

Riskbruk av alkohol

Oklart begrepp som behöver tydlig definition



ANNIKA M ANDERSSON, folkhälsovetare, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/socialmedicin, Göteborgs universitet
 annika.m.andersson@socmed.gu.se
PREBEN BENDTSEN, professor,

överläkare, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet
FREDRIK SPAK, docent, överläkare, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/socialmedicin, Göteborgs universitet

Enligt den årliga folkhälsoenkäten som genomförs av Statens folkhälsoinstitut konsumerade år 2009 ungefär 18 procent av männen och 10 procent av kvinnorna i åldrarna 16–84 år alkohol på en nivå som kan betraktas som riskfylld. En undersökning i Västerbotten visade att andelen riskkonsumenter ligger på samma nivå bland patienter som besöker primärvården [1]. Sekundärpreventiva åtgärder vid riskfylld alkoholkonsumtion har visat sig vara effektiva och kan förhindra negativa medicinska och psykosociala konsekvenser, speciellt om insatser görs innan medicinska symtom har uppkommit [2]. Men trots att åtgärderna visat effekt och utbildningsinsatser gjorts har metoderna sannolikt införts i relativt begränsad utsträckning. Dock visar data från nationella undersökningar en generell ökning av andelen vårdpersonal som uppger att de ställer frågor om patienters alkoholvanor [3].

En stor del av de problem i befolkningen som kan relateras till alkohol uppkommer redan vid en konsumtion på riskfylld nivå [4, 5]. Risker som identifierats i samband med riskbruk är framförallt av akut och social karaktär, såsom kroppsliga skador i samband med olyckor eller våld, alkoholförgiftning, förlust av körkort, uteblivande från arbete/skola samt problem inom familjer och i andra relationer [4, 5]. Men riskfylld alkoholkonsumtion är också förenad med psykiska problem, som depressivitet och sömnstörningar, och med somatisk sjukdom, exempelvis hypertoni [5, 6].

Att definiera gränser för riskfylld konsumtion är viktigt för att hälsoinformation ska bli enhetlig för både konsumenter och vårdgivare. Dock är det problematiskt att formulera generella definitioner eftersom effekten på alkoholkonsumenter ser olika ut beroende på medicinska, individuella, psykiska och sociala omständigheter samt på att konsumtionens omfattning varierar [7]. En person som dricker en drink per dag konsumerar samma mängd alkohol på en vecka som en person som dricker sju drinkar vid ett tillfälle en gång i veckan, men konsekvenserna av dessa båda dryckesvanor kan vara helt olika.

Frekvens- eller konsekvensmått?

Ett huvudproblem med riskbruksbegreppet är att det innehåller två fundamentalt skilda delar: dels en mer beskrivande definition med fokus på eventuella konsekvenser, dels ett rent konsumtionsmått baserat på kvantitativa gränser. Det saknas därmed en allmänt accepterad definition av vad riskbruk innebär (på engelska hazardous use, heavy consumption). »Hazardous«

och »harmful« vad gäller alkoholintag definierades för första gången år 1980 i ett dokument från Världshälsoorganisationen, WHO [8]. I sammanhanget innebär »hazardous« en konsumtion utan att skada har uppstått, medan »harmful« innebär konsumtion som medfört skada för individen. Detta WHO-initiativ innebar ett avgörande steg mot att betrakta alkoholproblem i termer av ett kontinuum i stället för att se problemet som ett dikotomt fenomen, det vill säga alkoholberoende eller inte. Alkoholbruk beskrivs ofta med termer som förklarar konsumtionsmönster och mängder: hur ofta, hur mycket och konsekvenser.

