



EUROOPA ÜHENDUSTE KOMISJON

Brüssel 08.12.2005
KOM(2005) 637 lõplik

ROHELINE RAAMAT

Tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamine: Euroopa mõõde ülekaalulisuse, rasvumise ja krooniliste haiguste ennetamisel

SISUKORD

I.	Olukord Euroopas	3
II.	Tervis ja jõukus	4
III.	Konsultatsioonimenetlus	4
IV.	Ühenduse tasandi struktuurid ja vahendid	5
IV.1.	Tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervishoiu Euroopa tegevusprogramm	5
IV.2.	Tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse Euroopa võrgustik.....	6
IV.3.	Tervishoiuküsimused ELi eri poliitikavaldkondades.....	6
IV.4.	Rahvatervise tegevusprogramm	7
IV.5.	Euroopa Toiduohutusamet (EFSA).....	7
V.	Tegevusvaldkonnad	7
V.1.	Tarbijateavitus, reklaam ja turundus	7
V.2.	Tarbija harimine	8
V.3.	Peatähelepanu lastele ja noortele	9
V.4.	Toidu kättesaadavus, kehaline aktiivsus ja terviseharidus töökohal.....	9
V.5.	Tervishoiuasutuste kaasamine ülekaalulisuse ja rasvumise ennetamisse ning ravisse	9
V.6.	Võitlus rasvumist soodustavate keskkonnateguritega.....	10
V.7.	Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus	10
V.8.	Kompleksne ja laiahaardeline lähenemine tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamisele	10
V.9.	Soovitused teadlikuks toitumiseks ja toitudel põhinevate toitumisjuhiste väljatöötamiseks.....	11
V.10.	Koostöö Euroopa Liitu mittekuuluvate riikidega.....	12
V.11.	Muud küsimused	12
VI.	Edasised sammud	12
1. lisa:	Arvnäitajad ja tabelid.....	13
2. lisa:	Tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervise vaheline seos.....	17
3. lisa:	Viited	20

ROHELINE RAAMAT

Tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamine: Euroopa mõõde ülekaalulisuse, rasvumise ja krooniliste haiguste ennetamisel

I. OLUKORD EUROOPAS

- I.1. Ebatervislik toitumine ja vähene kehaline aktiivsus on välditavate haiguste ja enneaegse surma üks peamisi põhjusi Euroopas ning rasvumise levik kogu Euroopas on kujunenud oluliseks tervishoiuprobleemiks (vaata 2. lisas esitatud taustteavet).
- I.2. Nõukogu on palunud komisjonil aidata edendada tervislikku eluviisi⁽ⁱ⁾ ja uurida võimalusi paremate toitumistavade levitamiseks Euroopa Liidus ning teha vajaduse korral sellekohased ettepanekud.² Nõukogu on pöördunud ka liikmesriikide ja komisjoni poole, et need töotaksid välja meetmed tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamiseks ja rakendaksid neid.³
- I.3. Ühendusel on selles valdkonnas ilmne pädevus: asutamislepingu artiklis 152 nõutakse, et ühenduse poliitika ja meetmete määratlemisel ja rakendamisel tagataks inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse. Rida ühenduse poliitikavaldkondi on toitumise ja kehalise aktiivsuse seisukohast olulised ning nõukogu on kinnitanud, et tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamine on vaja tihedamini siduda asjaomaste poliitikasuundadega Euroopa tasandil.⁴
- I.4. Liikmesriikide meetmeid võib tõhusalt täiendada ühenduse meetmetega. Piiramata liikmesriikide võimalikke meetmeid, võib ühenduse meetmetega ära kasutada sünergiaid ja mastaabisäästu, soodustada üleeuroopalist tegutsemist, ühendada ressursse, levitada head tava ning tugevdada sellega liikmesriikide algatuste mõju.
- I.5. Nõukogu rõhutas, et kuna rasvumisepideemial on hulk põhjusi, siis läheb vaja paljude huvigruppide ühendatud jõupingutusi,⁵ mille heaks näiteks on tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervishoiu Euroopa tegevusprogramm (vt jagu IV.1), samuti meetmeid kohalikul, piirkonnas, riigi ja Euroopa tasandil.⁶ Nõukogu kiitis ka heaks komisjoni kavatsuse esitada käesolev roheline raamat ja avaldada 2006. aastal roheline raamatuga algatatud avaliku arutelu tulemused.⁷
- I.6. Euroopa majandus- ja sotsiaalkomitee rõhutas, et ühenduse meetmed võivad tugevdada liikmesriigi asutuste, erasektori ja valitsusväliste organisatsioonide algatuste mõju.⁸
- I.7. Rida liikmesriike viib juba ellu oma strateegiat või tegevusplaani tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervishoiu edendamiseks.⁹ Ühenduse tegevus võib toetada ja täiendada nende meetmeid, muuta neid koordineeritumaks ning aidata kindlaks teha ja levitada head tava, et teised maad võiksid kasutada juba saadud kogemusi.

⁽ⁱ⁾ Viited on koondatud 3. lisasse dokumendi lõpus.

