

Sven Andréasson, docent, överläkare, Statens folkhälsoinstitut och Beroendecentrum, Stockholm (sven.andreasson@fhi.se)
Peter Allebeck, professor, avdelningschef vid Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting

Alkohol som medicin fungerar dåligt

Riskerna överväger nyttan visar genomgång av kunskapsläget

II Under senare år har det skett en kraftig ökning av alkoholkonsumtionen i Sverige. Den viktigaste orsaken är den omläggning av alkoholpolitiken som skett i samband med EU-anpassningen. Men en annan viktig förklaring är att det skett en förändring i den allmänna opinionen i riktning mot en mer positiv attityd till alkohol. Här spelar massmedierna en viktig roll, inte minst i synen på alkoholens hälsoeffekter.

Den allmänna debatten kring alkohol och hälsa, liksom det faktum att allt fler i befolkningen konsumerar alkohol regelbundet, ställer ökade krav på att läkare och annan vårdpersonal uppmärksammar alkoholens hälsoeffekter och kan föra nyanserade diskussioner med sina patienter. Samtidigt finns det för många en betydande osäkerhet kring alkoholens hälsoeffekter, mycket på grund av motstridiga budskap från såväl massmedier som fackpress.

Med syfte att bringa ökad klarhet i några av de centrala frågeställningarna har därför en grupp ledande svenska forskare gått igenom den vetenskapliga litteraturen inom några utvalda områden. Arbetet har bedrivits på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut i samråd med Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen. I denna artikel vill vi lyfta fram huvudfynden i denna kunskapsöversikt och presentera de rekommendationer vi tycker man kan ge läkare och hälso- och sjukvårdspersonal på grundval av nuvarande kunskapsläge.

Alkohol – en global riskfaktor

Inom ramen för WHOs, tidigare Världsbankens, stora projekt om sjukdomsbörda och riskfaktorer har internationella expertgrupper nyligen gjort omfattande sammanställningar om alkoholens bidrag till sjukdomsbördan. I den första sammanställningen från det projektet, som publicerades 1996 [1], identifierades alkohol som en av de större riskfaktorerna globalt sett.

Man beräknade att alkohol svarade för 1,5 procent av alla dödsfall i världen, för 2,1 procent av förlorat liv genom tidiga dödsfall, för 6 procent av förlorat liv på grund av funktionsnedsättning och för 3,5 procent av det sammanfattande måttet på dödlighet och DALY (disability adjusted life years). Man fann att alkohol hade samband med ett 60-tal av de diagnoser och hälsoförhållanden som finns förtecknade i den internationella sjukdomsklassifikationen, ICD. Flertalet av dessa samband var negativa, men man påpekade att ett positivt samband (dvs alkohol minskade risken för sjukdom) fanns för alkohol i vissa kombinationer av konsumtionsvolym och frekvens och kranskärslsjukdom, sjukdomar i hjärnans kärl liksom typ 2-diabetes.

I en uppdatering av det arbetet, som nyligen publicerats [2], uppskattade man att alkohol svarade för 3,2 procent av den totala dödligheten globalt sett och för 4,0 procent av den

Sammanfattat

Måttligt drickande har små hälsoeffekter. Skyddande effekter rapporteras för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och kognitiva funktioner.

Även måttlig alkoholkonsumtion innebär vissa hälsorisker, främst för fosterskador, vissa cancerformer, leversjukdomar, olycksfall, våld och högt blodtryck.

Risken med alkohol är störst för unga människor och avtar sedan med stigande ålder. Kvinnor är mer känsliga för alkohol än män.

Det finns ingen anledning att offentligt rekommendera alkoholkonsumtion från hälsosynpunkt.

Berusningsdrickande är, oavsett ålder, en medicinsk risk.

