

Richtlijnen goede voeding 2015

Kritische blik op richtlijn alcoholhoudende dranken

Door:

Dr. Ir. Aafje Sierksma, directeur Kennisinstituut Bier

Dr. Henk Hendriks, Nutrition Support for Business B.V. (in opdracht van STIVA)

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN.....	4
1. AANLEIDING VAN DIT DOCUMENT	5
2. METHODOLOGISCHE AANPAK ALGEMEEN.....	7
2.1 Focus op lage innameniveaus.....	7
2.2 Intermediaire uitkomstmaten interventieonderzoek.....	7
2.3 Overige kanttekeningen/Reactie op commentaarronde.....	9
3 INTERPRETATIES ACHTERGRONDDOCUMENTEN ALCOHOL EN ALCOHOLHOUDENDE DRANKEN	9
3.1 Onderscheid alcoholhoudende dranken.....	9
3.2 Systolische bloeddruk.....	11
3.3 Totale sterfte.....	11
3.4 Coronaire hartziekten	14
3.5 Beroerte.....	14
3.6 Hartfalen	16
3.7 Diabetes mellitus type 2.....	16
3.8 Longkanker	17
3.9 Voedingspatronen.....	18
4. ALCOHOL VERSUS ANDERE VOEDINGSMIDDELEN.....	19
5. RICHTLIJNEN 2006 VERSUS RICHTLIJNEN 2015	20
5.1. Een belangrijk verschil tussen 2006 en 2015 is het uiteindelijke advies.....	20
5.2 Werkwijze 2006 versus 2015.....	21
5.3 Richtlijn 2006 versus 2015	22

5.4 Wetenschappelijke literatuur	23
5.5 Inname niveaus	23
5.6 Binge drinken	23
5.7 Effecten van matig alcoholgebruik 2006 versus 2015.....	23
6. ALCOHOLRICHTLIJNEN IN ANDERE LANDEN	26
7. INTERPRETATIE ALCOHOLRICHTLIJN DOOR DE COMMISSIE	29
8. SAMENVATTING	32

Belangrijkste bevindingen

De richtlijn alcoholhoudende dranken 2015:

“Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.”

is wetenschappelijk discutabel:

1. Er zijn geen nieuwe wetenschappelijke inzichten die aanleiding geven om de 2006 richtlijn aan te passen.
2. Focus moet liggen op alcohol, omdat vertekening in het onderzoek naar wijn, bier en sterkedrank niet kan worden uitgesloten. Deze mening wordt gesteund door verschillende partijen zoals STAP, Trimbos, WKOF en STIVA.
3. Het risico op vroegtijdig sterven is lager bij een alcoholconsumptie tot 30 g/d ten opzichte van geheelonthouding. In dit risico zijn alle gunstige en ongunstige gezondheidseffecten verdisconteerd.

De combinatie van gunstige en ongunstige effecten van alcohol maakt het definiëren van een alcoholrichtlijn gecompliceerd. Om die reden is sterfte door alcohol ongeacht doodsoorzaak, als variabele meegenomen.

4. De ‘totality of evidence’ wordt niet meegewogen door de focus op 3 intermediaire uitkomstmaten (LDL-cholesterol, systolische bloeddruk en lichaamsgewicht).

Door een rigide afbakening van intermediaire uitkomstmaten wordt de ‘totality of evidence’ niet benut/genegeerd, terwijl het zeer aannemelijk is dat er een causaal verband bestaat tussen matige alcoholconsumptie en een lager risico op hart- en vaatziekten en mogelijk ook diabetes.

Internationaal uit de pas

Commissies uit andere landen adviseren op basis van dezelfde wetenschappelijke literatuur tot alcoholmatiging, maar ontraden alcoholconsumptie niet.

Land	Mannen	Vrouwen
Denemarken	tot 20 g/d	tot 10 g/d
Duitsland	tot 20 g/d (2 dagen niet)	tot 10 g/d (2 dagen niet)
Engeland	tot 32 g/d	tot 24 g/d
USA	tot 28 g/d	tot 14 g/d

De richtlijn is tegenstrijdig en verwarrend

De richtlijn “Drink geen alcohol of in ieder geval niet méér dan één glas per dag”:

1. Is een tegenstrijdig advies en dus geen eenduidige richtlijn, die verwarrend is voor de consument.
2. Wordt in de media door de commissie genuanceerd maar ook verschillend geïnterpreteerd.

De commissie geeft een feitelijk onjuiste presentatie van de wetenschappelijke data in de achtergronddocumenten en de richtlijn. Onderzoeksresultaten uit de originele papers zijn soms verkeerd overgenomen.

1. Aanleiding van dit document

Op 4 november 2015 zijn de nieuwe Richtlijnen goede voeding verschenen. Bij elk hoofdstuk uit de Richtlijnen goede voeding 2015 horen separate achtergronddocumenten waarin de stand van wetenschap wordt beschreven en beoordeeld. Ieder hoofdstuk in de Richtlijnen goede voeding 2015 beschrijft de conclusies uit de achtergronddocumenten die relevant zijn voor de afleiding van de richtlijn. Vervolgens formuleert de commissie een richtlijn, al dan niet in termen van het wenselijke niveau van consumptie.

De richtlijn voor alcoholhoudende dranken 2015 luidt:

“Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.”

Bij de Nederlandse alcoholsector heerst onduidelijkheid hoe de Richtlijn goede voeding voor alcoholhoudende dranken te interpreteren. In een reactie op de brief opgesteld door STIVA en hun leden (brief dd. 9 november 2015) stelt prof. Dr. W.A. van Gool, voorzitter van de Gezondheidsraad (brief dd. 17 november 2015):

“De richtlijn komt op het volgende neer. De centrale aanbeveling is om geen alcohol te gebruiken voor je gezondheid. Als iemand wel alcohol gebruikt, is de aanbeveling in ieder geval niet meer dan één glas per dag te drinken.

Graag wil ik u er op wijzen dat uw citaat van pagina 59 van het advies niet compleet is. Hier is niet alleen te lezen dat meer drinken dan een glas per dag niet leidt tot meer gezondheidswinst, maar ook dat dit ongunstig is, vanwege de verhoogde risico's op beroerte, borstkanker, darmkanker en longkanker die een dergelijk consumptieniveau meebrengt. Binge drinken is schadelijk. Naast de beschreven chronische ziekten leidt alcoholgebruik ook tot een verhoogd risico op onder meer ongelukken, verslaving, psychosociale problematiek, levercirrose en hoofd- en halstumoren. Voor vrouwen die zwanger willen worden, zwanger zijn of borstvoeding geven, luidt de aanbeveling om geen alcohol te gebruiken.”

Wij zijn van mening dat dit antwoord niet klopt op basis van de huidige wetenschappelijke kennis. De commissie geeft een misleidende presentatie van de wetenschappelijke data in de achtergronddocumenten, de richtlijn en de brief.

In dit document is de richtlijn voor alcoholhoudende dranken naast de achtergronddocumenten “Alcohol” en “Alcoholhoudende dranken” gelegd. In dit document wordt ingegaan op:

1. De methodologische aanpak van de commissie (hoofdstuk 2)
2. De interpretatie van de achtergronddocumenten/gebruikte onderzoeken door de commissie (hoofdstuk 3)
3. Vergelijking van de effecten van alcohol ten opzichte van de andere voedingsmiddelen beschreven in de richtlijnen (hoofdstuk 4)

De focus is tweeledig:

A. Wat is de wetenschappelijke basis van het eerste deel van de richtlijn: "Drink geen alcohol"?

B. Op basis van welke wetenschappelijke bevindingen is de richtlijn voor mannen van maximaal 2 glazen per dag (richtlijn 2006) naar maximaal 1 glas per dag (richtlijn 2015) gegaan?

Naast een grondige analyse van de nieuwe richtlijnen en de daaraan gekoppelde achtergronddocumenten, zijn ook de Nederlandse richtlijn van 2006 en die van andere landen bekeken, met als focus:

- Wat zijn de wijzigingen in de wetenschappelijke kennis t.o.v. de richtlijn en achtergronddocumenten uit 2006? (hoofdstuk 5)
- Wat is de wetenschappelijke basis van alcoholrichtlijnen uit andere landen? (hoofdstuk 6)

In hoofdstuk 7 wordt de interpretatie van de richtlijn alcoholhoudende dranken door de commissie weergegeven.

Het document sluit af met een samenvatting (hoofdstuk 8).

2. Methodologische aanpak algemeen

2.1 Focus op lage innameniveaus

Achtergrond

In paragraaf 1.1 (pagina 4) van het achtergronddocument alcohol staat beschreven: “In geval van gunstige verbanden van alcoholgebruik met chronische ziekten richt de commissie haar conclusies op het laagste niveau van alcoholgebruik waarbij deze verbanden zijn gevonden.”

Kanttekening

Omdat de focus ligt bij het optimum en niet op het gehele gebied waarbinnen een lagere kans om te overlijden wordt bereikt, wordt de richtlijn op een relatief lage dosis gesteld. Zeker wanneer mede in overweging wordt genomen dat er onderrapportage is in voedingsonderzoek, waarbij onderrapportage groot is voor alcoholinname. Door het achterwege laten van een range van “bescherming”, zoals gedaan bij sterfte ongeacht doodsoorzaak, is het alleen mogelijk het advies te baseren op de grootste risicoreductie en niet op een voor dat gezondheidsaspect relevant consumptiegebied. Onterecht wordt zo gesteld dat “Meer drinken dan een glas per dag leidt niet tot meer gezondheidswinst en is ongunstig, vanwege de verhoogde risico’s op beroerte, borstkanker, darmkanker en longkanker die een dergelijk consumptieniveau met zich meebrengt.” (pagina 59 Richtlijnen goede voeding 2015) Hier vergeet de commissie dat in het sterfterisico alle aandoeningen verdisconteerd zitten. Tot 30 g/d is er een overall lager risico op sterfte ten opzichte van geen alcoholconsumptie.

Verder wordt in de richtlijn bij de behandeling van aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en diabetes (pagina 56 en 57) niet een optimum weergegeven maar wel gesproken over een range van alcoholconsumptie, te weten >2 tot 15 g/d en >0 tot 24 g/d en 6-48 g/d.

Conclusie

Als het gaat om het gunstige verband zou het totale consumptiegebied aangegeven moeten worden waarbij het risico op sterfte of ziekte is verlaagd ten opzichte van de niet drinker, dus niet alleen het optimale effect van een specifieke hoeveelheid alcohol. Alleen op deze manier kan het advies gebaseerd worden op een voor de gezondheid relevant consumptiegebied.

2.2 Intermediaire uitkomstmaten interventieonderzoek

Achtergrond

Er is gekozen voor de intermediaire uitkomstmaten systolische bloeddruk, LDL cholesterol en lichaamsgewicht zoals omschreven in het document ‘Werkwijze van de commissie richtlijnen goede voeding 2015’.

Kanttekeningen

Door de gekozen benadering worden waardevolle randomized controlled trials achterwege gelaten.

