



KOMISIJA EVROPSKIH SKUPNOSTI

Bruselj, 08.12.2005
KOM(2005) 637 končno

ZELENA KNJIGA

„Spodbujanje zdrave prehrane in telesne dejavnosti: evropska razsežnost za preprečevanje prekomerne teže, debelosti in kroničnih bolezni“

VSEBINA

| | | |
|------------|--|----|
| I. | Stanje na evropski ravni | 3 |
| II. | Zdravje in blaginja | 4 |
| III. | Posvetovalni postopek..... | 4 |
| IV. | Struktura in orodja na ravni Skupnosti | 5 |
| IV.1. | Evropska platforma za ukrepanje pri prehrani, telesni dejavnosti in zdravju | 5 |
| IV.2. | Evropska mreža za prehrano in telesno dejavnost | 6 |
| IV.3. | Zdravje v politikah EU..... | 7 |
| IV.4. | Akcijski program za javno zdravje | 8 |
| IV.5. | Evropska agencija za varnost hrane (EFSA)..... | 8 |
| V. | Področja ukrepanja..... | 8 |
| V.1. | Obveščanje potrošnikov, oglaševanje in trženje | 8 |
| V.2. | Izobraževanje potrošnikov | 9 |
| V.3. | Poudarek na otrocih in mladostnikih..... | 9 |
| V.4. | Razpoložljivost hrane, telesne dejavnosti in zdravstvene vzgoje na delovnem mestu | 10 |
| V.5. | Vključitev preprečevanja in obravnave prekomerne teže ter debelosti v zdravstvene storitve..... | 10 |
| V.6. | Okolje, ki spodbuja debelost..... | 11 |
| V.7. | Socialno-ekonomske neenakosti | 11 |
| V.8. | Pospeševanje skladnega in celovitega pristopa za spodbujanje zdrave prehrane in telesne dejavnosti | 11 |
| V.9. | Priporočila za vnos hranil in razvoj prehrabnenih smernic na osnovi živil..... | 12 |
| V.10. | Sodelovanje preko meja Evropske unije..... | 12 |
| V.11. | Druga vprašanja | 12 |
| VI. | Naslednji koraki | 12 |
| Priloga 1: | Številke in tabele | 13 |
| Priloga 2: | Odnos / razmerje med prehrano, telesno dejavnostjo in zdravjem..... | 17 |
| Priloga 3 | | 20 |

ZELENA KNJIGA

„Spodbujanje zdrave prehrane in telesne dejavnosti: evropska razsežnost za preprečevanje prekomerne teže, debelosti in kroničnih bolezni“

I. STANJE NA EVROPSKI RAVNI

- I.1. Nezdrava prehrana in pomanjkanje telesne dejavnosti sta glavna vzroka za bolezni, ki sem jim da izogniti, in prezgodnje smrti v Evropi; naraščanje pojavnosti debelosti v Evropi je največja skrb javnega zdravstva (*glej Prilogo 2 za osnovne informacije*).
- I.2. Svet je povabil Komisijo, da prispeva k spodbujanju zdravega načina življenja¹⁽ⁱ⁾ in da prouči načine spodbujanja boljšega prehranjevanja v Evropski uniji, po potrebi s predstavitvijo ustreznih predlogov². Svet je tudi pozval države članice in Komisijo, da zasnujejo in izvedejo pobude, ki so namenjene spodbujanju zdrave prehrane in telesnih dejavnosti³.
- I.3. Skupnost ima na tem področju jasno pristojnost. Člen 152 Pogodbe zahteva, da se pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in ukrepov Skupnosti zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi. Številna področja politike Skupnosti so pomembna za prehranjevanje ter telesno dejavnost in Svet je potrdil potrebo po vključitvi prehranjevanja in telesne dejavnosti v ustrezne politike na evropski ravni⁴.
- I.4. Ukrep na nacionalni ravni se lahko uspešno dopolnjuje na ravni Skupnosti. Ukrep Skupnosti lahko izkorišča sinergije in ekonomijo obsega, pospeši vseevropski ukrep, združi vire, širi najboljše prakse in s tem prispeva k celotnemu učinku pobud držav članic brez omejevanja obsega ukrepov, ki jih želijo vpeljati države članice.
- I.5. Svet je poudaril, da ima epidemija debelosti več vzrokov in zahteva pristope več interesnih skupin⁵ – za katere je Evropska platforma za ukrepanje pri prehrani, telesni dejavnosti in zdravju (*glej oddelek IV.I*) odličen primer – in ukrepe na lokalnih, regionalnih, nacionalnih in evropskih ravneh⁶. Svet je tudi pozdravil namen Komisije, da predstavi Zeleno knjigo in v letu 2006 rezultate javnega posvetovanja, začetega z Zeleno knjigo⁷.
- I.6. Evropski ekonomsko-socialni odbor je poudaril, da lahko ukrepi na ravni Skupnosti okrepijo učinek pobud, ki so jih sprejeli nacionalni organi, zasebni sektor in NVO⁸.
- I.7. Številne države članice so že sprejele nacionalne strategije ali akcijske načrte na področju prehrane, telesne dejavnosti in zdravja⁹. Ukrep Skupnosti lahko podpira in dopolnjuje te ukrepe, spodbuja njihovo usklajevanje in pomaga opredeliti in širiti dobre prakse, da lahko s pridobljenimi izkušnjami koristi drugim državam.

