

Zelená kniha:

**„Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy,
obezity a chronických chorob“**

ZELENÁ KNIHA

OBSAH

„Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob“

I.	Stávající situace na evropské úrovni?	4
II.	Zdraví a blahobyt	5
III.	Konzultační postup.....	5
IV.	Struktury a nástroje na úrovni Společenství.....	6
IV.1.	Evropská platforma pro akce týkající se stravy, fyzické činnosti a zdraví	6
IV.2.	Evropská síť pro výživu a fyzickou aktivitu	7
IV.3	Zdraví jako součást politik EU.....	7
IV.4	Akční program veřejného zdraví.....	7
IV.5	Evropský úřad pro bezpečnost potravin (EÚBP).....	8
V.	Oblasti vhodné k akcím.....	8
V.1.	Informace spotřebitelům, reklamy a uvádění na trh.....	8
V.2.	Osvěta spotřebitelů.....	9
V.3.	Důraz na děti a mladé lidi	9
V.4.	Dostupnost potravin, fyzická aktivita a zdravotní osvěta na pracovišti.....	10
V.5.	Začleňování prevence nadváhy a obezity a léčby do zdravotnických službách	10
V.6.	Prostředí, kde se vyskytuje obezita	10
V.7.	Socio-ekonomické nerovnosti.....	11
V.8.	Podpora integrovaného a všestranného přístupu k prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity	11
V.9.	Doporučení ohledně příjmu výživy a k vypracování pokynů v oblasti stravování....	12
V.10	Spolupráce mimo Evropskou unii.....	12
V.11	Další otázky.....	13
VI.	Další kroky.....	13

Příloha 1: Údaje a tabulky

Příloha 2: Spojitost mezi stravou, fyzickou aktivitou a zdravím

Příloha 3: Odkazy

ZELEŇÁ KNIHA

„Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob“

I. STÁVAJÍCÍ SITUACE NA EVROPSKÉ ÚROVNI?

- I.1. Nezdravá strava a nedostatek fyzické aktivity patří v Evropě k hlavním příčinám nemocí a předčasných úmrtí, kterým je možné předejít, a přibývající výskyt obezity v Evropě je v oblasti veřejného zdraví hlavním předmětem zájmu (*srovnejte informace v příloze č. 2*).
- I.2. Rada vyzvala Komisi, aby přispívala k prosazování zdravého životního stylu⁽ⁱ⁾ a prostudovala způsoby prosazování lepší výživy v rámci Evropské unie, a případně za tímto účelem předložila vhodné návrhy². Rada také vyzvala členské státy a Komisi, aby vytvořily a provedly iniciativy zaměřené na prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity³.
- I.3. Společenství má v této oblasti jasně vymezenou pravomoc: článek 152 Smlouvy stanoví, že při navrhování a provádění všech politik a opatření Společenství musí být zajištěna vysoká úroveň ochrany lidského zdraví. Výživa a fyzická aktivita se dotýká několika oblastí politik Společenství a Rada potvrdila, že je nezbytné prosadit výživu a fyzickou aktivitu do příslušných politik na evropské úrovni⁴.
- I.4. Akce na vnitrostátní úrovni mohou být účinně doplněny na úrovni Společenství. Aniž by byl dotčen rozsah akcí, které členské státy mohou chtít zahájit, akce Společenství mohou využít synergií a úspor z rozsahu, usnadnit celoevropské akce, získat zdroje, šířit osvědčenou praxi a přispět tím k celkovému dopadu iniciativ členských států.
- I.5. Rada zdůraznila, že mnohočetné následky epidemie obezity vyžadují přístupy⁵, které osloví více subjektů, pro které je Evropská platforma pro akce týkající se stravy, fyzické aktivity a zdraví (*srov. oddíl IV.1*) výstižným příkladem, a to i pro akce na místní, regionální a evropské úrovni⁶. Rada také přivítala záměr Komise předložit tuto zelenou knihu a v roce 2006 předložit výsledky konzultací vedených s veřejností a zahájených na základě této zelené knihy⁷.
- I.6. Evropský hospodářský a sociální výbor zdůraznil, že akce na úrovni Společenství mohou posílit účinek iniciativ přijatých vnitrostátními orgány, soukromým sektorem a nevládními organizacemi⁸.
- I.7. Několik členských států již provedlo národní strategie nebo akční plány týkající se stravy, fyzické aktivity a zdraví⁹. Akce Společenství mohou podpořit a doplnit tyto aktivity, podpořit jejich koordinaci a pomoci určit a šířit osvědčenou praxi, aby získané zkušenosti přinesly prospěch dalším zemím.