Definitionsmässigt utesluter riskbruksbegreppet vanligen missbruk och alltid alkoholberoende. Missbruk och beroende är medicinska termer som beskriver konsekvenser av skadligt alkoholbruk (mätt med diagnostiska instrument som DSM-IV eller ICD-10). Men som ett tecken på hur komplex frågeställningen är föreslår vissa forskare att ett intensivkonsumtionsmått ska tillföras de kommande versionerna av ICD och DSM [9]. I vissa sammanhang används en definition av riskbruk som inkluderar skadliga effekter, men som utesluter beroende. Exempelvis ingår det i det nationella Riskbruksprojektets uppdrag från regeringen att uppmärksamma även dem som fått skadliga hälsoeffekter av sin konsumtion, till exempel hypertoni eller sömnstörning. Denna tolkning av riskbruksbegreppet kan ses som en definition anpassad till medicinsk praxis och ger utrymme för individuell anpassning.

Ett ibland framfört argument för att använda en sådan definition är att det kan uppfattas mer självklart för vårdpersonalen att efterfråga symtom än alkoholkonsumtion [10]. Dessutom kan det vara nödvändigt att inkludera skadligt bruk i vissa fall, annars skulle till exempel patientgruppen med hypertoni uteslutas ur riskpopulationen. Hypertoni kan, i likhet med flera andra medicinska alkoholkomplicationer, ses både som en skadlig effekt av alkohol och som en markör för hög konsumtion som i sig ökar risken för andra hälsoproblem. Detta väcker också frågan vad som ska förebyggas med riskbruksarbete och om arbetet främst ska vara primär- eller sekundärpreventivt.

Var går gränsen?

Vid en rent konsumtionsbaserad beskrivning av riskbruk kopplas risker till olika mått: en hög genomsnittlig veckokonsumtion av alkohol och/eller ett högt intag vid ett och samma tillfälle, så kallad intensivkonsumtion. Ofta rekommenderas att man vid alkoholrådgivning inom primärvården arbetar

»Men som ett tecken på hur komplex frågeställningen är föreslår vissa forskare att ett intensivkonsumtionsmått ska tillföras de kommande versionerna av ICD och DSM.«

■ sammanfattat

- Riskbruk av alkohol definieras vanligen utifrån konsumtionsmått, beräknat per tillfälle och/eller vecka, medan andra föredrar en definition utifrån eventuella negativa konsekvenser.
- Bristande konsensus gällande definitionen av riskbruk gör att åtgärder sätts in i olika faser av problem och försvårar implementeringen av riskbruksarbetet i vården.
- En tydlig definition av riskbruksbegreppet kan gynna såväl patienter/klienter och vårdpersonal som folkhälsoarbete och forskning.

med standardglas eftersom det är enkelt att mäta och följa på ett systematiskt sätt [6]. Drinkstorlekar är inte standardiserade i olika länder (variation 8–14 gram alkohol per standardglas), och olika risknivåer förekommer runt om i världen. Ett standardglas innehåller, enligt de mått man utgår från i Sverige, cirka 12 gram alkohol (exempelvis cirka 33 cl 5-procentigt-starköl, 12 cl vin eller 4 cl 40-procentig sprit).

I Sverige finns inga officiellt antagna riktlinjer för riskbruksgränser. De gränser man vanligtvis utgår från för riskabel vecko- och intensivkonsumtion har föreslagits i en skrift utgiven av Statens folkhälsoinstitut [11], och har därefter accepterats som en pragmatisk gräns i Sverige. Riskbruk anses föreligga om den totala veckokonsumtionen överstiger 14 standardglas för män respektive 9 för kvinnor och/eller om 5 eller fler standardglas för män respektive 4 eller fler för kvinnor konsumeras vid ett dryckestillfälle. Det är ännu oklart om riskgränsen för intensivkonsumtion ska fastställas till minst ett eller två sådana tillfällen per månad för att betraktas som riskbruk.

Samma gränser används i en del länder runt om i Europa samt i USA. Men det finns dock länder som, av kulturella och hälsopolitiska skäl, har satt högre gränser. Så har man till exempel i Finland allmänt accepterade riskgränser sedan 1992

»En finsk studie visade att intensivkonsumtion snabbare accepterades som mått att arbeta med i primärvården än totalkonsumtion.«

»Olika definitioner av riskbruksbegreppet ger olika andelar riskkonsumenter i en befolkning.«

[12]. Gränserna är baserade på epidemiologiska data över alkoholrelaterade hälsorisker: överstigande 24 standardglas (12 gram alkohol) per vecka för män och 16 per vecka för kvinnor, eller minst 7 respektive minst 5 standardglas för män respektive kvinnor per dryckestillfälle.