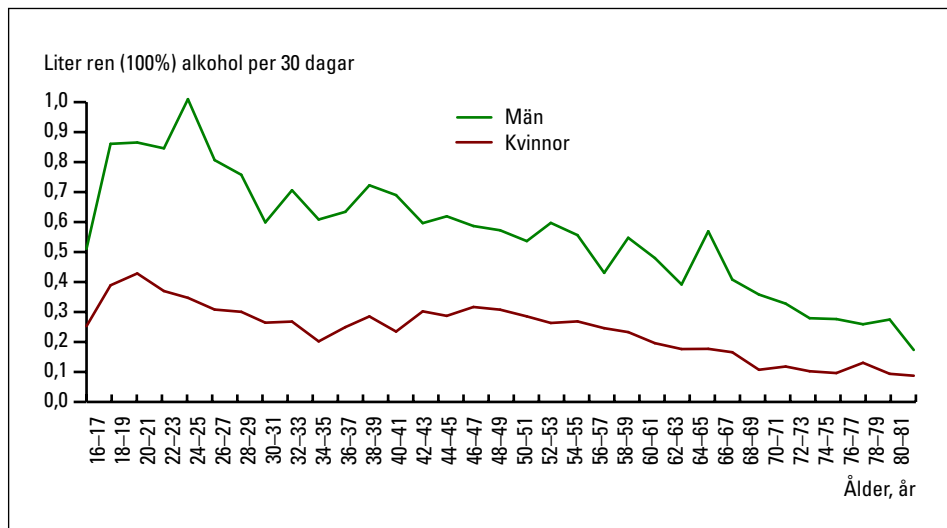
Vårdpersonal bör diskutera konsumtionsmönster, i synnerhet berusningsdrickande, i samtal med patienter betydligt mer än vad som vanligen sker.

globala sjukdomsbördan mätt med DALY, alltså en ökning i förhållande till den första kalkylen.

Avsiktliga och oavsiktliga skador utgjorde enligt kalkylen hälften av alla tidiga dödsfall. Därefter utgjorde cancer och hjärt-kärlsjukdom de viktigaste orsakerna till alkoholrelaterad förtidig död. Den väsentligaste orsaken till funktionsnedsättning, den andra komponenten i DALY, var neuropsykiatriska störningar.

Eftersom detta projekt går ut på att beräkna sjukdomsbörda i olika regioner i världen går man, speciellt för kranskärslsjukdom, igenom balansen mellan »skadeeffekt» och »nyttoeffekt» i olika regioner baserat på vilka olika dryckesmönster som råder i olika regioner. En J-formad kurva för alkohol och dödlighet noteras för den sydeuropeiska regionen, medan andra regioner har antingen en neutral effekt eller en dominerande skadlig effekt.

Ytterligare arbete pågår inom sjukdomsbördeprojektet för att bedöma kostnadseffektiviteten för olika insatser för att minska sjukdomsbördan relaterad till specifika riskfaktorer. En lättfattlig sammanfattning av både sjukdomsbörda, i ter-



Figur 1. Självrapporterad alkoholkonsumtion per månad bland män och kvinnor i olika åldersgrupper (tvåårsklasser) under perioden juni 2001 till december 2002 uttryckt i liter ren alkohol (100 procent) per månad (30 dagar). N=25 554.

mer av DALY, och möjliga interventionsmodeller för att minska sjukdomsburden har nyligen publicerats [3].

Sveriges problematiska dryckesmönster

Det framgår av denna litteratur att det är benägenheten att berusa sig som spelar störst roll för flertalet alkoholproblem snarare än alkoholkonsumtionen i sig. Här kan vi konstatera att vi i Europa har en nord-sydgradient vad avser intensivkonsumtion (>6 standardglas vid ett och samma dryckestillfälle för män, >5 för kvinnor). I Sverige leder 2–3 gånger fler dryckestillfällen till intensivkonsumtion jämfört med Sydeuropa [4]. Det är detta dryckesmönster som förklarar varför ökad alkoholkonsumtion i Sverige leder till en betydligt större negativ hälsoeffekt än en ökning i sydeuropeiska länder.

Givet svenskarnas dryckesmönster talar de senaste årens studier för att ökat drickande sannolikt också kommer att leda till ökad hjärt-kärlsjuklighet.

