

Verksamhetsberättelse året juli 2020 - juli 2021

Den 26 maj 2020 gjorde Lottis Hörting ett inlägg i HCMA Facebook gruppen för att efterlysa medlemmar från Sverige, Norge, Danmark och Finland, dvs. de Skandinaviska länderna. Frågan gällde behovet av någon form av patientförening.

Det kom in lite kommentarer från Sverige, Norge och Danmark. Flera uppmanade, varav en ville ha personlig kontakt genom PM. Detta var Marianne Barret Witteberg.

Den 15 juni 2020 gjordes ett liknande inlägg i den norska gruppen för HCM och flera uttryckte sig positiva till någon form av nätverk, både svenskar, norrmän och danskar.

I kontakt med Lisa Salberg kom vi överens om att börja långsamt och noga genom att kartlägga situationen för HCM i Sverige. En formell patientförening beslöt vi att skjuta på i tiden. För att göra det så enkelt som möjligt valde vi att inte mer aktivt söka fler, så vi stannade vid oss tre för att göra förberedelserna. Anledningen till det var att för att kunna tillgodogöra ett behov och hjälpa patienter till rätt vård, så behövde vi först skapa en grund för samarbete med sjukvården och ta reda på vilka resurser som fanns idag. Vi fick en del tips av Lisa om var vi kunde börja samla information.

Vi tog kontakt med Socialstyrelsen för att se vilken information som fanns centralt, och vi kontaktade tre olika patientföreningar för att höra om hur HCM fanns representerat. Vi tog även kontakter för att ta reda på hur diskussioner om screening förelåg inom BHV och skolan.

Lisa i sin tur kontaktade den svenske hjärtkirurg som hon kände till genom sitt samarbete med Cleveland Clinic. Samtidigt började vi samla på oss andra läkares namn. Det skrevs mejl till några få svenska läkare som publicerat sig inom området. Vi fick med oss ytterligare två läkare och Lisa kunde ha sitt första Zoom samtal med några av dem.

Den affisch som HCMA använt sig av för information om HCM började vi översätta och slutredigeringen gjordes med hjälp av två av de läkare som vi fått kontakt med.

Sammanfattningsvis har vi kommit fram till att det ligger mycket väl i tiden att starta ett nätverk för HCM patienter i Sverige.

Socialstyrelsen

Vi frågade under sommaren 2020 många frågor genom samtal och mejl, om hur HCM patienter togs omhand i landet, om det fanns några samlade riktlinjer och hur statistiken såg ut vad gällde besök på sjukhus och hjärtmottagningar och om vården koncentrerades någonstans.

Vi fick inga svar om hur vården togs om hand men blev hänvisade till en statistikdatabas där vi själv kunde se antalet besök i varje region och i hela landet.

Vi gjorde listor och jämförde vården, och det fanns mycket stora variationer mellan landstingen då det gällde antalet med diagnos I42 (kardiomyopati generellt) och hur besöken fördelade sig mellan män och kvinnor. I genomsnitt i hela landet var det bara 35% kvinnor och resterande 65% män, men vissa landsting hade ingen skillnad alls mellan könen. (Stockholm och Örebro).

Patientföreningarna

Vi tog kontakt med Riksföreningen HjärtLung, Hjärtebarnsföreningen GUCH och Sällsynta Diagnosers Riksförbund. HCM fanns inte representerat inom HjärtLungs informationssidor eller hos Sällsynta Diagnoser. I GUCH fanns några enstaka medlemmar men deras situation lyftes sällan fram då de stod undan lite från de vanliga medfödda hjärtfelen, de försvann lite i mängden.

På Hjärtebarnsfondens hemsidor finns i vilket fall HCM diagnosen beskriven och vi är välkomna i GUCH som medlemmar med vår diagnos. Vi är även välkomna hos sällsynta diagnoser, antingen som enskild medlemmar eller om vi bildar ett formellt nätverk som blir medlem.

Likaså är det inom HjärtLung. Där går man med i lokala föreningar och dessa är i sin tur medlemmar i HjärtLung. Om vi inte kan få någon lokal förening att starta en grupp för HCM där folk från hela landet är medlemmar, så är det andra möjliga att starta ett formellt nätverk eller förening som kan ingå i HjärtLung. Först då kan de tänka sig att lägga ner tid på att informera om HCM. Det enda de kunde göra idag var att starta en FB grupp inom deras regi, men vi skulle få driva allt själva. De kunde också meddela om denna grupp i sin medlemstidning Status.