⁽ⁱ⁾ Sklicevanja so zbrana v Prilogi 3 na koncu dokumenta

II. ZDRAVJE IN BLAGINJA

- II.1. Gospodarske posledice naraščajoče pojavnosti debelosti so poleg posledic, ki jih utrpijo ljudje, posebno pomembne. Po ocenah predstavlja debelost do 7 % stroškov zdravstvene oskrbe¹⁰ in ta znesek se bo po rastočih trendih debelosti še nadalje višal. Čeprav natančnih podatkov za vse države EU ni na voljo, študije poudarjajo visoke gospodarske stroške debelosti. Poročilo, ki ga je leta 2001 pripravil državni urad za revizijo Združenega kraljestva, ocenjuje, da je debelost sama v Angliji prispevala 18 milijonov dni bolniške odsotnosti z dela in 30 000 prezgodnjih smrti, kar ustreza letnim stroškom za neposredno zdravstveno oskrbo v višini najmanj 500 milijonov GBP. Večji stroški za gospodarstvo, ki vključujejo nižjo produktivnost in izgubljeni donos, so bili ocenjeni na nadaljnji 2 milijardi letno¹¹. Poročilo vodje zdravstvene službe Združenega kraljestva iz leta 2004 o vplivu telesne dejavnosti in njenem odnosu do zdravja ocenjuje stroške telesne nedejavnosti na 8,2 milijarde GBP letno (ti vključujejo stroške zdravstvene oskrbe in večje stroške za gospodarstvo, kot npr. dnevi odsotnosti z dela).¹² Na Irskem se za leto 2002 neposredni stroški za zdravljenje debelosti ocenjujejo na 70 milijonov EUR.¹³ Za ZDA je CDC ocenil, da znašajo stroški varovanja zdravja, ki se lahko pripišejo debelosti, 75 milijard USD¹⁴. Na ravni posameznika študije ocenjujejo, da povprečna debela odrasla oseba v Združenih državah povzroči za 37 % višje stroške kot povprečna oseba z normalno težo¹⁵. Ti neposredni stroški ne zajemajo znižane produktivnosti zaradi nesposobnosti in prezgodnje smrtnosti.
- II.2. Analiza, ki jo je opravil Švedski inštitut za javno zdravje, zaključuje, da je v EU 4,5 % let življenja, ki so izključena zaradi nezmožnosti (disability-adjusted lifeyears (DALYs)), izgubljenih zaradi slabe prehrane, z dodatnimi 3,7 in 1,4 % zaradi debelosti in telesne nedejavnosti - skupno 9,6 % v primerjavi z 9 % zaradi kajenja¹⁶.
- II.3. Nedavno poročilo nizozemskega inštituta za javno zdravstvo in okolje, RIVM, je proučevalo neugodno sestavo dnevnih obrokov hrane in pešanje zdravja. Eden od zaključkov je, da prekomeren vnos „napačnih“ vrst maščob, kot so nasičene in trans maščobne kisline, povečuje verjetnost razvoja bolezni srca in ožilja za 25 %, medtem ko uživanje rib enkrat ali dvakrat tedensko zmanjšuje tveganje za 25 %. Na Nizozemskem se letno 38 000 primerov bolezni srca in ožilja pri odraslih, starih 20 let ali več, lahko pripiše neugodni sestavi prehrane¹⁷.
- II.4. Spopadanje s prekomerno težo in debelostjo zato ni pomembno le v javnem zdravstvu, ampak bo tudi zmanjšalo dolgoročne stroške zdravstvenih služb in utrdilo gospodarstvo s tem, da bo omogočilo državljanom živeti produktivna življenja daleč v starostno dobo. Zelena knjiga bo služila za ugotavljanje, ali z dopolnjevanjem dejavnosti držav članic lahko ukrep na ravni Skupnosti prispeva k zmanjševanju tveganja za zdravje ljudi, obvladovanju stroškov za zdravstveno oskrbo in izboljšanju konkurenčnosti gospodarstev držav članic.

III. POSVETOVALNI POSTOPEK

- III.1. Kot je bilo oznanjeno v Sporočilu „Bolj zdravi, varnejši, samozavestnejši državljani, strategija o zdravju in potrošnikih“¹⁸, Komisija pripravlja vrsto strategij Skupnosti za obvladovanje najpomembnejših determinant zdravja, vključno s prehrano in debelostjo. V tem smislu ima sedanja Zelena knjiga namen odpreti široko zasnovan posvetovalni

postopek in začeti temeljito razpravo, ki vključuje institucije EU, države članice in civilno družbo, o ugotavljanju možnega prispevka na ravni Skupnosti glede spodbujanja zdrave prehrane in telesne dejavnosti.

- III.2. Komisija poziva vse zainteresirane organizacije, da pošljejo odzive na zadeve iz te Zelene knjige najpozneje do 15. marca na naslednji naslov (po možnosti po e-pošti):

European Commission
Directorate-General Health and Consumer Protection
Unit C4 – Health Determinants
E-naslov: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
Poštni naslov: L-2920 Luxembourg
Telefaks: (+ 352) 4301 34975

Ti odzivi ne smejo biti znanstvene razprave, temveč konkretni predlogi na podlagi dokazov za osnovanje politike v glavnem na ravni EU. Odgovori se pričakujejo zlasti od gospodarskih subjektov o zadevah znotraj njihovih specifičnih področij v interesu (npr. oglaševanje in trženje, označevanje...), združenja bolnikov in NVO za varovanje zdravja in potrošnikov.

- III.3. Če vprašani ne bodo dali nobene izjave, bodo službe Komisije domnevale, da ne ti ne ugovarjajo objavi svojih odgovorov ali delov odgovorov na spletni strani Komisije in/ali v poročilih, ki analizirajo rezultate postopka posvetovanj¹⁹.
- III.4. Zaradi večstranskosti bolezni, ki so povezane z nezdravimi navadami prehranjevanja in telesno nedejavnostjo, in odziva več interesnih skupin, ta Zelena knjiga obravnava nekatere zadeve, ki sodijo predvsem pod pristojnost držav članic EU (npr. izobraževanje, načrtovanje mest); prav tako bi morala prispevati k odločanju, kje ima lahko EU dodano vrednost, npr. s podpiranjem mreže med interesnimi skupinami in razširjanjem dobre prakse.