Konsumtionsökning i Sverige sedan mitten av 1990-talet

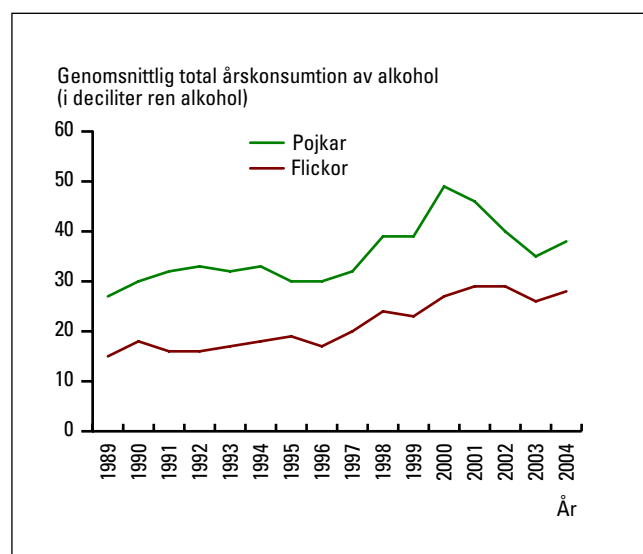
Beräkningen av den svenska alkoholkonsumtionen bygger på uppgifter om den registrerade försäljningen på systembolag, restauranger och dagligvaruhandel (folköl). Dessa fångar upp den största delen av konsumtionen av alkohol i landet och sammanställs utifrån försäljningssiffror per månad från Systembolaget och leveranser av alkoholdrycker till restauranger och av folköl till livsmedelsbutiker.

För att få en bild även av den oregistrerade konsumtionen genomför Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (Sorad) månatligen frågeundersökningar. Frågorna handlar om resandeinförsel, smuggling och hemtillverkning av sprit, vin och öl. Uppskattningarna av totalkonsumtionen utgår således från den registrerade alkoholkonsumtionen (försäljningen) och kompletteras med uppskattningar av mängden oregistrerad alkoholkonsumtion (Figur 1, Figur 2).

Sedan mitten av 1990-talet har den totala alkoholkonsumtionen ökat i Sverige, från drygt 8 liter 1996 till ca 10,5 liter ren alkohol 2004 (per invånare 15 år och äldre). Konsumtionsökningen sedan mitten av 1990-talet utgörs för männen till största delen av ökad starköls- och vinkonsumtion, för kvinnorna av ökad vinkonsumtion. Antalet intensivkonsumtionstillfällen har under tidsperioden 1998–2004 ökat med ca 40 procent. Konsumtionen har ökat snabbast i södra Sverige, framför allt i Skåne län.

Vad menas med måttlig respektive riskkonsumtion?

Alkoholkonsumtion kan påverka hälsan, dels genom regel-



Figur 2. Konsumtionsutvecklingen enligt självrapporterade svar i skolenkäter för pojkar och flickor i årskurs 9 under perioden 1989–2004.

bundet intag av alkohol, vilket kan leda till långsiktig påverkan på kroppens organ, dels genom hög konsumtion vid ensstaka tillfällen (i fortsättningen kallar vi det berusningsdrickande), vilket kan leda till akuta toxiska effekter. Med måttligt drickande menas då både att den regelbundna konsumtionen är låg och att berusningsdrickande inte förekommer.

För att få ett gemensamt konsumtionsmått använder vi begreppet standardglas. Ett standardglas alkohol innehåller 12 gram alkohol, vilket återfinns i 15 cl bordsvin, 33 cl starköl (5 procent), 8 cl dessertvin, eller knappt 4 cl sprit. Olika studier har använt ett stort antal olika mått, vilket i viss mån försvårar tolkningen. En standarddrink i USA innehåller en halv ounce (11,6 gram) alkohol, medan en enhet i Storbritannien innehåller 8–10 gram alkohol.

Som en övre gräns för måttligt regelbundet drickande sätter vi 14 glas vin per vecka, eller motsvarande mängd alkohol i form av öl eller sprit, för män och 9 glas för kvinnor. Denna gräns bygger på epidemiologiska studier som visar på låga risker för skador under dessa nivåer. Lätt till måttlig alkoholkonsumtion kan alltså definieras som två standardglas per dag av öl, vin eller sprit för män eller lite drygt ett standard-

glas per dag för kvinnor. Dessa gränser stämmer överens med de gränser som rekommenderas av brittiska läkarsällskapet [5] och den amerikanska federala myndigheten på alkoholområdet [6].