Intensivkonsumtionsmättet är tolkat och använt på olika sätt, bland annat som en indikator på alkoholrelaterade och samhälleliga problem som exempelvis brottslighet [13-15]. Men dessutom kan varje tillfälle av intensivkonsumtion betraktas som en risk, och då främst för akuta individuella konsekvenser i form av exempelvis förgiftning och olycksfall [5, 14, 15]. Ett problem med att definiera risker utifrån kvantiteter per tillfälle är att definiera tidsramen för ett sådant »tillfälle«.

Ett förslag på avgränsning lämnades år 2004 av amerikanska NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), där man definierar intensivkonsumtion som intag av 5 respektive 4 glas för män respektive kvinnor under två timmar. Förslaget bygger på att detta dryckesmonster ger en alkoholkoncentration i blodet (blood alcohol concentration, BAC) på 0,8 promille.

Möjliga konsekvenser av olika tolkningar

Ofta riktas kritik mot risknivåerna för alkoholkonsumtion ef



tersom de anses förenklade och inte säger något om riskfria nivåer eller individuella risker [13, 16]. Lite är känt om vid vilka nivåer av alkoholkonsumtion vårdgivare anser det vara lämpligt att ge patienter rådet att minska sin konsumtion [17]. Data från Sverige tyder på att många distriktsläkare och distriktssjuksköterskor anser att råd ska ges även vid lägre nivå än de rekommenderade gränserna [18].

För att minska alkoholrelaterade problem förutsätts att vårdpersonalen känner till såväl gränser för som konsekvenser av riskfylld alkoholkonsumtion. Att låg konsumtion dessutom anses ha en skyddande effekt för vissa åkommor hos äldre personer kan skapa ytterligare osäkerhet inför rådgivning och därmed utgöra ett hinder för att implementera riskbruksarbete i vården [19]. Ytterligare ett hinder för riskbruksarbete kan vara att vårdgivare inte anser dessa gränser vara tillräckligt pragmatiska för att vara vägledande för rutinverksamhet [17]. Problemen förenade med riskbruk är mindre än vad som krävs för att ställa en klinisk diagnos, vilket öppnar för olika tolkningar av gränser och innebörd av riskbruksbegreppet. Konsumtionsgränserna för riskbruk bör dock betraktas som riktmärken, inte som absoluta gränser i kliniska samtal, då det är angeläget att individanpassa information och rådgivning.

Olika definitioner av riskbruksbegreppet ger olika andelar riskkonsumenter i en befolkning. Jefferis et al [20] jämförde data bland 23-åringar där man satte gränser vid två olika nivåer. Vid nivån 10 standarddrinkar per tillfälle för män respektive 7 för kvinnor bedömdes 37 procent ha riskbruk, medan andelen riskbrukare ökade till 49 procent vid nivån 8 respektive 6 standarddrinkar per tillfälle. Lägre riskbruksnivåer ger naturligtvis ännu större grupper av riskkonsumenter. Men sätts gränserna mycket lågt är det möjligt att det inte längre känns meningsfullt för vårdpersonal att arbeta med frågan såvida inte sjukvården tar till sig ett folkhälsoperspektiv, det vill säga att man når en hög effekt för folkhälsan även om nyttan för den enskilde kan vara låg [21].

Olika tolkningar av riskbruksbegreppet innebär dessutom

sannolikt att åtgärder sätts in i olika faser av problemutveckling. En vanlig uppfattning är att allmänmedicinens kliniska uppdrag i första hand inte avser prevention och folkhälsoarbete, utan det individuella mötet med patienten och dennes orsak till vårdsökande [10, 16]. Några framför uppfattningen att en så kallad värdebaserad vård snarast utesluter riskbruksarbetet, till och med att det skulle kunna vara skadligt, eftersom det kan uppfattas kränkande att bli tillfrågad om alkoholanor [10]. Just för att reducera inverkan av värdeprefereanser i konsultationen är en gemensam definition av riskbruk nödvändig och sannolikt förtjänstfull för både patient och vårdgivare.

