

Riskbruk av alkohol - begrepp, gränsvärden, mätmetoder

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2011:2

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Erik Espman, Peter Allebeck

Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin
Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-69-2

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

Att förebygga sjukdom genom att minska skadligt bruk av alkohol är en högt prioriterad fråga i landstinget. Stockholms läns landsting har sedan länge på olika sätt strävat efter att införa alkoholförebyggande insatser på olika nivåer. Genom nya nationella riktlinjer har nu landstingen fått draghjälp i att införa systematiskt arbete med att förbättra levnadsvanor hos patienter i olika delar av hälso- och sjukvården.

När det gäller alkohol är det ett särskilt problem att individer nås av olika information från olika källor, och genom massmedia sprids ofta budskap om alkoholens nytthet och hur mycket man ”bör” dricka för att bevara hälsan. Dessvärre har statliga myndigheter och landsting inte lyckats vara helt tydliga med att skapa riktlinjer och rekommendationer när det gäller alkohol, vilket gör att läkare och hälso- och sjukvårdspersonal får svårigheter att kommunicera information om risker med olika nivåer av alkoholkonsumtion till sina patienter. Som framgår i denna rapport har det också förekommit varierande definitioner och begrepp i landstingets egna produkter.

I denna skrift görs en genomgång av de rekommendationer och riktlinjer som förekommer i olika landsting och olika länder, och vilket vetenskapligt underlag de vilar på. Författarna har haft kontakter med Statens folkhälsoinstitut, där visst arbete pågår för att skapa samsyn i frågan. Det är dock angeläget att vi i Stockholms läns landsting arbetar aktivt med detta, så att de budskap som sprids inte verkar otydliga eller motsägelsefulla. Vi hoppas att experter och sjukvårdspersonal som arbetar med alkoholförebyggande verksamhet kan utnyttja detta underlag i en konstruktiv diskussion och planering av åtgärder för att minska skador av alkoholkonsumtion.

Birgitta Rydberg
Sjukvårdslandstingsråd med ansvar för folkhälsa

Innehåll

Inledning	3
Bakgrund och syfte	4
”Riskbruk” – inte tydligt definierat	5
Etablerade diagnosbegrepp	6
Att beskriva konsumtionsnivåer i befolkningen	7
Råd till individer respektive mått på befolkningens konsumtion	9
Internationella exempel på gränsvärden för riskfylld konsumtion	10
<i>Australien</i>	10
<i>Danmark</i>	10
<i>Storbritannien</i>	11
<i>USA</i>	11
Nationella exempel på gränsvärden för alkoholkonsumtion och risk	14
<i>Information till allmänheten – Stockholms läns landsting</i>	14
<i>Exempel från andra landsting</i>	16
Exempel på mätmetoder	17
<i>Stockholms läns landsting</i>	17
<i>Monitorundersökningen</i>	17
<i>Nationella folkhälsoenkäten</i>	18
<i>Andra sätt att mäta förekomst av riskbruk</i>	18
Konsekvenser av olika sätt att mäta och analysera	19
<i>Monitorundersökningen</i>	19
<i>Folkhälsorapport Stockholms läns landsting 2003 resp 2007</i>	21
Sammanfattning och slutsatser	23
Referenser	25

Inledning

Att förebygga skador av alkohol är en högt prioriterad angelägenhet för landsting och kommuner, och olika insatser görs på såväl nationell som lokal nivå. Arbetet med denna rapport har initierats av två konstateranden. För det första att de begrepp och rekommendationer som ges på olika hemsidor och utbildningsmaterial om ”riskbruk” av alkohol varierar. För det andra att indikatorer och mått på alkoholvanor i befolkningen har varierat över tid, liksom mellan nationella och regionala rapporteringar. För att planera och följa upp det alkoholförebyggande arbetet är det viktigt att ha mätmetoder för och indikatorer på alkoholproblem i befolkningen. Stockholms läns landsting har genom regelbundna folkhälsoenkäter och folkhälsorapporter presenterat uppföljningar av alkoholvanor, men har trots god tradition i detta inte varit konsekvent i rapporteringsrutiner. Såväl nationellt som i flera landsting finns således problem med jämförbarhet över tid som inte tillräckligt uppmärksammas i planeringen av rapporteringssystem. Diskussion om problemet har initierats av Statens folkhälsoinstitut, men i avvaktan på nationell konsensus, om sådan kan uppnås, är det angeläget att också landsting och kommuner ser över begrepp, definitioner och mätmetoder, och för en aktiv diskussion om vilka nivåer för riskfylld alkoholkonsumtion som bör kommuniceras till vårdverksamheter och till allmänheten.

Bakgrund och syfte

Alkohol har länge brukats av människan och lika länge har alkoholens för och nackdelar varit uppenbara för brukarna. Redan i skrifter från det gamla Egypten varnas för överdriven alkoholkonsumtion (Hanson 1995). En fråga som många länge sökt svar på är hur mycket alkohol man kan dricka innan skadeverkningar uppstår. En som tidigt engagerade sig i frågan var engelsmannen Anstie som på 1860-talet skrev artiklar om alkohol under temat ”Is it food, a medicine or a poison?” Anstie angav en maxgräns för dagligt intag av ren alkohol på ca 40 gram per dag som maxgräns för den som ville undvika alkoholskador (Baldwin 1977).

I Sverige var Rydberg och Skerfving de första i Sverige som gjorde en mer systematisk genomgång av riskvärdesbedömningar, bl.a. från livsmedelsverket, och kom fram till en nivå på alkoholkonsumtion som skulle vara riskfri (Rydberg & Skerfving 1974). Utifrån de bedömningarna togs en skala fram som sedan kom att användas i form av ”testaren” vilken spreds brett i samhället, bl.a. på systembolaget. Under 80- och 90-talet stärktes den internationella debatten om vilka nivåer på alkoholkonsumtion som kan anses riskfyllt (Gaziano & Hennekens 1995), och dessa nivåer har successivt kommit att tas in i svenska rekommendationer. Begreppet ”riskbruk” har på senare år blivit mer allmänt accepterat som en beskrivning av alkoholkonsumtion som kan innebära risk för missbruksutveckling och skadliga effekter.