IV. STRUKTURA IN ORODJA NA RAVNI SKUPNOSTI

IV.1. Evropska platforma za ukrepanje pri prehrani, telesni dejavnosti in zdravju

- IV.1.1. Marca 2005 je bila začeta Evropska platforma za ukrepanje pri prehrani, telesni dejavnosti in zdravju, da bi osnovali skupni forum za ukrepe. Ta platforma združuje vse pomembne akterje, ki so dejavni na evropski ravni in se želijo vključiti v zavezujoče in preverljive obveznosti z namenom, da bi zaustavili in obrnili trenutne trende čezmerne teže in debelosti. Cilj platforme je pospeševati prostovoljno ukrepanje s strani gospodarskega sektorja, civilne družbe in javnega sektorja v EU. Člani platforme vključujejo ključne zastopnike živilske industrije, prodaje na drobno, gostinskih storitev in oglaševalske industrije, potrošniških organizacij in zdravstvenih NVO.
- IV.1.2. Platforma mora zagotoviti usklajene, vendar avtonomne ukrepe s strani različnih družbenih skupin. Imenovana je za spodbujanje drugih pobud na nacionalni, regionalni ali lokalni ravni in sodelovanje s podobnimi forumi na nacionalni ravni. Istočasno lahko platforma oblikuje podlago za vključevanje odgovorov na izziv debelosti v široko vrsto EU politik. Komisija meni, da je platforma najbolj obetavno sredstvo

nezakonodajnega ukrepa, ker je enkratno postavljena za vzpostavljanje zaupanja med ključnimi interesnimi skupinami. Prvi rezultati platforme so spodbudni: vključevanje drugih politik Skupnosti je močno, člani platforme načrtujejo daljnosežne obveznosti za leto 2006 in skupna srečanja z zainteresiranimi skupinami Združenih držav bodo pripomogla k izmenjavi dobrih praks. Poleg tega so se ministri za šport strinjali, da bodo ponudili podporo platformi. Prvo vrednotenje rezultatov platforme bo potekalo sredi leta 2006²⁰.

IV.2. Evropska mreža za prehrano in telesno dejavnost

IV.2.1. Službe Komisije so leta 2003 vzpostavile mrežo za prehrano in telesno dejavnost, sestavljeno iz strokovnjakov, ki so jih imenovala države članice, WHO in NVO za potrošnike in zdravje, da bi svetovale Komisiji pri razvoju ukrepov Skupnosti za izboljšanje prehrane, zmanjšanje in preprečevanje bolezni na podlagi prehranjevanja, za spodbujanje telesne dejavnosti za spopad s čezmerno težo in debelostjo. Mreža bo intenzivno vključena v analiziranje povratnih informacij k sedanji Zeleni knjigi.

IV.3. Zdravje v politikah EU

IV.3.1. Preprečevanje čezmerne teže in debelosti zajema združen pristop za spodbujanje zdravja; pristop, ki združuje spodbujanje zdravih načinov življenja z ukrepi, ki imajo namen spopasti se s socialno in ekonomsko neenakostjo in fizičnim okoljem, in zavezo, da sledijo ciljem zdravja s pomočjo drugih politik Skupnosti. Takšen pristop bi moral zadevati številne politike Skupnosti (npr. kmetijsko, ribiško, izobraževalno, športno, potrošniško, podjetniško, raziskovalno, socialno, za notranji trg, okolje in avdio-vizualno politiko), ki ga morajo aktivno podpirati.

IV.3.2. Na ravni Komisije trenutno delujejo številni mehanizmi, da bi zagotovili, da se zdravje upošteva na drugih področjih politik Skupnosti:

- o glavnih političnih predlogih drugih služb Komisije se Generalni direktorat za zdravje in varstvo potrošnikov sistematično posvetuje;
- skupina služb za zdravje se posvetuje o zadevah v zvezi z zdravjem z vsemi zadevnimi službami Komisije;
- postopek presoje vpliva Komisije, ki je bil uveden kot orodje za izboljšanje kakovosti in skladnosti postopka razvoja politik, vključuje presojo vplivov na zdravje.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Kateri so konkretni prispevki, če so kateri, ki jih morajo zagotoviti politike Skupnosti za spodbujanje zdrave prehrane in telesne dejavnosti in za ustvarjanje okolja, kjer je zdrava izbira enostavna izbira?
- Katere vrste ukrepov Skupnosti ali nacionalnih ukrepov lahko prispevajo k izboljšanju privlačnosti, razpoložljivosti, dostopnosti sadja in zelenjave in preskrbo z njimi?
- Na katerih področjih v zvezi s prehrano, telesno dejavnostjo, razvojem orodij za analizo z njimi povezanimi motnjami in vedenjem potrošnikov je potrebnih več raziskav?

