

# Svenska riktlinjer för lågriskbruk av alkohol behövs

Expertgrupp skulle kunna skapa konsensus och bra genomslag



**PETER ALLEBECK**, professor, överläkare, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Peter.Allebeck@ki.se



**ERIK ESPMAN**, ST-läkare, Trollbäckens vårdcentral



**SVEN ANDREASSON**, professor, överläkare, Beroendecentrum; samtliga Stockholms läns landsting

Kunskap om gränser för hur mycket alkohol man kan dricka utan att utsätta sig själv eller andra för skada är starkt efterfrågad. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal har behov av att ge råd till patienter, och massmedier intresserar sig ofta för frågan, tex i frågespalter och »råd inför semestern«.

Vi har tidigare redovisat de gränsvärden för sk riskbruk som finns på många landstings webbplatser [1].

Dessa gränsvärden varierar något, men följer ofta de riktlinjer som finns i en publikation från Folkhälsoinstitutet [2].

Enligt denna är riskfylld alkoholkonsumtion intag av mer än 14 respektive 9 standardglas (12 g alkohol per glas) per vecka för män respektive kvinnor, eller intag av mer än 4 standardglas (män) respektive 3 standardglas (kvinnor) vid samma tillfälle. Betydande variation finns dock på hur dessa gränser formuleras.

## Information kan lätt misstolkas

Det finns situationer då det är olämpligt att över huvud taget dricka alkohol, exempelvis i trafik, under graviditet, vid leversjukdom och då medicinering samspelar ogynnsamt med alkohol.

Denna information kommer dock ibland bort i utåtriktad information, och gränsvärdet »14/9« används ofta utan den kompletterande informationen.

Vid patientmöten inom hälso- och sjukvården finns möjlighet till individuella riskbedömningar, men i information som riktar sig till allmänheten är

**»Att riktlinjer ska vara vetenskapligt grundade är självklart, men inte så enkelt ...«**

**TABELL I.** Exempel från olika länder på gränsvärden för högsta tillåtliga konsumtion av alkohol.

Land	Maxgräns för veckokonsumtion, antal standardglas/vecka		Maxgräns för intensivkonsumtion, antal standardglas/tillfälle	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Sverige	14	9	4	3
Australien	2/dag	2/dag	4	4
Danmark	14	7	4	4
Storbritannien	3–4/dag	2–3/dag	4	3
USA	14	7	4	3

innehållet mer generellt och kan dessvärre lätt misstolkas.

Inte minst då massmedier ofta lyfter fram alkoholens gynnsamma effekter kan gränsvärden på ett visst antal standardglas i veckan uppfattas som en rekommenderad konsumtionsnivå.

## Exempel från olika länder och tider

Råd om hur mycket alkohol man kan dricka utan att riskera skada har funnits länge. På 1860-talet formulerades »Anstie's limit« i England, vilken innebar en maxgräns för dagligt intag motsvarande cirka 40 g ren alkohol per dag [3].

I Sverige gjorde Rydberg och Skerfving på 1970-talet en systematisk genomgång baserad på riskvärdesbedömningar inom livsmedelsområdet, och kom fram till att en konsumtion under 7 g ren alkohol per dag skulle vara riskfri [4].

Rydberg medverkade senare i framtagning av en skala för ökad risk med ökande konsumtion, den sk testaren, som kom att spridas brett genom Systembolaget och massmedier.

Under 1980- och 1990-talen kom flera länder ut med riktlinjer och information om gränsvärden för skadligt drickande (Tabell I), vanligen framtagna genom konsensusbedömningar i olika expertgrupper [5].

Inte helt oväntat har länder med hög alkoholkonsumtion, och även liberalare alkoholpolitik, kommit fram till högre gränsvärden än länder med lägre medelkonsumtion.

Under senare år har man i två länder, Australien och Kanada, med utgångspunkt i omfattande epidemiologiska be-

räkningar, gjort mycket ambitiösa sammanställningar för att komma fram till riktlinjer för lågriskkonsumtion.

## Australiens riktlinjer – absoluta risker

Ambitionen i Australien var att utgå från det synsätt man har när det gäller livsmedel och miljögifter, nämligen att kvantifiera risken utifrån livstidsexponering för ämnet, och sätta en nivå på högsta acceptabla sannolikhet för skada [6]. Man satte nivån 1/100 som acceptabel risk för att dö i alkoholrelaterad sjukdom; en hög nivå kan tyckas. Man delade upp risk för död i kroniska respektive akuta tillstånd och skapade två olika riktlinjer.