Med riskkonsumtion menar vi en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas per vecka för män, vilket motsvarar 168 gram alkohol eller 53 cl starksprit, eller 9 standardglas per vecka för kvinnor, vilket motsvarar 108 gram eller 34 cl starksprit. Allt berusningsdrickande är per definition riskkonsumtion. Som berusningsdrickande räknar vi konsumtion av 5 standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och 4 standardglas eller fler för kvinnor.

Nytta och risker med alkohol

Kranskärslssjukdom. Stora mängder alkohol innebär klara risker för skador på hjärta och kärl. Lågt till måttligt alkoholin- tag har inga uppenbara skadeeffekter på hjärta och kärl utan kan möjligen ha skyddande effekter [7-9]. Trots att vi har ett stort epidemiologiskt bedömningsunderlag kvarstår fortfarande betydande tolkningssvårigheter. Därför kan vi inte ge några rekommendationer om alkoholin- tag för att förebygga kranskärslssjukdomar.

Om man jämför alkohol med ett läkemedel är den minskning av risker som alkohol kan ge av samma storleks- ordning som många läkemedel som också sänker infarkt- risken, exempelvis acetylsalicylsyra, lipidsänkare eller beta- blockerare. När det gäller läkemedel är det ett oavvisligt krav att nyttan bevisas i kontrollerade studier där individer förde- las slumpvis till interventionsgrupp respektive kontroll- grupp. Sådana studier finns inte för alkohol.

De som redan har lågt till måttlig konsumtion och som har uppnått en ålder där kranskärslssjukdomen kliniskt börjar ge sig till känna behöver sannolikt från hjärt-kärlsynpunkt inte få rådet att sluta med det. Gränsen där risken överstiger nyt- tan ligger på en lägre nivå för kvinnor än för män.

Olycksfall. I Sverige dör ca 3 000 personer varje år på grund av olyckor. I lägre åldrar är olyckor en ledande dödsorsak. Trafikolyckor är den största kategorin. Andra stora kategori- er är drunkningar, fall och bränder. Alkoholen beräknas inter- nationellt svara för 30 procent av de stora olyckskategori- na med dödlig utgång; något högre för trafikolyckor och lä- gre för arbetsolyckor. För olyckor med icke dödlig utgång är alkoholens roll mindre; omkring två tredjedelar av den som gäller för dödsolyckor.

Varje ökning av blodalkoholhalten med 0,2 promille för- dubblar risken för dödsolycka i trafiken [10]. Låg- och mått- lighetskonsumenter står för en betydande del av de alkohol- relaterade olyckorna.

Cancer. Alkohol kan kopplas till cancerutveckling i ett flertal organ. Starkast samband finns till cancer i munhåla, svalg, struphuvud, matstrupe, lever och bröst vid hög alkoholkon- sumtion (överstigande 2 glas vin per dag). Mindre starka samband finns till cancerutveckling i magsäck, grovtarm, ändtarm, lever, bröst och äggstockar, där riskökningen vid en alkoholkonsumtion motsvarande 2 glas vin per dag är mellan 20 och 100 procent [11]. De beskrivna riskökningarna är dock betydligt mindre än t ex den ökade risk som rökare har att få lungcancer i jämförelse med icke-rökare.

Diabetes. Personer med måttlig alkoholkonsumtion löper ca 20–30 procents lägre risk att utveckla typ 2-diabetes än per- soner med låg eller ingen alkoholkonsumtion. Denna risk- minskning ses bland både män och kvinnor även om man i få studier undersökt kvinnor. Det finns inget som talar för att hög alkoholkonsumtion skulle ha några gynnsamma effekter

på risken för typ 2-diabetes – tvärtom kan det inte uteslutas att hög alkoholkonsumtion skulle kunna öka risken för typ 2- diabetes.