Screening

Under år 2005 fanns en liten samhällsdebatt om screening för HCM i medicinska tidningar och en minister uttalade sig också. Man ansåg det vara för komplicerat.

Inte i någon screening letar man specifikt efter HCM. Det finns ingen särskild information till barnläkare eller allmänläkare i hur HCM kan yttra sig på tidigt stadium. Visserligen skriver man att alla blåsljud skall följas upp men samtidigt nämner man att 80 procent av alla blåsljud är oskyldiga, det är lite otydliga riktlinjer.

Barnläkare har inte alltid heller kunskap om hur HCM kan yttra sig, inte ens alla kardiologer är tillräckligt kunniga i alla symtom, då det finns en del överlappningar med annat.

Under ett samtal med en regional BVC samordnare om detta fick vi positiva signaler till att det borde kunna screenas och att det var viktigt att se lite närmare på detta med HCM.

Kontakten med läkarna

Efter det första mötet som Lisa hade, så fortsatte det arbetet med att slutföra affischen för information på svenska. En ny positiv läkarkontakt togs med en forskande läkare under våren 2021. Till hösten 2021 planerar vi ett första Zoommöte med läkarna och oss alla samlade. Vi vet att flera av läkarna är positiva till att vi startar en patientgrupp och knyter den till det internationella arbetet som HCMA påbörjat och som kan hjälpa till att trycka på behovet av samordning. Vi vill veta vad vi kan göra för att hjälpa till på bästa sätt.

Nationell högspecialiserad vård, NHV

Genom våra kontakter med HjärtLung fick vi veta att de var representerade i en liten grupp hos Socialstyrelsen där man börjat utreda behovet av att centralisera ingreppet vid HOCM.

Vi försökte få inblick genom dem men de var inte villiga att dela med sig, så vi forskade på egen hand fram att vi hade möjlighet att svara på den remiss som gått ut från Socialstyrelsens grupp till våra regioner. Vi arbetade fram ett remissvar utifrån de frågor som gällde.

Beslutet om hur Socialstyrelsen skulle ställa sig formellt, kom i juni 2021 och man förespråkade att två enheter i landet skulle få möjlighet att koncentrera sig på myektomier och ablationer med mera, som gällde ingreppen vid HOCM.

Vi svarade även på beslutet genom att lämna in ett formellt svar med våra kommentarer.

Hypertrofisk Kardiomyopatis Svenska Sällskap

I juni 2021 lanserade vi den Facebookgrupp som blev kopplad till HCMA i USA.

Vi gjorde inlägg i HCMA gruppen först, sedan i norska HCM gruppen, därefter i svenska ICD gruppen. Sedan gjorde vi ett inlägg i en svensk Hjärtviktsgrupp och i en svensk arytmi-grupp.

Dagens datum den 22 augusti 2021 har vi, förutom de fyra av oss som startade den, fått 75 ytterligare medlemmar. Vi är det första landet utanför USA som gör denna uppstart av egen FB grupp inom HCMA. Italien är nästa land på gång att starta upp i våra fotspår.

Ludvika och Sundsvall den 22 Augusti 2021

Marianne Barret Witteberg

Lottis Hörting

Dnr 13045/2019 Hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati (HOCM) - remissvar

Vi har tagit del av remissversionen av Socialstyrelsens underlag för genomlysning av vårdområdet hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati som nationell högspecialiserad vård och vi önskar här bidra till processen genom att inkomma med synpunkter från ett patientperspektiv. ”Vi” i detta fall är två kvinnor med HCM diagnoser; en av oss har hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati och har genomgått en myektomi i Lund med utmärkt resultat samt har även en ICD inopererad. Den andra av oss har efter flera decennier av felbehandling och missad diagnos p.g.a. ovanlig anatomi, nu fått erbjudande om operation med myektomi och mitralisplastik med papillarmuskelrepositionering.