II. TERVIS JA JÕUKUS

- II.1. Lisaks inimkannatustele, mida rasvumine põhjustab, on selle tõve levikul ka olulised majanduslikud tagajärjed. Hinnangu kohaselt langeb rasvumise arvele kuni 7% Euroopa Liidu tervishoiukulutustest¹⁰ ja rasvtõve laienevat levikut arvestades kasvab see näitaja tulevikus veelgi. Kuigi kõigi ELi liikmesriikide kohta üksikasjalikke andmeid ei ole, näitavad uurimused, et rasvumise majanduslik hind on kõrge: Ühendkuningriigi Riigikontrolli 2001. aasta aruande järgi võib üksnes Inglismaal panna rasvumise arvele 18 miljonit puudutud tööpäeva ja 30 000 enneaegset surma, millele vastav otseste tervishoiukulude summa on vähemalt 500 miljonit naelsterlingit aastas. Täiendavaid majanduslikke kulusid, sealhulgas tootlikkuse vähenemise ja saamatajäänud toodangu tõttu, hinnati 2 miljardile naelsterlingile aastas.¹¹ Ühendkuningriigi juhtiva tervishoiuametniku (*Chief Medical Officer*) 2004. a aruandes kehalise aktiivsuse ja tervise seose kohta hinnatakse, et vähene kehaline aktiivsus läheb maksma 8,2 miljardit naelsterlingit aastas (see hõlmab nii tervishoiukulusid kui ka laiemaid majanduskulusid, näiteks töölt puudutud päevi).¹² Iirimaal hinnati 2002. aastal otsesteks rasvumise ravikuludeks 70 miljonit eurot.¹³ USA haiguskontrolli ja -ennetuskeskus hindas rasvumisega seotud tervishoiukulude suuruseks 75 miljardit USA dollarit.¹⁴ Üksikisiku tasandi uuringud näitavad, et USAs on keskmise rasvunud täiskasvanu meditsiinikulud aastas 37% suuremad kui keskmise normaalkaaluga isiku kulud.¹⁵ Nende otseste kulude arvutamisel ei arvestata tootlikkuse langust puude või enneaegse surma tõttu.
- II.2. Rootsi Rahvatervise Instituudi analüüsis jõutakse järeldusele, et ELis kaotatakse täie tervise juures elatud aastatest (*disability-adjusted lifeyears*, DALY) 4,5% halva toitumise, 3,7% rasvumise ja 1,4% vähese kehalise aktiivsuse tõttu – kokku seega 9,6%, samas kui suitsetamise tõttu kaotatakse 9%.¹⁶
- II.3. Hiljutises Madalmaade Rahvatervise- ja Keskkonnainstituudi (RIVM) ettekandes käsitleti ebatervislikku toitumist ja sellega tervisele tekitatud kahju. Üks järeldus oli, et “valesid”, see tähendab küllastatud ja *trans*-rasvhappeid sisaldavate rasvade tarbimine suurendab südame-veresoonkonna haiguste ohtu 25%, samas kui kala söömine üks või kaks korda nädalas vähendab seda ohtu 25%. Madalmaades võib 20-aastaste ja vanemate patsientide puhul panna 38 000 südame-veresoonkonna haigestumise juhtu aastas ebatervisliku toitumise arvele.¹⁷
- II.4. Seega on ülekaalususe ja rasvumisega võitlemine oluline mitte üksnes rahvatervise seisukohalt, vaid vähendab pikemas plaanis ka tervishoiukulutusi ning stabiliseerib majandust, kuna võimaldab inimestel säilitada töövõime kõrge vanaduseni. Käesoleva rohelise raamatu ülesanne on teha kindlaks, kas ühenduse meetmed, täiendades liikmesriikide meetmeid, võivad aidata vähendada ohte tervisele, piirata tervishoiukulutusi ja tõsta liikmesriikide majanduse konkurentsivõimet.

III. KONSULTATSIOONIMENETLUS

- III.1. Nagu on öeldud teatises „Kodanike parem tervis ning suurem turvalisus ja usaldus: tervise ja tarbijakaitse strateegia”,¹⁸ valmistab komisjon ette ühenduse strateegiat kõige olulisemate tervist mõjutavate tegurite, sealhulgas toitumise ja rasvumise valdkonnas. Selles kontekstis soovitakse käesoleva rohelise raamatuga avada ELi institutsioonide, liikmesriikide ja kodanikuühiskonna laialdane nõupidamine ning käivitada süvaarutelu,

et teha kindlaks, kuidas saaks ühendus aidata kaasa tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamisele.

- III.2. Komisjon palub kõigil huvitatud organisatsioonidel saata vastused rohelises raamatus tõstatatud küsimustele hiljemalt 2006. aasta 15. märtsiks järgmisel aadressil (eelistatult e-postiga):

European Commission

Directorate-General Health and Consumer Protection

Unit C4 – Health Determinants

E-post: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int

Postiaadress: L-2920 Luxembourg

Faks: (+ 352) 4301.34975

Vastused ei peaks olema teaduslikud uurimused, vaid konkreetsed ja tõenditel põhinevad ettepanekud peamiselt ELi tasandi poliitika kujundamiseks. Eriti oodatakse vastukajasid ettevõtjatelt neile huvi pakkuvates valdkondades (nt reklaam ja turundus, toodete märgistamine...), patsiendiühingutelt ning tervishoiu ja tarbijakaitsega tegelevatelt valitsusvälistelt organisatsioonidelt.