Syftet med denna skrift är att klargöra vissa begrepp och definitioner när det gäller riskbruk och gränsvärden för alkoholkonsumtion, men också visa på vilka svårigheter det innebär att sätta gränser för riskfylld konsumtion. Vi vill tydliggöra skillnaden mellan individuell rådgivning och folkhälsoperspektiv när man diskuterar gränsvärden. Vi kommer också att ge exempel på hur gränsvärden för riskbruk kommuniceras till allmänheten, dels inom Stockholms läns landsting och andra landsting, men även nationellt och internationellt.

Att ge förslag till gränsvärden eller värdera existerande rekommendationer ligger utanför ramen för denna skrift, men vi hoppas den kan utgöra underlag för att skapa bättre konsensus mellan olika aktörer i landstinget och kommunerna.

”Riskbruk” – inte tydligt definierat

Olika begrepp och definitioner har använts för att ange konsumtionsnivå där alkohol bedöms vara skadligt. I Sverige används t.ex. begrepp som riskbruk, riskabel alkoholkonsumtion, riskkonsumtion och riskabla alkoholvanor, och ofta utan tydlig definition. Ett problem är att man inte menar samma sak när begreppen används. När det gäller ”riskbruk” inkluderas ibland under begreppet ”riskbruk” både personer som riskerar skador av sin alkoholkonsumtion och personer som redan har fått skador av konsumtionen, vilket anges exempelvis på Riskbruksprojektets hemsida (Statens folkhälsoinstitut 2009a). Oftast menas dock en sådan konsumtion som just *riskerar* att ge upphov till skador eller beroende men där inget sådant ännu har uppstått. Detta är den situation som motiverar att screening kan vara meningsfullt. I praktiken är det naturligtvis svårt att säkert avgöra om en misstänkt alkoholrelaterad skada verkligen är orsakad av alkohol, något annat, eller en kombination. Det är också svårt att veta om ett riskbruk som exempelvis upptäcks genom en screeningmetod verkligen kommer att utvecklas till missbruk eller beroende, men det problemet gäller för alla tillstånd man screenar för i tidigt skede. Således är begreppet ”riskbruk” inte helt tydligt, och kan innefatta olika grupper av personer och problem.

Etablerade diagnosbegrepp

Det finns två internationellt erkända klassifikationssystem där skadligt bruk/missbruk och beroende definieras. WHO har genom sitt internationella diagnossystem (ICD-10) definierat skadligt bruk och beroende. Definitionen på skadligt bruk som man måste särskilja från riskbruk lyder:

”Bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion).” (Beroendecentrum Stockholm 2009)

WHO har även definierat riskbruk (hazardous use), som dock inte är en egen diagnos. Definitionen lyder:

“A pattern of substance use that increases the risk of harmful consequences for the user. Some would limit the consequences to physical and mental health (as in harmful use); some would also include social consequences. In contrast to harmful use, hazardous use refers to patterns of use that are of public health significance despite the absence of any current disorder in the individual user.” (WHO 2009)

American Psychiatric Associations parallella system (DSM-IV) som bl.a. omfattar missbruk och beroende av alkohol inkluderar också sociala och psykiatriska aspekter på alkoholens skadeverkningar.

Då riskbruk inte är någon erkänd internationell diagnos har det lämnats utrymme för en stor mängd internationella och nationella definitioner av begreppet. Detta medför problem i diskussioner mellan olika aktörer.

Att beskriva konsumtionsnivåer i befolkningen

Ovannämnda diagnoser liksom definitioner på riskbruk är till helt övervägande del inriktade på bedömning av individer. När det gäller att beskriva alkoholkonsumtionen i den allmänna befolkningen eller i utvalda grupper kan detta göras på i princip två olika sätt, antingen att utgå från något gränsvärde enligt ovan och ange hur stor andel av befolkningen som ligger ovanför gränsvärdet, eller att helt enkelt ange konsumtionsnivåer. Man kan för det senare fallet ange antingen totalkonsumtion i en befolkning, exempelvis uppskattar man ofta totalkonsumtion i termer av antal liter absolut alkohol som varje individ över 15 år i genomsnitt konsumerar per år, eller kan man ange fördelningen, exempelvis hur många som inte dricker alls, hur många som dricker ”måttligt”, hur många som är ”högkonsumenter”, etc.

En väsentlig skillnad mellan dessa två sätt att mäta är att man i det senare fallet vanligen anger totalkonsumtionen, per vecka, månad, eller år, medan när man anger antal personer med riskkonsumtion inte bara inkluderar konsumtionsvolym, utan ofta också dryckesmönster, exempelvis hur ofta man dricker sig berusad eller hur ofta man tar många drinkar vid ett och samma tillfälle.

Ett grundläggande problem när man ska beskriva konsumtionsnivåer, vare sig man använder riskbegreppet eller något mått på konsumtionsvolym, är att alkohol dricks i olika sorter och olika mängder och att det är svårt att få jämförbara mått på intag motsvarande ren alkohol – vilket är det intressanta ur risksynpunkt. En enkel metod att skapa jämförbarhet är att använda begreppet standardglas. Man utgår då ifrån att olika typer av alkohol ofta serveras på ett sätt som normalt innehåller en viss mängd alkohol, nämligen 10-13 g. Sålunda innehåller ett 12 cl glas vin, en 33 cl burk starköl och en 4 cl ”snaps” just den mängden. Genom att kartlägga sitt konsumtionsmönster veckovis kan man sålunda komma fram till hur mycket alkohol man får i sig under en viss vecka. Det finns olika sätt att fråga om detta, antingen att fråga hur mycket personen dricker under en ”typisk vecka” eller den senaste veckan, eller så ber man personen fylla i retrospektivt en ”konsumtionsdagbok” under en vecka.

FAKTARUTA

Liksom med definitionerna av riskbruk så finns ingen internationellt accepterad definition av mängden ren alkohol i ett standardglas. För Sveriges del är mängden ren alkohol i ett standardglas satt till 12 g (Andréasson & Allebeck 2005). När standardglas innehållande öl, vin och sprit ska anges uppstår problem. Dels p.g.a. att alkoholhalterna inom respektive dryck varierar och dels p.g.a. att man av pedagogiska skäl vill använda sig av dryckesmängder som är vanligt förekommande. I Sverige brukar ungefär följande mängder utgöra ett standardglas: 4 cl starksprit, 8 cl starkvin, 12 eller 15 cl bordsvin, 33 cl starköl och 50 cl folköl. Inga av dessa mått innehåller exakt 12 g ren alkohol utan de är anpassade för att praktiskt och pedagogiskt fungera i Sverige.

