

Kunskapsunderlag – insatser vid riskbruk av alkohol

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2023

Innehåll

Sammanfattning	4
Vad är riskbruk av alkohol?	5
Ju högre alkoholkonsumtion desto större risk och desto större behov av insatser	5
Gränsen för riskbruk är den samma för män och kvinnor	5
Socialstyrelsens bedömning ligger nära andra länders	6
Finns riskfri alkoholkonsumtion?	7
Andra länders riktlinjer	7
Systematiska översikter	8
Granskade översikter som ingår i sammanställningen	8
Granskade översikter som inte ingår i sammanställningen	10
Referenser	11
Litteratursökning	13

Sammanfattning

Det här kunskapsunderlaget omfattar två frågeställningar

- Vad är riskbruk av alkohol? Vid riskbruk bör hälso- och sjukvården erbjuda insatser för att stödja en person att minska sin alkoholkonsumtion.
- Finns riskfri alkoholkonsumtion? Socialstyrelsen genomlyser kunskapsläget gällande riskerna med låg eller måttlig alkoholkonsumtion, för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ge information som bygger på den senaste forskningen.

När det gäller den första frågeställningen är det svårt att hitta forskning om vid vilken alkoholkonsumtion som hälso- och sjukvården bör erbjuda insatser för att minska en persons konsumtion. Därför har Socialstyrelsen gjort en samlad bedömning av vad som bör räknas som riskbruk, det vill säga den alkoholkonsumtion då hälso- och sjukvården bör erbjuda stöd för att minska konsumtionen.

När det gäller den andra frågeställningen har vi genomlyst den vetenskapliga litteraturen gällande riskerna med låg eller måttlig alkoholkonsumtion. Dels har vi tittat på nyligen publicerade riktlinjer från andra länder, dels har vi gjort en systematisk litteratursökning.

I de kanadensiska riktlinjerna, som är de senast publicerade riktlinjerna, har de gjort en systematisk litteratursökning [1]. Utifrån denna och en matematisk modellering har de sammanställt riskerna med alkohol vad gäller skador, sjukdomar och död. Sammanställningen visar att riskerna ökar ju större alkoholkonsumtionen är. Det finns dock för lite data för att det ska gå att uttala sig om hur risken ser ut vid en mycket låg alkoholkonsumtion.

De flesta studier som finns på området är kohortstudier. Tolkningen av resultaten från sådana studier försvåras av metodologiska begränsningar. Till exempel riskerar resultaten att snedvridas av störningsfaktorer (confounders). I artikeln av Zhao et al, som var den senaste publicerade systematiska översikten vid tidpunkten för vår litteratursökning, finner man att risken med alkohol är större när man tar hänsyn till störningsfaktorer än när man inte gör det [2]. Till exempel försvinner den skyddande effekt som man kunde se vid låg alkoholkonsumtion. Zhao et al undersöker, till skillnad från de kanadensiska riktlinjerna, endast risken för död och denna risk är lägre än den risk man ser i de kanadensiska riktlinjerna.

Vad är riskbruk av alkohol?

Riskbruk av alkohol definieras som att dricka något av följande:

- 10 standardglas (120 g) eller mer per vecka
- 4 standardglas (48 g) eller mer per dryckestillfälle (så kallad intensivkonsumtion) en gång i månaden eller oftare.

Denna gräns gäller för både män och kvinnor, men vårdpersonalen behöver alltid göra en individuell bedömning.

Definitionen ovan bygger på Socialstyrelsens samlade bedömning som grundas på:

- risken och behovet av insatser från hälso- och sjukvården ökar ju högre alkoholkonsumtionen är
- risken är ungefär lika stor för män och kvinnor vid de här nivåerna av alkoholkonsumtion
- Socialstyrelsens gräns ligger i linje med hur andra länder, som nyligen publicerat riktlinjer inom området, ser på riskerna med alkohol.