⁽ⁱ⁾ Odkazy jsou zařazeny do přílohy č. 3 na konci dokumentu.

II. ZDRAVÍ A BLAHOBYT

- II.1 Hospodářské důsledky narůstajícího výskytu obezity jsou kromě utrpení, které lidem způsobuje, dosti významné. Odhaduje se, že až 7% nákladů na zdravotní péči¹⁰ v Evropské unii připadá na obezitu a za předpokladu rostoucích trendů obezity bude tato částka nadále růst. Přestože nejsou dostupné údaje ze všech zemí EU, studie zdůrazňují, že ekonomické výdaje na obezitu jsou mimořádně vysoké. Zpráva připravená v roce 2001 Národním kontrolním úřadem Spojeného království odhaduje, že pouze v Anglii lze obezitě přičíst 18 milionů dnů nemocenské a 30 000 případů předčasných úmrtí, což každý rok představuje náklady na zdravotní péči ve výši 500 milionů britských liber. Rozsáhlejší náklady na ekonomiku, včetně nižší produktivity a ztráty výroby, byly odhadnuty na další 2 miliardy britských liber za rok¹¹. Zpráva ředitele resortu zdravotnictví Spojeného království za rok 2004 o účinku fyzické aktivity a její souvislosti se zdravím předběžně odhadla náklady na fyzickou nečinnost na 8,2 miliardy britských liber za rok (a to se týká nákladů na zdravotní péči, i rozsáhlejších nákladů na ekonomiku, jako např. pracovní dny, které byly promarněny)¹². V Irsku byly přímé náklady na léčení za rok 2002 odhadnuty na přibližně 70 milionů EUR¹³. V USA odhadlo Centrum pro kontrolu chorob (CDC) náklady na zdravotní péči, které lze přičítat obezitě, na 75 miliard amerických dolarů¹⁴. Pokud jde o jednotlivce, studie odhadují, že průměrný obézní dospělý člověk ve Spojených státech způsobuje ročně náklady na zdravotní péči, které jsou o 37% vyšší, než náklady na průměrnou osobu s běžnou váhou¹⁵. Tyto přímé náklady nezohledňují sníženou produktivitu způsobenou nemocenskou a předčasnými úmrtími.
- II.2 Analýza provedená švédským Institutem pro veřejné zdraví shrnula, že v EU se promarní 4,5 % života převedeného na dny nemocenské (DALY) v důsledku špatné výživy, dalších 3,7 % a 1,4 % díky obezitě a fyzické nečinnosti, což je celkem 9,6 % v porovnání s 9% v důsledku kouření¹⁶.
- II.3 Nedávná zpráva nizozemského institutu pro veřejné zdraví a životní prostředí (RIVM) zkoumala nevhodné složení stravy a ztrátu zdraví. Jeden ze závěrů je, že nadměrný příjem „nevhodných“ druhů tuků, jako např. nasycených a mastných kyselin, zvyšuje pravděpodobnost rozvinutí kardiovaskulární choroby o 25%, zatímco sněžení ryby jednou nebo dvakrát týdně toto riziko o 25% snižuje. V Nizozemsku lze každý rok v důsledku nevhodného složení stravy¹⁷ přičíst 38 000 případů kardiovaskulárních chorob mezi dospělými ve věku 20 let a výše.
- II.4 Řešení problematiky nadváhy a obezity tak není významné pouze pokud jde o veřejné zdraví, ale povede také ke snížení dlouhodobých nákladů na zdravotní služby a ke stabilizaci ekonomik, a to díky tomu, že umožní občanům vést produktivní život až do stáří. Tato zelená kniha bude sloužit k tomu, aby určila, zda akce na úrovni Společenství doplněné aktivitami členských států, mohou přispět ke snížení zdravotních rizik, ke snížení proudících výdajů na zdravotní péči a ke zlepšení konkurenceschopnosti ekonomik členských států.