I Storbritannien innehåller ett standardglas 8 g ren alkohol, i Australien 10 g, i Danmark 12 g och i USA 14 g ren alkohol. Detta är mycket viktigt att känna till vid internationella jämförelser. (Department of Health 1995; NHMRC 2009; Sundhedsstyrelsen 2005; U.S. Department of health & human services 2005)

Det är lätt att inse att det finns flera metodproblem med detta. Förutom de vanliga problemen med underrapportering och minnesproblem kanske man inte dricker alkohol i mängder som motsvarar standardglaset. Vidare finns alla alkoholsorter (vin, öl, starksprit) i olika styrkor, så även ett standardglas kan innehålla olika alkoholmängder.

Råd till individer respektive mått på befolkningens konsumtion

Det klassiska syftet med att ange risknivåer är förstås att ge råd till individer. Man bör då komma ihåg att typen av råd och hur risknivåer tolkas varierar mycket med situation. I en läkarkonsultation kan läkaren ta individuell hänsyn och bedöma vilka budskap om tillrådliga konsumtionsnivåer som bör rekommenderas. Hänsyn kan då tas till ålder, kön, tidigare sjukdomar, eventuell tidigare missbrukshistoria, etc. När råd ges till den allmänna befolkningen når budskapet alla personer, och det är svårt med extra information om att den och den gruppen bör vara extra försiktig. Dessutom är ett budskap av typen ”högst två drinkar per dag” problematiskt eftersom det möjligen kan uppfattas som att två drinkar per dag kan anses ”lagom”, när man egentligen har menat att det är en gräns för riskbruk, och därmed också den nedre gränsen för vad som anses vara skadligt bruk.

Utformningen av gränsvärden bör således ta hänsyn till hur de kommuniceras och hur de ska användas. Tanken att en viss nivå ska vara generellt giltig är i sig orimlig, men det är förståeligt att man av pedagogiska och tydlighetsskäl vill hålla sig till en nivå. Bara det faktum att gränsvärden varierar över tid och mellan olika länder och mellan olika aktörer visar dock att det är svårt att nå konsensus om en formulering av risknivå som gäller generellt och som håller ett antal år.

Ett annat syfte med gränsvärden är att beskriva alkoholvanor i befolkningen, vare sig det gäller på nationell nivå, inom län, kommuner och för olika grupper. Här har man tidigare ofta angivit konsumtionsmängder, mycket på grund av att försäljningsvolymerna länge har varit den huvudsakliga informationskälla som varit tillgänglig. Eftersom den ”registrerade” konsumtionen alltid har varit betydande, och möjligen ökat under senare år, har man tagit fram metoder för att mäta konsumtionsmängder mer exakt, genom intervjuer där man även frågar var personer införskaffat sin alkohol (Ramstedt 2009).

På senare år har det blivit vanligt att istället ange alkoholvanor i befolkningen utifrån ett visst gränsvärde. Även här varierar dock traditionerna. Man har dels angivit andel i befolkningen som konsumerar mer än en viss mängd per vecka, exempelvis, och dels andel i befolkningen som har riskbruk. I det senare fallet har man i tillägg till konsumtionsvolym haft något mått på berusningsdrickande eller intensivkonsumtion.

Liksom när det gäller rådgivning till individer kan man notera att olika sätt att beskriva alkoholvanor i befolkningen kan ha olika syften. När det gäller utformning och uppföljning av alkoholpolitiska insatser på nationell nivå kan mätning av konsumtionsnivå i befolkningen vara det mest relevanta, då detta i hög grad speglar tillgänglighet generellt sätt. När det gäller andra typer av alkoholpolitiska insatser, exempelvis på kommunnivå, kan mått på riskbruk i befolkningen vara mer relevant, eftersom det kan visa behov på riktade sekundärpreventiva insatser.

Internationella exempel på gränsvärden för riskfylld konsumtion

Många myndigheter och organisationer i olika länder har satt upp gränsvärden för vid vilken nivå alkoholkonsumtion ska betraktas som riskfylld. Dessa varierar dels på grund av att definitionen av riskbruk och tolkning av begreppet risk skiljer sig åt, dels på grund av att det epidemiologiska bakgrundsmaterialet och tolkningar av bakgrundsmaterial skiljer sig åt mellan länder och över tid.

Vid jämförelser mellan länder blir det tydligt hur komplext det är att sätta gränsvärden för riskbruk av alkohol. Samtliga studerade riktlinjer tar upp problem med generella riktlinjer och alla ger olika undantag för den generella riktlinjen. Undantagen gäller bl.a. kön, ålder, annan sjukdom, medicinering, tidigare beroende, graviditet, amning. Samtliga studerade riktlinjer tar upp frågan om avvägningar kring alkoholens skyddande kontra skadliga effekt. Svårigheten att väga in alkoholens negativa sociala effekter problematiseras.

Australien

I Australien har National Health and Medical Research Council (2009) publicerat nya riktlinjer, ”Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol”. Initialt i dessa riktlinjer beskrivs hur man har försökt att se mer till den totala risken för alkoholrelaterad skada över hela livet än man gjort i tidigare riktlinjer.

Den acceptabla risknivån anges till den nivå av alkoholkonsumtion som om den överstigs gör att man löper 1 % risk eller mer att under sin livstid avlida p.g.a. sin alkoholkonsumtion. I rapportens sammanfattning konstateras att livstidsrisken för död p.g.a. alkoholrelaterad sjukdom eller skada är under 1 på 100 om man inte dricker mer än två australiensiska (10g) standardglas om dagen, alltså max 20g ren alkohol per dag. Vidare beskrivs hur varje glas utöver denna nivå ökar risken för sjukdom och skada. Rapporten drar slutsatsen att det vid låga nivåer av alkoholkonsumtion inte är särskilt stor skillnad i risk för alkoholrelaterad skada mellan kvinnor och män. Därför anges samma gränsvärden för kvinnor och män.

De australiensiska riktlinjerna rekommenderar även att varken män eller kvinnor bör dricka mer än fyra standardglas vid ett och samma tillfälle. I bakgrundsmaterialet redovisas ett flertal olika beräkningar gällande alkoholkonsumtion och risk.