IV.4. Akcijski program za javno zdravje

- IV.4.1. Pomen prehrane, telesne dejavnosti in debelosti se odraža v Akcijskem programu za javno zdravje²¹ in njegovih letnih delovnih načrtih. S področjem informiranja o zdravju program podpira ukrepe, s katerimi se želi zbrati zanesljivejše podatke o epidemiologiji debelosti in o vedenjskih vprašanjih²². Program uveljavlja primerljiv niz kazalnikov zdravstvenega stanja, vključno s področjem vnosa hrane, telesne dejavnosti in debelosti.
- IV.4.2. Na področju determinant zdravja program podpira vseevropske projekte, ki imajo namen spodbujati navade zdravega prehranjevanja in telesne dejavnosti, vključno s prečnimi in integrativnimi pristopi, ki pospešujejo integracijo pristopov o načinih življenja, povezujejo okoljske in socialno-ekonomske vidike in se osredotočajo na ključne ciljne skupine ter ključno ozadje in povezave različnih determinant zdravja²³
- IV.4.3. Predlog Komisije za novi program na področju zdravja in varstva potrošnikov²⁴ se strogo osredotoča na spodbujanje in preprečevanje ter vključuje področji prehrane in telesne dejavnosti ter predvideva novi ukrep za preprečevanje nekaterih bolezni.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Kako se lahko izboljša razpoložljivost in primerljivost podatkov o debelosti, zlasti zaradi določanja natančne geografske in socialno-ekonomske porazdelitve tega stanja?
- Kako lahko program med nosilci odločanja, strokovnjaki za zdravje, mediji in širšo javnostjo prispeva k povečevanju ozaveščenosti, na kakšen način zdrave prehranjevalne navade in telesna dejavnost pomagajo za zmanjševanje tveganja kroničnih bolezni?
- Kateri so najbolj primerni kanali razširjanja za obstoječi dokaz?

IV.5. Evropska agencija za varnost hrane (EFSA)

- IV.5.1. Evropska agencija za varnost hrane lahko pomembno prispeva k podpiranju predlaganih ukrepov o prehrani (npr. s priporočenimi vnosi hranil ali s strategijo komuniciranja za strokovnjake za zdravje, subjekte za prehranjevalno verigo in splošni javnosti o vplivih prehrane na zdravje) z znanstvenim nasvetom in pomočjo (*o vplivu EFSA pri oblikovanju prehrabnih smernic na osnovi živil glej oddelek V.9 spodaj*).

V. PODROČJA UKREPANJA

V.1. Obveščanje potrošnikov, oglaševanje in trženje

- V.1.1. Potrošniška politika želi, da se ljudje dobro informirajo pri izbiri njihove prehrane. Podatki o hranilni vrednosti proizvodov so torej s tem v zvezi pomemben element. Jasni, dosledni podatki o hranilni vrednosti hrane, skupaj z ustrezno izobrazbo potrošnika, predstavljajo temelje informirane izbire prehrane. S tem ciljem je Komisija predložila predlog za uredbo o uskladitvi pravil o prehrani glede hranilnih in zdravstvenih zahtev²⁵. Ta vključuje načelo o določitvi hranilnih profilov, da bi preprečili, da bi visoka vsebnost nekaterih hranil v prehrani (kot so sol, maščoba, nasičene maščobe in sladkorji) vplivala na deklaracije o možnih hranilni vrednosti ali

zdravilnih učinkih. Komisija tudi premišljuje o spremembah sedanjih pravil o označevanju hranil.

- V.1.2. Kar zadeva oglaševanje in trženje je treba zagotoviti, da se potrošnikov ne zavaja in zlasti, da se ne izkorišča lahkovernosti in pomanjkanja medijskega opismenjevanja ranljivih potrošnikov in zlasti otrok. To se nanaša zlasti na oglaševanje hrane, ki vsebuje veliko maščob, soli in sladkorjev, kot npr. zalogaji z veliko energije in s sladkorjem slajene brezalkoholne pijače ter trženje takih proizvodov v šolah²⁶. Samoregulacija industrije je lahko sredstvo izbire na tem področju, ker predstavlja številne prednosti z regulacijo v smislu hitrosti in fleksibilnosti. Kljub temu je treba premisliti o drugih možnostih, če samoregulacija ne prinese zadovoljivih rezultatov.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Katere so glavna hranila in kategorije proizvodov, ki jih je treba upoštevati pri zagotavljanju podatkov o hranilih potrošniku in zakaj?
- Katera vrsta izobrazbe se zahteva, da lahko potrošniki popolnoma razumejo podatke na oznakah, in kdo jo mora zagotoviti?
- Ali je prostovoljni kodeks („samoregulacija“) ustrezno orodje za omejevanje oglaševanja in trženja hrane z veliko energije in malo hranili? Katere bi bile druge možnosti, če samoregulacija ne bi delovala?
- Kako lahko opredelimo, izvedemo in spremljamo učinkovitost samoregulacije? Katere ukrepe je treba sprejeti, da se ne izkorišča lahkovernosti in pomanjkanja medijskega opismenjevanja ranljivih potrošnikov z oglaševalskimi, tržnimi in spodbujevalnimi ukrepi?

V.2. Izobraževanje potrošnikov

- V.2.1. Izboljšanje vedenja javnosti o odnosu med prehranjevanjem in zdravjem, vnosom in porabo energije, o prehrani, ki zmanjšuje tveganje za kronične bolezni, in o zdravi izbiri hrane, je predpogoj za uspeh v vsaki prehranjevalni politiki, pa naj bo to na nacionalni ravni ali ravni Skupnosti. Razviti je treba dosledna, skladna, enostavna in jasna sporočila, ki jih je treba razširjati na različne načine in v obliki, ki ustreza lokalni kulturi, starosti in spolu. Tudi izobraževanje potrošnikov lahko prispeva k oblikovanju medijskega opismenjevanja in omogoči potrošnikom boljše razumevanje označevanja prehrane.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke zaradi prepoznavanja najboljše prakse, so naslednja:

- Kako se lahko potrošnikom omogoči, da se najboljše informirajo glede izbire in sprejmejo učinkovite ukrepe?
- Katere prispevke lahko javno-zasebna partnerstva doprinesejo k izobraževanju potrošnikov?
- Katera so ključna sporočila potrošnikom v zvezi s prehrano in telesno dejavnostjo ter kdo in kako naj jih sporoči?