III. KONZULTAČNÍ POSTUP

- III.1 Komise připravuje, jak oznámila ve svém sdělení „Zdravější a sebejistější občané, zdraví a strategie pro spotřebitele¹⁸“ celou řadu strategií Společenství s cílem vypořádat se s nejdůležitějšími faktory ovlivňujícími zdraví, včetně výživy a obezity. V této souvislosti usiluje stávající zelená kniha o zahájení širokého konzultačního

procesu a otevření důkladné diskuze v oblasti prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity, které se účastní orgány EU, členské státy a občanská společnost s cílem určit v této oblasti možné příspěvky na úrovni Společenství.

- III.2 Komise vyzývá všechny zainteresované organizace, aby zaslaly svou odezvu k otázkám uvedeným v této zelené knize nejpozději do 15. března 2006 na následující adresu Evropské komise (raději prostřednictvím e-mailu):

European Commission

Directorate General Health and Consumer Protection Unit C4 – Health Determinants

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

Postal address: L-2920 Luxembourg

Fax: (+ 352) 4301 34975

Tato odezva by neměla aspirovat na vědeckou studii, ale měly by to být konkrétní na důkazech založené návrhy týkající se vytvoření politiky, zejména na úrovni EU. Na toto téma se zejména očekává ohlas od hospodářských subjektů v rámci jejich zvláštní oblasti zájmu (např. reklama a průzkum trhu, označování zboží...), a to od sdružení pacientů, nevládních zdravotnických organizací a organizací na ochranu spotřebitelů.

- III.3 Služby Komise budou mít za to, že respondenti, že nemají připomínky proti zveřejnění svých ohlasů nebo jejich částí na webové stránce Komise a/nebo proti uvádění citací ve zprávách analyzujících výsledek konzultačního procesu, pakliže respondenti neučiní prohlášení o opaku¹⁹.
- III.4 Vzhledem k tomu, že choroby spojené s nezdravými stravovacími návyky jsou podmíněné více faktory a fyzickou nečinností a vzhledem k odezvě mnoha subjektů nutné k jejich oslovení, tato zelená kniha zahrnuje určité otázky, které primárně spadají do pravomoci členských států EU (např. vzdělávání, plánování měst) a měla by také určit, v kterých případech by EU přesto mohla poskytnout přidanou hodnotu, např. podporováním zřizování sítí mezi zainteresovanými subjekty a šířením osvědčené praxe.

IV. STRUKTURY A NÁSTROJE NA EVROPSKÉ ÚROVNI

IV.1. Evropská platforma pro akce týkající se stravy, fyzické činnosti a zdraví

- IV.1.1. Za účelem zřízení společného fóra pro akce byla v březnu 2005 zahájena Evropská platforma pro akce týkající se stravy, fyzické činnosti a zdraví. Platforma sdružuje všechny významné subjekty, které jsou aktivní na evropské úrovni, a kteří jsou ochotni vstoupit do pevných a dokazatelných závazků zaměřených na zastavení a zvrácení současných trendů v oblasti nadváhy a obezity. Cílem platformy je podnítit podniky, občanskou společnost a soukromý sektor k dobrovolným akcím. Mezi členy platformy patří hlavní představitelé na úrovni EU z řad potravinářského, stravovacího a reklamního průmyslu, maloobchodu, organizací spotřebitelů a nevládních zdravotnických organizací.
- IV.1.2. Platforma by měla být příkladem koordinované, ale samostatné akce různých částí společnosti. Jejím záměrem je povzbudit iniciativy na národní, regionální a místní úrovni a spolupracovat s podobnými fóry na národní úrovni. Platforma může zároveň

tvorit podklad pro zpracování odezvy vůči výzvě týkající se obezity do celé řady politik EU. Komise považuje platformu za nejnadějnější prostředek akcí nelegislativní povahy, protože má jedinečné místo na poli budování důvěry mezi hlavními zainteresovanými subjekty. První výsledky platformy jsou povzbudivé: zapojení ostatních politik Společenství je silné, členové platformy plánují v roce 2006 dalekosáhlé závazky a společné setkání se zainteresovanými subjekty v USA přispěje k výměně osvědčené praxe. Ministři sportu se navíc dohodli, že platformě nabídnou podporu. První hodnocení výsledků platformy se bude konat v půlce roku 2006²⁰.

