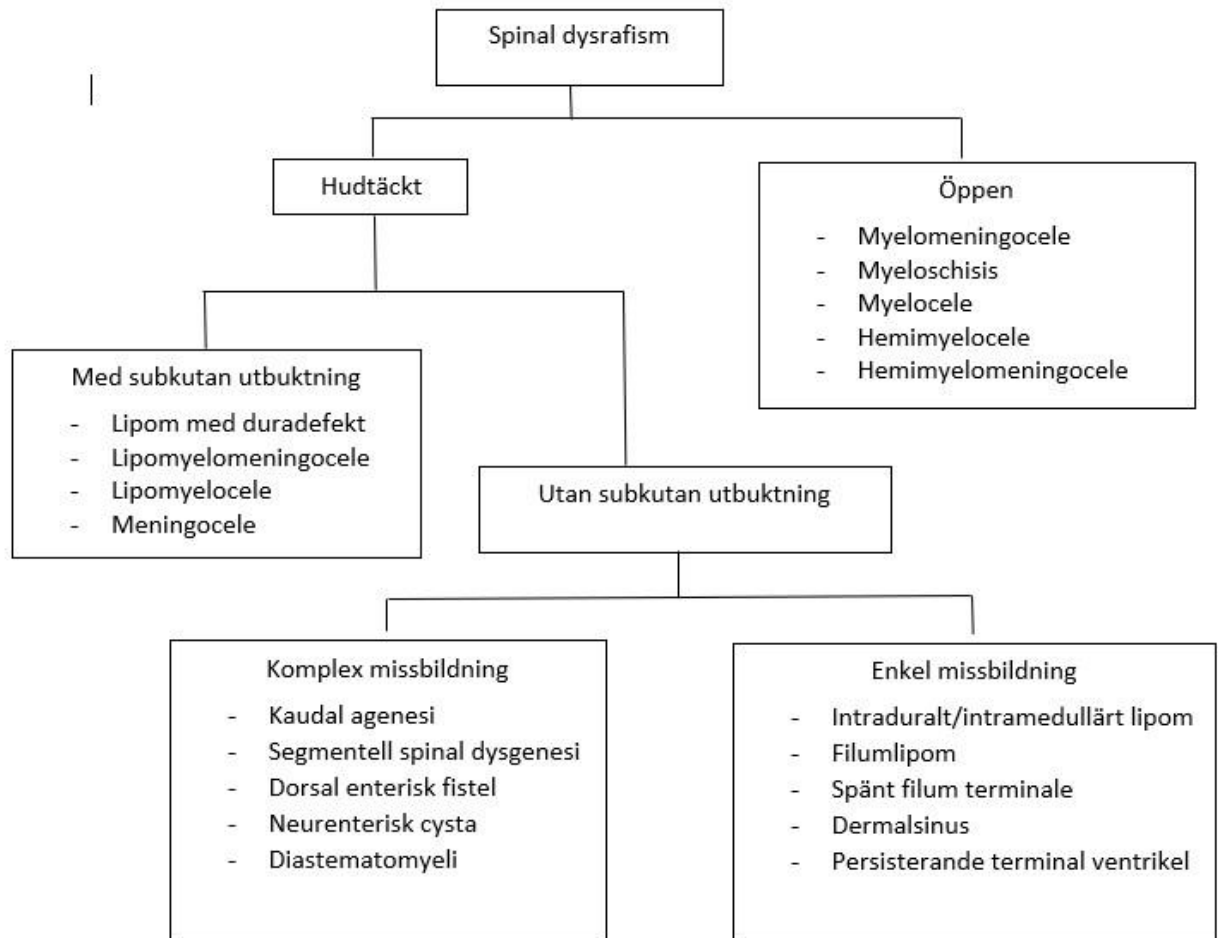
Referenser

1. McComb JG. A practical clinical classification of spinal neural tube defects. *Childs Nerv Syst.* 2015;31:1641–1657.
2. Syngelaki A, Chelemen T, Dagklis T, et al. Challenges in the diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities at 11–13 weeks. *Prenat Diagn.* 2011;31(1):90–102.
3. Chaoui R, Benoit B, Heling KS, et al. Prospective detection of open spina bifida at 11–13 weeks by assessing intracranial translucency and posterior brain. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(6):722–726.
4. Garcia-Posada R, Eixarch E, Sanz M, et al. Cisterna magna width at 11–13 weeks in the detection of posterior fossa anomalies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41(5):515–520.
5. Flanders TM, Madsen PJ, Pisapia JM, et al. Improved postoperative metrics with modified myofascial closure in fetal myelomeningocele repair. *Oper Neurosurg.* 2019;18:158–165.
6. Heuer GG, Moldenhauer JS, Adzick NS. Prenatal surgery for myelomeningocele: review of the literature and future directions. *Childs Nerv Syst.* 2017;33:1149–1155.

7. Lapa DA, Chmait RH, Gielchinsky Y, et al. Percutaneous fetoscopic spina bifida repair: effect on ambulation and need for postnatal cerebrospinal fluid diversion and bladder catheterization. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;58:582–589.
8. Vergote S, Van der Stock J, Kunpalin Y, et al. Patient empowerment improves follow-up data collection after fetal surgery for spina bifida: institutional audit. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023;62:565–572.
9. Kik CC, Kunpalin Y, Kulkarni AV, et al. Contemporary outcomes of a national fetal spina bifida surgery service. *Prenat Diagn* 2024;44(13):1635-1640.
10. Adzick NS, Thom EA, Spong CY, et al. A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. *N Engl J Med.* 2011;364(11):993–1004.
11. Bennett KA, Carroll MA, Shannon CN, et al. Reducing perinatal complications and preterm delivery for patients undergoing in utero closure of fetal myelomeningocele: further modifications to the multidisciplinary surgical technique. *J Neurosurg Pediatr.* 2014;14(1):108–114.