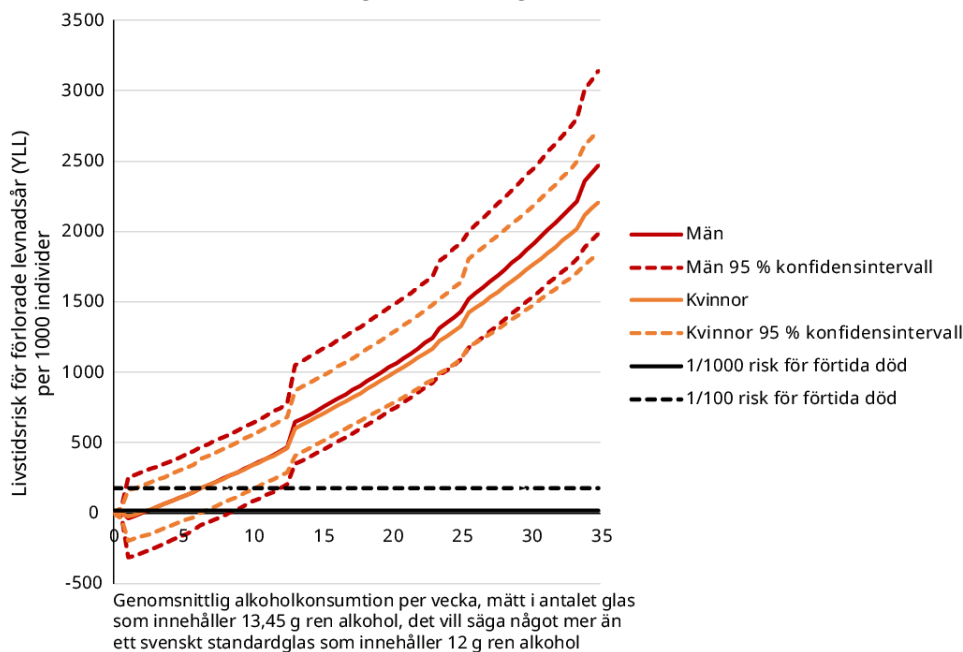
Ju högre alkoholkonsumtion desto större risk och desto större behov av insatser

Riskerna med alkohol ökar ju mer man dricker [1, 2]. Ju högre konsumtion, desto större behov av en insats för att minska alkoholintaget. Hälso- och sjukvården har till uppgift att prioritera insatser till dem med störst behov (hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)). Vi vet också att ju mer man dricker desto bättre effekt har insatsen [3].

Gränsen för riskbruk är den samma för män och kvinnor

Den senaste forskningen visar att riskerna är ungefär lika stora för män och kvinnor vid den alkoholkonsumtion per vecka som nämns ovan. Zhao et al fann att vid en medelkonsumtion på upp till 25 g (ca 2 standardglas) per dag var risken för död ungefär lika stor för män och kvinnor [2]. Men kvinnor hade en större risk än män för död vid en alkoholkonsumtion över det. Även de kanadensiska riktlinjerna fann att vid de här nivåerna är den sammantagna risken ungefär lika stor för män och kvinnor (se figur) [1]. Kvinnor är i allmänhet biologiskt mer sårbara för alkohol än män, framför allt till följd av lägre kroppsvikt, men också på grund av lägre andel kroppsvatten än män. Män är generellt sett mer risktagande än kvinnor och drabbas därför oftare av skador än kvinnor.

Figur. Livstidsrisk för förlorade levnadsår (year of life lost, YLL) på grund av alkohol vid olika nivåer av genomsnittlig alkoholkonsumtion



Källa [1]. Att en individ dör i förtid på grund av alkoholkonsumtion motsvaras av i genomsnitt 17,5 förlorade levnadsår, YLL (data från Kanada).

Socialstyrelsens bedömning ligger nära andra länders

Flera länder har nyligen publicerat uppdaterade riktlinjer för alkoholkonsumtion med syftet att informera allmänheten om riskerna med alkohol (se tabell). Socialstyrelsens gräns för riskbruk har dock ett annat syfte. Det är den nivå av alkoholkonsumtion då hälso- och sjukvården bör erbjuda insatser för att stödja en person att minska sin konsumtion. Vi kan konstatera att vår gräns för riskbruk ligger i linje med hur flera andra länder ser på riskerna med alkohol.

Tabell. Nyligen publicerade riktlinjer om risken med alkoholkonsumtion

Land	Publiceringsår	Risk för förtida död: 1/1000	Risk för förtida död: 1/100	Intensivkonsumtion (per dryckestillfälle)	Referens
Kanada	2023	max 27 g	max 81 g	max 27 g	[1]
Danmark	2022	anges ej	max 120 g ¹	max 48 g	[4]
Australien	2020	anges ej	max 100 g	max 40 g	[5]
Frankrike	2017	max 100 g ²	max 100 g ²	max 20 g	[6]
Storbritannien	2016	anges ej	max 112 g	anges ej	[7]

Ett svenskt standardglas innehåller 12 g ren alkohol

¹ De danska riktlinjerna bygger inte på en matematisk modellering av risken men man beräknar att vid en konsumtion av högst 120 g ren alkohol per vecka är livstidsrisken 1–2 % att dö av en alkoholrelaterad sjukdom eller skada.