Danmark

De danska riktlinjerna ges ut av Sundhedsstyrelsen. Senaste revisionen av ”Genstandsgrænser for voksne” (2005) sammanfattar rekommendationerna (fritt översatt):

”Det avrådes, att kvinnor dricker mer än 14 enheter och män 21 enheter i veckan”

”Det är osunt att dricka många enheter på en gång. Med detta menas 5 enheter eller mer vid samma tillfälle” (Sundhedsstyrelsen 2005)

I augusti 2010 kom Sundhedsstyrelsen med ett nytt utlåtande där man p.g.a. nytillkommen evidens vill precisera sina tidigare råd om alkohol till allmänheten. I sitt nya utlåtande påpekar Sundhedsstyrelsen att de tidigare gränserna fortfarande gäller som maxgränser för att inte löpa en hög risk att drabbas av alkoholrelaterade skador.

Till detta vill man nu komplettera med en gräns som visar under vilken nivå man löper låg risk att bli sjuk p.g.a. alkoholkonsumtion. Fritt översatt är de nya danska gränsvärdena formulerade som följer:

”Du löper en låg risk att bli sjuk p.g.a. alkohol vid en förbrukning på 7 standardglas eller mindre i veckan för kvinnor och 14 för män.”

”Du löper en hög risk att bli sjuk p.g.a. alkohol om du dricker mer än 14 standardglas i veckan som kvinna och 21 standardglas i veckan som man.”
(Sundhedsstyrelsen 2010)

Storbritannien

I en gemensam rapport ”Safe. Sensible. Social. The next step in the National Alcohol Strategy” redogör ett par brittiska myndigheter för begreppet “sensible drinking”

“sensible drinking is drinking in a way that is unlikely to cause yourself or others significant risk of harm. The Government advises that: Adult women should not drink more than 2-3 units a day. Adult men should not drink more than 3-4 units of alcohol a day”

(Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills & Department for Culture, Media and Sport 2007)

Liksom Australien använder man I Storbritannien dagliga gränser istället för veckogränser. Ändringen från de tidigare veckogränserna motiverades bland annat med att man med de dagliga gränserna inte behövde ha en separat gräns för hur mycket man kan dricka vid ett och samma tillfälle. (Department of Health 1995)

USA

U.S. Department of health & human services (2005) redogör för myndighetens syn på riskbruk i guiden ”Helping patients who drink too much – A clinician’s guide”.

”men who drink more than 4 standard drinks in a day (or more than 14 per week) and women who drink more than 3 in a day (or more than 7 per week) are at increased risk for alcohol-related problems”

Med en drink menas i texten ett glas som innehåller 14g ren alkohol. Som stöd för gränsvärdena refereras till forskning som visar på sambandet mellan att konsumera alkohol över gränserna och förekomst av alkoholmissbruk och beroende (Dawson 2005).

En annan viktig informationskälla om alkoholkonsumtion för den amerikanska allmänheten är ”Dietary guidelines for Americans 2005”. I dessa riktlinjer uttrycks följande rekommendationer gällande alkoholkonsumtion:

” Those who chose to drink alcoholic beverages should do so sensibly and in moderation – defined as the consumption of up to one drink per day for women and up to two drinks per day for men.”

(U.S. Department of health & human services & U.S. Department of Agriculture 2005a)

I dessa riktlinjer anges ingen maxgräns för veckokonsumtion utan istället är dagliga gränser angivna. Utförligt underlag och resonemang kring risker samt avvägningar mellan positiva och negativa hälsoeffekter redovisas i den separata rapporten ” 2005 Dietary Guidelines Advisory Committee Report”(U.S. Department of Health and Human Services et al 2005b).

Tabell 1: Sammanställning av gränsvärden i några olika länder

Land	Gränsvärde för dag/veckokonsumtion (män)	Gränsvärde för intensivkonsumtion (män)
Sverige	Max 14 standardglas/vecka	Max 4 standardglas/tillfälle
Australien	Max 2 standardglas/dag	Max 4 standardglas/tillfälle
Danmark	Max 21 standardglas/vecka	Max 4 standardglas/tillfälle
Storbritannien	Max 3-4 standardglas/dag	Max 4 standardglas/tillfälle
USA	Max 14 standardglas/vecka	Max 4 standardglas/tillfälle

Land	Gränsvärde för dag/veckokonsumtion (kvinnor)	Gränsvärde för intensivkonsumtion (kvinnor)
Sverige	Max 9 standardglas/vecka	Max 3 standardglas/tillfälle
Australien	Max 2 standardglas/dag	Max 4 standardglas/tillfälle
Danmark	Max 14 standardglas/vecka	Max 4 standardglas/tillfälle
Storbritannien	Max 2-3 standardglas/dag	Max 3 standardglas/tillfälle
USA	Max 7 standardglas/vecka	Max 3 standardglas/tillfälle

Nationella exempel på gränsvärden för alkoholkonsumtion och risk

De rekommendationer gällande gränsvärden i informationen till allmänheten som har störst utbredning i Sverige finns beskrivna i rapporten ”Alkohol och Hälsa” (Andréasson & Allebeck 2005). I rapporten anges följande gränsvärden för riskkonsumtion:

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

Ett standardglas i Sverige innehåller 12 g ren alkohol. I rapporten diskuteras utförligt begreppet risk samt alkoholens negativa och positiva hälsoeffekter. Dock framgår det inte exakt vilka data och risk/nytta avvägningar som ligger till grund för att gränserna fastställdes till aktuell nivå. Däremot hänvisas till såväl amerikanska och brittiska riktlinjer och det konstateras att de svenska riktlinjerna stämmer överens med dessa.

I rapporten redogörs för ett par kontraindikationer som gör det olämpligt att överhuvudtaget dricka alkohol. Till kontraindikationerna räknas alkoholberoende, leversjukdom, graviditet och medicinering som samspelar ogynnsamt med alkohol.

Information till allmänheten – Stockholms läns landsting

Vårdguiden.se är en hemsida som drivs av Stockholms landsting i samarbete med Stockholms läns kommuner och andra landsting. På sidan samlas information om sjukdomar, hälsoråd, kontaktuppgifter till vårdgivare m.m. Informationen om riskbruk och de gränsvärden som anges följer helt den text som är citerad ovan från ”Alkohol och hälsa”.