Utifrån omfattande genomgång av epidemiologisk litteratur kom man fram till en riktlinje för kroniska tillstånd (högst 2 standarddrinkar per dag) och en riktlinje för akuta tillstånd (högst 4 standarddrinkar vid ett enskilt tillfälle).

Man hade omfattande diskussioner om huruvida riktlinjerna skulle differentieras för ålder och kön. När det gäller kön konstaterade man att den absoluta risken var högre bland män än bland kvinnor vid samma konsumtion, men man valde ändå att rekommendera

## SAMMANFATTAT

**Under senare år** har det vetenskapliga underlaget stärkts för hur man kan beräkna skaderisk av alkohol vid olika konsumtionsnivåer och i olika grupper.

**Beroende på** om man tillämpar absolut eller relativ riskbedömning får man olika resultat, tex om gränsvärden ska sättas olika för män och kvinnor.

**Det finns i Sverige** ingen konsensus om riktlinjer för lågriskkonsumtion av alkohol. Ett arbete med att ta fram sådana riktlinjer bör därför initieras.

**FAKTA 1. Kanadas riktlinjer för lågriskkonsumtion i sammandrag**

**Riktlinje 1:** Drink inte alkohol i samband med

- bilkörning eller maskinhantering
- mediciner som kan interagera med alkohol
- psykisk sjukdom eller tidigare alkoholberoende
- graviditet eller planerad graviditet
- sport eller andra fysiskt krävande aktiviteter
- arbete
- viktigt beslutsfattande
- vård eller omhändertagande av andra.

**Riktlinje 2:** Om du dricker, håll dig inom följande nivåer:

- 0–2 standarddrinckar per dag (kvinnor)
- 0–3 standarddrinckar per dag (män)
- inte mer än 10 standarddrinckar per vecka (kvinnor)
- inte mer än 15 standarddrinckar per vecka (män)

**Riktlinje 3:** Om du dricker, minska omedelbara risker genom säkra situationer och måttligt intag:

- inte mer än 3 standarddrinckar på en dag (kvinnor)
- inte mer än 4 standarddrinckar på en dag (män)
- personer under 25 år och över 64 år bör hålla sig under dessa nivåer

**Riktlinje 4:** Det är säkrast att under graviditet eller planerad graviditet helt avstå från alkohol.

**Riktlinje 5:** Alkoholkonsumtion i ungdomen bör undvikas och alkoholdebut bör inte ske förrän i sena tonåren och enligt landets lagar. Konsumtion i yngre åldrar ska ske i säker miljö, med råd av föräldrar och högst 1 eller 2 standarddrinckar i veckan.

samma gränsvärden oavsett kön för bägge riktlinjerna.

Man fann att risken varierade desto mer över ålder. Unga personer löpte störst absolut risk att drabbas av alkoholrelaterad skada, och i riktlinjerna presenteras därför risknivåer särskilt för åldrarna under 25 år. Det sammanfattande budskapet blev dock endast att det var bra att senarelägga alkoholdebut för ungdomar till 18 års ålder och att ungdomar under 15 år definitivt inte bör dricka alkohol.

**Kanadas riktlinjer – relativa risker**

I Kanada hade man i många avseenden samma utgångspunkt som i Australien, och en likartad systematisk litteraturgenomgång gjordes [7]. Man tog fram riskestimater för olika konsumtionsnivåer i olika grupper, men redovisade relativ risk i stället för absolut risk. Skälet var bl a att en vald acceptabel risk på exempelvis 1/100 ansågs godtycklig och att risken för alla grupper, tex män och

kvinnor, borde relateras till referenskategori nollkonsumtion, oberoende av underliggande risk.

Resultatet blev då att den relativa risken för skada vid en viss alkoholkonsumtion var högre för kvinnor än för män. I det omfattande underlaget tog man också hänsyn till sociala skadeverkningar av alkohol. Liksom i de australiska riktlinjerna skilde man på akuta och kroniska skadeverkningar och effekter i olika åldrar. Situationer där alkohol inte alls bör förekomma klargjordes också.