² I de franska riktlinjerna anges en livstidsrisk för alkoholrelaterad mortalitet som ligger mellan 1/100 och 1/1000.

Finns riskfri alkoholkonsumtion?

Socialstyrelsen kan inte ange en gräns för när alkoholkonsumtion är riskfri, men ju mindre alkohol desto mindre risk för skada, sjukdom och förtida död. Det finns tillfällen då alkohol bör undvikas helt, till exempel före 18 års ålder, vid graviditet och inför en operation [8, 9].

Vi har använt två olika tillvägagångssätt för att genomlysna den vetenskapliga litteraturen angående riskerna med låg eller måttlig alkoholkonsumtion. Dels har vi tittat på nyligen publicerade riktlinjer från andra länder, dels har vi gjort en systematisk litteratursökning.

Andra länders riktlinjer

De senaste åren har flera länder, till exempel Storbritannien, Frankrike, Australien, Danmark och Kanada, uppdaterat sina riktlinjer gällande alkohol (se tabell). I de här länderna är syftet med riktlinjerna att informera allmänheten om riskerna med alkohol och att ge rekommendationer om vid vilken alkoholkonsumtion det är en låg risk för skador, sjukdom och död. Syftet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer om ohälsosamma levnadsvanor är däremot att ge rekommendationer till hälso- och sjukvården om insatser för att stödja personer att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor, i det här fallet riskbruk av alkohol. Eftersom vårt syfte är ett annat har vi inte tagit ställning till rekommendationerna i de andra ländernas riktlinjer, men vi har använt oss av litteraturgenomgången och den efterföljande modelleringen från de senast publicerade riktlinjerna som grund för vår bedömning.

De senast publicerade riktlinjerna av de som nämns ovan är de kanadensiska riktlinjerna från 2023 [1]. Under arbetet med dessa gjordes en bedömning av kvaliteten på tre olika riktlinjer med hjälp av verktyget AGREE II: de kanadensiska riktlinjerna från 2011, de brittiska riktlinjerna från 2016 och de australiska riktlinjerna från 2020 [10]. De australiska riktlinjerna fick nästan högsta poäng på hur de hade identifierat och selekterat den vetenskapliga evidensen (domän 3, punkt 7–12) samt på många andra punkter inom de andra domänerna.

När de kanadensiska riktlinjerna från 2011 uppdaterades 2023 utgick man från de australiska riktlinjerna men uppdaterade litteratursökningen med nyare litteratur (litteratur publicerad till februari 2021) och modellerade riskerna utifrån kanadensiska data istället för australiska data.

Författarna sökte efter systematiska översikter och metaanalyser på kohortstudier och fall-kontroll-studier. Endast en översikt per utfallsmått inkluderades. I de fall det fanns överlappande översikter inkluderades den med bäst kvalitet och nyast litteratursökning. De inkluderade studier av utfall som dels har bedömts påverkas positivt eller negativt av alkoholkonsumtion, enligt the Institute for Health Metrics and Evaluation, Världshälsoorganisationen (WHO) eller the International Agency for Research on Cancer, och som dels har en ICD-10-kod. Man inkluderade både utfall som uppkommer snabbt och de som uppkommer efter längre tid.

Totalt inkluderades 16 systematiska översikter, de flesta med låg kvalitet (enligt deras bedömning utifrån AMSTAR 2 och GRADE). Studierna bedöms ha låg kvalitet bland annat eftersom de inte är randomiserade, vilket gör att resultaten kan ha påverkats av störningsfaktorer. Tio av de inkluderade studierna fanns också med i de australiska riktlinjerna. En del översikter som ingick i de australiska riktlinjerna ersattes med nyare översikter, andra översikter (främst inom cancerområdet) exkluderades eftersom det ännu inte finns ett säkert fastställt samband mellan alkohol och vissa typer av cancer [11].