På vårdguiden.se finns ett interaktivt AUDIT-test där cut-off gränsen för riskbruk går vid 6 poäng eller fler för kvinnor och 8 poäng eller fler för män. Den gränsen är den samma som rekommenderas av Socialstyrelsen. (Socialstyrelsen 2007)

På www.viss.nu, en sida för anställda inom vården i Stockholms läns landsting, definieras riskbruk med de sedvanliga 14/9 gränserna (d.v.s. max 14 standardglas i veckan för män och max 9 standardglas i veckan för kvinnor) från ”Alkohol och hälsa”. Även förekomst av berusningsdrickande klassas som riskbruk, dock definieras inte själva begreppet berusningsdrickande. Utöver nämnda gränser anges cut-off gränser för riskbruk i alkoholskattingsformuläret AUDIT. På www.viss.nu anges riskbruk vara AUDIT-poäng >6 för kvinnor och >8 för män. Cut-off gränsen som rekommenderas på www.viss.nu ligger alltså

ett steg högre än vad som normalt används i Sverige och som även rekommenderas av Socialstyrelsen.

På hemsidan www.1177.se finns tjänster inom hälsa och vård. Webbplatsen ger information till allmänheten om hälsa och sjukvård. Webbplatsen ägs av alla landsting och regioner gemensamt.

Information om riskbruksgränserna finns att läsa om under rubriken ”Alkoholberoende/ vad händer i kroppen?”:

Riskbruk av alkohol innebär för kvinnor minst 2 flaskor vin, 9 burkar starköl eller 50 cl sprit per vecka. För män innebär det minst 3 flaskor vin, 12 burkar starköl eller 75 cl sprit per vecka.

Intensivkonsumtion är en annan form av riskbruk. Det betyder att man dricker minst en flaska vin, eller fyra burkar starköl, eller 18 cl sprit vid ett och samma tillfälle. (1177.se 2010a)

Här avviker råden mot de som ges såväl i Vårdguiden som viss.nu som bygger på 14/9-gränserna. För kvinnorna betyder två flaskor vin, 10 standardglas (15cl glas) vilket ger samma gräns som på de andra hemsidorna. Däremot ligger gränsen för starköl lägre då endast 8 burkar kan drickas per vecka utan att klassas som riskbruk. För spriten är det tvärtom så, att så många som 12 ”fyror” kan drickas utan att det klassas som riskbruk jämfört med 9 stycken ”fyror” enligt de gängse gränserna. Samma mönster gäller för männen där den lägre nivån för riskbruk av vin är den samma (max 15 glas) medan gränsen för öl ligger två standardglas lägre och för sprit nästan fyra standardglas högre. Gränserna för intensivkonsumtion är inte könsuppdelade och avviker på vissa delar från de gränser som anges i ”Alkohol och hälsa” .

1177.se ger på en annan del av hemsidan information om hur mycket alkohol som är lagom under rubriken ” Dricka lagom / Hur mycket?”. Där anges delvis andra mängder som gränsvärden:

Om man dricker mer än 14 standardglas i veckan, för kvinnor upp till 9 standardglas, kan det vara riskabelt på sikt. Det motsvarar ungefär tre flaskor vin eller 60 cl starksprit för män, och två flaskor vin eller 40 cl starksprit i veckan för kvinnor. Då är det viktigt att försöka minska sitt drickande.

Intensivkonsumtion av alkohol innebär för en man att dricka fler än fem standardglas och för en kvinna fler än fyra standardglas vid ett och samma tillfälle. (www.1177.se 2010b)

I citatet ovan är utgångspunkten mer tydligt relaterad till 14/9-gränserna även om exemplen gällande starksprit fortfarande ligger något högre än vad som anges i ”Alkohol och hälsa” (53 resp. 34 cl). Gränserna för intensivkonsumtion ligger ett glas högre för såväl män som kvinnor jämfört med Alkohol och hälsas gränsvärde och därmed även högre än Vårdguidens gränsvärde.

Exempel från andra landsting

Nedan belyses ett par exempel från andra landstingshemsidor för att visa på den spridning som finns inom landet:

I en nyproducerad broschyr från Landstinget Sörmland (2010) anges gränsvärden för riskfylld alkoholkonsumtion. Värdena följer ”Alkohol och hälsa” med undantaget att man i Sörmland har lagt gränsen för berusningsdrickande ett standardglas högre för såväl kvinnor som män.

”Riskfylld alkoholkonsumtion = Berusningsdrickande

Betyder för friska:

- *för män: mer än 5 standardglas (t ex. 1 flaska vin) vid samma tillfälle*
- *för kvinnor: mer än 4 standardglas vid samma tillfälle*

Riskfylld alkoholkonsumtion = Högkonsumtion

Betyder för friska:

- *för män mer än 14 standardglas per vecka*
- *för kvinnor mer än 9 standardglas per vecka”*

Samma gränser som Sörmland, med den något högre gränsen för berusningsdrickande, har även t.ex. Gävleborg och Kalmar. (Landstinget Gävleborg 2010; Landstinget i Kalmar län 2010)

I Västerbotten, Östergötland och Halland används gränserna från ”Alkohol och hälsa”, liksom i Vårdguiden helt omodifierade både vad det gäller veckokonsumtion och berusningsdrickande. (Landstinget Halland 2010; Landstinget Västerbotten 2010; Landstinget i Östergötland 2010)

På Landstinget Blekinges hemsida delas alkoholkonsumtionens risk för skadeverkningar upp i ”låg risk”: max 9 respektive 14 standardglas/vecka för kvinnor respektive män. ”Ökad risk”: 10-25 respektive 15-35 standardglas/vecka samt, ”Skadlig nivå” med mer än 25 respektive 35 standardglas/vecka. (Landstinget Blekinge 2010)

På vissa landstings hemsidor har ingen information hittats om gränsvärden för konsumtionsnivåer av alkohol och risk. Många landsting länkar till externa sidor som www.1177.se, www.alkoholhjälpen m.fl., en del utan att själva redovisa gränsvärden för alkoholkonsumtion.

Exempel på mätmetoder

Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting har en nu 25-årig tradition av regelbundna folkhälsoenkäter och folkhälsorapporter. Tidigt införde man där en regelrätt volym-frekvensfråga om alkoholkonsumtion, där exempel ges på glas/flaskor/burkar för olika slags drycker och frågor om hur mycket man under en normal vecka dricker av olika slags drycker. Längre redovisades detta som andel högkonsumenter, och då definierat som andel personer som under en normalvecka dricker mer än 245 g alkohol/vecka (män) respektive 175 g alkohol/vecka (kvinnor). Därutöver redovisades andelen med frekvent intensivkonsumtion, d.v.s. andel som dricker mer än 10 standardglas vid ett tillfälle, två gånger per månad eller oftare. Man kan notera att i olika folkhälsorapporter gavs olika förklaringar till begreppet högkonsumtion, gram ren alkohol per dag (35g resp 25g), gram ren alkohol per vecka (245 g resp 175 g), antal cl vin i veckan (även om inte bara vin tagits med i kalkylen), och i flera rapporter både gram och exempel på dryckesmängd som förtydligande.