V.3. Poudarek na otrocih in mladostnikih

- V.3.1. Pomembne izbire življenjskega stila, ki vnaprej določajo tveganje za zdravje v odrasli dobi, se izvršijo v otroštvu in adolescenci; zato je nujno treba otroke navajati zdravega vedenja. Šole so ključno okolje za spodbujanje zdravja in lahko s spodbujanjem zdrave prehrane in telesne dejavnosti pripomorejo k varovanju zdravja otrok. Vedno pomembnejši postaja dokaz, da lahko zdrava prehrana izboljša tudi koncentracijo in sposobnost učenja. Še več, šole imajo priložnost, da spodbujajo otroke k dnevnim telesnim dejavnostim²⁷. Na ustrezni ravni bi bilo treba premisliti o primernih ukrepih.
- V.3.2. Da bi onemogočili, da so otroci izpostavljeni spornim sporočilom, je treba prizadevanja izobraževanja staršev in šol podpreti s prizadevanji medijev, zdravstvenih služb, civilne družbe in nekaterih sektorjev industrije (vzorec pozitivnih vlog) (*trženje za otroke, glej oddelek V.1*).

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke zaradi prepoznavanja najboljše prakse, so naslednja:

- Kateri so dobri primeri za izboljšanje hranilne vrednosti obrokov v šoli in kako so lahko starši obveščeni glede izboljšanja hranilne vrednosti domačih obrokov?
- Katera je dobra praksa za redno zagotavljanje telesne dejavnosti v šolah?
- Katera je dobra praksa za spodbujanje zdravih izborov hrane v šolah, zlasti glede pretiranega uživanja malic z veliko energije in s sladkorjem slajenih brezalkoholnih pijač?
- Kako lahko mediji, zdravstvene službe, civilna družba in pomembni sektorji industrije podprejo prizadevanja za izobraževanje o prehrani v šolah? Katero vlogo lahko v zvezi s tem igrajo javno zasebna partnerstva?

V.4. Razpoložljivost hrane, telesne dejavnosti in zdravstvene vzgoje na delovnem mestu

- V.4.1. Delovna mesta so zelo primerna za spodbujanje zdrave prehrane in telesne dejavnosti. Menze, ki ponujajo možnosti izbire zdrave hrane, in delodajalci, ki ustvarjajo okolje, kjer je mogoča telesna dejavnost (npr. kjer so na voljo tuš kabine in slačilnice), lahko pomembno prispevajo k spodbujanju zdravega življenja na delovnem mestu.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke zaradi prepoznavanja najboljše prakse, so naslednja:

- Kako lahko delodajalci prispevajo k ponujanju izbire zdrave prehrane v menzah ter k izboljšanju prehranske vrednosti obrokov v menzah?
- Kateri ukrepi bi spodbujali in olajšali telesne dejavnosti med odmori in na poti na delo in z dela?

V.5. Vključitev preprečevanja in obravnave prekomerne teže ter debelosti v zdravstvene storitve

- V.5.1. Zdravstvene službe in strokovnjaki za zdravje lahko v veliki meri vplivajo na izboljšanje razumevanja bolnikov glede povezave med prehrano, telesno dejavnostjo in zdravjem ter na uvajanje potrebnih sprememb načina življenja. Bolniki bi lahko prejeli spodbude za take spremembe, če bi strokovnjaki za zdravje vključili v svoj običajni potek dela praktične nasvete bolnikom in družinam glede prednosti, ki jih imajo zdrava prehrana in povečana telesna dejavnost. Prav tako je treba obravnavati možnosti za zdravljenje debelosti²⁸.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Kateri ukrepi in na kateri ravni so potrebni za večje spodbujanje zdrave prehrane in telesne dejavnosti v zdravstvene storitve?

V.6. Okolje, ki spodbuja debelost

- V.6.1. Telesno dejavnost je treba vključiti v vsakodnevne dejavnosti (npr. pešačenje ali kolesarjenje namesto uporabe ostalega motoriziranega prevoza na delo ali v šolo). Politika prometnega in urbanističnega načrtovanja lahko zagotovi, da so pešačenje, kolesarjenje in druge oblike telesnih dejavnosti preproste in varne, ter obravnava ostale načine nemotoriziranega prevoza. Zagotavljanje varnih šolskih pešpoti in poti za kolesarje je eden od načinov, kako zaježiti zlasti zaskrbljujoče tendence debelih otrok in otrok s prekomerno težo.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Na kakšne načine lahko javne politike prispevajo k temu, da se telesna dejavnost vključi v vsakodnevne dejavnosti?
- Kateri ukrepi so potrebni za spodbujanje okolja, ki prispeva k telesni dejavnosti?

V.7. Socialno-ekonomske neenakosti

- V.7.1. Izbira hrane je odvisna od osebne izbire pa tudi družbeno-ekonomskih dejavnikov²⁹. Družbeni položaj, prihodek in izobrazba so dejavniki, ki vplivajo na prehrano in telesno dejavnost. Določene soseseke ne spodbujajo telesne dejavnosti, nimajo rekreacijskih centrov, in to veliko bolj vpliva na revne kot pa na tiste, ki si lahko stvari privoščijo in imajo dostop do prevoznih sredstev. Nižja stopnja izobrazbe in revnejši dostop do ustreznih informacij zmanjšujeta možnosti, da bi se ljudje lahko odločali na podlagi dobljenih informacij.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Kateri ukrepi in na kateri ravni bi spodbujali zdravo prehrano in telesno dejavnost pri skupinah prebivalstva in gospodinjstvih, ki spadajo v določene socialno-ekonomske kategorije, in bi omogočili tem skupinam, da bi prevzeli zdrav način življenja?
- Kako je mogoče reševati „kopičenje nezdravih navad“, ki je bilo ugotovljeno pri določenih socialno-ekonomskih skupinah?