- III.3. Kui vastajad seda ei keela, siis eeldavad komisjoni talitused, et vastuseid või nende osi tohib avaldada komisjoni veebilehel ja/või tsiteerida arutelu tulemusi analüüsivates aruannetes.¹⁹
- III.4. Arvestades, et ebatervislike toitumisharjumuste ja vähese kehalise aktiivsusega seotud haigusi põhjustab hulk tegureid ja et nendega võitlemiseks on vaja paljude huvirühmade ühist tegutsemist, käsitleb käesolev roheline raamat teemasid, mis kuuluvad peamiselt ELi liikmesriikide pädevusalasse (näiteks haridus, linnaplaneerimine); see peaks aitama kindlaks määrata, kas EL saaks sellegipoolest pakkuda lisaväärtust, näiteks, toetades huvirühmade võrgustike loomist ja levitades head tava.

IV. ÜHENDUSE TASANDI STRUKTUURID JA VAHENDID

IV.1. Tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervishoiu Euroopa tegevusprogramm

- IV.1.1. Ühise foorumi loomiseks algatati 2005. aasta märtsis tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervishoiu Euroopa tegevusprogramm. See ühendab kõiki Euroopa tasandil tegutsevaid pooli, kes soovivad võtta siduvaid ja kontrollitavalt täidetavaid kohustusi praeguse ülekaalulisuse ja rasvumise leviku tendentsi peatamiseks ja ümberpööramiseks. Tegevusprogrammi eesmärk on toetada ärisektori, kodanikuühiskonna ja avaliku sektori vabatahtlikke meetmeid kõikjal ELis. Tegevusprogrammis osalevad tähtsamate toiduainetööstuse, jaekaubanduse, toitlustuse ja reklaamiala ettevõtete esindajad ning tarbijakaitseorganisatsioonide ja terviseprobleemidega tegelevate valitsusväliste organisatsioonide esindajad ELi tasandil.
- IV.1.2. Tegevusprogramm peab olema ühiskonna eri osade koordineeritud, kuid autonoomse tegevuse eeskujuks. See peaks kaasa aitama muudele algatustele riigi, piirkonna või kohalikul tasandil ning tegema koostööd sarnaste riigi tasandi foorumitega. Samas saab

selle tegevusprogrammi kaudu kaasa aidata rasvumise vastu suunatud jõupingutuste põimimisele ELi eri poliitikakavadesse. Komisjon hindab seda tegevusprogrammi väga kõrgelt kui õigusmeetmeid täiendavat väärtuslikku vahendit, kuna see aitab luua usaldust tähtsamate huvirühmade vahel. Tegevusprogrammi esimesed tulemused on paljutootavad: aktiivselt on kaasatud teisi ühenduse poliitikaid, platvormi liikmed kavandavad aastaks 2006 olulisi ülesandeid ning ühiskoosolek USA huvigruppidega aitab vahetada vastastikku kasulikke kogemusi. Lisaks on saavutatud kokkulepe, et spordiministrid toetavad seda tegevusprogrammi. Tegevusprogrammi tulemusi hakatakse esimest korda hindama 2006. aasta keskel.²⁰

IV.2. Tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse Euroopa võrgustik

IV.2.1. 2003. aastal asutasid komisjoni talitused tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse Euroopa võrgustiku, mis koosneb liikmesriikide, Maailma Terviseorganisatsiooni ja terviseprobleemidega tegelevate valitsusväliste organisatsioonide nimetatud ekspertidest ja aitab komisjonil kujundada ühenduse meetmeid toitumise parandamiseks, toitumisega seotud haiguste leviku piiramiseks ja vältimiseks, kehalise aktiivsuse edendamiseks ning ülekaalulisuse ja rasvumisega võitlemiseks. See võrgustik osaleb käesoleva rohelise raamatu tagasiside analüüsimises.

IV.3. Tervishoiuküsimused ELi eri poliitikavaldkondades

IV.3.1. Ülekaalulisuse ja rasvumise vältimine eeldab mitmekülgeid terviseedendusmeetmeid, tervislike eluviiside levitamisest sotsiaalse ja majandusliku ebavõrdsuse vähendamise ning füüsilise keskkonna tervendamiseni, ja soovi kaitsta tervist ka ühenduse muude poliitikavaldkondade kaudu. Selline lähenemisviis peab hõlmama paljusid ühenduse poliitikavaldkondi (näiteks põllumajandus-, kalandus-, haridus-, spordi-, tarbijakaitse-, ettevõtlus-, teadus-, sotsiaal-, siseturu-, keskkonna- ja audiovisuaalpoliitikat) ning saama neilt aktiivset toetust.

IV.3.2. Komisjoni tasandil on nüüdseks rakendatud mitu mehhanismi, mille kaudu tagatakse tervishoiuküsimuste arvestamine teistes ühenduse poliitikavaldkondades:

- komisjoni talituste tähtsamaid poliitikaettepanekuid arutatakse tavapäraselt tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraadiga;
- talitustevaheline tervisegrupp arutab tervisega seotud küsimusi komisjoni kõigi asjaomaste talitustega;
- komisjoni mõjuhindamismenetlus, mida kasutatakse poliitikameetmete väljatöötamise kvaliteedi ja sidususe parandamise vahendina, hõlmab ka tervisemõjude hindamist.