De kanadensiska riktlinjerna (Fakta 1) har fått starkt stöd inom hälsovårdsmyndigheter och implementeras aktivt. Förr användes olika riktlinjer på delstatsnivå, och dessa nationella riktlinjer betraktas som ett steg i rätt riktning.

**Riktlinjer behövs – trots problem**

Som nämnts finns det potentiella problem med riktlinjer. Utöver individuella variationer och risk att gränsvärden uppfattas som rekommendationer är begreppet »standarddrinck» ospecificerat. Ett glas öl kan variera starkt i mängd absolut alkohol, och ett glas vin kan ha mycket olika storlek. Ett principiellt problem är att riktlinjer kan leda till såväl minskat som ökat drickande i befolkningen. Det finns i dag ingen säker kunskap om vilken effekt som är den mest sannolika.

En aspekt som Casswell nämner i en artikel med titeln »Why have guidelines at all?» [8] är att rekommendationer till individer passar en neoliberal ideologi om att folkhälsoinsatser lämpligen ska ges i form av information så att individer kan göra egna välinformerade val. Enligt den ideologin skulle generella alkoholpolitiska åtgärder vara överflödiga. Det är dock just sådana som har visats vara mest verkningsfulla när det gäller att minska andelen alkoholrelaterade skador [9].

Casswells kommentar kan ses som en påminnelse om att rekommendationer på individnivå inte kan ersätta generella åtgärder. Ambitionen bör vara att informationen ska komplettera och främja övriga alkoholpolitiska insatser.

**Svenska riktlinjer bör formuleras**

Nationella riktlinjer för tillrädlig alkoholkonsumtion efterfrågas, inte minst inom hälso- och sjukvården, och bör utarbetas. Det gäller dock att formulera dem tydligt och välavvägt och inte bara i form av gränsvärden för hur mycket man »normalt» kan dricka utan skadeverkningar, utan också i vilka situationer och tillstånd som alkohol bör undvikas. Att riktlinjer ska vara vetenskapligt grundade är självklart, men inte så enkelt, vilka de skilda resultaten av Australiens och Kanadas ansatser vittnar om.

Det är knappast tillfredsställande att olika landsting ger olika rekommendationer och att den sammanställning man ofta hänvisar till [2] främst är en kunskapsammansättning vars huvudsyfte inte var att ge riktlinjer till befolkningen om konsumtionsnivåer.

Därför bör ett arbete initieras med en tydligare målsättning att skapa riktlinjer för lågriskkonsumtion. Enstaka försök har gjorts att samla centrala aktörer som Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Sveriges Kommuner och landsting (SKL), berörda specialistföreningar med flera. Något stort engagemang liknande det som funnits i vissa andra länder har dock varit svårt att uppamma.

**En expertgrupp bör tillsättas**

Vi menar att en expertgrupp bör tillsättas för att arbeta fram riktlinjer som det kan skapas konsensus kring. Det är inte rimligt att göra om de omfattande beräkningar som gjorts i Kanada och Australien, utan dessa kan tjäna som utgångspunkt för en vetenskaplig genomgång utifrån svenska förhållanden.

Genom att engagera berörda myndigheter och organisationer ökar möjligheten att komma fram till en samsyn som kan spridas i landet.

Frågeställningar att beakta är:

- När och till vilka bör man rekommendera avhållsamhet från alkohol?
- Hur ska man se på riskvärdering – relativ eller absolut ansats enligt ovan?
- Hur ska man se på skillnader i rekommendationer för olika grupper: Män/kvinnor, unga/äldre, andra kategoriseringar?
- Bör riktlinjer inom hälso- och sjukvården, där man kan göra individuella, professionella bedömningar, vara annorlunda än de som riktar sig till allmänheten?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**LÄS MER** Fullständig referenslista Läkartidningen.se

**REFERENSER**

1. Espman E, Allebeck P. Riskbruk av alkohol – begrepp, gränsvärden, mätmetoder. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi; 2011:2.
2. Andréasson S, Allebeck P, redaktörer. Alkohol och hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2005. R 2005:11.
6. Room R, Rehm J. Clear criteria based on absolute risk: Reforming the basis of guidelines on low-risk drinking. Drug Alcohol Rev. 2012;31: 135-40.
7. Stockwell T, Butt P, Beirmess D, et al. The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: A relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use. Drug Alcohol Rev. 2012;31:126-34.
9. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet. 2009;373:2234-46.