I 2007 års folkhälsorapport valde man dock att övergå till det numera vanligare begreppet, riskbruk. Enligt Folkhälsorapporten 2007 definierat som antingen en veckokonsumtion motsvarande minst 210 cl vin (ca 14 standardglas) för män och motsvarande minst 125 cl vin (ca 9 standardglas) för kvinnor, eller att minst två till tre gånger per månad vid ett och samma tillfälle dricka motsvarande minst 10 standardglas för såväl män som kvinnor. I databasen Hur mår Stockholm, där hälsodata redovisas över tid, har man dock valt att hålla kvar definitionen på högkonsumtion enligt det tidigare måttet.

(Folkhälsorapport, Stockholms läns landsting 1991 – 2007; Hur mår Stockholm, 2009)

Monitorundersökningen

Mätningar och kartläggning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige utförs på regeringens uppdrag av Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD). Detta sker inom ramen för det s.k. Monitorprojektet. Kartläggningen utgår från statistik över registrerad alkoholförsäljning i Sverige. Där utöver görs fortlöpande frågeundersökningar där slumpmässigt utvalda svenskar tillfrågas om införsel, smuggling och hemtillverkning av alkohol. Utöver detta ställs frågor om alkoholkonsumtion de senaste 30 dagarna. Konsumtionsdata fås fram genom att frågor ställs om hur ofta och hur mycket som den tillfrågade har druckit av olika alkoholhaltiga drycker de senaste 30 dagarna. Konsumtionsfrågorna har ställts från och med juni 2001 och inkluderade då sprit, vin, starköl och folköl. Från och med juli 2003 ställs också frågor om starkvin och cider. Utöver dessa volym – frekvens frågor ställs även en fråga om intensivkonsumtion. Då frågas om hur ofta den tillfrågade druckit minst motsvarande cirka 6 standardglas de senaste 30 dagarna. Sammanlagt ställs 20 frågor om alkoholkonsumtion. Resultaten på konsumtionsfrågorna

räknas samman och kan anges dels som konsumtion mätt i liter eller gram ren alkohol men också som antal standardglas. Vid jämförelser med siffror från alkoholförsäljning noteras en betydande underrapportering i de självrapporterade konsumtionsuppgifterna (Leifman & Ramstedt 2009).

Nationella folkhälsoenkäten

Fram till 2008 angavs procentandelen med riskbruk i befolkningen med hjälp av en kombination av två olika mått. Det första måttet är en poängsumma som fås fram genom att använda de tre första AUDIT-frågorna, s.k. AUDIT-C. Den första frågan är en frekvensfråga, den andra är en kvantitetfråga och den tredje är en fråga om intensivkonsumtion. Maxpoängen är 12 och en summa över 7 för män och över 5 för kvinnor räknades som riskbruk i den nationella folkhälsoenkäten. Det andra måttet utgjordes av svaret på en fjärde fråga där det efterfrågades hur ofta den svarande drack så mycket så att de upplevde berusning. De som svarade att de upplevde sig berusade minst 2-3 gånger i månaden räknades som riskbrukare (Boström & Nykvist 2008) .

I ”Det drogförebyggande arbetet i Sverige 2008” (Statens folkhälsoinstitut 2009b) har man analyserat frågorna i folkhälsoenkäten på ett nytt sätt. Förekomst av berusningsdrickande räknas inte längre med i beräkningen av riskbruk. Tidigare års siffror räknas om och andel riskkonsumenter i befolkningen anges nu utan hänsyn till berusningsdrickande. Andelen riskbrukare anges istället som andel av befolkningen med en veckokonsumtion överstigande 14 respektive 9 standardglas. Ovan beskrivna index för AUDIT-C används inte. Veckokonsumtionen räknas ut genom att svaren på de två första AUDIT-frågorna kodas med hjälp av en särskild modell (Seppä, Mäkelä & Sillanaukee 1995) så att en uppskattning av veckokonsumtion angiven i antal standardglas kan göras.

Andra sätt att mäta förekomst av riskbruk

Det finns en mängd andra sätt att mäta förekomst av riskbruk. Dels varierar frågorna i olika undersökningar, men även när frågorna är likartade dras gränsen för vad som är riskbruk vid olika nivåer. Ett exempel på det är en undersökning från STAD (Leifman, Müller, & Schultz Fredholm 2009) som använder AUDIT-C liksom Nationella folkhälsoenkäten tidigare gjort. I STADs undersökning används dock en lägre gräns, minst 5 poäng för män och minst 4 för kvinnor.

I ovan nämnda undersökning från STAD används även ett vanligt tiofrågors AUDIT-formulär. Maxpoängen i en sådan enkät är 40p. I undersökningen har det angetts såväl en undre som övre nivå för riskabla alkoholvanor (män: 8-15, kvinnor: 6-13). Vid poängsummor lika med eller över den övre gränsen anses att det sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos varför termen riskbruk då inte används. Genom att använda övre gränser för riskbruk i mätningar kan personer med sannolika alkoholrelaterade diagnoser uteslutas ur riskbruksgruppen.

Ett flertal andra metoder har använts i vetenskapligt syfte i Sverige och internationellt, men det faller utanför ramen för denna rapport att närmare beskriva dessa.

Konsekvenser av olika sätt att mäta och analysera

Andelen av befolkningen som överskrider gränsvärdena beror som framgått på vilka begrepp som används, vilka frågor som ställs och hur svaren analyseras. Vi ger här två exempel från två olika mätningar på hur olika stor andelen av befolkningen med riskkonsumtion blir, när man använder olika mått

Monitorundersökningen

Tabell 2 visar data från monitorundersökningen. Som framgår skiljer sig andelen riskkonsumenter avsevärt om man endast redovisar de som överskrider veckogränserna eller om man även inkluderar personer med berusningsdrickande (binge drinking). Det är även av stor vikt vid vilken frekvens av berusningsdrickande man drar gränsen.