HDL cholesterol verhoging, c.q. HDL gemedieerde cholesterol efflux (1) en andere HDL functies worden niet meegewogen in hoofdstuk 2 (Interventieonderzoek) van het achtergronddocument alcohol. Deze keuze is gemaakt omdat medicijnen en niacine die HDL cholesterol verhogen, niet aantoonbaar bijdragen aan het voorkomen van hartaanvallen. Er zijn echter een beperkt aantal geneesmiddelen getest die HDL cholesterol verhogen, c.q. HDL functie verbetert en alcohol (net als lichamelijke activiteit) is een van de weinige factoren die niet alleen HDL cholesterol verhoogt maar ook zijn beschermende functies positief beïnvloedt (2-5).

De commissie erkent overigens impliciet dat interventie studies hebben aangetoond dat alcoholconsumptie HDL cholesterol verhoogt (6) en dat deze HDL verhoging niet waargenomen wordt in onderzoeken die gebruik maken van Mendelian randomisatie: daarom worden onderzoeken op basis van Mendelian randomisatie (overigens terecht) uitgesloten.

Bovendien worden een aantal andere belangrijke factoren die een causaal verband aannemelijk maken, zoals fibrinegen en HbA1c niet geëvalueerd (7).

Door deze benadering kan de commissie slechts conclusies trekken over de effecten van alcoholconsumptie op hart- en vaatziekten gebaseerd op twee intermediaire uitkomstmaten die respectievelijk geen duidelijk (LDL cholesterol) of een tegengesteld effect (bloeddruk) laten zien. Interventie onderzoek maakt echter zeer aannemelijk dat er een causaal verband is tussen matige alcoholconsumptie en een lagere incidentie van hart- en vaatziekten, zoals besproken in een systematisch review en meta-analyse (6) en cohort studies (8).

Conclusie

Te veel interventie-onderzoek is uitgesloten door beperkte insluiting van intermediaire uitkomstmaten (LDL cholesterol, systolische bloeddruk en lichaamsgewicht). Interventie onderzoek met andere intermediaire uitkomstmaten maakt het echter zeer aannemelijk (zo niet overtuigend) dat er een causaal verband is tussen matige alcoholconsumptie en een lager risico op hart- en vaatziekten en mogelijk ook diabetes.

Referenties

1. Rohatgi, A. et al. HDL cholesterol efflux capacity and incident cardiovascular events. *The New England journal of medicine* 371, 2383-2393, doi:10.1056/NEJMoa1409065 (2014).
2. Sierksma, A., van der Gaag, M. S., van Tol, A., James, R. W. & Hendriks, H. F. Kinetics of HDL cholesterol and paraoxonase activity in moderate alcohol consumers. *Alcoholism, clinical and experimental research* 26, 1430-1435, doi:10.1097/01.alc.0000030639.57507.60 (2002).
3. Sierksma, A. et al. Effect of moderate alcohol consumption on parameters of reverse cholesterol transport in postmenopausal women. *Alcoholism, clinical and experimental research* 28, 662-666 (2004).
4. Van der Gaag, M. S. et al. Daily moderate alcohol consumption increases serum paraoxonase activity; a diet-controlled, randomised intervention study in middle-aged men. *Atherosclerosis* 147, 405-410 (1999).
5. Van der Gaag, M. S. et al. Alcohol consumption stimulates early steps in reverse cholesterol transport. *Journal of lipid research* 42, 2077-2083 (2001).
6. Brien, S. E., Ronksley, P. E., Turner, B. J., Mukamal, K. J. & Ghali, W. A. Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ (Clinical research ed.)* 342, d636, doi:10.1136/bmj.d636 (2011).

7. Micheel, C. M. & Ball, J. R. Evaluation of Biomarkers and Surrogate Endpoints in Chronic Disease. Institute of Medicine Committee on Qualifications of Biomarkers and Surrogate Endpoints in Chronic Disease (2010).
8. Mukamal, K. J. et al. Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. *Circulation* 112, 1406-1413, doi:10.1161/circulationaha.105.537704 (2005).

2.3 Overige kanttekeningen/Reactie op commentaarronde

Achtergrond

'Alcoholafhankelijkheid hoort niet tot de uitkomsten die de commissie beschrijft in de achtergronddocumenten' is de reactie van de commissie op commentaar van de FNLI. En: 'Deze informatie over andere kankersoorten dan borstkanker, darmkanker en longkanker past niet bij de werkwijze die de commissie volgt bij het opstellen van de achtergronddocumenten' is de reactie van de commissie op commentaar van WKOF.

Kanttekening

Op pagina 59 van de richtlijnen wordt in één zin genoemd:

"Naast de beschreven chronische ziekten leidt alcoholgebruik ook tot een verhoogd risico op onder meer ongelukken verslaving, psychosociale problematiek, levercirrose en hoofd- en halstumoren."

Conclusie

De commissie is niet consequent in haar werkwijze. Aan de ene kant houdt zij zich strikt aan de 3 intermediaire uitkomstmaten (LDL cholesterol, systolische bloeddruk en BMI) en de focus op de top 10 ziektebeelden in Nederland. Aan de andere kant worden er in een zin nog eens 6 aandoeningen aan toegevoegd waar verder niet in detail op wordt ingegaan, maar die kennelijk wel zo zwaar wegen dat de richtlijn hierdoor is aangescherpt (mogelijk verklaring voor "Drink geen alcohol"). Hierbij vergeet de commissie dat in het sterfterisico alle aandoeningen, dus ook de 6 bovengenoemde (die buiten de selectie van de commissie vallen), verdisconteerd zitten. Tot 30 g/d is er een overall lager risico op sterfte ten opzichte van geen alcoholconsumptie.

3 Interpretaties achtergronddocumenten alcohol en alcoholhoudende dranken

3.1 Onderscheid alcoholhoudende dranken

Achtergrond

In paragraaf 3.1 (Methodologische kanttekeningen bij cohortonderzoek), pagina 7 en 8 van het achtergronddocument alcoholhoudende dranken wordt gemeld:

"In de analyses betreffende de verbanden met de consumptie van bier, wijn of sterke drank met het risico op chronische ziekten wordt doorgaans geadjusteerd voor het gebruik van andere typen alcoholhoudende drank. Uit enkele publicaties blijkt dat het voedingspatroon van wijndrinkers gezonder is dan van bierdrinkers.

Tjonneland e.a. rapporteren dat Deense wijn drinkers meer fruit, vis, groenten (rauw en gekookt) en olijfolie gebruiken dan Deense bier drinkers. Ook Sluik e.a. concluderen op basis van bevindingen van de Nederlandse Voedselconsumptie Peiling 2007-2010 dat bier drinkers een minder gezond voedingspatroon hebben dan wijn drinkers; na adjustering voor confouders waren de verschillen echter beperkt. Hoewel onderzoek naar verschillen in voedingspatroon tussen mensen met een voorkeur voor bier, wijn of sterke drank beperkt is, geeft de beschikbare informatie voorsnog aanleiding tot terughoudendheid ten aanzien van bevindingen uit cohortonderzoeken over verbanden tussen het gebruik van bier, wijn of sterke drank en het risico op ziekten.”

Kanttekening

Opvallend is dat vervolgens in het hele achtergronddocument alcoholhoudende dranken *alleen maar* ingegaan wordt op cohortonderzoeken, waarbij ook nog termen als “Bewijskracht: groot” worden gebruikt.

Een vergelijkbare uitspraak komt terug in de richtlijn zelf (Toelichting pagina 58 onderaan):

“In de richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt tussen typen alcoholhoudende drank, omdat vertekening in het onderzoek niet kan worden uitgesloten.”

Ondanks deze terechte en krachtige uitspraak komen in de tabellen 12, 13 en 14 in de richtlijn wel de specifieke drankeffecten terug en zijn deze leidend voor de richtlijn, gezien de volgende bewoordingen in de toelichting:

- “De gunstige (verbanden) hebben betrekking op een lager risico op hart- en vaatziekten en treden op bij het drinken van wijn.” (pagina 58) (overigens onjuiste conclusie zie paragraaf 3.4)
- “De ongunstige verbanden verschillen soms tussen mannen en vrouwen. Zo is bij mannen voor bier en bij vrouwen voor sterke drank een samenhang gevonden met een hoger risico op diabetes. Ook zijn er soms verschillen tussen mannen en vrouwen in de hoeveelheden alcohol waarbij de verbanden zijn gevonden, zoals de verband van bierconsumptie en wijnconsumptie met de sterfte ongeacht doodsoorzaak.” (pagina 58)

Conclusie

De presentatie van de richtlijnen is misleidend. De commissie presenteert wel de onderzoeken naar type alcoholhoudende drank en baseert hier ook de richtlijnen op. Dit terwijl wordt aangegeven dat op basis van de methodologische tekortkomingen van cohortonderzoek naar de verbanden tussen het gebruik van bier, wijn of sterke drank en het risico op ziekten de data niet gebruikt mogen worden om de richtlijn op te baseren. Inconsequenties van uitkomsten tussen alcohol en alcoholhoudende dranken (zie diabetes, longkanker en sterfte) worden niet zichtbaar overwogen. Dat het effect van alcohol een som is van alle dranken wordt totaal genegeerd.

De drankspecifieke data zouden om deze redenen achterwege gelaten moeten worden. Daarmee zou het dan ook geen richtlijn alcoholhoudende dranken moeten zijn, maar een richtlijn alcohol, waarbij alleen gekeken moet worden naar de alcoholeffecten zoals beschreven in het achtergronddocument alcohol.

3.2 Systolische bloeddruk

Achtergrond

De beschikbare onderzoeken hebben betrekking op een forse vermindering van het alcoholgebruik bij mensen met een hoog alcoholgebruik. Dit staat ook beschreven in de limitations in de publicatie van Xin et al waar deze bevinding uit komt:

“There are several limitations to our meta-analysis. First, only 1 of the trials that we could include had women as study participants. Therefore, **our study provides little direct evidence regarding the effect of alcohol reduction on BP in women.**

However, experience in observational epidemiological studies indicates that the association between alcohol consumption and BP is similar in men and women.

Another limitation of our meta-analysis is that the participants in the 15 trials we studied tended to be fairly heavy alcohol drinkers (≥ 3 drinks/d).

Therefore, we were not able to examine the effect of moderate alcohol consumption on BP. Prospective epidemiological studies have indicated that persons with a low to moderate alcohol consumption have a reduced risk for coronary heart disease, stroke, and all-cause mortality compared with nondrinkers. The effect of moderate alcohol consumption on BP is not fully understood. A linear, J-shaped, or threshold association between alcohol consumption and BP has been reported in observational epidemiological studies.”

Kanttekening

De manier van presenteren van de data is onzuiver, aangezien het suggereert dat de bloeddrukverlaging bij 10% vermindering in alcoholconsumptie geldt bij elke inname van alcohol vanaf 15 g/d. Het ging in de studie van Xin met name om de echt zware drinkers (44-86 gram per dag). In het concept achtergronddocument werd nog geconcludeerd op basis van het onderzoek van Xin et al:

Vermindering van de alcoholinname met ongeveer 40 g/d leidt tot een gemiddeld 3,3 mmHg lagere systolische bloeddruk.

Dit bevestigt nogmaals dat het bloeddruk effect van mindering van alcoholconsumptie alleen onderzocht is bij zeer hoge alcoholinname.