12. Moldenhauer JS, Soni S, Rintoul NE, et al. Fetal myelomeningocele repair: the post-MOMS experience at the Children’s Hospital of Philadelphia. *Fetal Diagn Ther.* 2015;37(3):235–240.
13. Tulipan N, Wellons JC III, Thom EA, et al. Prenatal surgery for myelomeningocele and the need for cerebrospinal fluid shunt placement. *J Neurosurg Pediatr.* 2015 16(6):613–620.
14. Paslaru FG, Panaitescu AM, Iancu G, et al. Myelomeningocele surgery over the 10 years following the MOMS trial: a systematic review of outcomes in prenatal versus postnatal surgical repair. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(7):707.
15. Houtrow AJ, Thom EA, Fletcher JM, et al. Prenatal repair of myelomeningocele and school-age functional outcomes. *Pediatrics.* 2020;145(2):e20191544.
16. Bruna B, Wille D, Schauer SM, et al. Motor function outcomes in children with open prenatal repair of spina bifida aperta at 36-month follow-up: the Zurich cohort. *J Pediatr Rehabil Med.* 2023;16:595–604.
17. Wilson RD, Lemerand K, Johnson MP, et al. Reproductive outcomes in subsequent pregnancies after a pregnancy complicated by open maternal–fetal surgery (1996–2007). *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(3):209.e1–6.
18. Van Calenbergh F, Joyeux L, Deprest J. Maternal–fetal surgery for myelomeningocele: some thoughts on ethical, legal, and psychological issues in a Western European situation. *Childs Nerv Syst.* 2017;33:1247–1252.
19. Luthy DA, Wardinsky T, Shurtleff DB, et al. Cesarean section before the onset of labor and subsequent motor function in infants with myelomeningocele diagnosed antenatally. *N Engl J Med.* 1991;324(10):662–666.

Bilaga 1.

Klassifikation av spinala neuralrörsdefekter



En förenklad klassifikation av spinala neuralrörsdefekter (modifierad efter Salih et al 2014)

Källa: Nilsson D. Neuralrörsdefekter – introduktion 2020-05-06 i Nationella riktlinjer för medicinsk uppföljning vid MMC och andra neuralrörsdefekter, NTD (med hänvisning till Riktlinjerna på Svensk neuropediatrik förenings hemsida).

Bilaga 2.