Tabellerna 3a och 3b visar andelen med riskkonsumtion enligt det oftast använda måttet i svenska studier (mer än 14 glas i veckan för män och 9 glas för kvinnor) och i den s.k. Testaren, d.v.s. ett gränsvärde på 30g per dag för män och 20g per dag för kvinnor (dvs c:a 17,5 respektive 12 glas i veckan) (Ramstedt et al 2009). Sammantaget visar dessa tabeller från monitorprojektet hur andelen av befolkningen med riskkonsumtion varierar med valet av analysmetod.

Tabell 2. Självrapporterad alkoholkonsumtion (medelvärde och median) och andelen riskkonsumenter 2004-2009 bland män och kvinnor. Månatliga Monitoradata **2008** (1 500 respondenter per månad=18 000 per år) (Leifman 2009)

	Åldersgrupper:						Alla (18-80)
	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65+	
Kvinnor (n=9741):							
9 glas	16	12	7	10	10	5	9
Binge 1ggn/vecka	10	5	2	2	2	0,4	2
Binge 1 gång/månad	36	33	18	17	9	2	14
9 glas och/eller binge 1 gång/vecka	18	13	8	11	10	5	9
9 glas och/eller binge 1 gång/månad	39	34	21	22	15	6	18
<i>N</i>	527	529	1722	1756	2828	2143	9505
Män (n=7932):							
14 glas	19	15	16	17	14	10	15
Binge 1ggn/vecka	22	13	11	11	8	4	10
Binge 1 gång/månad	60	56	47	43	28	11	35
14 glas och/eller binge 1 gång/vecka	28	22	21	22	18	12	19
14 glas och/eller binge 1 gång/månad	61	59	50	46	33	17	39
<i>N</i>	549	436	1470	1516	2353	1608	7932

Binge = 1 gång/vecka eller oftare; 1 gång/månad eller oftare.

Tabell 3a. Andel (%) riskkonsumenter. Minst 14 glas alkohol i veckan för män och 9 glas för kvinnor. (1 glas = 12g ren alkohol) (Ramstedt et al 2009).

Kön och ålder	2004	2005	2006	2007	2008
Kvinnor 16-80 år	9.5	9.6	10.0	9.0	9.5
Män 16-80 år	16.3	15.5	16.4	15.4	14.9

Tabell 3b. Andel (%) riskkonsumenter. Konsumtion överstigande motsvarande 30 g ren alkohol/ dag för män och 20 g ren alkohol för kvinnor (Ramstedt et al 2009).

Kön och ålder	2004	2005	2006	2007	2008
Kvinnor 16-80 år	5.5	5.5	5.4	5.1	5.8
Män 16-80 år	11.6	10.9	11.0	10.3	10.5

Folkhälsorapport Stockholms läns landsting 2003 resp 2007

Som nämnts ovan hade man länge i redovisningen från Stockholms läns landsting använt begreppet högkonsumenter i folkhälsorapporterna, och med det menat andelen av befolkningen som konsumerar över 21 standardglas i veckan (män) respektive 14 standardglas i veckan (kvinnor). I 2007 års folkhälsorapport valde man dock att gå över till begreppet riskbruk och med det mena 14 standardglas i veckan för män och 9 standardglas i veckan för kvinnor samt förekomst av berusningsdrickande med viss frekvens. Dock var frågeformuläret identiskt i alla undersökningar, så det enda som skilde var gränsvärdet samt att man tog hänsyn till frågan om konsumtionsmönster.

Man kan se i tabell 4 hur skiftet från att redovisa antal högkonsumenter till att redovisa antal med riskbruk påverkar andelen av befolkningen som anges ha en konsumtion över gränsvärdena. I 2003 års Folkhälsorapport användes data från Folkhälsoenkäten 2002 för att redovisa andel högkonsumenter, och samma data användes i 2007 års Folkhälsorapport för att redovisa riskbruk.

Bland 21-65- åringar var enligt 2003 års Folkhälsorapport 7 procent av kvinnorna och 14 procent av männen högkonsumenter år 2002. I samma åldersgrupper var enligt 2007 års Folkhälsorapport 34 procent av männen och 26 procent av kvinnorna riskbrukare år 2002.

Tabell 4. Andel högkonsumenter resp andel med riskbruk enligt Stockholms läns landstings folkhälsorapporter 2003 och 2007.

	Folkhälsorapport 2003	Folkhälsorapport 2007	
	Andel högkonsumenter 2002	Andel riskbrukare 2002	Andel riskbrukare 2006
Män	14%	34%	38%
Kvinnor	7%	26%	29%

Sammanfattning och slutsatser

På grund av alkoholens omfattande skadeverkningar har det under lång tid funnits intresse av att fastställa en konsumtionsnivå över vilken det finns risk att individen drabbas av sjukdom eller skador. Dessa gränser har ofta beskrivits i termer av antal standardglas i veckan, och med standardglas menas ett "normalglas" vin, öl eller starksprit. Även om betydande variationer finns, kan man anse att alkoholinnehållet i dessa glas är ungefär lika stort, d.v.s. c:a 12 g alkohol.

Över tid och mellan länder och regioner har gränsvärden för vad som anses riskfylld konsumtion varierat starkt, men under senare år har en viss konvergens skett, och den variation vi visat i tabell 1 är måttlig, med tanke på de olika kulturer och traditioner när det gäller alkohol som råder i de olika länderna. Det vore värdefullt om en konsensus kan skapas i Sverige om och i så fall vilka gränsvärden som bör anges.

En ofta använd risknivå i Sverige är 14 standardglas i veckan för män och 9 standardglas i veckan för kvinnor. Vidare anses att riskbruk föreligger vid konsumtion av 5 standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och 4 standardglas eller fler för kvinnor. Det finns dock starka argument för att inte ha olika gränsvärden för män och kvinnor, bl.a i Australien har man samma för bägge kön.

De variationer som förekommer mellan landstingens risknivåer är små och härrör sig främst i synen på berusningsdrickandet. Möjligtvis kan skillnaderna röra sig om feltolkningar av de gränsvärden som används i rapporten "Alkohol och hälsa", då det inte någonstans motiveras varför avvikande värden används.