Det vi har gemensamt är att det tagit många år att få en diagnos trots tilltagande symptom på HCM och under vårt respektive sökande efter information under åren har vi insett hur begränsat det är med information, kunskap och forskning inom HCM området. Detta har bidragit till att vi vill bidra till ökad medvetenhet om HCM och vi är i uppstartsfasen att starta ett patientnätverk här i Sverige i samarbete med Hypertrophic Cardiomyopathy Association (HCMA) i USA. HCMA har även de skickat in ett remissvar till er med synpunkter utifrån deras omfattande erfarenheter och arbete med att bidra till startandet av Centers of Excellence (COE) inom HCM området.

Synpunkter på definitionen.

Förekomsten av HCM uppskattas numera till mellan 1/250 och 1/500 enligt 2020 AHA/ACC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Patients with Hypertrophic Cardiomyopathy. De med HOCM uppskattas till 65%. Räknat på uppskattningen att som mest 1/250 har HCM, skulle det innebära 41 517 personer, varav då 26 986 skulle ha HOCM, i Sverige idag.

Som konstaterats är det stor variation i uttrycken av HCM och HOCM. Nästan ingen är den andra exakt lik, vare sig i symtom eller i svaret på behandling.

Ofta föreligger flera komplicerande faktorer i anatomin när det gäller HOCM och utifrån detta är det oklart varför definitionen isolerad HOCM föreslås användas som avgränsning.

Utifrån våra egna och andra HCM patienters resor inom vården kan tiden innan diagnos i många fall bli onödigt lång, då det är svårt för en enskild kardiolog att få den nödvändiga erfarenheten. Det är inte bara när man står inför beslutet att operera som kunskapsstöd behövs. Erfarenhet och kunskap behövs även för att både upptäcka och rätt diagnosticera. En HCM kan utvecklas till en HOCM och de båda kan sedan leda till behov av en transplantation. Med rätt behandling kan man fördröja och förhindra processen.

Den multidisciplinära konferensen (MDK) behöver komma in mycket tidigare i vårdförloppet. Tillgång till en tidig MDK har stor betydelse för sjukdomsutvecklingen. Behov finns att alla med olika varianter av HCM får koncentrerad vård av en MDK och sedan låta deras lokala kardiologer få handledning därifrån och eventuellt låta patienten återkomma om behov för kirurgi uppstår. Det finns ett stort uppdämt behov och det kan bli ett ökat tryck de första decennierna.

Vi anser också att det är svårt att fastslå att de flesta som drabbas bara har lindriga symtom. Det kan man inte med säkerhet säga, för när man föds med ett hjärtfel eller långsamt utvecklar ett så vet man inte hur ett normalt hjärta skall kännas och fungera, alla symtom upplevs som normala och det blir då svårt att beskriva symtom och korrekt svara på läkarnas frågor. Om anatomin är avvikande från start, så handlar uppväxten om att anpassa sig efter det och man söker för hjärtrelaterad vård först i medelåldern eller efter att man varit gravid. Det finns statistik som visar att kvinnor får sin diagnos mycket senare än männen och i statistiken ser vi att kvinnor är i genomsnitt i landet bara en dryg tredjedel av besöken på hjärtmottagningarna. Det är viktigt att ett jämställdhetsperspektiv

genomsyrar både vården inom HCM och fortsättningsvis processen med att etablera högspecialiserad vård.

Ett område som också behöver utvecklas är den genetiska rådgivningen. Det konstateras i remissen att genetisk utredning i dagsläget erbjuds vid alla universitetssjukhus, men enligt vår egen personliga erfarenhet har genetisk testning erbjudits men dock har inte alltid den viktiga rådgivningen om för- och nackdelar med genetisk rådgivning, eller uppföljande samtal, erbjudits.

Vad gäller prognosen för de respektive ingreppen myektomi och alkoholablation så saknas som sagt randomiserade studier, men ofta vad gäller HOCM så förekommer behov av mitralisklaffplastik som enbart kan göras vid en myektomi. Idag upplever vi patienter att det är mycket svårt att få all nödvändig information om för- och nackdelar med ablation jämfört med myektomi för att kunna fatta ett välgrundat beslut om vad som är bäst för mig som patient.

Synpunkter på antal enheter.

Vi föreslår att börja med en enhet för att bygga upp rutiner och kompetenser i teamet. Det är viktigt med en samordnad start som sedan snabbt kan kopieras till nästa start av en NHVe.

Detta är lärdomar som erhållits i arbetet med att etablera COE i USA, och som även betonas i 2020 AHA/ACC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Patients with Hypertrophic Cardiomyopathy.