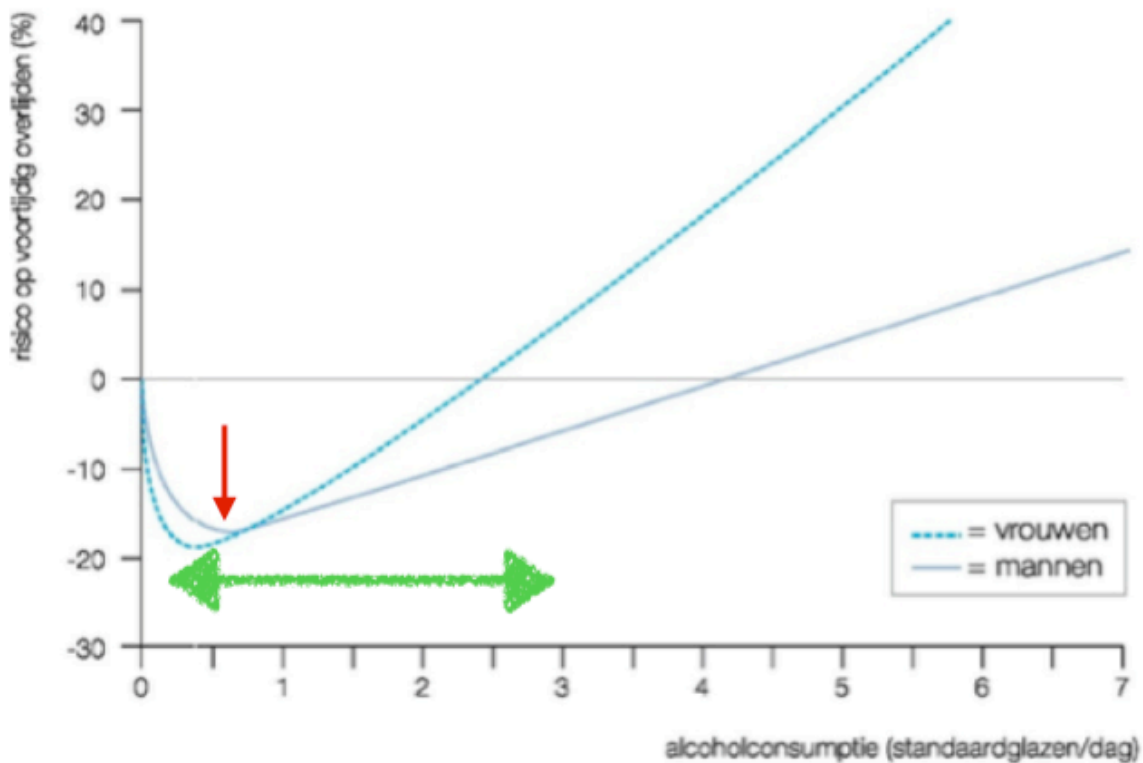
Conclusie

De presentatie wat betreft effect op systolische bloeddruk in tabel 12 is misleidend. Het feit dat alleen bij zware drinkers de bloeddruk omlaag gaat bij reductie van alcoholconsumptie mag geen argument zijn om matige drinkers er op te wijzen om geen alcohol meer te drinken (Richtlijn “Drink geen alcohol...”). Het is niet bekend wat het effect is (van minderen) van matige consumptie op de bloeddruk, al suggereert onderzoek dat matige alcoholconsumptie geen effect of zelfs een bloeddrukverlagend effect heeft.

3.3 Totale sterfte

Achtergrond

In het concept achtergronddocument Alcohol werd voor totale sterfte zowel een optimum en een range voor lager sterfterisico aangegeven (meer dan 0 gram per dag en minder dan 30 g per dag hangt samen met een ongeveer 10% lager sterfte, bij 6/d ligt het optimum met 15% lagere sterfte).



Toelichting figuur:

Rode pijl is de nadir: het laagste punt van de curve, dus het consumptieniveau waarbij het gunstige effect het grootst is.

Groene pijl: het hele consumptiegebied waarbij een lagere kans om voortijdig te overlijden bestaat.

(Bron: Di Castelnuovo, 2006)

In het finale achtergronddocument alcohol is deze range achterwege gelaten (zie pagina 12), en wordt alleen het specifieke consumptieniveau gegeven voor de grootste risicoreductie (6 g/d 15% lager risico op sterfte). Echter in het achtergronddocument wordt wel in de tekst gemeld (pagina 13): "Een significante verlaging ten opzichte van niet-gebruikers werd bij vrouwen gevonden tot een alcoholgebruik van ongeveer 20 g/d en bij mannen tot ongeveer 40 g/d." (zie ook figuur hierboven) (opmerking: bij 20 g/d bij mannen was het risico met 18% verlaagd, bij 40 g/d bij vrouwen was het risico met 17% verlaagd)

In de toelichting in de Richtlijnen goede voeding 2015 staat bovenaan pagina 59:

"Meer drinken dan een glas per dag leidt niet tot meer gezondheidswinst en is ongunstig, vanwege de verhoogde risico's op beroerte, borstkanker, darmkanker en longkanker die een dergelijk consumptieniveau meebrengt."

De sterfte ongeacht doodsoorzaak is alleen meegenomen in de achtergronddocumenten over alcohol en voedingspatronen. Reden hiervoor is dat alcohol is gerelateerd aan een groot aantal chronische ziekten, zowel gunstig als

ongunstig. Voedingspatronen hebben betrekking op diverse aspecten van de voeding. (pagina 14 Werkwijze van de Commissie Richtlijnen goede voeding 2015).

Kanttekening

De sterftetekans is het laagst bij 6 gram per dag. Het is dus correct gesteld in de richtlijn 2015, dat meer dan een glas de kans op sterfte niet verder verlaagd, maar het is niet zo dat het de kans op sterfte bij meer dan een glas (10 g) verhoogd is ten opzichte van niet-drinkers en dus ongunstig is.

Door de range achterwege te laten is het alleen mogelijk het advies te baseren op een voor de gezondheid (in dit geval sterfterisico) optimale dosis en niet voor een relevant consumptiegebied. Pas bij meer dan 30 g/d neemt het risico op sterfte toe t.o.v. de niet-drinker, in het achtergronddocument alcohol wordt dit nog eens benadrukt door te stellen dat de grenswaarde van 30 g/d consistent is in twee meta-analyses (pagina 13). Dit wetende wordt er daarom onterecht in de toelichting gemeld dat meer drinken dan een glas (10 g alcohol) niet leidt tot meer gezondheidswinst en ongunstig is. De gekozen formulering is misleidend op dit punt. Tot 30 gram alcohol per dag is het risico op sterfte ongeacht doodsoorzaak lager dan geheelonthouding.

Bovendien wordt in het tweede deel van de zin gewezen op de negatieve effecten van lage consumptie (verhoogde risico's op beroerte, borstkanker, darmkanker en longkanker die een dergelijk consumptieniveau (meer dan 10 g/d) met zich meebrengen) als ondersteuning van een ongunstig effect. Er wordt echter vergeten dat al deze effecten al verdisconteerd zijn in 'totale sterfte' en dus is ook dit deel van de zin misleidend of op zijn minst incorrect.

De conclusies over het risico op sterfte kijkende naar de specifieke alcoholhoudende dranken zijn tegenstrijdig. Matige alcoholconsumptie hangt samen met een lager risico op sterfte terwijl bierconsumptie het risico verhoogd en consumptie van wijn in lage hoeveelheden gunstig is en bij hoge hoeveelheden ongunstig. Het effect van 'alcohol' dat een som is van alle dranken wordt simpelweg genegeerd. Ook hier blijkt weer dat vertekening in het drank-specifieke onderzoek niet kan worden uitgesloten. Omdat er niet genoeg onderzoek is naar sterke drank wordt hierover dus ook niets gemeld, waardoor er dus ook nog eens geen volledig beeld wordt gegeven van alle alcoholhoudende dranken.

Conclusie

Het feit dat er een gunstig verband is op sterfte ongeacht doodsoorzaak is in tegenspraak met de richtlijn "Drink geen alcohol". De bevinding dat in het consumptiegebied >0 g/d tot 30 g/d er een lager risico is op sterfte ten opzichte van geheelonthouding zou juist een argument zijn om matige drinkers er op te wijzen dat matige consumptie past in een gezonde leefstijl.

Dat sterfte ongeacht doodsoorzaak alleen is meegenomen in de achtergronddocumenten over alcohol en voedingspatronen had als reden dat alcohol gerelateerd is aan een groot aantal chronische ziekten, zowel gunstig als ongunstig. Dat de balans gunstig uitlaat bij een consumptie tot 30 g/d heeft kennelijk geen invloed op de richtlijn, aangezien deze begint met "Drink geen alcohol". Dit komt waarschijnlijk omdat negatieve (drank-specifieke) effecten zwaarder worden gewogen (bijvoorbeeld diabetes). Maar hiermee wordt vergeten dat in sterfte ongeacht doodsoorzaak alle ongunstige bijeffecten al verdisconteerd

zijn. Bovendien zijn een aantal drank-specifieke uitkomsten tegenstrijdig, waarbij dus simpelweg genegeerd wordt dat het effect van 'alcohol' een som is van alle dranken, net als het feit dat vertekening in het drank-specifieke onderzoek niet kan worden uitgesloten.

3.4 Coronaire hartziekten

Achtergrond

In het achtergronddocument alcohol is de conclusie: "Een gemiddeld alcoholgebruik van ten minste 2,5 gram alcohol per dag hangt in vergelijking tot geen alcoholgebruik samen met een ongeveer 25 procent lager risico op coronaire hartziekten." (zie pagina 15).

Op pagina 58 van de Richtlijnen goede voeding 2015 wordt gemeld:

"Matig alcoholgebruik laat zowel gunstige als ongunstige verbanden zien met gezondheidsrisico's. De gunstige hebben betrekking op een lager risico op hart- en vaatziekten en treden op bij het drinken van wijn."

Kanttekening

In de Richtlijnen goede voeding 2015 is dit vertaald naar: bij >2 g/d tot 15 g/g is het risico op hart- en vaatziekten 20% lager (zie pagina 56 tabel 13). Dit is volgens het originele artikel: 2,5 – 14,9 g/d, 25% lager risico. Bij 15-29,9 g/d is het -34% en tussen de 30-60 g/d -33%. Pas bij consumptie boven de 60 g per dag is het effect weg (overigens nog niet significant verhoogd).

In het achtergronddocument alcoholhoudende dranken zijn geen conclusies getrokken wat betreft coronaire hartziekten vanwege kanttekeningen bij het onderzoek.

Conclusie

De gegevens in tabel 13 van de Richtlijnen goede voeding 2015 zijn niet correct overgenomen uit het achtergronddocument. Het risico op hart- en vaatziekten is 25% lager bij consumptie van >2 tot 15 g/d, in plaats van 20% lager. In tabel 12 mist het lagere risico op coronaire hartziekten; deze is (afgerond) 30% lager bij consumptie tussen de 15 en 60 g alcohol per dag. Deze bevindingen mogen geen argument zijn om matige drinkers er op te wijzen om geen alcohol meer te drinken (Richtlijn "Drink geen alcohol..."). Matige drinkers hebben juist een lager risico op coronaire hartziekten dan niet-drinkers.