Socialstyrelsen har med hjälp av mallen *kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR* från SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) [12] bedömt risken för att resultaten i de kanadensiska riktlinjerna har snedvridits. Vår bedömning är att de har gjort en omfattande litteratursökning och tydligt beskrivit inklusions- och exklusionskriterier. Vi saknar dock en närmare beskrivning av deltagarna som ingår i de inkluderade studierna. De använder GRADE, men bedömer inte prospektiva kohortstudier lika hårt som man brukar göra och hänvisar till att det är den bästa studiedesignen för den här typen av frågeställningar. Samtidigt lyfter de att de inkluderade studierna kan ha utmaningar med att visa den sanna risken med alkohol, till exempel kan risken påverkas av konsumtionsmönster, överförbarhet mellan länder, underrapportering, missklassificering i kontrollgruppen, selektionsbias och att risken för andra än den som dricker inte finns med. Detta skulle kunna påverka de slutsatser de drar om riskerna med alkohol, men det borde inte ändra det övergripande mönstret, det vill säga att riskerna ökar ju större alkoholkonsumtion och att det inte går att sätta en gräns för när alkoholkonsumtion är riskfri. Att det inte går att sätta en gräns för när alkoholkonsumtionen är riskfri beror på att det finns för lite data på riskerna med en mycket låg alkoholkonsumtion. Detta illustreras i figuren ovan där konfidensintervallen är så vida vid en mycket låg alkoholkonsumtion att det inte går att dra några säkra slutsatser om effekterna.

Systematiska översikter

Socialstyrelsen har sökt systematiskt efter systematiska översiktsstudier publicerade efter 2019 (se sökstrategi under *Litteratursökning*). Sökningen identifierade 75 artiklar, men de flesta översiktarna redovisar endast en eller ett par risker, till exempel risken för cancer eller risken för hjärt-kärlsjukdom, och gör ingen sammanvägd bedömning av riskerna med alkohol. Endast fyra artiklar presenterar riskerna för flera olika skador, sjukdomar eller död. Dessa beskrivs kortfattat nedan.

Granskade översikter som ingår i sammanställningen

1. Zhao et al (2023)

Den senast publicerade artikeln är en systematisk översikt av Zhao et al från 2023 som inkluderar 107 studier med totalt 4,8 miljoner deltagare [2]. Deras litteratursökning sträcker sig fram till och med juli 2021. Till skillnad från de kanadensiska riktlinjerna undersöker Zhao et al endast risken för död och inte risken för skador eller sjukdomar. De redovisar en lägre risk än de

kanadensiska riktlinjerna: De som dricker 45 g/dag eller mer har en signifikant ökad risk för död, de som dricker 1,3 – 45 g/dag har inte en signifikant ökad, men inte heller en signifikant minskad risk (de som dricker 25 g/dag eller mer har en ökad risk för död, men den är inte signifikant). På samma sätt som i de kanadensiska riktlinjerna är det alltså svårt att säga exakt hur risken ser ut vid en låg eller måttlig alkoholkonsumtion, men det är tydligt att en ökande konsumtion leder till ökande risker.

Zhao et al gör ingen bedömning av risken för bias i de ingående studierna men går långt i att försöka justera för olika störningsfaktorer (confounders). Till exempel använder man inte personer som inte dricker alls som kontrollgrupp, eftersom de över lag har sämre hälsa utan att det finns ett samband med alkoholkonsumtion (till exempel sämre levnadsvanor och tandhälsa), utan kontrollgruppen utgörs av de som dricker lite. Dessutom gör man en subgruppsanalys för att minimera livstidsselektionen som kan uppkomma i kohorter med äldre deltagare. Därutöver justerar man för land där studien är utförd och kön, för att kompensera för att det ofta är en överrepresentation av vita äldre män i studierna.

Risken med alkohol är större när man tar hänsyn till olika störningsfaktorer än när man inte gör det, till exempel försvinner den skyddande effekt som man kunde se vid låg alkoholkonsumtion. De resultat som presenteras ovan är från den justerade analysen.

Socialstyrelsen har med hjälp av mallarna *kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR* och *bedömning av exponeringsstudier* från SBU [12] bedömt risken för att resultaten i artikeln av Zhao et al har snedvridits. Vår bedömning är att det är en låg risk för snedvridning vad gäller litteratursökning och dataextraktion. Däremot redovisar författarna inte exakt vilka studier som ingår i analysen eftersom de uppdaterar en tidigare systematisk översikt [13]. Det finns uppenbara svårigheter med att mäta exponeringen för alkohol, till exempel kan den variera över tid och den självrapporteras ofta. Däremot är död ett utfallsmått med liten risk för snedvridning. Vår bedömning är att författarna har använt lämpliga statistiska metoder för sin analys och de upptäcker ingen publikationsbias i sitt material.