IV.2. Evropská síť pro výživu a fyzickou aktivitu

IV.2.1. Síť pro výživu a fyzickou aktivitu, kterou tvoří šest odborníků jmenovaných členskými státy, organizací WHO a nevládními zdravotními organizacemi a organizacemi spotřebitelů, zřídily útvary Komise v roce 2003, aby poskytovala poradenství Komisi ohledně vývoje aktivit Společenství za účelem zlepšení výživy, snížení a předcházení chorob souvisejících se stravou, k prosazování fyzické aktivity a boji proti nadváze a obezitě. Síť se bude blíže zabývat analýzou zpětné vazby k této zelené knize.

IV.3 Zdraví jako součást politik EU

IV.3.1. Prevence nadváhy a obezity předpokládá integrovaný přístup k péči o zdraví, přístup, který slučuje prosazování zdravého životního stylu s akcemi zaměřenými na řešení socio-ekonomických nerovností a fyzického prostředí, stejně jako závazek sledovat cíle týkající se ochrany zdraví v dalších politikách Společenství. Takový přístup by měl procházet napříč vícero politikami Společenství (např. politiky zemědělství, rybolovu, vzdělání, sportu, spotřebitelů, podnikání, výzkumu, sociální politiky, politiky vnitřního trhu, životního prostředí a audiovizuální politiky), které by tento přístup měly aktivně podporovat.

IV.3.2. Na úrovni Komise existuje v současné době několik mechanismů, které zajišťují, že se v oblastech ostatních politik zohledňuje zdraví:

- zásadní návrhy dalších útvarů Komise se systematicky konzultují s generálním ředitelstvím pro zdraví a ochranu spotřebitele;
- skupina pro zdraví mezi útvary Komise projednává záležitosti týkající se zdraví se všemi příslušnými útvary Komise;
- Postup Komise při posouzení dopadu, který byl ustanoven jako nástroj ke zlepšení kvality a soudržnosti procesu rozvoje politiky, a který zahrnuje posouzení dopadu na zdraví.

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Jaké konkrétní příspěvky by se měly učinit, pokud vůbec, v rámci politik Společenství směrem k prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity a k vytvoření prostředí, v němž je jednoduché se rozhodnout pro zdraví?
- Jaká opatření na úrovni Společenství nebo na vnitrostátní úrovni by mohla přispět ke zlepšení přitažlivosti, dostupnosti, přístupnosti a cenové dostupnosti ovoce a zeleniny?
- Ve kterých oblastech týkajících se výživy, fyzické aktivity a rozvoje nástrojů

určených k analýze souvisejících poruch a chování spotřebitelů je nezbytný další výzkum?

IV.4 Akční program veřejného zdraví

- IV.4.1. Význam výživy, fyzické aktivity a obezity se odráží v Akčním programu veřejného zdraví²¹ a jeho ročních pracovních plánech. V rámci části o zdravotních informacích podporuje program činnosti zaměřené na shromažďování spolehlivějších údajů o epidemiologii obezity a o otázkách souvisejících s chováním²². Program zavádí srovnatelný soubor ukazatelů zdravotního stavu, včetně ukazatelů v oblasti příjmu stravy, fyzické aktivity a obezity.
- IV.4.2. V rámci části o faktorech ovlivňujících zdraví podporuje tento program celoevropské projekty zaměřené na prosazování zdravých stravovacích návyků a fyzické aktivity, včetně průřezových a integrovaných přístupů, které podporují začlenění odpovědných přístupů k životnímu stylu, začleňují úvahy o životním prostředí a socio-ekonomické úvahy, zaměřují se na hlavní cílové skupiny a stanovení klíčových cílů a napojují práci na různé faktory ovlivňující zdraví²³.
- IV.4.3. Návrh Komise na nový Program zdraví a ochrany spotřebitelů klade důraz na prosazování a prevenci, zejména v oblasti výživy a fyzické aktivity a předpokládá novou část akcí na prevenci zvláštních chorob.