Onterecht wordt in de toelichting van de Richtlijnen goede voeding 2015 (pagina 58) geconcludeerd dat de gunstige effecten op hart- en vaatziekten (alleen?) zouden optreden bij het drinken van wijn. Deze uitspraak is niet wetenschappelijk gefundeerd.

3.5 Beroerte

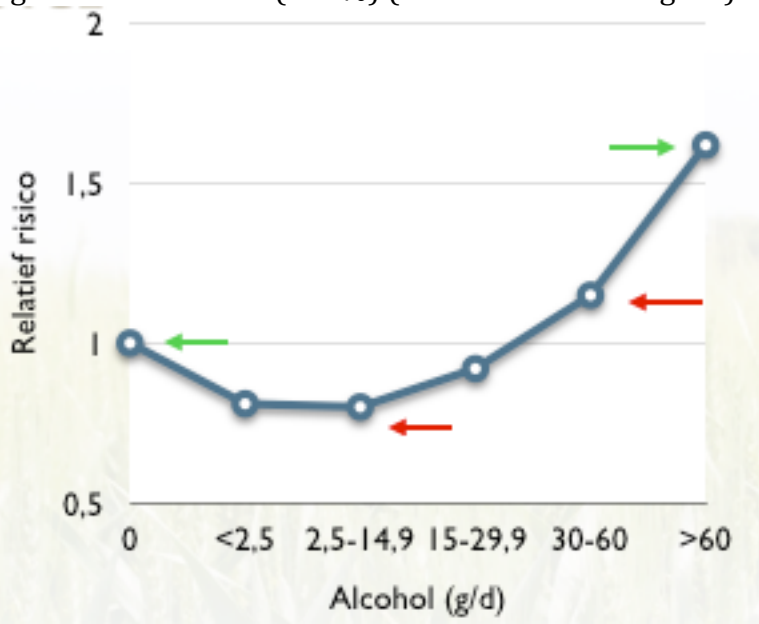
Achtergrond

Het achtergronddocument alcohol geeft aan dat >0 tot 15 g/d alcohol in vergelijking met geen alcoholgebruik samenhangt met een ongeveer 20% lager risico op beroerte (zie pagina 18).

Kanttekening

Deze bevinding komt niet terug in tabel 13 van de Richtlijnen goede voeding 2015, terwijl de bewijskracht toch groot is.

Misleidend is de wijze van presentatie van beroerte in tabel 12. De titel van tabel 12 geeft aan dat deze tabel zicht richt op consumptie van meer dan 15 gram per dag *ten opzichte van geen alcoholgebruik*. Alleen bij beroerte wordt de alcoholconsumptie vergeleken met de groep die >0-15 g/d alcohol drinkt, terwijl in de publicatie als referentiegroep 0 g/d wordt genomen. Door bij beroerte niet te vergelijken met 0 g/d alcohol maar met >0-15 g/d geeft dit een vertekend beeld, aangezien zo de onderkant van de J-curve wordt vergeleken met consumptie van >30 g/d. Als de publicatie (en de referentiegroep van tabel 12) wordt gevolgd, dus met de 0 g/d als referentiegroep, dan ziet het plaatje er heel anders uit. De relatie is een J-curve waarbij het risico tot 15 g/d significant verlaagd is (-20%) en pas vanaf 60 g/d significant toeneemt (+62%) (zie onderstaande figuur).



Toelichting figuur:

Groene pijlen: correcte vergelijking voor relatief risico op beroerte.

Rode pijlen: vergelijking gemaakt door de Gezondheidsraad.

Conclusie

De presentatie van de beroerte gegevens in tabel 12 is misleidend. Pas vanaf 60 g alcohol per dag neemt het risico op beroerte significant toe ten opzichte van de niet-drinkers.

Consumptie tot 15 gram per dag verlaagt het risico op beroerte met 20% ten opzichte van geheelonthouding. Deze data zijn niet vermeld in tabel 13.

Deze bevindingen mogen geen argument zijn om matige drinkers er op te wijzen om geen alcohol meer te drinken (Richtlijn "Drink geen alcohol..."). Matige drinkers hebben juist een lager risico op beroerte dan niet-drinkers.

3.6 Hartfalen

Achtergrond

In het achtergronddocument wordt geconcludeerd dat gebruik van ongeveer 2 tot 28 gram alcohol per dag in vergelijking tot 0 gram per dag samenhangt met een ongeveer 20% lager risico op hartfalen. De bewijskracht is groot.

Kanttekening

Deze informatie komt niet terug in tabel 13.

Conclusie

Tabel 13 is onvolledig, aangezien het 20% lagere risico op hartfalen bij een consumptie tussen de 2 en 28 g/d niet is weergegeven. Deze bevinding mag geen argument zijn om matige drinkers er op te wijzen om geen alcohol meer te drinken (Richtlijn "Drink geen alcohol..."). Matige drinkers hebben juist een lager risico op hartfalen dan niet-drinkers.

3.7 Diabetes mellitus type 2

Achtergrond

In het achtergronddocument alcohol (pagina 23) wordt geconcludeerd: "Gebruik van meer dan 0 tot 24 gram alcohol per dag bij vrouwen en 6 tot 48 gram per dag bij mannen hangt samen met een ongeveer 20% lager risico op diabetes mellitus type 2."

In het achtergronddocument alcoholhoudende dranken wordt geconcludeerd: "Mannen die bier drinken hebben een ongeveer 15% hoger risico op diabetes mellitus type 2 dan mannen die geen bier drinken." (pagina 13)

"Bij vrouwen hangt het gebruik van 0,1 tot 12 gram alcohol uit sterke drank per dag ten opzichte van mensen die geen sterke drank drinken, samen met een ongeveer 10% hoger risico op diabetes mellitus type 2." (pagina 17).

Kanttekening

De conclusies van het achtergronddocument alcohol zijn gebaseerd op het artikel van Koppes et al (2005). In dit artikel staat beschreven:

"A significant sex difference was found only for the alcohol consumption range between 6 and 12 g/day. The RRs for women that were found in the other drinking categories were not significantly smaller than those for men. These stratified analyses show that the lower risk of type 2 diabetes of moderate alcohol consumption is significant in both men and women."

En daarom wordt er de volgende conclusie gegeven:

"It shows a U-shaped relationship with a highly significant 30% reduced risk of type 2 diabetes in alcohol consumers of 6–48 g/day compared with heavier consumers or abstainers."

Hiermee is de presentatie van de resultaten van de effecten op diabetes in tabel 13 misleidend.

In het onderzoek waar de drankspecifieke conclusies op worden gebaseerd worden conclusies getrokken over moderate alcohol consumption en niet over drank-specifieke effecten. De auteurs schrijven:

“The specific risk reduction associated with wine consumption, however, appears to contradict the findings of several mechanistic studies. It was previously shown that the reduced risk of diabetes with moderate alcohol consumption can be explained by increased adiponectin concentrations for 25–30%. However, randomized trials in study populations consuming a variety of alcoholic beverages could not detect a difference in the effects on adiponectin concentrations. This suggests that the underlying biological mechanism is most probably explained by alcohol itself. The specific risk reduction observed with wine could thus be attributed to other factors associated with wine consumption. Previous studies have shown that wine drinkers differ from drinkers of other beverages by consuming a healthier diet and being less likely to smoke. As men and women may also differ with regard to such health-related behaviours, as is seen in the different structure of confounders amongst men and women, this could in part explain the specific association observed for wine consumption and the different effects between men and women.”

Voor cohort en experimenteel onderzoek is gesteld dat studies met primaire en secundaire uitkomstmaten belangrijker worden geacht dan studies die post-hoc analyses betreffen (lees: De kans op bevindingen die het gevolg zijn van toevallige omstandigheden en die tot verkeerde conclusies leiden, is het kleinst bij uitkomstmaten waarop de onderzoeksopzet gericht was (primaire en secundaire uitkomstmaten) en het grootst bij de post-hoc analyses. Om die reden kent de commissie aan primaire en secundaire uitkomstmaten van een interventieonderzoek de meeste waarde toe). Een van de belangrijke studies naar de negatieve effecten van ‘bier’ en ‘gedistilleerd’ op de diabetes type 2 betreft een post-hoc analyse (Beulens et al. EPIC: European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Cohort). Hiermee is de commissie dus inconsequent in haar benadering.

Conclusie

De presentatie van het effect van alcoholconsumptie op diabetes in tabel 13 is misleidend. Volgens de onderzoekers is er een 30% lager risico op diabetes bij alcoholconsumptie tussen de 6-48 g/d (geen onderscheid tussen mannen en vrouwen).

De conclusies over het risico op diabetes type 2 zijn tegenstrijdig. Matige alcoholconsumptie hangt samen met een lager risico terwijl bierconsumptie bij mannen en consumptie van sterkedrank bij vrouwen samenhangt met een verhoging van het risico op diabetes type 2. Het effect van ‘alcohol’ dat een som is van alle dranken wordt simpelweg genegeerd.

Gezien de bevinding dat alcoholconsumptie het risico op diabetes mellitus type 2 kan verlagen mag dit geen argument zijn om matige drinkers er op te wijzen om geen alcohol meer te drinken (Richtlijn “Drink geen alcohol...”).

3.8 Longkanker

Achtergrond

Op basis van het achtergronddocument alcohol (pagina 31) wordt geen conclusie getrokken over de relatie alcoholconsumptie en longkanker. In het

achtergronddocument alcoholhoudende dranken wordt geconcludeerd dat een lage consumptie van bier en wijn samenhangt met een lager risico op longkanker (pagina 26 en 28), terwijl consumptie van meer dan 15 g/d in de vorm van bier bij vrouwen (pagina 26) en sterkedrank bij mannen (pagina 29) samenhangt met een respectievelijk 90% en 35% hoger risico op longkanker.

Op pagina 59 van de Richtlijnen goede voeding 2015 wordt gesteld: "Meer drinken dan een glas per dag leidt niet tot meer gezondheidswinst en is ongunstig, vanwege de verhoogde risico's op beroerte, borstkanker, darmkanker en longkanker."

Kanttekening

The European Code against Cancer 4th edition geeft aan dat er geen verschillen zijn tussen alcoholische dranken en het risico op kanker. De keuze om de richtlijnen op longkanker te richten is opmerkelijk aangezien andere instanties, zoals WCRF zich hier niet op focussen en de link met alcohol an sich nog niet eenduidig lijkt te zijn.

Onterecht stelt de commissie in de toelichting van de Richtlijnen goede voeding 2015 dat meer drinken dan een glas het risico op longkanker verhoogd (pagina 59). Deze conclusie is niet wetenschappelijke gefundeerd, aangezien in de richtlijn geen onderscheid wordt gemaakt tussen typen alcoholhoudende drank (pagina 58 onderaan: "In de richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt tussen typen alcoholhoudende drank, omdat vertekening in het onderzoek niet kan worden uitgesloten.") en er dus alleen naar het effect van alcohol gekeken moet worden.