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Millise konkreetse panuse saaksid ühenduse poliitikameetmed anda tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamisse ning sellise keskkonna kujundamisse, kus oleks lihtne teha tervislikke valikuid?
- Millised meetmed aitaksid tõsta puu- ja köögiviljade populaarsust, parandada nende kättesaadavust ning muuta neid taskukohasemaks?
- Milliseid toitumise, kehalise aktiivsuse, asjaomaste terviserikete analüüsi vahendite arendamise ja tarbijakäitumisega seotud valdkondi oleks vaja teaduslikult rohkem uurida?

IV.4. Rahvatervise tegevusprogramm

- IV.4.1. Toitumise, kehalise aktiivsuse ja rasvumise olulisus kajastub rahvatervise tegevusprogrammis²¹ ja selle iga-aastastes tegevuskavades. Terviseeteabele pühendatud osas toetab programm usaldusväärsemate andmete kogumist rasvumise epidemioloogia ja käitumisprobleemide kohta.²² Programm kehtestab võrdlemist võimaldavad indikaatorid tervises seisundi, sealhulgas toitumise, kehalise aktiivsuse ja rasvumise hindamiseks.
- IV.4.2. Programmi tervisetegurite osas toetatakse üleeuroopalisi projekte, mis edendavad tervislikke toitumisharjumusi ja kehalist aktiivsust, sealhulgas eri valdkondi hõlmavaid ja jõupingutusi koondavaid lähenemisviise elulaadide mitmekülgsel käsitlemisele, keskkonnavalaste ja sotsiaal-majanduslike küsimuste seostamisele, mis keskenduvad tähtsaimatele sihtrühmadele ja elutingimustele ning seostavad eri tervisetegureid käsitlevaid töid.²³
- IV.4.3. Komisjoni ettepanekus uue tervise- ja tarbijakaitseprogrammi vastuvõtmiseks²⁴ keskendutakse edendamise- ja ennetamistööle, sealhulgas toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamisele, ning uue tegevussuunana nähakse ette teatavate haiguste ennetamine.

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Kuidas parandada rasvumist käsitlevate andmete kättesaadavust ja võrreldavust, arvestades eriti selle tõve täpse geograafilise ja sotsiaal-majandusliku leviku kindlaksmääramise vajadust?
- Kuidas võiks programm tõsta otsustajate, terviseala spetsialistide, meedia ja laia avalikkuse teadlikkust sellest, kui tugevasti aitavad tervislikud toitumisharjumused ja kehaline aktiivsus vähendada krooniliste haiguste ohtu?
- Millised kanalid sobivad kõige paremini olemasolevate teadmiste levitamiseks?

IV.5. Euroopa Toiduohutusamet (EFSA)

- IV.5.1. Euroopa Toiduohutusamet saab anda suure panuse, toetades teadusliku nõu ja abiga soovitatavaid toitumisealaseid meetmeid (näiteks toitainete soovitatavate tarbimisharjumuste propageerimine või strateegiad toitumise ja tervise seost käsitleva teabe edastamiseks tervisespetsialistidele, toiduainetööstuse ettevõtjatele ja avalikkusele) (vt jagu V.9: Euroopa Toiduohutusameti osa toitudel põhinevate toitumisjuhiste väljatöötamisel).

V. TEGEVUSVALDKONNAD

V.1. Tarbijateavituse, reklaami ja turunduse

- V.1.1. Tarbijapoliitika eesmärgiks on anda inimestele oskus teha teadlikke otsustusi oma toitumise kohta. Toiduainete toitainesisaldust käsitleva teabe jagamine on selle oluline osa. Selge, loogiline teave toidu toitainesisalduse kohta võib koos asjaomase tarbijaharidusega olla aluseks toidu teadlikule valimisele. Sel eesmärgil on komisjon esitanud määruse eelnõu, milles käsitletakse tervisenõuetest lähtuvate

toitumissoovituste harmoneerimist.²⁵ See hõlmab põhimõtet, et määratletakse toitainesisalduse profiilid, et rohkesti teatud toitaineid (nagu sool, rasv, küllastunud rasvad ja suhkrud) sisaldava toidu kohta ei saaks väita, et sel on kõrge toiteväärtus või et see on tervislik. Komisjon kaalub ka muudatusi praegu kehtivates eeskirjades toitainesisalduse näitamise kohta toote etiketil.

- V.1.2. Reklaami ja turunduse puhul tuleb tagada, et tarbijat ei eksitataks, ja et ei kasutataks ära ohustatumate tarbijate, eelkõige laste kergeusklikkust ja meediaalase kirjaoskuse puudumist. Eriti puudutab see suure rasva-, soola- ja suhkrusisaldusega toitude, näiteks suure energiasisaldusega suupistete ja suhkruga maitsestatud karastusjookide reklaamimist ja müümist koolides.²⁶ Sobivaim vahend selles valdkonnas oleks tootjate eneseregulatsioon, kuna see on eeskirjadest kiirem ja paindlikum. Kuid kui eneseregulatsioon ei anna rahuldavaid tulemusi, siis tuleb kaaluda teisi võimalusi.