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Jak lze zlepšit dostupnost a srovnatelnost údajů o obezitě, zejména s cílem určit přesné zeměpisné a socio-ekonomické oblasti výskytu tohoto stavu ?
- Jak může tento program mezi osobami, které přijímají rozhodnutí, mezi odborníky na zdravotní problematiku, sdělovacími prostředky a širokou veřejností, přispět ke zvýšení povědomí o potenciálu, jež zdravé stravovací návyky a fyzická aktivita mají v oblasti snižování rizika chronických chorob?
- Jaké jsou nejvhodnější způsoby pro šíření prostávajících poznatků?

IV.5 Evropský úřad pro bezpečnost potravin (EÚBP)

- IV.5.1. Evropský úřad pro bezpečnost potravin může poskytnout zásadní podporu navrhovaným akcím v oblasti výživy (např. doporučeními ohledně příjmu potravy nebo komunikační strategií zaměřenou na odborníky na zdravotní problematiku, na provozovatele potravinových řetězců a širokou veřejnost o vlivu výživy na zdraví), a to prostřednictvím vědeckého poradenství a pomoci (o úloze EÚBP při zpracování pokynů v oblasti stravování, viz oddíl V.9 níže).

V. OBLASTI VHODNÉ K AKCÍM

V.1. Informace spotřebitelům, reklama a uvádění na trh

- V.1.1. Spotřebitelská politika se zaměřuje na to, aby lidé byli oprávněni činit rozhodnutí ohledně jejich stravy na základě informací. Informace o výživném obsahu výrobků jsou v tomto ohledu významným prvkem. Jasně a jednotné informace o výživě potravin společně s příslušnou výchovou spotřebitelů jsou zásadními předpoklady pro rozhodnutí o stravě na základě informací. S tímto cílem Komise předložila návrh

nařízení o harmonizaci pravidel o výživě a zdravotních nárocích²⁴. Tento návrh zahrnuje zásadu stanovení výživných profilů, aby se předcházelo situaci, kdy potraviny, které mají vysoké hodnoty určitých látek (jako např. sůl, tuk, nasycený tuk a cukry) proklamovaly potenciální užitek pro výživu a zdraví. Komise také zvažuje změnu stávajících pravidel o nutričním označování potravin.

- V.1.2. Co se týká reklamy a uvádění výrobků na trh, musí se zajistit, aby spotřebitelé nebyly uváděni v omyl a zejména, aby nedocházelo ke zneužívání důvěřivosti a nedostatečné mediální gramotnosti spotřebitelů vyžadujících zvláštní ochranu, zejména dětí. To se týká zejména reklamy na potraviny s vysokým obsahem tuku, soli a cukrů, jako např. energeticky vydatné občerstvení a nealkoholické nápoje slazené cukrem, a dále prodávání těchto výrobků ve školách²⁵. Samoregulace průmyslu by v této oblasti mohla být prostředkem výběru, protože má oproti regulaci z hlediska rychlosti a pružnosti několik výhod. Pokud samoregulace nepřinese uspokojivé výsledky, je třeba zvážit další možnosti .

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Jaké jsou hlavní výživné látky a kategorie výrobků, které by se měly zvážit v rámci poskytování informací spotřebitelům ohledně výživy a proč?
- Jaký druh osvěty je třeba zvolit, aby spotřebitelé úplně rozuměli informacím uváděným na označení potravin a kdo by měl tuto osvětu zajistit?
- Představují dobrovolné kódy („samoregulace“) přiměřený nástroj pro omezení reklamy a uvádění energeticky vydatných potravin a potravin, které mají nízký obsah stopových prvků, na trh? Která alternativní opatření by se měla vzít v úvahu, pokud samoregulace neuspěje?
- Jak lze definovat, realizovat a monitorovat účinnost samoregulace? Ke kterým opatřením by se mělo přistoupit, aby se zajistilo, že nedochází ke zneužívání důvěřivosti a nedostatečné mediální gramotnosti spotřebitelů vyžadujících zvláštní ochranu v reklamě, uvádění výrobků na trh a propagačních aktivitách?