Inklusions- och exklusionskriterier för fosterkirurgi vid ryggmärgsbråck.

MATERNELLA	FETALA
> 18 år	Enkelbörd
BMI <40	Inga andra medfödda missbildningar
Ej insulinberoende diabetes mellitus eller allvarlig maternell sjukdom	Normal genetisk utredning
Ingen anamnes på eller ökad risk för prematur förlossning	Ryggmärgsbråck ej över Th1 eller början nedom S1
Normal cervixlängd	Graviditetslängd enligt ultraljud 19+0 – 25+6 veckor
Ej placenta previa	Arnold-Chiari II missbildning med herniering av lillhjärnan
Inga uterusmissbildningar	Kyphos <30 grader
Ingen tidigare uteruskirurgi (normalt kejsarsnitt med tvärsnitt i istmus räknas inte)	Rörlighet i benen
Ingen blodsmitta (HIV, HBV, HCV)	
Adekvat social support och psykosocial situation	

Kontakt för ställningstagande till fosterkirurgi vid ryggmärgsbråck

Fetal Medicine Center Leuven

UZ Leuven

Belgien

Kontakt: fetal.medicineleuven@uzleuven.be

Kontakta koordinatör ovan för ytterligare information för inremitterande vårdgivare samt för patienten. De tillhandahåller också intyg med medicinskt och vetenskapligt underlag för godkännande av betalningsförbindelse.

Bilaga 3.

Kontaktuppgifter MMC ansvariga per region

Södra sjukvårdsregionen - Skånes universitetssjukhus (Lund)

Fostermedicin: Jana Brodzki, jana.brodzki@skane.se, 046-17 20 32

Barnneurolog: Maria Forsgren, maria.forsgren@skane.se, 046-17 58 36

Sarah Höing, 046-17 57 30

Neurokirurg: Nils Ståhl, nils.stahl@skane.se, 046-17 12 48

David Cederberg, david.cederberg@skane.se, 046-17 76 55

Västra sjukvårdsregionen - Sahlgrenska universitetssjukhuset (Göteborg)

Fostermedicin: Ylva Carlsson, ylva.carlsson@vgregion.se, 073-070 65 46

Barnneurolog: Lisa Bondjers, lisa.bondjers@vgregion.se

I arbetet med detta dokument har Ingrid Olsson Lindberg deltagit aktivt.

Neurokirurg: Daniel Nilsson, daniel.nilsson@vgregion.se, 031-342 96 21

Magnus Tisell, magnus.tisell@vgregion.se

Sydöstra sjukvårdsregionen - Linköpings universitetssjukhus

Fostermedicin: Kristina Kernell, kristina.kernell@regionostergotland.se, 070-207 88 05

Mohapatra Ushani, ushani.mohapatra@regionostergotland.se, 010-103 68 54

Barnneurolog: Peter Wide, peter.wide@regionostergotland.se

Helene Sundelin, helene.sundelin@regionostergotland.se

Neurokirurg: Rafael Turczynski Holmgren,

rafael.turczynski.holmgren@regionostergotland.se, 070-885 76 69

Stockholms sjukvårdsregion - Karolinska universitetssjukhuset

Fostermedicin: Maria Stefopoulou, maria.stefopoulou@regionstockholm.se

Peter Conner, peter.conner@regionstockholm.se, 070-795 25 19

Koordinator Centrum för Fostermedicin: Tel: 08-123 706 87

Barnneurolog: Åsa Eriksson, asa.g.eriksson@regionstockholm.se, 08-123 800 00

Neurokirurg: Ulrika Sandvik, ulrika.sandvik@regionstockholm.se, 08-123 747 77

Uppsala-Örebro sjukvårdsregion - Akademiska sjukhuset, Uppsala

Fostermedicin: Linda Lindström, linda.lindstrom@uu.se, 070-535 87 59

Mårten Ageheim, marten.ageheim@uu.se

Barnneurolog: Ingela Kristiansen, ingela.kristiansen@akademiska.se

Gunnar Liminga, gunnar.limminga@akademiska.se

Neurokirurg: Pelle Nilsson, pelle.nilsson@akademiska.se, 076-800 16 83

Nils Wesslén, nils.wesslen@akademiska.se

Uppsala-Örebro sjukvårdsregion – Universitetssjukhuset Örebro

Fostermedicin: Karin Hildén, karin.hilden@regionorebrolan.se,

019-602 17 64

Barnneurolog: Linnea Nordström, linnea.nordstrom@regionorebrolan.se,

019-602 42 21

Neurokirurg: Se Uppsalas neurokirurger

Norra sjukvårdsregionen (Norrlands universitetssjukhus, Umeå)