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Milliseid toitaineid ja tootekategooriaid peaks käsitlema tarbijale antav teave toitumise kohta ja miks?
- Millist ettevalmistust oleks tarvis, et tarbijad täielikult mõistaksid toiduainete etikettidel olevat teavet ja kes peaks tarbijaid harima?
- Kas vabatahtlikest reeglitest (eneseregulatsioonist) piisab, et piirata suure energiasisalduse ja mikrotoitainevaeste toitude reklaamimist ja müüki? Milliseid teisi võimalusi tuleks kaaluda, kui eneseregulatsioon ei toimi?
- Kuidas määratleda, saavutada ja jälgida eneseregulatsiooni tõhusust? Milliste meetmetega tagada, et reklaamis, turunduses ja tooteedenduses ei kasutataks ära ohustatumate tarbijate kergeusklikkust ja meediaalase kirjaoskuse puudumist?

V.2. Tarbija harimine

- V.2.1. Mis tahes riiklik või ühenduse toitumispoliitika saab olla edukas vaid siis, kui parandatakse inimeste teadmisi toitumise ja tervise seosest, energia saamisest ja kasutamisest, krooniliste haiguste ohtu vähendavast toidust ja tervislikust toidust. Tuleb välja töötada omavahel kooskõlas olevad ja seostatud lihtsad ja selged sõnumid ning levitada neid läbi paljude kanalite, arvestades kohalikku kultuuri, tarbijate vanust ja sugu. Tarbija harimine aitab saavutada ka meediaalast kirjaoskust ning lubab tarbijatel paremini aru saada toitainesisaldust käsitlevast teabest etikettidel.

Komisjon ootab parima tava kindlaksmääramiseks ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Kuidas kõige paremini aidata tarbijatel teha teadlikke valikuid ja saavutada meetmetega tulemusi?
- Kuidas saab avaliku ja erasektori partnerlus aidata kaasa tarbijate harimisele?
- Millised on peamised sõnumid toitumise ja kehalise aktiivsuse kohta ning kes ja kuidas peaks need tarbijateni viima?

V.3. Peatähelepanu lastele ja noortele

- V.3.1. Lapsepõlves ja nooruses tehakse olulised eluviisi valikud, mis määravad täiskasvanueas tervist ähvardavad ohud. Seetõttu on oluline suunata lapsi tervisliku käitumise poole. Terviseedenduse seisukohalt väga tähtsaks paigaks on kool, kus saab panna aluse laste terviseteadlikkusele ja aidata tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse propageerimisega kaasa nende tervise kaitsmisele. Üha rohkem on tõendeid, et tervislik toit parandab ka keskendumis- ja õppimisvõimet. Lisaks saab kool innustada lapsi iga päev tegelema kehakultuuriga.²⁷ Tuleb kaaluda asjaomaste meetmete võtmist vajalikul tasandil.
- V.3.2. Vältimaks vastukäivate sõnumite edastamist lastele, peavad vanemate ja kooli tervisehariduslikke püüdeid toetama meediakanalid, tervishoiuasutused, ühiskondlikud organisatsioonid ja asjaomased tööstusharud (positiivsed eeskujud...) (vt jagu V.1 lastele suunatud turundus).

Komisjon ootab parima tava kindlaksmääramiseks ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Milliseid häid näiteid oskate tuua koolitoidu toiteväärtuse parandamise kohta ja kuidas teavitada vanemaid võimalustest kodutoidu toiteväärtuse parandamiseks?
- Kuidas panna koolis õpilasi regulaarselt tegelema kehakultuuriga?
- Kuidas edukalt propageerida koolis tervislikku toitumist; kuidas saavutada, et õpilased ei liialdaks energiarikaste suupistete ja palju suhkrut sisaldavate karastusjookide tarbimisega?
- Kuidas saavad meediakanalid, tervishoiuasutused, ühiskondlikud organisatsioonid ja asjaomased tööstusharud toetada kooli püüdlusi tervisehariduse andmisel? Milline osa võiks selles olla avaliku ja erasektori partnerlusel?

V.4. Toidu kättesaadavus, kehaline aktiivsus ja terviseharidus töökohal

- V.4.1. Töökohtadel on suuri võimalusi tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse propageerimiseks. Asutused ja ettevõtted saavad palju kaasa aidata terviseedendusele töökohal sellega, et nende einelauad pakuvad tervislikku toiduvalikut ja neis on loodud kehalist aktiivsust soodustav keskkond (on olemas näiteks dušš ja riietusruumid).

Komisjon ootab parima tava kindlaksmääramiseks ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Kuidas saaks tööandja edukalt pakkuda tervislikku toiduvalikut töökoha söögikohas ning parandada toitade toiteväärtust?
- Milliste vahenditega soodustada ja hõlbustada tegelemist kehakultuuriga töövaheaegadel ning teel tööle ja koju?

V.5. Tervishoiuasutuste kaasamine ülekaalulisuse ja rasvumise ennetamisse ning ravisse

- V.5.1. Tervishoiuasutustel ja -spetsialistidel on palju võimalusi parandada patsiendi arusaamist toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervise seostest ning mõjutada teda muutma

oma eluviisi. Patsiendile oleks tähtsaks stiimuliks selliste muudatuste tegemisel see, kui arstidel oleks tavaks anda patsiendiga kohtumisel talle ja ta perele praktilist nõu optimaalse toitumise ja suurema kehalise aktiivsuse kasulikkuse kohta. Käsitleda tuleb ka võimalusi rasvumise raviks.²⁸

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Milliseid meetmeid ja millisel tasandil on vaja, et tagada tervishoiuasutuste ulatuslikum kaasamine tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamisse?