Conclusie

De conclusie over het risico op longkanker is tegenstrijdig. Alcoholconsumptie is niet geassocieerd met het risico op longkanker, terwijl lage consumptie van bier en wijn het risico verlaagd en consumptie van >15 g/d in de vorm van bier en sterkedrank het risico verhoogd. Het effect van 'alcohol' dat een som is van alle dranken wordt simpelweg genegeerd.

Onterecht wordt in de toelichting van de richtlijnen geconcludeerd meer drinken dan een glas het risico op longkanker verhoogd (pagina 59). Deze uitspraak is niet wetenschappelijke gefundeerd, althans niet als in ogenschouw wordt genomen dat in de richtlijn geen onderscheid wordt gemaakt tussen typen alcoholhoudende drank.

Risico op longkanker mag dan ook geen argument zijn om alcoholconsumptie af te raden ("Drink geen alcohol").

3.9 Voedingspatronen

Achtergrond

Op pagina 69 van de Richtlijnen goede voeding 2015 komen voedingspatronen aan bod. In de tekst staat: "Deze patronen scoren hoog op het gebruik van groente, fruit, volkorenproducten, noten, peulvruchten, oliën rijk aan cis-onverzadigde vetzuren, halfvolle en magere zuivel, gevogelte en vis; bevatten weinig rood en bewerkt vlees, volle zuivel, harde vetten, keukenzout en dranken (en andere producten) met toegevoegd suiker; en zijn **matig met alcohol.**"

Kanttekening

Dat voedingspatronen matig zijn met alcohol is opvallend, er wordt dus niet gezegd: zonder alcohol. Dit bevestigt nogmaals dat matige alcoholconsumptie niet ontraden hoeft te worden.

Conclusie

Sterfte ongeacht doodsoorzaak bij voedingspatronen is 20% lager. Voor alcohol ligt het optimum bij 6 g/d (15% lagere sterfte) waarbij consumptie tussen de >0 g/d en 30 g/d samenhangt met een 10% lagere sterfte. Dit geeft aan dat alcohol er wel terdege toe doet, ook los van een gezond voedingspatroon. Het mag geen argument zijn om te adviseren: "Drink geen alcohol".

4. Alcohol versus andere voedingsmiddelen

Achtergrond

Gunstige effecten van voedingsmiddelen:

Wat betreft de gunstige effecten doet matige alcoholconsumptie niet onder voor andere voedingsmiddelen. Sterker nog, de effecten zijn zo groot dat alcohol twee maal op de eerste plek staat (coronaire hartziekten en diabetes) en eenmaal op de tweede plek (beroerte).

	Coronaire hartziekten	Fatale coronaire hartziekten	Beroerte	Diabetes	Hartfalen	Dementie
Groente	-10%		-10%			
Fruit	-10%		-30%	-10%		
Zuivel (yoghurt)				-15%		
Noten	-20%					
Volkorenproducten	-25%			-25%		
Vezel	-10%			-15%		
MOV	-10%					
Vis		-15%	-10%			
Koffie	-10%		-10%	-30%		
Thee			-10%	-15%		
Alcohol	-25%		-20%	-30%	-20%	-25%

Daarnaast is alcohol het enige voedingsmiddel waarbij ook met grote bewijskracht is gevonden dat het het risico op hartfalen (-20% bij 2-28 g/d) en dementie (-25% >0-30 g/d) kan verlagen ten opzichte van geheelonthouding.

Ongunstige effecten van voedingsmiddelen:

	Beroerte	Diabetes	Darmkanker	Borstkanker	Longkanker
Rood vlees	10%	15%	10%		20%
Onbewerkt rood vlees	10%	15%	10%		
Bewerkt vlees	10%	20%	15%		
Suikerhoudende dranken		20%			
Alcohol	60% (>60g/d)		20% (>30g/d)	5% (>5-15 g/d) 10% (15-30 g/d)	

Kanttekening

De combinatie van gunstige en ongunstige effecten van alcohol maakt het definiëren van een richtlijn gecompliceerd. Echter:

1. Het simpelweg afraden ("Drink geen alcohol") klopt wetenschappelijk gezien niet (risico op vroegtijdig sterven is lager bij consumptie tussen de 0-30 g/d).
2. Uit de analyse van het achtergronddocument alcohol blijkt ook niet dat matige alcoholconsumptie moet worden afgeraden.

3. De huidige richtlijn (het afraden van alcoholconsumptie en het verlagen van de aanbeveling voor mannen) bouwt niet voort op de richtlijn uit 2006 die 'grosso modo' gebaseerd is op dezelfde wetenschappelijke argumenten als in de richtlijnen van 2015 (zie paragraaf 5.7).

Alcoholconsumptie verhoogd het risico op darmkanker bij meer dan 30 g/d en beroerte bij meer dan 60 g/d. Dit zijn hoeveelheden die niet geadviseerd worden in de huidige richtlijn, en ook niet werden in de richtlijn van 2006. Het enige risico bij matige consumptie is het risico op borstkanker (vrouwen), welke overigens omlaag is gegaan van 10% per glas in 2006 naar 5% >5-15 g/d in 2015 (zie paragraaf 5.7). Overall is het risico op sterfte bij vrouwen lager bij consumptie tot 20 g/d ten opzichte van niet drinken. In dit lagere sterfterisico zit ook het hogere risico op borstkanker verdisconteert.

Ondanks dat rood vlees alleen maar ongunstige effecten (rode balken) laat zien is de richtlijn: "Beperk de consumptie van rood vlees en met name bewerkt vlees". Letterlijk staat op pagina 30/31 van de richtlijnen: "De richtlijn beoogt een vermindering van de vleesconsumptie te bewerkstelligen en is geen oproep om helemaal geen vlees te eten; vlees bevat immers nuttige voedingsstoffen." Het is onduidelijk waarom rood vlees ondanks de alleen maar negatieve effecten toch nog zo'n milde richtlijn krijgt. Hetzelfde geldt voor suikerhoudende dranken ("Drink zo min mogelijk suikerhoudende dranken"). De richtlijn voor alcoholhoudende dranken daarentegen begint met een oproep om niet te drinken ("Drink geen alcohol"). Dit is in tegenspraak met het verlaagde risico op sterfte bij matige consumptie.

Conclusie

Voor de richtlijn "Drink geen alcohol" is geen wetenschappelijke basis op grond van de achtergronddocumenten. Er lijkt sprake te zijn van interpretatie zonder een wetenschappelijke bewijsvoering (zie ook hoofdstuk 7 Interpretatie alcoholrichtlijn door de commissie).

5. Richtlijnen 2006 versus richtlijnen 2015

5.1. Een belangrijk verschil tussen 2006 en 2015 is het uiteindelijke advies

a. Op basis van een achtergronddocument (p 141-170) met de titel 'Matig alcoholgebruik', heeft de analyse van de wetenschappelijke literatuur in 2006 geleid tot een aanbeveling voor matiging van de alcoholconsumptie: 1 glas voor vrouwen en 2 voor mannen. In 2015 zijn 2 separate achtergronddocumenten opgesteld; één voor 'alcohol' en één voor 'alcoholhoudende dranken' (van 42 en 38 pagina's). Dit heeft echter geleid tot de aanbeveling: "Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag". De aanbeveling betreft dus alleen 'alcohol', evenals in 2006, maar is naar beneden toe bijgesteld.

b. De 2 achtergronddocumenten worden in 2015 gepubliceerd om productspecifieke aanbevelingen te kunnen formuleren. In het geval van alcoholhoudende dranken, echter, heeft het niet geleid tot een aanbeveling ten aanzien van bier, wijn of gedistilleerd, aangezien de commissie formuleert: “In de richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt tussen typen alcoholhoudende drank, omdat vertekening in het onderzoek niet kan worden uitgesloten.”. Toch is de aanbeveling voor ‘alcohol’ naar beneden toe bijgesteld, met name op basis van de analyses uit het hoofdstuk ‘alcoholhoudende dranken’, blijkt uit de schriftelijke en mondelinge toelichting op het nieuwe advies (zie hoofdstuk 1 en hoofdstuk 7). Er is dus inconsequent gebruik gemaakt van de eigen analyses voor het advies.

c. In 2006 was de richtlijn verschillend voor mannen en vrouwen (resp. 2 en 1 glas per dag), terwijl in 2015 de richtlijn voor mannen en vrouwen gelijk is gesteld (voor beide geldt niet meer dan 1 glas per dag). Verrassend omdat het risico op borstkanker bij vrouwen door alcoholgebruik juist is gedaald. De in 2006 beschikbare literatuur leidde tot een 10% hoger risico ten opzichte van het bestaande risico per extra gedronken glas alcohol, terwijl dit percentage in 2015 slechts 5% bedroeg (zie paragraaf 5.7). Voor mannen is er geen duidelijk aanwijsbare reden op basis van de wetenschappelijke literatuur voor vermindering van de bestaande richtlijn, ook omdat de waargenomen effecten van matig alcoholgebruik op hart- en vaatziekten, diabetes etc. niet essentieel anders zijn op basis van de literatuur verzameld in 2006 en in 2015 (zie paragraaf 5.7).

d. In 2006 is consequent de aanbeveling voor ‘alcohol’, geleid door de wetenschappelijke bevindingen met betrekking tot alcohol alleen. Dit is in 2015 verward of beïnvloed door wetenschappelijke bevindingen ten aanzien van ‘alcoholhoudende dranken’. Blijkbaar is er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing om te voldoen aan de wens van de Gezondheidsraad om meer drankspecifieke aanbevelingen te kunnen doen. Dezelfde conclusie is ook al in 2006 getrokken en de Gezondheidsraad heeft toen ook afgezien van drankspecifieke aanbevelingen.

5.2 Werkwijze 2006 versus 2015

a. Allereerst is het domein van het advies veranderd. In 2006 richtte de Gezondheidsraad zich op “het voorkomen van de traditionele deficiëntieziekten en hield rekening met de preventie van chronische ziekten”. De Gezondheidsraad richt zich in 2015 op “preventie van (de meest belastende) chronische ziekten in de algemene bevolking”. Er is in 2015 veel minder of onvoldoende oog geweest voor de positieve effecten die matige alcoholconsumptie heeft op chronische ziekten en mortaliteit in het algemeen.

b. In 2006 is gebruik gemaakt van recente rapporten vergelijkbare buitenlandse adviezen (hoofdstuk 9.3 van het achtergronddocument, p153-p162), de overeenkomst met deze richtlijnen was toen groot. In 2015 zijn die rapporten alleen gebruikt om relevante publicaties te vinden, men heeft zich niet op de hoogte gesteld van de nationale en internationale standpunten. Mogelijk leidt dit tot een minderheidsstandpunt.

c. Daar waar in 2006 meer is gekeken naar de ‘totaliteit van het bewijs’, is in 2015 de wetenschappelijke inventarisatie gestandaardiseerd en beperkt. De gestandaardiseerde en beperkte werkwijze is voor 2015 beschreven in een separaat document. Belangrijke aspecten zijn:

- i. een keuze en beperking voor specifieke soorten epidemiologisch en experimenteel onderzoek
- ii. een keuze en beperking van de top tien chronische ziekten. De relatie of het belang van studies naar totale sterfte wordt beperkt meegenomen. Er achtergronddocumenten over alcohol en voedingspatronen. Reden hiervoor als ongunstig. Voedingspatronen hebben betrekking op diverse aspecten van de voeding.”