2. Mayer-Davis et al (2020)

Artikeln av Mayer-Davis et al från 2020 är en systematisk översikt som utgör underlaget till de amerikanska näringsrekommendationerna [14]. Den inkluderar 60 primärstudier publicerade till och med mars 2020. Alla studierna bedöms ha allvarlig risk för påverkan av störningsfaktorer. Däremot bedöms risken för annan typ av bias som mestadels låg till måttlig, vilket gör att vi har valt att inkludera studien i sammanställningen. Problem som lyfts i studien är begränsad överförbarhet (studierna inkluderar oftast bara medelålders och äldre) och risken för exponeringsbias (både på grund av att alkoholkonsumtionen ofta bara mäts vid ett tillfälle och att den nästan alltid är självrapporterad).

Studierna redovisar hur många som dör av någon orsak under en viss period och hur det förhåller sig till den genomsnittliga alkoholkonsumtionen eller alkoholkonsumtionen per dag. Studier som endast redovisar antalet döda

av en specifik orsak (till exempel cancer) är exkluderade. I likhet med Zhao et al analyserar de alltså inte risken för skador och sjukdomar.

Författarnas slutsatser är följande:

- Högre genomsnittlig alkoholkonsumtion är förknippat med en ökad risk för död (oavsett orsak) jämfört med lägre genomsnittlig alkoholkonsumtion, bland dem som dricker. (Måttlig tillförlitlighet till resultatet).
- Intensivkonsumtion är förknippat med en ökad risk för död (oavsett orsak), och en mer frekvent intensivkonsumtion är förknippat med en ökad risk för död (oavsett orsak) jämfört med mindre frekvent eller ingen intensivkonsumtion, bland dem som dricker. (Måttlig tillförlitlighet till resultatet).
- Låg genomsnittlig alkoholkonsumtion, särskilt utan intensivkonsumtion, är förknippat med en lägre risk för död (oavsett orsak) jämfört med att aldrig dricka alkohol. Men mot bakgrund av de många vetenskapliga och folkhälsomässiga problem som är förknippade med alkoholhaltiga drycker, kräver alla slutsatser om låg genomsnittlig konsumtion jämfört med att aldrig dricka alkohol noggrant övervägande. (Låg tillförlitlighet till resultatet).

Granskade översikter som inte ingår i sammanställningen

3. *Zhong et al (2022)*

Zhong et al sökte systematiskt efter metaanalyser av prospektiva kohortstudier i sin artikel från 2022 [15]. Till skillnad från Zhao et al och Mayer-Davis et al inkluderade de studier som analyserade risken för sjukdom förutom de som analyserade risken för död. De inkluderade 39 studier som de kvalitetsgranskade med AMSTAR 2. De fann att 4 studier hade låg kvalitet och att 35 studier hade ”critically low” kvalitet. De redovisar den relativa risken för olika utfall, men ingen sammantagen risk.

På grund av den höga risken för bias i de ingående studierna ingår inte översikten i vår sammanställning. Detta är i enlighet med SBU, som i huvudsak baserar sina metaanalyser på studier med låg eller måttlig risk för bias [16], det vill säga de exkluderar studier med låg kvalitet.

4. *Rehm et al (2021)*

Artikeln av Rehm et al från 2021 som också identifierades i litteratursökningen är en narrativ översikt och ingår därför inte i sammanställningen [17]

Referenser

1. Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T, et al. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023.
2. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analyses. *JAMA Netw Open*. 2023; 6(3):e236185.
3. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 2(2):Cd004148.
4. Sundhedsstyrelsens udmeldinger om indtag af alkohol. Sundhedsstyrelsen; 2022.
5. Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol. Commonwealth of Australia, Canberra: National Health and Medical Research Council; 2020.
6. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Institut National du Cancer Santé publique France; 2017.
7. UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines. U.K. Chief Medical Officers; 2016.
8. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
9. Prekonceptionell hälsa - levnadsvanor före och under graviditet Nationellt kunskapsstöd till personal i hälso och sjukvården med fokus på tobak, alkohol och folsyra. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2022.
10. Update of Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines: Evaluation of Selected Guidelines. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2021.
11. Personal Habits and Indoor Combustions [Elektronisk resurs]. International Agency for Research on Cancer; 2012.
12. utvärdering Sbfmos. Mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR. 2020-10-15. Hämtad 2023-06-01 från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_systematiska_oversikter.pdf
13. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016; 77(2):185-98.
14. Mayer-Davis E, Leidy H, Mattes R, Naimi T, Novotny R, Schneeman B, et al. USDA Nutrition Evidence Systematic Reviews. Alcohol Consumption and All-Cause Mortality: A Systematic