Depression och självmord. Depressionssjukdomar ökar starkt vid alkoholberoende men endast marginellt vid alkoholmiss- bruk och riskfylld alkoholkonsumtion. 48 procent av själv- morden i Sverige är alkoholrelaterade [12]. Suicidfrekvensen är förhöjd vid alkoholberoende och har ofta samband med samtidig depression. En mindre del av självmorden kan för- klaras av akut berusningsdrickande oberoende av samtidig depressions- eller alkoholdiagnos.

Lever och bukspottskörtel. Alkohol är den vanligaste orsaken till fettlever och skrumplever. Fettlever kan tidvis förekom- ma hos majoriteten av de uppskattningsvis 15 procent av be- folkningen i åldern 15–84 år som dricker för mycket, dvs hos närmare 800 000 personer. Leverinflammation är allvarliga- re men betydligt ovanligare. Alkoholkonsumtion motsvaran- de 25 gram alkohol/dag (ca 30 cl vin eller ca 60 cl starköl) in- nebär en nästan trefaldigt ökad risk för skrumplever. Flerta- let patienter med levercancer har sedan tidigare skrumplever.

Alkohol är den vanligaste orsaken till bukspottskörtelin- inflammation hos män och till kronisk bukspottskörtelinflam- mation hos kvinnor i Sverige och många andra länder. Lik- som för skrumplever finns samband mellan genomsnittlig al- koholkonsumtion och dödlighet i bukspottskörtelinflamma- tion.

Graviditet. Det är oklart om det finns någon viss nivå av alko- holbruk där det föreligger klar risk för fosterskador, men 1–2 drinkar per dag har visats kunna påverka fostret och gravidi- tetsutfallet. Berusningsdrickande kan vara särskilt känsligt för hjärnan under utveckling och orsaka inlärningsproblem och beteendestörningar [13]. Däremot har man i betydligt mindre omfattning visat att berusningsdrickande påverkar barnets tillväxt, för tidig förlösning etc. Ett flertal studier har pekat på effekter av alkoholexponering i tidig graviditet, även innan kvinnan säkert vet att hon är gravid.

De flesta forskare som gjort de studier som ligger till grund för denna sammanfattning ger gravida kvinnor rådet att avstå helt från alkohol och inte lita till några »säkra nivåer«.

Metodproblem kvarstår

Även om många forskare gör bedömningen att den positiva effekten av alkohol på hjärt-kärlsjukdomar är reell finns det metodologiska svårigheter i denna forskning som försvårar entydiga slutsatser. Samma typ av metodproblem återfinns i studierna om diabetes. Problemen handlar framför allt om jämförelsegruppen, dvs de människor som inte dricker alls. Många av dessa är organiserade nykterister eller har på annat sätt valt att avstå från alkohol och har goda hälsoförhållanden. Men vissa nykterister avstår från alkohol på grund av speci- ella psykosociala förhållanden eller sjukdomstillstånd. Även om man i många studier försökt kontrollera sina resultat för dessa faktorer är detta i praktiken mycket svårt.

Ett annat problem är att man i många studier sammanfört nykterister med dem som dricker sällan. De som dricker säll- lan är dock en betydligt mer belastad grupp, med sämre prog- nos än helnykteristerna [14]. Här handlar det ofta om män- niskor som med stigande ålder drabbas av krämpor och till följd av detta drar ner på sin alkoholkonsumtion, även om de vid enstaka tillfällen kan dricka litet.

Det är också ett observandum att när sambandet mellan al- koholkonsumtion och hjärtsjukdomar studeras på nationell nivå, vilket skedde i det stora europeiska ECAS-projektet (European Comparative Alcohol Study), ses inga samband

mellan förändringar i konsumtionsnivå och hjärtsjuklighet [15]. Däremot ses klara samband mellan alkoholkonsumtion på befolkningsnivå och dödlighet i levercirros, olycksfall, självmord, mord, alkoholberoende, alkoholförgiftning och alkoholpsykos.

Sammantaget ses också ett statistiskt säkerställt samband mellan alkoholkonsumtion och total dödlighet. Detta samband verkar vara betydligt starkare i de nordiska länderna än i övriga Europa, dvs ökad alkoholkonsumtion i Sverige leder till större negativa konsekvenser än i övriga Europa – en effekt som tolkas bero på ett mer ogynnsamt dryckesmönster.