Om man väljer två NHVe, kan man till en början fördela patienter beroende på om det är ablationer eller myektomier som utförs.

Vi patienter vill betona vikten av att utgå ifrån befintlig kompetens i valet av NHVe. Det konstateras i remissen att uppskattningsvis 10-15 myektomier genomförs per år. Hur ser utgångspunkten för kompetensen ut på varje enhet idag? I Lund finns till exempel en thoraxkirurg som verkat på en av USA:s högst rankade COE. Vad är resultatet på de myektomier som genomförs på de olika enheterna? Som patient är detta viktig information att få ta del av innan val och beslut om operation görs.

Ställningstagande angående förslag till särskilda villkor.

I frågan om kompetens och resurser så anser vi att andra kompetensområden som behövs i ett multidisciplinärt team är exempelvis; Sömnutredningar, arytmikutredning och kompetens att lägga ICD i hypertrofisk kardiomyopati.

I övrigt kan det behövas ökade resurser inom administration, exempelvis tid för att utarbeta standardiseringar och vårdplaner som kan appliceras i kommande andra NHVe, forskning, nätverkande internationellt, utbildningsinsatser, rapportering till lokala kardiologer och till statistik och databaser inom landet.

Ställningstagande angående konsekvensanalysen.

Det kan innebära ett ökat tryck det första decenniet då denna patientgrupp är underdiagnostiserad och ett uppdämt behov föreligger hos patienterna. Det kan innebära ett ökat tryck på akutvården vid NHVe då de kan få mer komplicerade fall.

Vårdkedjan idag har en del att önska och de förekommer bristande klinisk kunskap om alla de komplikationer som finns, symtomen hos HOCM behöver särskilda hänsynstaganden. Det måste finnas möjlighet till att lokala sjukhus remitterar samt att egenvårdsremisser kan göras så enkelt

som möjligt och subventioneras om det visar sig att patienterna är i behov av ingrepp, trots att inte lokala eller regionala sjukhus har identifierat detta, på grund av bristande erfarenhet av HOCM.

Det är en klar fördel för patienter om alla som misstänks med HCM/HCOM får tidig remiss till en NHVe. Då den anatomiska variationen är så stor, så missas sannolikt många fall på de regionala sjukhusen idag.

Vid myektomier kommer många patienter inte att kunna ta sig hem på egen hand, det kommer att krävas planerade sjuktransporter, till exempel ambulansflyg i vissa fall om avståndet är stort. De lokala sjukhusen behöver kunna ta emot dessa patienter.

Vi patienter rekommenderar att en NHV startas upp först, och när det fungerar tillfredsställande med rutiner och vårdplaner formulerats, kan ytterligare NHVe startas.

Uppföljning och utvärdering

Förutom de uppföljningsmått som föreslås, så kan det vara viktigt att även dokumentera så att man sedan kan utvärdera över tiden;

- * Vilken exakt diagnos har patienter med alla anatomiska variationer som förekommer.
- * Vilka komplicerande bi-diagnoser till HCM/HOCM föreligger, ex diastolisk eller systolisk hjärtsvikt, högt blodtryck, pulmonary hypertension, sömnapné, arytmier, klaffapparatens problematik/anatomi, fibrotisering i hjärtmuskeln och ärrvävnad, kalkinlagringar, ischemi och hjärtmuskelbryggor.
- * Tidsrymd mellan då patienten först sökte för hjärtrelaterade symtom versus då diagnosen ställdes samt då kirurgiska ingrepp blivit aktuellt.

Vi ser fram emot att fortsatt ta del av sakkunniggruppens arbete i denna viktiga fråga.

Med vänliga hälsningar,

Marianne Barret Witteberg
070-237 95 22
marianne.witteberg@multicultural.se

Lottis Hörting
0763 - 19 23 24
lottish@gmail.com

Till Socialstyrelsen

21-07-23

Att: Urban Lindberg, Thomas Lindén, Anna Lord, Lars Hobert, Kristina Wikner, NHV-remiss, nhv

Som representanter för HOCM patientgrupp vill vi uttrycka vår tacksamhet inför beslutet att introducera NHV enheter för de ingrepp som idag kan lindra symtomen. Det är ett stort steg i rätt riktning.