In het achtergronddocument van de richtlijn 2006 is een aparte paragraaf over de relatie met sterfterisico opgesteld (p 141-143). Onduidelijk is dus hoe ‘sterfte ongeacht doodsoorzaak’ een rol heeft gespeeld bij het tot stand komen van de richtlijn alcoholhoudende dranken in 2015. Het lijkt erop dat het belang van de relatie met totale sterfte ondergeschikt is gesteld ten opzichte van de relatie met chronische ziekten.

- iii. Voor experimenteel onderzoek is in 2015 een keuze gemaakt voor specifieke intermediaire uitkomstmaten. In 2006 zijn alle intermediaire uitkomstmaten overwogen en samengevat in een paragraaf betreffende mechanisme. In het werkwijze document wordt opgemerkt: Intermediaire uitkomstmaten worden belangrijk en interessant geacht, omdat experimenteel onderzoek met ziekte of sterfte als uitkomstmaat moeilijk uitvoerbaar zijn en daardoor schaars. De keuze in 2015 voor slechts zeer beperkt aantal intermediaire uitkomstmaten maakt dat zo goed als al het experimentele onderzoek naar de causale relatie tussen alcoholconsumptie en chronische ziekte wordt uitgesloten van de evaluatie.

5.3 Richtlijn 2006 versus 2015

In 2006 is gezocht ‘naar een rechtvaardiging om de richtlijnen aan te passen’. Die bleek er toen te zijn, omdat de hoeveelheid bewijs ter ondersteuning van het beschermende effect van matige alcoholconsumptie op coronaire hartziekten overtuigend was toegenomen. Een reductie van sterfterisico is eveneens erkend, alsmede een plausibel biologisch mechanisme voor een hart- en vaatziekten risicoreductie.

In 2015, echter, is een op zich staande analyse gemaakt en de aanpassing van de oude richtlijn niet direct gemotiveerd. Wat erover geschreven wordt is: meer drinken dan één glas per dag leidt niet tot meer gezondheidswinst en is ongunstig vanwege de verhoogde risico’s op beroerte, borstkanker, darmkanker en longkanker, die een dergelijk consumptieniveau meebrengt.

5.4 Wetenschappelijke literatuur

De wetenschappelijke literatuur geraadpleegd voor de richtlijnen 2006 betreft alle literatuur tot voorjaar 2006. In het 2015 achtergrond document zijn recente en minder recente referenties opgenomen. Onduidelijk is dus of het controle betreft van het bestaande advies of een geheel nieuwe analyse door een anders samengestelde Gezondheidsraad.

5.5 Inname niveaus

In de richtlijn en in het achtergronddocument 2006 heeft men zich gericht op lage inname niveaus, omdat duidelijk is dat alcoholmisbruik leidt tot gezondheidsnadeel. In de richtlijn en achtergronddocumenten 2015 is onduidelijk waar men zich op richt. Zelfs worden wetenschappelijke gegevens die alcoholmisbruik betreffen opgenomen in de overwegingen om tot een advies te komen.

5.6 Binge drinken

In de richtlijn 2015 wordt de nieuwe categorie 'binge drinken' geïntroduceerd. Voor de commissie betreft dit het drinken van meer 60 g alcohol per gelegenheid, terwijl de commissie ook aangeeft dat deze definitie in het cohortonderzoek divers is. Het is al langer duidelijk dat alcoholmisbruik, zoals binge drinken slecht is voor de gezondheid.

5.7 Effecten van matig alcoholgebruik 2006 versus 2015

De waargenomen effecten van matig alcoholgebruik op hart- en vaatziekten, diabetes etcetera zijn niet essentieel verschillend op basis van de literatuur verzameld in 2006 en in 2015 (zie onderstaande tabel). Toch is de aanbeveling drastisch aangepast. Belangrijk is dat de kans om te overlijden, een uitkomstmaat die de effecten van alle ziekten samenvat, ook niet is veranderd. Er is wetenschappelijk gezien dus geen enkele aanleiding om alcoholconsumptie te ontraden ("Drink geen alcohol") en de aanbeveling voor mannen naar beneden toe bij te stellen.

Tabel: Overzicht van de risicoveranderingen door matige alcoholconsumptie voor sterfte en specifieke ziekten gebaseerd op de Richtlijnen 2006 en 2015 (gebruik makend van de belangrijkste artikelen uit de achtergronddocumenten)

	2006		2015	
	Hoeveelheid alcohol (g/dag)	Risicoreducties of risicotoename (%*)	Hoeveelheid alcohol (g/dag)	Risicoreducties of risicotoename (%*)
Totale sterfte				
Thun ¹	15 - 30	minus 15 - 20		
Poikolainen ²	11	onderkant J-curve		
Castelnuovo ⁴			0 - 30	minus 17
Jayasekara ³			0 - 30	minus 10
CHZ				
Corrao ⁵	0 - 25	minus 25		
Mukamal ⁶	> 50	minus 40		
Holman ⁷	10 - 20	minus 16		
Ronksley ⁸			2.5 - > 60	minus 25
Beroerte				
Ronksley ⁸			0 - 15	minus 20
			30 - 60	plus 35
Hartfalen				
Padilla ⁹			> 30	minus 23
DM2				
Howard ¹⁰	10 - 30	minus 34 - 55		
Koppes ¹¹	6 - 48	minus 30	6 - 48	minus 30
Beulens ¹²			0 - 12 / 60	minus 18 / 12
Baliunas ¹³			22 - < 50	minus 13 / 40

Hoofd/hals kanker Bagnardi ¹⁴	> 25 – 100	plus 300 – 500		
Borstkanker Smith-Warner ¹⁵ Tjonneland ¹⁶ Bagnardi ¹⁷	per 10 meer	plus 9	per 10 meer per 10 meer per 10 meer	plus 9 plus 3 plus 5
Darmkanker Moskal ¹⁸			30 - 60	plus 20
Osteoporose Rapuri ¹⁹	4 - 8	plus 5 – 8 BMD	Niet geëvalueerd	
Dementie Anstey ²⁰			tot 30	minus 25
Depressie			te weinig onderzoek	

bij '/' geldt: man / vrouw

* tenzij een andere eenheid wordt vermeld

CHZ = coronaire hartziekten

DM2 = diabetes mellitus type 2

BMD = bone mineral density

Referenties in de tabel uit de richtlijnachtergronddocumenten 2006 en 2015:

1. Thun M, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med* (1997) 337:1705-1714.
2. Poikolainen K. Alcohol and mortality: a review. *J Clin Epidemiol* (1995) 48:455-465.
3. Jayasekara H, et al. Alcohol consumption over time and risk of 979 death: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* (2014) 179: 1049-1059.
4. DiCastelnuovo A, et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med* (2006) 166:2437-2445.
5. Corrao G, et al. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* (2000) 95:1505-23.
6. Mukamal KJ, et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *N Engl J Med* (2003) 348:109-118.
7. Holman CD, et al. Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: a validation of NHMRC recommendations. *Med J Aust* (1996) 164:141-145.
8. Ronksley PE, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* (2011) 342:d671.
9. Padilla H, et al. Alcohol consumption and risk of heart failure: a meta-analysis. *Phys Sportsmed* (2010) 38:84-89.
10. Howard AA, et al. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. *Ann Intern Med* (2004) 140:211-219.

11. Koppes LLJ, et al. Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes. A meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care* (2005) 28:719-725.
12. Beulens JW, et al. Alcohol consumption and risk of type 2 diabetes in European men and women: influence of beverage type and body size The EPIC-InterAct study. *J Intern Med* (2012) 272:358-370.
13. Baliunas DO, et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* (2009) 32:2123-2132.
14. Bagnardi V, et al. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Br J Cancer* (2001) 85:1700-1705.
15. Smith-Warner SA, et al. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA* (1998) 279:535-40.
16. Tjonneland A, et al. Alcohol intake and breast cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Cancer Causes Control* (2007) 18:361-373.
17. Bagnardi V, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol* (2013) 24:301-308.
18. Moskal A, et al. Alcohol intake and colorectal cancer risk: a dose-response meta-analysis of published cohort studies. *Int J Cancer* (2007) 120:664-671.
19. Rapuri PB, et al. Alcohol intake and bone metabolism in elderly women. *Am J Clin Nutr* (2000) 72:1206-1213.
20. Anstey KJ, et al. Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies. *Am J Geriatr Psychiatry* (2009) 17:542-555.

6. Alcoholrichtlijnen in andere landen

Achtergrond

Alcoholrichtlijnen (in grammen per dag; omdat er geen definitie bestaat van standaardglas) in diverse landen:

Land	Mannen	Vrouwen
Denemarken	tot 20 g/d	tot 10 g/d
Duitsland	tot 20 g/d (2 dagen niet)	tot 10 g/d (2 dagen niet)
Engeland	tot 24-32 g/d	tot 16-24 g/d
USA	tot 28 g/d	tot 14 g/d

Nordic Nutrition Recommendations 2012

(<http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>)

Based on estimates of the maximal mortality risk reduction associated with moderate alcohol consumption, the intake should not exceed 10 g per day for women and 20 g per day for men.

In de Nordic Nutrition Recommendations 2012 worden veelal dezelfde wetenschappelijke referenties aangehaald als in het achtergronddocument alcohol van de Gezondheidsraad:

- Sterfterisico: Di Castelnuovo 2006
- Coronaire hartziekten: Ronksley 2011
- Beroerte: Ronskley 2011
- Hartfalen: Padilla 2010

Voor de intermediare uitkomstmaten van randomized clinical trials ligt de focus bij HDL, adiponectine, insuline gevoeligheid, insuline, fibrinogeen.

Bij kankerrisico ligt de focus op kankers van: mouth, pharynx, larynx, oesophagus, colorectal en breast. Er wordt benadrukt: The effect is from ethanol irrespective the type of drink.

Duitsland

Het achtergronddocument voor de Duitse alcoholrichtlijnen dateert uit 2000: Alkoholkonsum und Krankheiten: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. M. Burger, Anja Brönstrup, Klaus Pietrzik, Nomos-Verlag-Ges., 2000, 202 Seiten

In dit document wordt gesteld dat de beschermende werking van matige alcoholconsumptie op hart- en vaten waarschijnlijk door de alcohol komt en niet gerelateerd is aan een specifieke alcoholhoudende drank zoals wijn.

Wat betreft bloeddruk is een verhoging te zien vanaf 30 g/d bij mannen en 20 g/d bij vrouwen.

Bij kankerrisico ligt de focus op kankers van de lever, galblaas, pancreas, mondholte, pharynx, larynx, slokdarm, maag, colorectum en borst.

Engeland

Voor de Engelse richtlijnen dateert het achtergronddocument uit 1995 (Sensible drinking 1995):

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4084702.pdf

In dit achtergronddocument worden HDL cholesterol, blood clotting/thrombosis/fibrinogen en bloeddruk (verlaging bij matige consumptie) genoemd als intermediaire uitkomstmaten.