Den slutsats som kan dras av detta är att den hjärtskyddande effekten av alkohol som beskrivits från ett stort antal individstudier inte påverkas av förändringar i den nationella konsumtionsnivån. Däremot står det klart att en rad av alkohols negativa effekter skulle reduceras av en minskad totalkonsumtion i landet.

Negativa effekter överväger

Frågan om vilken storleksordning de negativa och positiva effekterna har besvaras olika beroende på vilken hälsoeffekt som efterfrågas. Om man efterfrågar antalet dödsfall finner man i en engelsk studie att ungefär lika många dödsfall orsakas som förebyggs av alkoholkonsumtion. 0,8 procent av alla manliga dödsfall förebyggs och 0,1 procent av alla kvinnliga dödsfall orsakas av alkohol [16]. Detta gäller dock all alkoholkonsumtion, inte bara måttlig konsumtion. I en italiensk studie finner man dock att lika många dödsfall orsakas (5 400 dödsfall) som förebyggs (5 200 dödsfall) vid en konsumtionsnivå av 2 glas vin eller 25 gram alkohol per dag [17].

Om man i stället för antal dödsfall efterfrågar antalet levnadsår vunna eller förlorade till följd av alkoholkonsumtion blir bilden en annan. Här finner man att alkoholen leder till en betydande förlust av levnadsår. Bland män under 65 års ålder förloras 10,3 procent av alla levnadsår, bland kvinnor förloras 5,6 procent av alla levnadsår. Den negativa effekten dominerar kraftigt bland yngre och medelålders personer, medan den skyddande effekten tilltar med åldern.

I en svensk studie ses en brytpunkt vid 60 års ålder, där den skyddande effekten är lika stor som den negativa effekten; vid högre ålder blir nettoeffekten alltmer positiv [18]. Denna ålderseffekt innebär att även om antalet dödsfall minskar till följd av alkoholkonsumtion ses likväl en kraftig nettoförlust av levnadsår.

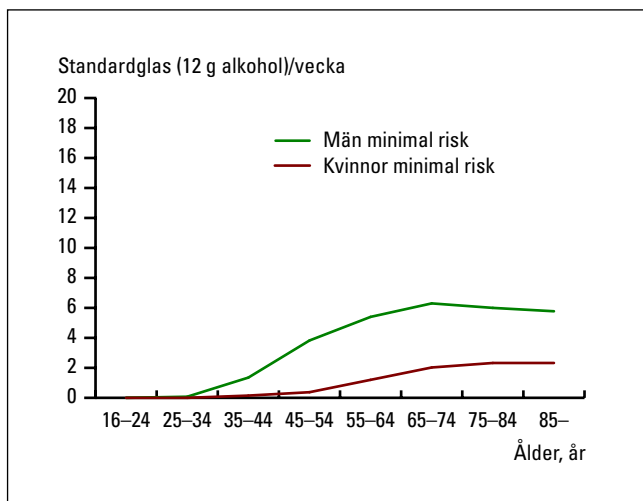
Kön och ålder har betydelse

Kön och ålder spelar en stor roll för dessa effekter. Kvinnor är biologiskt känsligare för alkohol än män (Figur 3). Riskerna med alkohol är störst bland unga personer, medan de positiva hälsoeffekterna gör sig gällande främst i hög ålder.

För kvinnor ses en mindre skyddande effekt av alkohol än för män, vilket återspeglar dels att kvinnor har mindre hjärt-kärlsjukdom än män, dels deras större biologiska sårbarhet för andra alkoholskador. Sammantaget innebär detta olika riskbedömningar för män och kvinnor och för olika åldersgrupper [16].

För unga kvinnor, upp till 44 års ålder, ses ingen skyddande effekt vid låg konsumtion; riskökningen vid ökande alkoholkonsumtion är lineär. För kvinnor över 45 års ålder ses en svag skyddseffekt vid låg konsumtion. På samma sätt är riskökningen lineär för unga män upp till 35 års ålder, men riskökningen är brantare än för kvinnor. En skyddande effekt ses för män över 35 års ålder.