V.6. Võitlus rasvumist soodustavate keskkonnateguritega

- V.6.1. Kehalist tegevust saab lülitada igapäevaellu (näiteks kooli või tööle minek ja sealt tulek mitte bussiga, vaid jalgsi või jalgrattaga). Liikluskorralduse ja linnaplaneerimise poliitikaga võib tagada, et kõndimist, jalgrattasõitu ja muud kehalist liikumist harrastada ning motoriseerimata liikumisviise proovida saab lihtsalt ja turvaliselt. Kooli viivate ohutute ratta- ja kõnniteede ehitamine oleks üks võimalus võitluseks erilist muret tekitava tendentsiga – ülekaalulisuse ja rasvumise alguse nihkumisega lapseikka.

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Kuidas halduspoliitika saab aidata tagada, et kehaline aktiivsus lülitataks igapäevaellu korraldusse?
- Milliseid meetmeid on vaja kehalist aktiivsust soodustava keskkonna kujundamiseks?

V.7. Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus

- V.7.1. Toidu valikut mõjutavad nii isiklikud eelistused kui ka sotsiaal-majanduslikud tegurid.²⁹ Sotsiaalne seisund, sissetulek ja haridus on peamised tegurid, mis määravad toiduvaliku ja kehalise aktiivsuse. Keskkond võib pärssida kehalist aktiivsust, kui seal napib vaba aja veetmise võimalusi, ja see mõjutab väiksema sissetulekuga inimesi tugevamini kui neid, kes võivad endale lubada transpordi kasutamist. Madalam haridustase ja piiratum juurdepääs vajalikule teabele vähendab teadliku valiku võimalusi.

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Millised meetmed ja millisel tasandil soodustaksid tervislikku toitumist ja kehalist aktiivsust teatavasse sotsiaal-majanduslikku kategooriasse kuuluvate elanikerühmade hulgas ja võimaldaksid neil üle minna tervislikumale eluviisile?
- Kuidas võidelda teatavates sotsiaal-majanduslikes rühmades sageli täheldatava erinevate ebatervislike harjumuste kuhjumisega?

V.8. Kompleksne ja laiahaardeline lähenemine tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamisele

- V.8.1. Kompleksne ja laiahaardeline lähenemine tervislike valikute muutmisele kättesaadavaks, soodsaks ja ahvatlevaks tähendab toitumise ja kehalise aktiivsuse

küsimuste arvestamist kõikides asjaomastes poliitikasuundades nii kohalikul, piirkonna, riigi kui ka Euroopa tasandil; vajaliku toetava keskkonna kujundamist ning sobivate analüüsivahendite väljatöötamist ja rakendamist, et hinnata teiste poliitikameetmete mõju tervislikule toitumisele ja kehalisele aktiivsusele.³⁰

- V.8.2. Toitumise ja kehalise aktiivsusega seotud püsivad tingimused võivad meeste ja naiste, vanuserühmade ja sotsiaal-majanduslike kihtide puhul olla suuresti erinevad. Lisaks sellele sõltuvad toitumisharjumused ja kehaline aktiivsus sageli kohalikest ja piirkonna traditsioonidest. Seetõttu peab tervisliku toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamisel tähele panema soolisi, sotsiaal-majanduslikke ja kultuurierinevusi ning arvestama, et harjumused tuleb kujundada kogu eluks.

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Mis on komplekssel ja laiahaardelisel lähenemisel tervisliku toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamisele kõige olulisem?
- Milline peaks olema riigi osa ja millised peaksid olema ühenduse ülesanded?

- V.9. Soovitused teadlikuks toitumiseks ja toitudel põhinevate toitumisjuhiste väljatöötamiseks

- V.9.1 WHO/FAO aruanne³¹ annab üldised juhised sihtide seadmiseks elanikkonna toitainetarbimisele ja kehalisele aktiivsusele, et ära hoida tähtsamaid mittenakkavaid haigusi.

- V.9.2. Eurotoitumise (*Eurodiet*) projektis³² on esitatud kvantitatiivsed eesmärgid elanike toitainetarbimise kohta ja rõhutatud vajadust teisendada need toitudel põhinevateks toitumisalasteks juhisteks (*food-based dietary guidelines* – FBDG). Juhised peaksid põhinema tavalistel toitumisviisidel ja võtma arvesse sotsiaal-majanduslikke ja kultuurilisi tegureid.

- V.9.3. Komisjon on palunud Euroopa Toiduohutusametil uuendada soovitusi energia, makrotoitainete ja kiudaine kohta. Euroopa Toiduohutusamet annab selle põhjal soovitusi ka mikrotoitainete ja vajaduse korral ka muude oluliste ainete kohta, mida tasakaalustatud toitumisega seoses tuleb arvestada toitainetena või millel on füsioloogiline mõju. Peale selle annab Euroopa Toiduohutusamet nõu, kuidas teisendada toitainetel põhinevaid toitumissoovitusi juhisteks eri toitude osa kohta üldises toiduvalikus, mis aitaksid säilitada head tervist optimaalse toitumise abil.