Bij kankerrisico ligt de focus op de volgende kankersoorten: oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus, lever, rectum, colon en breast.

Er wordt benadrukt: Overall current research indicates that the major factor concerning benefit (CHD) is probably alcohol rather than the other constituents of wine.

In 2016 worden nieuwe Engelse alcoholrichtlijnen verwacht. Het is nog niet duidelijk wat er zal veranderen, maar er wordt gesuggereerd dat de richtlijn voor mannen gelijk getrokken wordt aan die voor vrouwen (niet meer dan 2-3 units (16-24 g alcohol) per dag).

Dietary Guidelines for Americans 2010

http://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/dietary_guidelines_for_americans/2010DGACReport-camera-ready-Jan11-11.pdf

An average daily intake of one to two alcoholic beverages is associated with the lowest all-cause mortality and a low risk of diabetes and CHD among middle-aged and older adults.

In de Dietary Guidelines for Americans 2010 worden veelal dezelfde wetenschappelijke referenties aangehaald als in het achtergronddocument alcohol van de Gezondheidsraad:

- Sterfterisico: Di Castelnuovo 2006
- Diabetes: Baliunas 2009

Voor kanker ligt de focus op: colon, breast en liver.

In 2015 worden nieuwe Dietary Guidelines for Americans verwacht. Hierover wordt het volgende geschreven:

<http://health.gov/dietaryguidelines/2015-scientific-report/PDFs/07-Part-D-Chapter-2.pdf>

Page 44:

As alcohol is a unique aspect of the diet, the DGAC considered evidence from several sources to inform recommendations. As noted above, **moderate alcohol intake among adults was identified as a component of a healthy dietary pattern associated with some health outcomes, which reaffirms conclusions related to moderate alcohol consumption by the 2010 DGAC.** The Committee also concurs with the conclusions reached by the 2010 DGAC on the relationship between alcohol intake and unintentional injury and lactation. However, evidence also suggests that alcoholic drinks are associated with increased risk for certain cancers, including pre- and post-menopausal breast cancer. After consideration of this collective evidence, the Committee concurs with the 2010 DGAC that if alcohol is consumed, it should be consumed in moderation and only by adults. However, it is not recommended that anyone begin drinking or drink more frequently on the basis of potential health benefits because moderate alcohol intake also is associated with increased risk of violence, drowning, and injuries from falls and motor vehicle crashes. Women should be aware of a moderately increased risk of breast cancer even with moderate alcohol intake. There are many circumstances in which people should not drink alcohol:

- Individuals who cannot restrict their drinking to moderate levels.
- Anyone younger than the legal drinking age.
- Women who are pregnant or who may be pregnant.
- Individuals taking prescription or over-the-counter medications that can interact with alcohol.
- Individuals with certain specific medical conditions (e.g., liver disease, hypertriglyceridemia, pancreatitis).
- Individuals who plan to drive, operate machinery, or take part in other activities that require attention, skill, or coordination or in situations where impaired judgment could cause injury or death (e.g., swimming).

Finally, because of the substantial evidence clearly demonstrating the health benefits of breastfeeding, occasionally consuming an alcoholic drink does not warrant stopping breastfeeding. However, women who are breastfeeding should be very cautious about drinking alcohol, if they choose to drink at all.

Conclusie

Ten opzichte van omliggende Europese landen, maar ook ten opzichte van de Amerikaanse richtlijnen heeft Nederland de strengste alcoholrichtlijn en ook nog als enige een zelfde aanbeveling voor zowel mannen als vrouwen (10 g/d). Daarbij komt dat Nederland ook het enige land is waar alcoholconsumptie als eerste wordt afgeraden (“Drink geen alcohol”).

Opvallend is dat in de achtergronddocumenten van de Nordic Nutrition Recommendations en van de Dietary Guidelines for Americans dezelfde wetenschappelijke bronnen worden aangehaald als in het achtergronddocument alcohol van de Gezondheidsraad. Daarnaast wordt geen longkanker genoemd in de achtergronddocumenten van de Denen en Amerikanen, maar worden wel andere intermediaire uitkomstmaten genoemd (HDL, insulin sensitivity, fibrinogen) die de relatie met hart- en vaatziekten en diabetes versterken.

7. Interpretatie alcoholrichtlijn door de commissie

Diverse media kopten na de publicatie van de Richtlijnen goede voeding met “Geen alcohol”. Sommige hebben de commissieleden om een reactie gevraagd, deze worden in dit hoofdstuk beschreven en kanttekeningen bij geplaatst.

Achtergrond

Prof. Dr. Ir. Daan Kromhout (Voorzitter van de Commissie Voeding van de Gezondheidsraad)

“Nuttig je meer alcohol, dan zie je dat terug in de gezondheid. De link is het sterkst bij borstkanker. Vanaf één glas alcohol per dag neemt het risico op borstkanker met 5 procent toe. Tegelijk weten we uit nieuwe onderzoeken dat één keer per twee dagen gunstig is. Dat geeft je een 15 procent lagere kans op sterfte aan een hele rits ziektes. Drink je meer dan valt dat effect gelijk weg.”

<http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/4178792/2015/11/05/Hoe-zit-het-nou-met-alcohol-koffie-en-vette-vis.dhtml>

Kanttekening

Onterecht wordt gezegd dat als je meer dan een glas drinkt de lagere kans op sterfte/ziektes gelijk weg is. Het is niet zo dat het de kans op sterfte bij meer dan een glas (10 g) verhoogd is ten opzichte van niet-drinkers en dus ongunstig is. Pas bij meer dan 30 g/d neemt het risico op sterfte toe t.o.v. de niet-drinken (zie hoofdstuk 3/paragraaf 3.3).

Achtergrond

Prof. Dr. Ir. Daan Kromhout (Voorzitter van de Commissie Voeding van de Gezondheidsraad)

“Bij ongeveer een half glas per dag is je sterftkans 5 procent lager. Iets meer alcohol en het effect is weg. Alcohol is dus gezond in erg kleine hoeveelheden. Als je adviseert om één glas per dag te drinken kun je er vergif op innemen dat mensen vrolijk worden en nog een glas nemen. Dus daarom hebben we bedacht: doe maar helemaal niet.”

<http://www.nrc.nl/next/2015/11/05/we-moeten-eten-zoals-vroeger-aan-de-mediterranee-1554104>

Kanttekening

Het percentage is onjuist, moet 15% lager zijn. Onterecht wordt gezegd dat bij iets meer alcohol het effect weg is. Het is niet zo dat het de kans op sterfte bij meer dan een glas (10 g) verhoogd is ten opzichte van niet-drinkers en dus ongunstig is. Pas bij meer dan 30 g/d neemt het risico op sterfte toe t.o.v. de niet-drinken (zie hoofdstuk 3/paragraaf 3.3). De uitspraak “Als je adviseert om een glas per dag te drinken kun je er vergif op innemen dat mensen vrolijk worden en nog een glas nemen. Dus daarom hebben we bedacht: doe maar helemaal niet” suggereert dat de commissie op basis van eigen (en dus subjectieve) interpretatie de richtlijn (“Drink geen alcohol”) heeft opgesteld en niet op basis van wetenschappelijke kennis.

Achtergrond

Prof. Dr. Ir. Jaap Seidell (Hoogleraar voeding en gezondheid, VU, Amsterdam en commissielid van de Gezondheidsraad)

“De gezondheidseffecten van alcohol zijn zo klein dat geheelonthouders niet omwille van hun gezondheid aan de drank moeten gaan. Maar je hoeft ook niet te stoppen als je graag een glas wijn lust.”

(Volkskrant 7 november 2015)

Kanttekening

Onterecht wordt gezegd dat de gezondheidseffecten van alcohol (*zo*) klein zijn. De effecten van alcoholconsumptie doen niet onder voor die van andere voedingsmiddelen (zie hoofdstuk 4).

De richtlijn “Drink geen alcohol” wordt genuanceerd door te zeggen dat je niet hoeft te stoppen (zie ook reactie Gezondheidsraad hieronder), wat impliceert dat “Drink geen alcohol” niet de juiste bewoording is voor de richtlijn en dat de bewoording in de toelichting (pagina 58 van de richtlijnen: “De gunstige verbanden geven echter geen aanleiding om mensen die niet drinken aan te raden om gezondheidsredenen wel te gaan drinken.”) en de Slotbeschouwing (“Mensen die alcohol drinken zouden dit moeten beperken tot een glas per dag”) een betere is voor de richtlijn alcoholhoudende dranken.

Dat specifiek een glas wijn genoemd wordt, is wellicht toeval of zou kunnen verwijzen naar de toelichting bij de richtlijn waarin (onterecht; zie paragraaf 3.4) wordt gesuggereerd dat de gunstige effecten op hart- en vaatzieken optreden bij het drinken van wijn.

Achtergrond

Naar aanleiding van telefonisch contact met de Gezondheidsraad over de richtlijn alcoholhoudende dranken zijn de volgende punten naar voren gekomen:

1. De richtlijn alcoholhoudende dranken moet geïnterpreteerd worden als:
 - Mensen die alcohol drinken, zouden dit moeten beperken tot een glas per dag (letterlijke tekst uit Slotbeschouwing, pagina 74), met als toevoeging: Mensen die niet drinken wordt niet aangeraden om om gezondheidsredenen te gaan drinken (n.a.v. de toelichting op pagina 58).

2. De overall richtlijn is m.n. gebaseerd op sterfterisico waar het laagste risico bij 6 g/d ligt (-15%).

3. De basis voor "Drink geen alcohol" is:

- Het verhoogde risico op beroerte bij meer dan 30 g/d, dit is +35%. We gaan er van uit dat het risico bij lagere doseringen ook wel hard omhoog zal gaan.
- Het schokkend hoge risico, met hoge bewijskracht, op diabetes bij lage doseringen bier en sterkedrank.

Kanttekening

De richtlijn "Drink geen alcohol" wordt genuanceerd door te zeggen dat je niet hoeft te stoppen. Dit impliceert dat "Drink geen alcohol" niet de juiste bewoording is voor de richtlijn en dat de bewoording in de toelichting (pagina 58 van de richtlijnen: "De gunstige verbanden geven echter geen aanleiding om mensen die niet drinken aan te raden om gezondheidsredenen wel te gaan drinken.") en de Slotbeschouwing ("Mensen die alcohol drinken zouden dit moeten beperken tot een glas per dag") een betere is voor de richtlijn alcoholhoudende dranken.

De argumenten waar "Drink geen alcohol" op gebaseerd zijn (beroerte en diabetes) zijn onterecht (zie paragraaf 3.5 en 3.7). Door de bewoording van de Gezondheidsraad wat betreft het risico op beroerte ("... dus zal het bij lagere doseringen ook wel hard omhoog gaan.") wordt gesuggereerd dat er een lineair verband bestaat tussen alcoholconsumptie en beroerte, terwijl dit een J-curve is (die overigens pas vanaf 60 g/d een ongunstig verband laat zien).

Conclusie

De kern van het huidige advies is een vertaalslag te maken van de huidige wetenschappelijke kennis, naar aanbevelingen gericht op bevordering van gezond gedrag (de richtlijnen). Dit om duidelijk te maken wat mensen moeten doen of juist laten, als ze gezond willen eten. Het blijkt dat de richtlijn alcoholhoudende dranken een onduidelijke dubbelzinnige boodschap is, welke leidt tot verwarring. Ook onder de leden van de commissie.