Genom att olycksfall och alkoholrelaterade dödsfall i stor utsträckning inträffar bland yngre och medelålders människor och dödsfall i hjärt-kärlsjukdomar i stor utsträckning inträffar bland äldre människor blir resultatet att betydligt fler



Figur 3. Konsumtion av alkohol med lägst dödlighet. Källa: White [16].

levnadsår går förlorade till följd av alkoholkonsumtion än som räddas.

En paradoxal slutsats av dessa analyser är att de som dricker mest alkohol, dvs unga människor, inte bör dricka alls – åtminstone inte av hälsoskäl. Däremot bedöms måttlig konsumtion av alkohol för medelålders och äldre människor minska dödligheten något i dessa grupper. Denna skyddande effekt uppnås dock vid mycket låga konsumtionsnivåer, mindre än ett glas alkohol per dag för män och mindre än ett halvt glas alkohol per dag för kvinnor. All konsumtion över dessa nivåer innebär ökad dödlighet.

Berusningsdrickandet en betydande risk

Att berusningsdrickande ökar risken för olycksfall är närmast självklart – och bekräftas i denna översikt. Därutöver finns nu en växande litteratur som beskriver negativa hälsoeffekter av berusningsdrickande även för en rad sjukdomar.

Inom hjärt-kärlområdet finner man att flertalet av de viktigaste riskfaktorerna för ischemisk hjärtsjukdom och stroke, exempelvis HDL-kolesterol, triglycerider, fibrinogen, insulinresistens – som påverkas gynnsamt av måttligt drickande – påverkas negativt av berusningsdrickande och ökar risken för såväl hjärtinfarkt som stroke [19]. Därtill ses ökad risk för akuta arytmier.

Särskilt bör uppmärksammas att för högriskpatienter, dvs kärlsjuka patienter med ogynnsamma lipidnivåer, högt blodtryck, diabetes och andra riskfaktorer, utgör berusningsdrickande en betydande risk för allvarlig sjukdom. Därutöver utgör även sporadiskt berusningsdrickande under graviditet en särskild risk för fosterskador. Berusningsdrickande innebär också ökad risk för självmord, särskilt för deprimerade patienter.

Oklart vilken roll dryckestypen spelar

I diskussionen om alkoholens positiva hälsoeffekter är det framför allt vin som har studerats. De positiva effekterna har av många antagits bero på förekomsten av olika antioxidanter i vin. Men hittills har ingen publicerat några konklusiva studier på människor, även om intressanta djurstudier genomförts [20]. Flertalet alkoholforskare menar dock att de positiva effekterna av måttlig alkoholkonsumtion beror på alkoholen i sig, och att dessa är oberoende av dryckestyp.

Expertgruppens rekommendationer

Utifrån nuvarande kunskapsläge bedömde arbetsgruppen det rimligt att föreslå följande rekommendationer:

- Det finns ingen anledning att offentligt rekommendera alkoholkonsumtion från hälsosynpunkt.
- Det finns å andra sidan ingen anledning att avråda från måttligt drickande i det enskilda fallet – förutsatt att kända kontraindikationer har beaktats.
- Till kontraindikationerna hör alkoholberoende, leversjukdom, graviditet samt medicinering med en rad läkemedel som har ogynnsam interaktion med alkohol.
- Måttlig alkoholkonsumtion, utan berusningsinslag, innebär generellt sett små medicinska risker. Många studier talar för positiva effekter på framför allt för hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes.
- Alkoholens skyddande effekt uppnås vid mycket låg konsumtion, som mest ett knappt standardglas alkohol om dagen för män i 70-årsåldern och mindre än ett halvt glas om dagen för kvinnor i samma ålder. All konsumtion över dessa nivåer leder till ökad risk. Lägre nivåer gäller för yngre personer. För personer under 40-årsåldern ses inga hälsovinster över huvud taget av alkohol.
- Detta innebär att en restriktiv hållning till alkohol inte innebär någon större risk att människor skulle gå miste om en eventuell hälsoeffekt av alkohol.
- Berusningsdrickande är, oavsett ålder, en medicinsk risk. I samtal med patienter bör frågan om konsumtionsmönster, i synnerhet berusningsdrickande, tas upp i högre grad.
- Det finns också skäl att beakta den stora risken för suicid som deprimerade patienter med alkoholberoende löper och vidta förebyggande åtgärder.
- Att aktivt rekommendera alkohol som medicin är oförenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. Dels saknas det underlag i form av kontrollerade studier som medicinen ställer krav på, dels saknas det studier som visar på gynnsamma effekter för nykterister eller lågkonsumenter av att börja dricka eller öka sin konsumtion.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Denna artikel är sammanfattning av skriften »Alkohol och hälsa – en kunskapsöversikt«. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut i samverkan med Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen; 2005.