Fostermedicin: Nadine Raab, nadine.raab@regionvasterbotten.se, 090-785 04 62, Eleonor Tiblad

Barnneurolog: Andrea Kischkel, andrea.kischkel@regionvasterbotten.se,
090-785 00 00 (växel)

Neurokirurg: Saeed Shahidi, saeed.shahidi@regionvasterbotten.se,

090-785 19 24

Bilaga 4.

Ansökan om godkännande och betalningsförbindelse för specialistvård utomlands.

Ansökan görs till Försäkringskassan enligt förordning 883/2004. Gäller huvudsakligen offentlig vård i annat EU land, som inte kan erbjudas i Sverige eller inte inom rimlig tid. Kostnaden betalas direkt mellan svenska staten och vårdgivaren i det andra EU landet. Om behandlingen inte utförs alls i Sverige så ansöker man om förhandstillstånd. Försäkringskassan prövar då om behandlingen är en del av den svenska vårdförmånen, dvs utförs i enlighet med internationell medicinsk vetenskap och är vetenskapligt beprövad. Ett intyg om detta med referenser kan exempelvis efterfrågas från UZ Leuven. Försäkringskassan kan också bevilja ersättning för resa och logi samt merkostnader för medföljande. Läs mer på Försäkringskassans hemsida om Planerad vård utomlands.

Ansökan (blankett S2) kan hämtas digitalt via Försäkringskassans hemsida. Handläggare vid regionala Försäkringskassan bör dock kontaktas direkt för snabbare handläggning.

Av ansökan ska framgå

- Vem vården avser (namn, personnummer, bostadsadress). Det ska framgå var personen är bosatt och om personen omfattas av AFL (den allmänna försäkringen).
- Vilken vård och vid vilken vårdinrättning i utlandet ansökan gäller, samt när vården ska ske.
- Ansökan ska gälla elektiv specialistvård som omfattas av HSL 1§
- Vården ska inte finnas tillgänglig inom offentligt finansierad vård i Sverige eller inte alls i Sverige, alt. ska synnerliga skäl finnas som talar för att vården av den enskilda patienten ska ges i utlandet.
- Det skall framgå att den vård ansökan avser står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet enligt svenskt synsätt (intyg om detta kan fås från UZ Leuven).
- Det ska framgå att vårdinrättningen – sjukhuset/kliniken – är välrenommerad och välkänd här i landet och att vårdens kvalitet och resultat och tillfredsställelse – ånyo enligt svensk måttstock. Det ska framgå vilken eller vilka läkare som ansvarar för vården i utlandet.
- Beräknad kostnad för den aktuella vården ska anges. Prisuppgift kan fås från UZ Leuven.
- Om anhörig – av medicinska och/eller psykosociala skäl bör medfölja, vilket kan medges under vissa förutsättningar – ska detta framgå av ansökan.

- Ansökan ska vara skriftlig och beslutas/tillstyrkt av verksamhetschefen inom respektive specialitet. Om ansökan innehåller de uppgifter som fordras, kan som regel beslutas fattas inom ett par dagar.
- Muntligt beviljande kan ske vid särskilt brådskande ärenden vilket dock kräver skriftlig retroaktiv ansökan. Beslut måste föreligga innan den planerade utlandsvården kommer till stånd. Ersättning/betalning kan aldrig utgå retroaktivt.
- Beslut meddelas skriftligt till den som skrivit ansökan. Av beslutet framgår även hur den administrativa hanteringen av fakturor etc. ska ske.
- Ansökan skickas till handläggare angiven av den regionala Försäkringskassan,
- Vid synnerlig brådskande bör Försäkringskassans handläggare kontaktas direkt.