De argumentatie voor de richtlijn "Drink geen alcohol" is niet wetenschappelijk te noemen, maar eerder een incorrecte interpretatie en/of vertaalslag van de commissie. De richtlijn "Drink geen alcohol" wordt door een aantal commissieleden genuanceerd door te zeggen dat je niet hoeft te stoppen. Dit impliceert dat "Drink geen alcohol" niet de juiste bewoording is voor de richtlijn en dat de bewoording in de toelichting (pagina 58 van de richtlijnen: "De gunstige verbanden geven echter geen aanleiding om mensen die niet drinken aan te raden om gezondheidsredenen wel te gaan drinken.") en de Slotbeschouwing ("Mensen die alcohol drinken zouden dit moeten beperken tot een glas per dag") een betere is voor de richtlijn alcoholhoudende dranken.

8. Samenvatting

Tekortkomingen in de methodiek

- Te veel interventie-onderzoek is uitgesloten door beperkte insluiting intermediaire uitkomstmaten (LDL cholesterol, systolische bloeddruk en lichaamsgewicht). Door een rigide afbakening van intermediaire uitkomstmaten wordt de 'totality of evidence' niet benut/genegeerd. Interventie onderzoek met andere intermediaire uitkomstmaten maakt het echter zeer aannemelijk dat er een causaal verband is tussen matige alcoholconsumptie en een lager risico op hart- en vaatziekten en mogelijk ook diabetes.
- De werkwijze van de commissie geeft niet aan hoe om te gaan met combinaties van gunstige (groene) en ongunstige (rode) verbanden. Hierdoor is de werkwijze van het maken van een uiteindelijke conclusie niet transparant. Inconsequenties van uitkomsten tussen alcohol en alcoholhoudende dranken (zie diabetes, longkanker en sterfte) worden niet zichtbaar overwogen. Dat het effect van alcohol een som is van alle dranken wordt totaal genegeerd. Vanwege de methodologische tekortkomingen van cohortonderzoek naar de verbanden tussen het gebruik van bier, wijn of sterke drank en het risico op ziekten zouden deze data niet gebruikt mogen worden om de richtlijn op te baseren. De commissie heeft deze gegevens echter wel leidend laten zijn door ze te presenteren en letterlijk te benoemen. De uitkomsten op sterfte, waarin alle ziektes verdisconteerd zitten, wordt niet als basis gebruikt voor de richtlijn.
- De commissie is inconsequent in haar werkwijze. Aan de ene kant houdt zij zich strikt aan de 3 intermediaire uitkomstmaten (LDL cholesterol, systolische bloeddruk en BMI) en de focus op de top 10 ziektebeelden in Nederland. Aan de andere kant worden er in een zin in de toelichting van de richtlijn nog eens 6 aandoeningen aan toegevoegd waar verder niet in detail op wordt ingegaan (ongelukken, verslaving, psychosociale problematiek, levercirrose en hoofd- en halstumoren).

Misleidende presentatie

Tabel 12	Conclusies uit achtergronddocumenten over een alcoholgebruik van meer dan 15 gram per dag ten opzichte van geen alcoholgebruik		
Blootstelling	RCT'S Bloeddruk	Cohortonderzoeken Coronaire hartziekten	Beroerte
Bier			
Wijn			
Sterke drank			
Alcohol			
GzR	per -10% alcohol -1,0 mmHg		>30 g/d +35%*
Kanttekening	Alleen bij mannen en bij hoge inname (>30 g/d)	>15-60 g/d -33%	>60 g/d +62%**
Binge drinken			
GzR		>60 g/d +45%	
Kanttekening			
			* vergeleken met 0-15 g/d
			** vergeleken met 0 g/d

- De presentatie van bloeddruk in tabel 12 doet suggereren dat consumptie vanaf 15 g/d een effect heeft op de bloeddruk. En dat afname van de alcoholconsumptie vanaf 15 g/d een effect heeft op de systolische bloeddruk, terwijl dit pas het geval is bij zware consumptie (44-86 g/d).
- De presentatie van de beroerte gegevens in tabel 12 is misleidend. Pas vanaf 60 g alcohol per dag neemt het risico op beroerte significant toe ten opzichte van de niet-drinkers.
- In tabel 12 mist het lagere risico op coronaire hartziekten (>15-60 g/d -33% ten opzichte van geheelonthouding).

Tabel 13						Conclusies uit achtergronddocumenten over een matig alcoholgebruik (1-15 gram per dag) ten opzichte van geen alcoholgebruik							
Cohortonderzoeken													
		Niet in tabel 13			Niet in tabel 13								
Blootstelling	Hart- en vaatziekten	Beroerte	Hartfalen	Diabetes	Dementie								
Bier													
Wijn													
Sterke drank													
Alcohol													
GzR	2,5-15 g/d -20%					>0-24 g/d (V) en 6-48 g/d (M) -20%	>0-30 g/d -25%						
Kanttekening	moet zijn -25%	>0-15 g/d -20%	2-28 g/d -20%			moet zijn -30%	6-48 g/d						

- In tabel 13 is het lagere risico op hart- en vaatziekten niet 20% maar 25%.
- In tabel 12 is het lagere risico op diabetes niet 20% maar 30% (6-48 g/d; algemene conclusie volgens de onderzoekers).
- In tabel 13 missen de lagere risico's op beroerte (>0-15 g/d -20%) en hartfalen (2-28 g/d -20%).

Tabel 14				Conclusies uit achtergronddocumenten over verbanden met sterfte ongeacht doodsoorzaak			
Cohortonderzoeken							
Blootstelling	Mannen	Vrouwen	Mannen en vrouwen				
Bier							
Wijn							
Sterke drank	Geen gegeven	Geen gegeven	Geen gegevens				
Alcohol							
GzR			6 g/d -15%				
Kanttekening			>0-30 g/d -10%				

- Door in tabel 14 de range achterwege te laten is het alleen mogelijk het advies te baseren op een voor de gezondheid (in dit geval sterfterisico) optimale dosis en niet voor een relevant consumptiegebied. Pas bij meer dan 30 g/d neemt het risico op sterfte toe t.o.v. de niet-drinker. Dit wetende wordt er daarom onterecht in de toelichting gemeld dat meer drinken dan een glas (10 g) niet leidt tot meer gezondheidswinst en ongunstig is. Tot 30 gram alcohol per dag is het risico op sterfte ongeacht doodsoorzaak lager dan bij geheelonthouding.

- Onterecht wordt in de toelichting van de richtlijnen geconcludeerd dat de gunstige effecten op hart- en vaatziekten (alleen?) zouden optreden bij het drinken van wijn. Deze uitspraak is niet wetenschappelijk gefundeerd.
- Onterecht wordt in de toelichting van de richtlijnen geconcludeerd dat meer drinken dan een glas per dag leidt niet tot meer gezondheidswinst en ongunstig is, vanwege de verhoogde risico's op beroerte, borstkanker, darmkanker en longkanker die een dergelijk consumptieniveau meebrengt. Dit geldt alleen voor borstkanker bij vrouwen en bij consumptie van meer dan 30 g/d wat het risico op darmkanker verhoogd. Voor beroerte is het risico pas verhoogd bij consumptie van meer dan 60 g/d. Er is geen risico op longkanker bij alcoholconsumptie.

Alcohol versus andere voedingsmiddelen

- Alcohol heeft zowel gunstige (groene) als ongunstige (rode) verbanden met ziekten. Daarmee is dit een uitzonderlijke situatie die alleen voor alcohol geldt. Om deze reden is ook gekozen om te kijken naar sterfte. Doordat de commissie in haar werkwijze niet aangeeft hoe om te gaan met combinaties van gunstige (groene) en ongunstige (rode) verbanden (soms zelfs binnen een aandoening), is het onduidelijk hoe de interpretatie in zijn werk is gegaan. Idealiter zou uitgegaan moeten worden van sterfte-risico, aangezien hierin alle ziektes verdisconteerd zitten.
- De gunstige gezondheidseffecten van matige alcoholconsumptie zijn groot (en veelzijdig) t.o.v. andere voedingsmiddelen. Alcohol staat op de eerste (coronaire hartziekten en diabetes) en tweede plek (beroerte) als het gaat om verlaagd risico. Alcohol is het enige voedingsmiddel met een (overigens beschermend) effect op hartfalen en dementie.

Richtlijnen 2006 versus richtlijnen 2015

De waargenomen effecten van matig alcoholgebruik op hart- en vaatziekten, diabetes etcetera zijn niet essentieel verschillend op basis van de literatuur verzameld in 2006 en in 2015. Toch is de aanbeveling drastisch aangepast. Belangrijk is dat de kans om te overlijden, een uitkomstmaat die de effecten van alle ziekten samenvat, ook niet is veranderd. Er is wetenschappelijk gezien dus geen enkele aanleiding om alcoholconsumptie te ontraden of de aanbeveling (voor mannen) naar beneden toe bij te stellen.

Alcoholrichtlijnen in andere landen

Ten opzichte van andere Europese landen, maar ook ten opzichte van de Amerikaanse richtlijnen heeft Nederland de strengste alcoholrichtlijn van 10 g/d voor zowel mannen als vrouwen. Daarbij komt dat Nederland ook het enige land is waar alcoholconsumptie als eerste wordt ontraden ("Drink geen alcohol").

Interpretatie alcoholrichtlijn door de commissie

In de media wordt door commissieleden:

- de richtlijn “Drink geen alcohol” genuanceerd door te zeggen dat je niet hoeft te stoppen. Dit impliceert dat “Drink geen alcohol” niet de juiste bewoording is voor de richtlijn.
- onterecht gezegd dat als je meer dan een glas drinkt de lagere kans op sterfte/ziektes gelijk weg is (negeren van de J-curve).
- onterecht gezegd dat de effecten van alcohol *zo klein* zijn.

De voorzitter suggereert met zijn uitspraak “Dus daarom hebben we bedacht: doe maar helemaal niet” dat de richtlijn (“Drink geen alcohol”) niet gebaseerd is op wetenschappelijke kennis maar op eigen (en dus subjectieve) interpretatie.

Tekortkomingen in de interpretatie/conclusies van het onderzoek:

- Drank-specifieke effecten zijn te zwak voor een advies (vertekening in het onderzoek kan niet worden uitgesloten), en bovendien in tegenspraak met de uitkomsten voor alcohol. De drankspecifieke data zouden achterwege gelaten moeten worden om de volgende redenen:
 - Methodologisch zwak
 - Minder onderzoeken
 - Tegenspraak met alcoholonderzoek
 - Vertekening door leefstijl kan niet worden uitgesloten
- Op basis van de huidige stand van de wetenschap is er geen reden om alcoholconsumptie te ontraden en de aanbeveling voor mannen naar beneden toe bij te stellen. Gezien de balans tussen gunstige versus ongunstige effecten, bevestigd door het lagere risico op sterfte bij matige alcoholconsumptie, zou het advies een matige of lichte alcoholconsumptie moeten toelaten.