Redaktörer för skriften har varit Sven Andréasson och Peter Allebeck med bidrag från Håkan Leifman, Annika Rosengren, Thor Norström, Jan Adolfsson, Sofia Carlsson, Anders Romelsjö, Mats Berglund, Agneta Öjehagen, Mona Göransson och Åsa Magnusson.

Referenser

1. Murray CJ, Lopez A. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In: Murray CJ, Lopez A, editors. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the WHO; 1996.
2. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Volume 1. Geneva: WHO; 2004. p. 959-1108.
3. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health: a review. Lancet 2005; 365:519-30.
4. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, et al. Alcohol: no ordinary commodity. Oxford: Oxford University Press; 2003.
5. British Medical Association. Alcohol: guidelines on sensible drinking. London; 1995.
6. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol alert No. 16 PH 315, 1992.
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364: 937-52.
8. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Risk of cardiovascular mortality in alcohol drinkers, ex-drinkers and nondrinkers. Am J Cardiol 1990;66:1237-42.
9. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zamboni A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addiction 2000;95:1505-23.

10. Zador PL, Krawchuck S, Voas RB. Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender. *J Stud Alcohol* 2000;61:387-96.
11. Bagnardi V, Blangiardo M, la Vecchia C, Corrao G. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Brit J Cancer* 200;85:1700-5.
12. Sjögren H, Eriksson A, Ahlm K. Role of alcohol in unnatural deaths: A study of all deaths in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:1050-6.
13. Streissguth AP, Barr HM, Olson HC, Sampson PD, Bookstein FL, Burgess DM. Drinking during pregnancy decreases word attack and arithmetic scores on standardized tests: adolescent data from a population-based prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:248-54.
14. Middleton Fillmore K, Kerr W, Boström A. Abstinence from alcohol and mortality risk in prospective studies: a preliminary analysis of potential sources of bias. *Nordisk Alkoholtidskrift* 2002;295-301.
15. Norström T, editor. Alcohol and mortality: the post-war experience in the EU countries. *Addiction* 2001; 96: suppl 1.
16. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ* 2002;325:191.
17. Corrao G, Rubbiati L, Zambon A, Arico S. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy. A balance in 1983 and 1996. *Eur J Publ Health* 2002; 12:214-23.
18. Sjögren H, Eriksson A, Broström G, Ahlm K. Quantification of alcohol-related mortality in Sweden. *Alcohol & Alcoholism* 2000;35:601-11.
19. Puddey IB, Rakic V, Dimmit SB, Beilin LJ. Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors – a review. *Addiction* 1999;94: 649-63.
20. Bradamante S, Barenghi L, Villa A. Cardiovascular protective effects of resveratrol. *Cardiovasc Drug Rev* 2004; 22:169-88.

SUMMARY

Moderate drinking has small effects on health. Alcohol-related risks are greatest for young people, and decrease with age. Women are more sensitive than men to the effects of alcohol. Protective effects of moderate drinking are reported for cardiovascular disease, diabetes type 2 and cognitive functioning. However, moderate drinking also involves risks, especially of injuries, violence, foetal damage, certain forms of cancer, liver disease and hypertension. Alcohol consumption should not be recommended for health reasons. Binge drinking, regardless of age, is a medical risk. Health professionals should discuss the pattern of drinking with patients, especially binge drinking, to a larger extent than is usually the case today.

Sven Andréasson, Peter Allebeck

Correspondence: Sven Andréasson, STAD, Crafoords väg 6, SE-113 24 Stockholm, Sweden (sven.andreasson@fhi.se)