Det kan konstateras att de gränsvärden som alltmer kommit att användas i Sverige, inte tagits fram i syfte att utgöra nationella riktlinjer, men att de har kommit att fylla den funktionen. Vid en internationell jämförelse kan man dra slutsatsen att riktlinjerna ligger inom det spann som är internationellt accepterat

I folkhälsorapporter såväl nationellt som i olika delar av landet används olika sätt att beskriva alkoholvanor i befolkningen. En klassisk metod är att beskriva volym alkohol som genomsnittligen dricks av varje individ under ett år. Tidigare erhöles sådana data enbart från försäljningsstatistik, men numera görs i de s.k. monitorundersökningarna sådana beräkningar utifrån en kombination av försäljningsdata och självrapporterade uppgifter om inköpt alkohol.

Vanligare är att alkoholvanor beskrivs som andel av befolkningen som är riskbrukare eller högkonsumenter av alkohol. Ofta menar man då andel av befolkningen som antingen dricker över 14 (män) resp. 9 (kvinnor) standardglas i veckan, och ibland tas även hänsyn till berusningsdrickande med i beräkningen. Detta visar att synen på gränsvärden också påverkar hur man mäter och beskriver alkoholvanor i befolkningen, även om alkoholvanor mycket väl kan beskrivas på andra sätt.

Metoderna för att mäta alkoholvanor i befolkningen varierar och alla undersökningar har problem med bortfall och underrapportering. Det är svårt att rekommendera en metod framför en annan, men det skulle vara av värde om konsensus uppnåddes, så att beskrivningarna av alkoholvanor och konsumtionsmängder blir jämförbara över tid och mellan regioner. På nationell nivå pågår diskussioner ledda av Statens folkhälsoinstitut för att komma framåt i frågan, men vi menar att det arbetet bör påskyndas. I avvaktan på nationell konsensus vore det värdefullt med ett expertmöte i Stockholms läns landsting för att komma överens mellan olika aktörer om vilka budskap som bör ges på hemsidor och i information till vårdgivare och allmänheten.

När det gäller folkhälsoenkäter och folkhälsorapporter från Stockholms läns landsting tror vi att det arbete vi bedrivit redan resulterat i strävan efter jämförbarhet över tid i samband med pågående folkhälsoenkät, men en konferens om dessa frågor bör också ta upp metodval i enkäter och former för redovisning i landstingets folkhälsorapport.

Referenser

Andréasson S, Allebeck P (red.). Alkohol och hälsa. Statens folkhälsoinstitut R 2005:11

Baldwin AD. Anstie's alcohol limit: Francis Edmund Anstie 1833-1874 Am J Public Health. 1977;67:679-81.

Beroendecentrum Stockholm.

http://www.beroendemedicin.nu/pages/content/diagnost_dm2.asp#Missbruk
2010-10-13

Boström G, Nykvist K. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Statens folkhälsoinstitut A 2008:06

Dawson DA, Grant BF, Li TK. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. Alcohol Clin Exp Res. 2005; 29:902-8.

Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills and Department for Culture, Media and Sport. 2007. Safe. Sensible. Social. The next step in the National Alcohol Strategy

Department of Health. 1995. Sensible Drinking The Report of an Inter-Departmental Working Group

Gaziano JM, Hennekens C. Royal colleges' advice on alcohol consumption. BMJ. 1995; 1;311:3-4.

Folkhälsorapport, Stockholms läns landsting, 1991, 1994, 1998, 2001, 2007.

Hanson DJ. Preventing alcohol abuse: alcohol, culture and control. s 2 Westport: Praeger, 1995.

Hur mår Stockholm?, www.folkhalsoguiden.se/hurmarstockholm/ 2009-12-18

Landstinget Halland,

http://www.lthalland.se/lth_templates/informationpage_19236.aspx 2010-10-04

Landstinget i Kalmar län, Vårdprogram gällande riskbruk av alkohol,

http://www.ltkalmar.se/Documents/H%C3%A4lsa%20&%20V%C3%A5rd/Folkh%C3%A4lsocentrum/Verktygsl%C3%A5dan/Alkohol/Riktlinjer_riskbruk.pdf - 2010-10-01

Landstinget Gävleborg. 2010. <http://www.lg.se/Hall-dig-frisk/Alkohol1/> -2010-10-01

Landstinget Sörmland. 2010. Svar om din hälsa – Alkohol.

http://www.landstingetsörmland.se/PageFiles/3194/Svar%20om%20din%20h%C3%A4lsa_Alkohol.pdf - 2010-10-01

Landstinget Västerbotten. 2010.

<http://www.vll.se/default.aspx?id=42822&ptid=0> - 2010-10-11

Landstinget i Östergötland 2010.

<http://www.lio.se/Verksamheter/Folkhalsovetenskapligt-centrum/Valkommen-till-Halsowebben/Alkohol-tobak-och-droger/Alkohol/> - 2010-10-11

Leifman H. 2009 pers. med.

Leifman H, Ramstedt M. Svenska folkets alkoholvanor under senare år med focus på 2004-2009, Preliminär version 2009-11-11. STAD, SoRAD

Leifman H, Müller D, Schultz Fredholm M. 2009. Alkoholvanor bland restauranganställda i Stockholm

National Health and Medical Research Council. 2009. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol

Ramstedt M (red.), Axelsson Sohlberg T, Engdahl B, Svensson J. Tal om alkohol 2008. Forskningsrapport nr54.SoRAD, 2009.

Rydberg U, Skerfving S. Alkoholens giftighet: Ett försök till riskvärdering. Läkartidningen 1974;71:2275-7.

Statens folkhälsoinstitut 2009a

http://www2.fhi.se/templates/Page_10598.aspx 2010-10-13

Statens folkhälsoinstitut. 2009b Det drogförebyggande arbetet i Sverige 2008. R 2009:11

Socialstyrelsen 2007. Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård s 350)

Sundhedsstyrelsen. 2005. Genstandsgrænser for voksne

Sundhedsstyrelsen, 2010. Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol

Seppä K, Mäkelä R, Sillanaukee P. Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings. Alcohol Clin Exp Res. 1995;19:999-1003. Links

U.S. Department of health & human services. Helping patients who drink too much – A clinician's guide Updated 2005 Edition

U.S. Department of health & human services, U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2005a

U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture. 2005b Dietary Guidelines Advisory Committee Report

WHO.

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition3/en/index.html

2010-10-11

www.1177.se 2010a <http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=30643> -

2010-09-30

www.1177.se 2010b <http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=30690> -2010-

09-30

ISBN: 978-91-86313-69-2

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**