- Review. Alexandria (VA): USDA Nutrition Evidence Systematic Review; 2020.
15. Zhong L, Chen W, Wang T, Zeng Q, Lai L, Lai J, et al. Alcohol and Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-Analyses Base on Prospective Cohort Studies. *Front Public Health*. 2022; 10:859947.
 16. utvärdering Sbfmos. SBU:s metodbok - Systematiska översikter som enda underlag för en rapport. 2020-10-15. Hämtad 2023-06-20 från: <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv>
 17. Rehm J, Rovira P, Llamosas-Falcón L, Shield KD. Dose-Response Relationships between Levels of Alcohol Use and Risks of Mortality or Disease, for All People, by Age, Sex, and Specific Risk Factors. *Nutrients*. 2021; 13(8).

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-03-31			
Ämne: Risker med måttligt alkoholbruk			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref.
1.	Mesh/FT	"Alcohol Drinking/adverse effects"[Mesh] OR "Alcoholic Beverages/adverse effects"[Mesh] OR Ethanol/adverse effects[Mesh] OR ((alcohol drinking[tiab] OR alcohol consumption[tiab] OR alcohol intake[tiab] OR alcohol use[tiab] OR drinking alcohol[tiab] OR consumption of alcohol[tiab] OR intake of alcohol[tiab] OR use of alcohol[tiab] OR alcohol[ti] OR alcoholic beverage*[tiab] OR wine[tiab] OR beer[tiab]) NOT Medline[sb])	58234
2.	Mesh/FT	"Risk"[Mesh] OR "Risk-Taking"[Mesh] OR "Risk Reduction Behavior"[Mesh:NoExp] OR "Harm Reduction"[Mesh] OR "Protective Factors"[Mesh] OR "Protective Agents"[Mesh] OR risk[tiab] OR risks[tiab] OR risky[tiab] OR harm*[tiab] OR benefit*[tiab] OR protect*[tiab]	5070780
3.	Mesh/FT	"Dose-Response Relationship, Drug"[Mesh] OR Low level drink*[tiab] OR low-risk drink*[tiab] OR light drink*[tiab] OR standard drink*[tiab] OR light alcohol[tiab] OR low-level alcohol[tiab] OR moderate alcohol[tiab] OR moderate drink*[tiab] OR lower alcohol[tiab] OR alcohol labelling[tiab] OR low-level[ti] OR abstain*[tiab] OR dose response*[tiab] OR dose-risk[tiab] OR dose-dependent[tiab] OR non-drink*[tiab] OR nondrink*[tiab] OR social drink*[tiab] OR mild drinker*[tiab] OR safe level[tiab] OR safe drinking[tiab] OR 2 drinks/day[tiab] OR 1 drink/day[tiab] OR drinking pattern*[tiab] OR one drink[tiab] OR two drinks[tiab] OR drinking pattern*[tiab] OR single occasion drink*[tiab]	667474
4.	Mesh/FT	"Violence"[Mesh] OR "Wounds and Injuries"[Mesh] OR "Accidents"[Mesh] OR "Diseases Category"[Mesh] OR Brain[Mesh] OR Cognition[Mesh] OR "Diabetes Mellitus"[Mesh] OR "Disability-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Mortality"[Mesh] OR "Life Expectancy"[Mesh:NoExp] OR health*[tiab] OR ((violence[tiab] OR violent[tiab] OR accident*[tiab] OR injur*[tiab] OR cancer[tiab] OR stroke[tiab] OR cardiovascular[tiab] OR heart diseas*[tiab] OR infarction[tiab] OR Brain[tiab] OR cognition[tiab] OR cognitive[tiab] OR diabetes[tiab] OR mental health[tiab] OR mental illness[tiab] OR Alzheimer*[tiab] OR Parkinson[tiab] OR dementia[tiab] OR memory[tiab] OR mortality[tiab] OR life expectancy[tiab] OR DALY[tiab] OR disability-adjusted life years[tiab]) NOT Medline[sb])	19358256
5.		1-4 AND English	3331
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	71
Från 2020-			

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utsluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term