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Kuidas saaks eri piirkondade ja riikide toitumistavasid ning sotsiaalseid ja kultuurierinevusi võtta arvesse üleeuroopalistes toitudel põhinevates toitumisjuhistes?
- Kuidas viia tegelikud tarbimismallid kooskõlla soovitatavate toitainetarbimise eesmärkidega?
- Kuidas viia toitumisjuhised tarbijateni?
- Kuidas toitaine profiili arvutamise meetodid, mis töötati hiljuti välja Suurbritannias,³³ võiksid sellele kaasa aidata?

V.10. Koostöö Euroopa Liitu mittekuuluvate riikidega

- V.10.1. Maailmas arutatakse praegu Codex Alimentarius'e³⁴ ülemaailmset kaasamist toitumisvaldkonda. Kooskõlas Maailma Terviseorganisatsiooni toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervise ülemaailmse strateegiaga toetab EL seisukohta, et on õige kaaluda, kuidas seostada toitumisküsimused Codex'i tööga, säilitades samas Codex'i praeguse mandaadi.
- V.10.2. ELi reguleerivad asutused ja huvirühmad peaksid toitumise, toiduvaliku ja kehalise aktiivsuse alal tegema tihedat koostööd reguleerivate asutuste ja huvirühmadega teistes maades, kus on probleemiks ülekaalulisuse ja rasvumise leviku laienemine.³⁵

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Millistel tingimustel peaks ühendus osalema ELi liikmesriikide ja teiste riikide vahelises kogemuste vahetamises ja hea tava kindlaksmääramises? Kui ühendus osaleb, siis milliste vahenditega?

V.11. Muud küsimused

Komisjon ootab ettepanekuid järgmiste küsimuste kohta:

- Kas on küsimusi, mida käesolevas rohelises raamatus ei käsitleta, kuid mida toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervise edendamise Euroopa mõõtmel vaatlemisel peaks käsitlema?
- Milline käesolevas rohelises raamatus käsitletud küsimustest peaks olema esmatähtis ja milliseid võib lugeda vähem kiireloomulisteks?

VI. EDASISED SAMMUD

- VI.1. Komisjoni talitused analüüsivad tähelepanelikult kõiki vastukajasid, mis saadakse käesoleva rohelise raamatuga algatatud arutelu käigus. Eeldatavasti avaldatakse vastukajasid kokkuvõttev aruanne komisjoni veebilehel 2006. aasta juuniks.
- VI.2. Käesoleva nõupidamise tulemuste alusel kaalub komisjon kõige sobivamat edasimineketeeid ja vaatleb kõiki meetmeid, mille rakendamiseks ta võib vajaduse korral teha ettepaneku, ning ka vahendeid nende elluviimiseks. Sõltuvalt valitava meetme laadist viiakse vajaduse korral läbi meetme mõju hindamine.

ANNEX 1

Figures

and Tables

Table 1 Prevalence estimates of diabetes mellitus		
	estimate 2003	estimate 2025
Country	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7
<i>source: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003</i>		

Fig. 2: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region)
(source: World Health Report 2002)

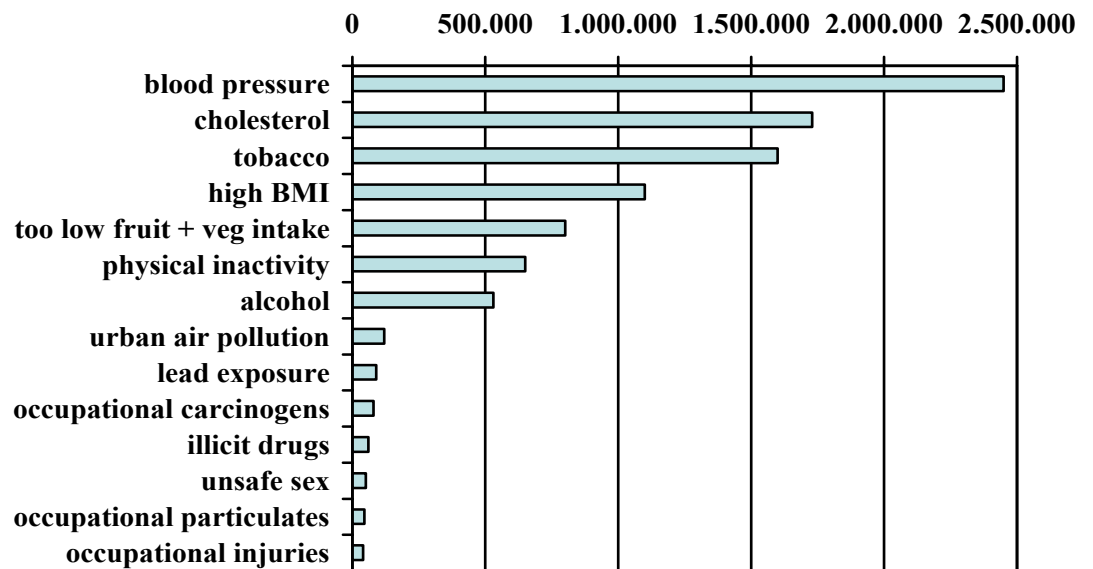


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI≥30	%Combined BMI ≥25	%BMI 25-29.9	%BMI ≥30	%Combined BMI≥25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England ²	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia (<i>self reported</i>)	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France (<i>self reported</i>)	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy (<i>self reported</i>)	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