Vi önskar i framtiden även en utveckling av dessa enheter med möjligheter till bedömningar av patienter även då operation inte övervägs.

Förhoppningsvis kommer dessa utvalda enheter utvecklas till Kunskapscenter för att på så sätt öka kvalitén av all vård kring denna diagnos i hela Sverige, så som det numera finns genom fler än 40 center i USA idag.

Vi önskar också större möjlighet till behandling genom egenremisser, då i nuläget inte alla med HCM och HOCM får en diagnos eller möjlighet att konsultera en av HCM/HOCM erfaren kardiolog. Patienter bör även kunna få välja vilket center man blir remitterad till. Enligt rekommendationer internationellt är egenbestämmandet inför valen av ingrepp viktigt. Patientgruppen är ofta välinformerad och behöver kunna samtala om alternativa åtgärder.

[HCMA RECOGNIZED CENTERS OF EXCELLENCE](#)

För att få en inblick i patientgruppens livssituation inför utvecklingen av nya mediciner, gjordes i samarbete med FDA i USA en sammanställning år 2020. Där kan man ta del av de utmaningar och svårigheter som patienterna upplever då man lever med HCM:

[Proceedings from an Externally Led Public Patient-Focused Drug Development Meeting Corresponding to the FDA's Patient-Focused Drug Development Meeting](#)

Vi vill passa på att delge de internationella sammanställningar som finns angående riktlinjer för vården av HCM. De senaste riktlinjerna är från år 2020, där man i USA uppdaterat riktlinjerna enligt den senaste kunskapen:

[2020 AHA/ACC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy](#)

I Europa sammanställdes år 2014 liknande riktlinjer:

[2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy](#)

Vi ser fram emot att i fortsättningen få kunna bidra med patientperspektivet till kommande utvecklingsdiskussioner kring omhändertagandet av HOCM och HCM i Sverige.

Med vänliga hälsningar,

Marianne Barret Witteberg
070-237 95 22
marianne.witteberg@multicultural.se

Lottis Hörting
0763 - 19 23 24
lottish@gmail.com



Diagnosdatabas
Dödsorsaksdatabas

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx
https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx

Befolkning dec 2019: 10 327 589

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/manadsstatistik--riket/befolkningsstatistik-2018-2021-manad-och-1998-2020-ar/>

Antalet barn som föddes 2020 var något färre än föregående år. De senaste fem åren har det fötts ungefär 115 000 barn per år. Det är ungefär 25 000 fler per år än under åren i början av 2000-talet. Det betyder att ca 230 barn med potentiell HCM, föds varje år. De sista sex åren borde innebära 1380 barn med potentiell HCM i förskoleålder. I grundskolan borde finnas cirka 1800 barn.

Om man uppskattar att antalet individer med HCM i Sverige är någonstans mellan 1/500 och 1/250 så skulle det röra sig mellan 20 000 och 40 000 individer. Vi använder 30 000 som exempel här. Det skall inte vara någon skillnad i incidens mellan könen.

Vi kan misstänka att i diagnosen kardiomyopati (ICD I42), så är bara en mindre andel HCM eftersom samtliga nio olika varianter av kardiomyopati ingår i diagnosen. Där ser vi en tydlig skillnad mellan könen. Vilka som har HCM kan man inte urskilja.

Ser man till dödsorsaksregistret så är kvinnor med kardiomyopati bara 27% (85 av 313) och istället överrepresenterade med många andra sjukdomar, ex. hjärtsvikt, flimmer och högt blodtryck, något som skulle kunna vara en dold HCM/HOCM, denna statistik kan vara ett tecken som skulle kunna tyda på underdiagnostisering.

Statistikdatabas för diagnoser



Hjälp ⓘ

Ändra urvalet Välj nytt ämne

Tabell Trend Stapel Karta

Spara tabellen som: csv | excel

Visa i kolumner: År

Diagnoser, Sluten och/eller specialiserad öppen vård, Antal patienter, I42 Kardiomyopati (hjärtmuskelsjukdom), Riket, Ålder: 0-85+

Kön	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Män	3 424	3 454	3 735	3 849	3 810	3 955	3 946	4 200	4 281	4 357	4 530	4 644
Kvinnor	1 705	1 798	1 966	2 122	2 199	2 323	2 388	2 587	2 637	2 706	2 838	2 957
Båda könen	5 129	5 252	5 701	5 971	6 009	6 278	6 334	6 787	6 918	7 063	7 368	7 601