V.8. Pospeševanje skladnega in celovitega pristopa za spodbujanje zdrave prehrane in telesne dejavnosti

- V.8.1. Skladni in celoviti pristop, ki omogoča izbiro, ki je zdrava, dostopna in privlačna, pomeni upoštevanje vključevanja prehranjevanja in telesne dejavnosti v vsa področja politike na lokalni, regionalni, nacionalni in evropski ravni, ustvarjanje potrebnega spodbudnega okolja ter razvoj in uporabo primernih sredstev za ocenjevanje vpliva ostalih politik na zdravo prehranjevanje in telesno dejavnost³⁰.
- V.8.2. Razširjenost kroničnih stanj zaradi prehrane in pomanjkanja telesne dejavnosti se lahko razlikuje od moških do žensk, različna je glede na starostne skupine in socialno-ekonomski položaj. Poleg tega so prehranjevalne navade in telesna dejavnost tesno povezane z lokalnim in regionalnim načinom življenja. Zato morajo pristopi, ki želijo spodbujati zdravo prehrano in telesno dejavnost, upoštevati spol, socialno-ekonomske in kulturne razlike ter vključevati vidik načina življenja.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Kateri so najpomembnejši dejavniki skladnega in celovitega pristopa pri spodbujanju zdrave prehrane in telesne dejavnosti?
- Kateri delujejo na nacionalni ravni in ravni Skupnosti?

V.9. Priporočila za vnos hranil in razvoj prehrabnih smernic na osnovi živil

- V.9.1 Poročilo WHO/FAO³¹ navaja splošne smernice glede ciljev vnosa hranil in telesne dejavnosti v povezavi s preprečevanjem nenalezljivih bolezni.
- V.9.2. Projekt *Eurodiet*³² predlaga kvantitativne cilje za hranila in poudarja potrebo, da se ti pretvorijo v prehranjevalne smernice na osnovi živil (FBDG). Smernice morajo biti osnovane na običajnih prehranjevalnih vzorcih in morajo upoštevati socialno-ekonomske in kulturne dejavnike.
- V.9.3. Komisija je prosila Evropsko agencijo za varno hrano (EFSA), da posodobi nasvete glede energijskih vrednosti, makrohranil in prehrabnih vlaknin. Od tu dalje bo EFSA prav tako svetovala glede referenčnih vnosov mikrohranil v prehrani in, če bo primerno, drugih bistvenih snovi s prehrabnimi in psihološkimi učinki v smislu uravnotežene prehrane. EFSA bo prav tako svetovala glede uporabe prehrabnih nasvetov na podlagi hranil v smernicah o prispevku posamezne hrane k splošni prehrani, ki pomaga vzdrževati zdravje z razumnim prehranjevanjem.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Na kakšen način bi lahko bile upoštevane družbene in kulturne razlike ter različne regionalne in nacionalne prehranjevalne navade pri smernicah na osnovi živil za prehranjevanje na evropski ravni?
- Kako je mogoče preseči razlike med predlaganimi cilji prehranjevanja in dejanskimi prehranjevalnimi vzorci?
- Kako je mogoče smernice prehranjevanja približati potrošnikom?
- Kako lahko sistem točkovanja hranil, kot ga je pred kratkim razvilo Združeno kraljestvo, prispeva k takemu razvoju³³?

V.10. Sodelovanje preko meja Evropske unije

V.10.1. Na mednarodni ravni sedaj potekajo razgovori glede globalne vključitve Codexa Alimentarius³⁴ v področje prehranjevanja. V skladu z zahtevo Globalne strategije o prehrani, telesni dejavnosti in zdravju organizacije WHO Evropska unija podpira stališče, da je treba premisliti o tem, kako je mogoče vprašanja glede hranil vključiti v kodeks, pri tem pa bi kodeks ostal veljaven.

V.10.2. Glede vprašanj o hranilih, prehrani in telesni dejavnosti bi morali zakonodajalci in interesne skupine v EU tesno sodelovati z drugimi državami, kjer sta vse večja stopnja prekomerne teže in debelosti zaskrbljujoči³⁵.

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Pod katerimi pogoji bi se morala Skupnost vključiti v izmenjavo in prepoznavanje dobrih praks med EU in drugimi državami? In če, s katerimi sredstvi?

V.11. Druga vprašanja

Vprašanja, na katera Komisija išče prispevke, so naslednja:

- Ali v Zeleni knjigi niso obravnavana katera od vprašanj, ki bi jih morali upoštevati pri evropski razsežnosti spodbujanja zdrave prehrane, telesne dejavnosti in zdravja?
- Katera od vprašanj, ki so obravnavana v Zeleni knjigi, bi morala biti prednostna, in katera so manj pereča?

VI. NASLEDNJI KORAKI

VI.1. Službe Komisije bodo pozorno analizirale vse prispevke, ki jih bodo prejele v odgovor na posvetovalni postopek, ki ga začneja ta zelena knjiga. Poročilo, ki bo povzemalo prispevke, bo najverjetneje objavljeno na spletni strani Komisije do junija 2006.

VI.2. Glede na rezultate posvetovalnega postopka bo Komisija razmislila o najprimernejšem nadaljevanju dela in ukrepih, ki jih je morda treba predlagati ter prav tako katere instrumente je treba izbrati za njihovo izvajanje. Prav tako se bo, kot bo ustrezno, izvedla presoja vpliva, odvisno od vrste izbranega instrumenta.