Konsumtionsmätt är att föredra framför problembaserade mätt, och det är i dag mest praktiskt att använda intensivkonsumtionsmättet, det vill säga 5 eller fler standardglas för män respektive 4 eller fler för kvinnor vid ett dryckestillfälle. En styrka som framförts avseende detta mätt är att man fångar många konsekvenser, såsom skador och olyckor, eftersom de flesta sådana konsekvenser uppkommer vid berusningstillfällen [22].

Argumenten för att använda detta mätt förstärks av forskning som visar på att intensivkonsumtionsgränserna är en tröskel även för alkoholrelaterade sociala konsekvenser [15]. Mättet anses ibland därför mer värdefullt att använda än att utgå från genomsnittlig alkoholkonsumtion.

En finsk studie visade att intensivkonsumtion snabbare accepterades som mätt att arbeta med i primärvården än totalkonsumtion [23]. Men sannolikt krävs fler studier av intensivkonsumtionsmättets användbarhet, framför allt då det fortfarande finns alltför få studier på kvinnor. Det är fortfarande möjligt att mättet genomsnittlig hög alkoholkonsumtion kan vara en bättre prediktor för kommande problem. Med en entydig konsumtionsbaserad definition av riskbruksbegreppet kan en grund skapas för att förstå hur detta bör hanteras i såväl direkta möten med patienter som policyskapande arbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Nordström A. Alkoholanor bland patienter inom primärvården – relaterat till ångest och depression. Umeå: Västerbottens läns landsting; 2005.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
- Holmqvist M, Hermansson U, Nilsen P. Towards increased alcohol intervention in Swedish occupational health care services. *Int J Occup Med Environ Health*. 2008;21(2):179-87.
- Rossow I, Romelsjö A. The extent of the »prevention paradox« in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*. 2006;101:84-90.
- Dawson, DA, Li TK, Grant BF. A prospective study of risk drinking: at risk for what? *Drug Alcohol Depend*. 2008;95(1-2):62-72.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. Geneva: WHO; 2001.
- World Health Organization. Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; 1980. Tech Report Series 650.
- Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS. Influence of a drinking quantity and frequency measure on the prevalence and demographic correlates of DSM-IV alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(5):761-71.
- Hedberg C, Engström I, Vickhoff R, Lynöe N. Interventioner bör vara både evidens- och värdebaserade. *Läkartidningen*. 2009; 106:2781-2.
- Andréasson, S, Allebeck, P, redaktörer. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport 2005:11.
- Sillanaukee P, Kiianmaa K, Roine R, Seppä K. Alkoholintakutuksen kriteerit [Criteria of heavy drinking]. *Suomen Lääkärilehti*. 1992;47:2919-21.
- Herring R, Berridge V, Thom B. Binge drinking: an exploration of a confused concept. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:476-9.
- Wechsler H, Austin SB. Binge drinking: the five/four measure. *J Stud Alcohol*. 1998;59(1):122-4.
- Aalto M, Seppä K. Primary health care physicians' definitions on when to advise a patient about weekly and binge drinking. *Addictive Behaviors*. 2007;32:1321-30.
- Geirsson M, Hensing G, Spak F. Does gender matter? A vignette study of general practitioners' management skills in handling patients with alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2009; 44(6):620-5.
- Herbert C, Bass F. Early at-risk alcohol intake – Definitions and physicians' role in modifying behaviour. *Can Fam Physician*. 1997;43:639-44.
- Jefferis BJMH, Power C, Manor O. Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction*. 2005; 100:543-9.
- Rose G. The Strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford Press; 1992.
- Midanik LT, Tam TW, Greenfield TK, Caetano R. Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 U.S. national sample. *Addiction*. 1996;91:1427-37.
- Mäkelä P, Fonager K, Hibell B, Nordlund S, Sabroe S, Simpura J. Episodic heavy drinking in four Nordic countries: a comparative survey. *Addiction*. 2001;96(11):1557-88.