Tabell

Trend

Stapel

Karta

Spara tabellen som: [csv](#) | [excel](#)Visa i kolumner: ▾

Diagnoser, Endast specialiserad öppen vård, Antal patienter, I42 Kardiomyopati (hjärtmuskelsjukdom), Riket, Ålder: 0-85+

Ar	Kön	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totalt
2019	Män	37	31	35	70	68	87	100	118	171	272	382	442	542	571	589	480	213	71	4 279
2019	Kvinnor	43	37	30	54	19	48	57	61	75	110	185	245	289	322	392	314	206	107	2 594
2019	Båda könen	80	68	65	124	87	135	157	179	246	382	567	687	831	893	981	794	419	178	6 873
2018	Män	36	33	36	60	72	85	82	116	191	243	364	467	495	554	611	391	213	75	4 124
2018	Kvinnor	43	28	28	42	27	38	51	61	65	110	193	228	260	289	421	317	178	77	2 456
2018	Båda könen	79	61	64	102	99	123	133	177	256	353	557	695	755	843	1 032	708	391	152	6 580
2017	Män	29	31	33	60	69	75	86	108	175	280	380	437	472	563	574	334	185	72	3 963
2017	Kvinnor	49	25	28	36	27	28	46	52	80	104	173	228	244	306	380	291	147	86	2 330
2017	Båda könen	78	56	61	96	96	103	132	160	255	384	553	665	716	869	954	625	332	158	6 293
2016	Män	28	33	36	68	71	74	91	105	166	272	350	431	516	507	558	320	169	75	3 870
2016	Kvinnor	38	24	36	31	27	35	55	54	82	130	182	184	251	335	363	274	134	89	2 324
2016	Båda könen	66	57	72	99	98	109	146	159	248	402	532	615	767	842	921	594	303	164	6 194
2015	Män	35	26	40	64	65	63	84	86	182	272	360	409	496	528	507	317	183	70	3 787
2015	Kvinnor	42	23	32	34	27	33	55	64	76	127	164	199	251	352	360	240	131	73	2 283
2015	Båda könen	77	49	72	98	92	96	139	150	258	399	524	608	747	880	867	557	314	143	6 070

[Ändra urvalet](#)[Välj nytt ämne](#)

Tabell

Stapel

Karta

Spara tabellen som: [csv](#) | [excel](#)Visa i kolumner:

Dödsorsaksstatistik, Antal döda, Riket, Ålder: 0-95+, 2019

Diagnos	Kön	2019
I10-I15 Hypertonisjukdomar (högt blodtryck och därmed sammanhängande sjukdomar)	Män	884
I10-I15 Hypertonisjukdomar (högt blodtryck och därmed sammanhängande sjukdomar)	Kvinnor	1 591
I10-I15 Hypertonisjukdomar (högt blodtryck och därmed sammanhängande sjukdomar)	Båda könen	2 475
I34 Icke reumatiska mitralisklaffsjukdomar	Män	42
I34 Icke reumatiska mitralisklaffsjukdomar	Kvinnor	51
I34 Icke reumatiska mitralisklaffsjukdomar	Båda könen	93
I42 Kardiomyopati (hjärtmuskelsjukdom)	Män	228
I42 Kardiomyopati (hjärtmuskelsjukdom)	Kvinnor	85
I42 Kardiomyopati (hjärtmuskelsjukdom)	Båda könen	313
I46 Hjärtstillestånd	Män	12
I46 Hjärtstillestånd	Kvinnor	13
I46 Hjärtstillestånd	Båda könen	25
I47 Paroxysmal takykardi	Män	13
I47 Paroxysmal takykardi	Kvinnor	8
I47 Paroxysmal takykardi	Båda könen	21
I48 Förmaksflimmer eller förmaksfladder	Män	1 213
I48 Förmaksflimmer eller förmaksfladder	Kvinnor	1 602
I48 Förmaksflimmer eller förmaksfladder	Båda könen	2 815
I50 Hjärtinsufficiens	Män	1 342
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinnor	1 653
I50 Hjärtinsufficiens	Båda könen	2 995

Senast uppdaterad: 2021-06-11 (årsuppgifter 1997-2020).