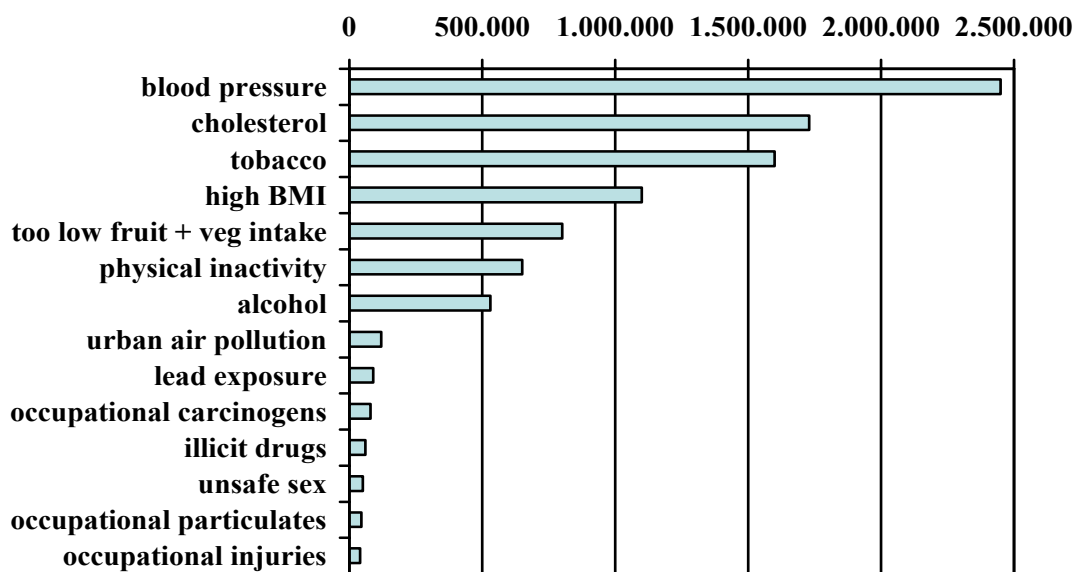
ANNEX 1

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 | %Com-bined 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 |

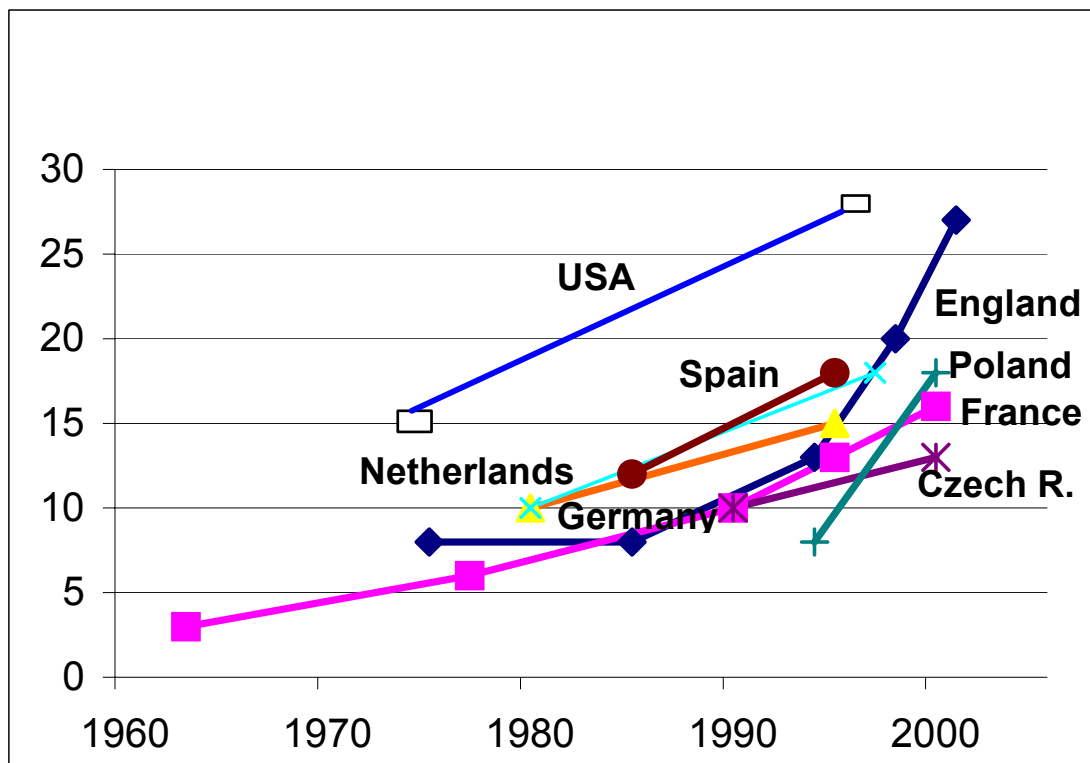
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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 Sklepi Sveta z dne 2. decembra 2003 o zdravih načinih življenja: izobraževanje, obveščanje in sporočanje (2004C 22/01) – Uradni list Evropske unije C 22/1 z dne 27.1. 2004.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 2 Resolucija Sveta z dne 14. decembra 2000 o zdravju in prehrani (2001/C 20/01) – Uradni list Evropskih skupnosti C 20/1 z dne 23.1.2001.
- 3 Sklepi Sveta o debelosti, prehranjevanju in telesni dejavnosti (sprejeti 3. 6. 2005)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 4 Sklepi Sveta o debelosti, o.c
- 5 ukrepi, ki vključujejo npr. živilsko industrijo, oglaševalsko industrijo, trgovce na drobno, dobavitelje, NVO in potrošniške organizacije, lokalne, regionalne in nacionalne vlade, šole in medije
- 6 Sklepi Sveta o debelosti, o.c.
- 7 Sklepi Sveta o debelosti, o.c.
- 8 Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o debelosti v Evropi – vloga in odgovornosti partnerjev civilne družbe, SOC/201, september 2005
http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN
- 9 Države članice so v zadnjih letih začele številne pobude za spodbujanje zdravega prehranjevanja in telesne dejavnosti. Nekaterne države članice, kot npr. Irska (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) in Španija, (<http://www.msc.es/home.jsp>) so razvile nacionalne strategije za boj proti debelosti, ki vključujejo javne uprave, neodvisne strokovnjake, živilsko industrijo, sektor za telesno dejavnost, NVO itd. v večsektorske ukrepe, ki imajo namen spodbuditi bolj zdravo prehranjevanje in telesno dejavnost. Francija je začela v letu 2001 štiriletni nacionalni načrt za zdravo prehrano (<http://www.sante.gouv.fr/>), ki zajema vrsto ukrepov na večsektorski ravni, s ciljem zmanjšati pojav debelosti in prekomerne teže. Nedavno, marca 2005, je Državni zbor RS odobril Nacionalni program prehranske politike za leta 2005-2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). Nizozemska je vključila debelost kot eno od prednostnih nacionalne preventivne politike za zdravstveno oskrbo (<http://www.minvws.nl/>). Prehrana in telesna dejavnost sta kot pomembno področje omenjeni tudi za ukrep javnega zdravja v Beli knjigi Združenega kraljestva izberite zdravje: poenostavite bolj zdrave izbire, ki je izšla novembra 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Nemčija je ustanovila nacionalno platformo za prehrano in telesno dejavnost (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 10 Debelost – preprečevanje in upravljanje globalne epidemije. Poročilo posvetovanja WHO. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- 11 Državni urad za revizijo (2001), *Odpravljanje debelosti v Angliji*
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- 12 Vodja zdravstvene službe (2004) Najmanj pet na teden: Dokaz o vplivu telesne dejavnosti in njenem odnosu na zdravje. London: Department of Health
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 13 Debelost – izzivi politike: Poročilo Nacionalne delovne skupine za debelost. Dublin 2005
- 14 Finkelstein, E. A. et al., (2004). Ocene letnih izdatkov za zdravstvo na ravni države, ki se jih lahko pripiše debelosti. Raziskava debelosti, 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; navedeno iz: Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 oktober 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 Determinante bremena bolezni v Evropski uniji. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; navedeno iz: 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 Poročilo RIVM „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>