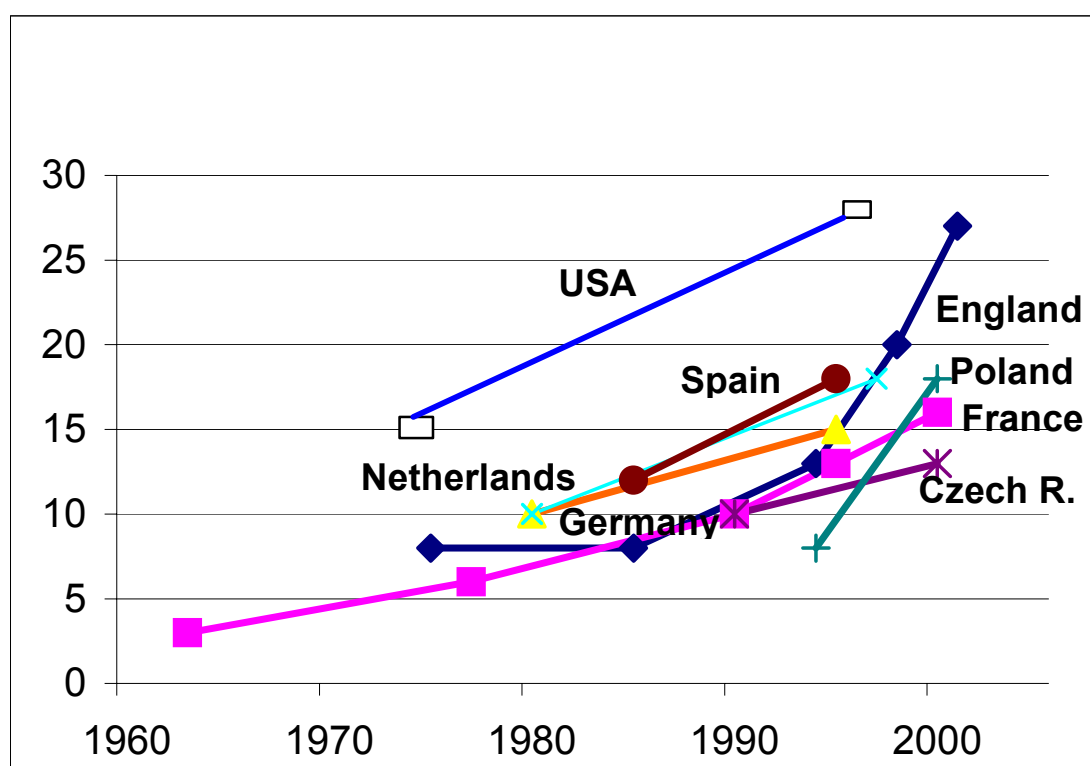
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

² Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland

Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis³⁶.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)³⁷.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries³⁸, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers³⁹.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation⁴⁰ concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*⁴¹ describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors, apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of

physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI⁴² >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women⁴³. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴⁴ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁵ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁶. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %⁴⁷.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children⁴⁸. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases⁴⁹.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists⁵⁰ estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity⁵¹.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management⁵².
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵³ showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines⁵⁴. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004⁵⁵ as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it⁵⁶ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEX 3 – References

- 1 Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 2 Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the European Communities C 20/1 of 23.1.2001
- 3 Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 4 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 5 actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- 6 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 7 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 8 Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil society partners, SOC/201, September 2005
http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN
- 9 Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain (<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in November 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Germany established a national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 10 Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- 11 National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*.
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- 12 Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 13 Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- 14 Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- 15 Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries, SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004
- 16 Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>
- 17 The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following address:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

Further information on the work of the Platform is available at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm

More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.

i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]

Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe*, 2002 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf)

http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003

cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003
<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>

cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance"
<http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>

these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten), physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle modifications and under regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount of food that can be eaten)

Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96, 2004

Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning, and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)

Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* The recommendations include: Achieve energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span; Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts; Reduce the intake of "free" sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that salt is iodized.

EURODIET core report, *op. cit.*
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)

cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children's diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; October 2004
<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>

The Codex Alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation (FAO) and the World Health Organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade,

and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and non-governmental organizations. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

35 In this context, the scope for more proactive EU-US cooperation will be examined, and a major review of best practices in EU and US will be organised early 2006 with relevant US administration counterparts. Also, the broad regulatory EU-US dialogue which has started in this field will be intensified. Moreover, a plenary meeting of the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health will be convened together with representatives of the US Administration, the American food industry and consumer organisations.

36 cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)

37 cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation, 2004

38 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

39 Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

40 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

41 World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

42 BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

43 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

44 The European Health Report, World Health Organisation, 2002

45 Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

46 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

47 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted from: Suhrcke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union, http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf

48 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

50 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651

51 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme: <http://www.eurodiabetesity.org/>

52 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European Opinion Research Group (EEIG. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf)

54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002

55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

56 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*