18 COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
19 A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following
address:
20 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
21 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
22 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
23 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*
24 (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
25 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
26 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>
27 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>
28 te vključujejo prehrabeno terapijo (navodila kako prilagoditi prehrano, da se zmanjša število zaužitih
kalorij), telesno dejavnost, vedenjsko terapijo (prevzemanje novih navad, ki pomagajo k izgubi teže),
terapijo z zdravili (za bolnike z visokimi vrednostmi ITM ali bolnike z obesity-related conditions, skupaj s
primernimi spremembami načina življenja in stalnim zdravniškim nadzorom), in kirurgijo (pri bolnikih z
izredno visokimi vrednostmi ITM ali bolniki z resnimi obesity-related conditions za spremembo želodca
in/ali črevesja, da se zmanjša količina hrane, ki jo lahko bolnik zaužije)
29 Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96,
2004
30 Informacijska in komunikacijska tehnologija lahko igra pomembno vlogo pri spodbujanju zdravja, saj
lahko zagotovi visoko kakovostne informacije o načinu življenja in prehrani. To je mogoče storiti npr. z
osebni napravami, ki kažejo posamezne informacije o zdravju ter lahko dajejo povratne informacije,
smernice, opozorila in pomagajo, da se posameznik izogne akutnim dogodkom zaradi nezdravega načina
življenja. Številni podporni projekti Skupnosti so razvili informacijske sisteme v zvezi z zdravjem in
prehrano, kot so npr. VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) in YHEART
(<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)
31 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* Priporočila so naslednja: doseči enrgetsko
uravnoteženost za nadzorovanje telesne teže; bistveno povečati stopnjo telesne dejavnosti skozi vse
življenje; zmanjšato vnos energije iz maščob in preusmeriti porabo nasičenih maščob in trans maščobnih
kislilin na nenasičene maščobe; povečati uživanje sadja in zelenjave ter stročnic, zrn in oreškov; zmanjšati
32 vnos prostih sladkorjev; zmanjšati splošno uživanje soli (sode) ter zagotoviti, da je sol jodirana.
ključno poročilo EURODIET *op. cit.*
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)
33 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>
34 Codex Alimentarius sta leta 1963 oblikovali Organizacija za prehrano in kmetijstvo (FAO) in Svetovna
zdravstvena organizacija (WHO), z njim sta razvili prehrabene standarde, smernice in s tem povezana
besedila, kot je kodeks prakse, v okviru Skupnega programa prehrabnih standardov FAO/WHO. Glavni
namen tega programa so varovanje zdravja potrošnikov in zagotavljanje dobrih poslovnih običajev ter
spodbujanje usklajevanja vsega dela glede prehrabnih standardov, ki ga opravljajo mednarodne vladne
in nevladne organizacije. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

35 V tem smislu se bo preučila možnost aktivnejšega sodelovanja med Evropsko unijo in Združenimi
državami, v začetku leta 2006 pa bo s sodelavci ameriške administracije organizirano srečanje glede
pregleda najboljše prakse v EU in ZDA. Širok dialog med EU in ZDA glede ureditve, ki se je na tem
področju že začel, pa bo še okrepljen. Poleg tega bo plenarno srečanje *Platforme za ukrepanje pri*
prehrani, telesni dejavnosti in zdravju organizirano skupaj s predstavniki ameriške administracije,
36 ameriške prehranske industrije in organizacijami potrošnikov.
cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert
37 Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)
cf *Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes*
38 *Federation*, 2004
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.eurodiabesity.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.*