V.2. Osvěta spotřebitelů

- V.2.1. Zvyšování znalostí veřejnosti o souvislosti mezi stravou a zdravím, energetickým příjmem a výdejem, o stravě, která snižuje riziko chronických chorob a o výběru zdravých potravin, je nezbytným předpokladem úspěchu všech politik týkajících se výživy, ať už na vnitrostátní úrovni nebo na úrovni Společenství. Je třeba vypracovat jednotná, související, jednoduchá a jasná sdělení a rozšiřovat je prostřednictvím více kanálů formou odpovídající místní kultuře, věku a pohlaví. Osvěta spotřebitelů také přispěje k vytvoření mediální gramotnosti a umožní spotřebitelům, aby lépe rozuměli označování výživných látek.

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky s cílem určit osvědčený postup:

- Jak spotřebitelům nejlépe umožnit, aby činili rozhodnutí na základě informací a provedli účinná opatření?
- Čím může přispět partnerství veřejného a soukromého sektoru k osvětě spotřebitelů?
- Jaká by měla být klíčová sdělení spotřebitelům v oblasti výživy a fyzické aktivity, jak a kdo by je měl spotřebitelům oznámit?

V.3. Důraz na děti a mladé lidi

- V.3.1. Důležitý výběr životního stylu, který předurčuje zdravotní rizika v dospělosti, probíhá v dětství a dospívání. Proto je životně důležité vést děti zdravému chování. Školy jsou hlavním prostředím z hlediska zasahování do procesu prosazování zdraví a mohou přispět k ochraně zdraví dětí prostřednictvím prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity. Existuje stále více a více důkazů o tom, že zdravá strava také zlepšuje koncentraci a schopnost učit se. Školy mají kromě toho potenciál povzbuzovat děti, aby denně provozovaly fyzickou aktivitu²⁶. Příslušná opatření by měla být zvážena na příslušné úrovni.
- V.3.2. Za účelem eliminace situací, kdy děti jsou vystaveny vzájemně si odporujícím informacím, je třeba, aby úsilí rodičů a škol o osvětu v oblasti zdraví bylo podepřeno sdělovacími prostředky (pozitivní modelové situace...), zdravotnickými službami, občanskou společností a příslušnými odvětvími průmyslu (*pro uvádění výrobků na trh pro děti srov. oddíl V.1*).

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky s cílem určit osvědčený postup:

- Jaké jsou dobré příklady ke zlepšení výživné hodnoty školních jídel a jak lze informovat rodiče o možnostech zlepšení výživné hodnoty jídel připravovaných doma?
- Jaký je osvědčený postup pro zajištění pravidelné fyzické aktivity ve školách?
- Jaké jsou osvědčené postupy podporující výběr zdravé stravy ve školách, zejména pokus se jedná o předcházení nadměrného příjmu energeticky vydatného občerstvení a nealkoholických nápojů slazených cukrem?
- Jakým způsobem mohou sdělovací prostředky, zdravotnické služby, občanská společnost a příslušná odvětví průmyslu podpořit úsilí škol o zdravotní osvětu? Jakou úlohu může v tomto ohledu hrát partnerství veřejného a soukromého sektoru?

V.4. Dostupnost potravin, fyzická aktivita a zdravotní osvěta na pracovišti

- V.4.1. Pracoviště je prostředí, které má velký potenciál k prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity. Jídelny, které nabízejí možnost se zdravě stravovat a zaměstnavatelé, kteří podporují prostředí, kde je možné provozovat fyzické aktivity (např. zabezpečení sprch a šaten) mohou významným způsobem přispět k prosazování zdraví na pracovišti.

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky s cílem určit osvědčený postup:

- Jakým způsobem mohou zaměstnavatelé uspět v tom, aby jídelny na pracovišti nabízely možnosti zdravě se stravovat a aby se zlepšila výživná hodnota jídel v nich podávaných?
- Jaká opatření by podpořila a umožnila provozování fyzické aktivity během přestávek a na cestě do práce a z práce?

V.5. Začleňování prevence nadváhy, obezity a jejich léčby do zdravotnických služeb

- V.5.1. Zdravotnické služby a odborníci na zdravotní problematiku mají silný potenciál, aby pacientům pomohli pochopit souvislost mezi stravou, fyzickou aktivitou a zdravím a zavedli nezbytné změny týkající se životního stylu. Pacienti by mohli obdržet důležité podněty k takovým změnám, pokud by odborníci na zdravotní problematiku

v rámci běžných návštěv poskytovali poradenství pacientům a rodinám o prospěchu vhodné stravy a vyššího stupně fyzické aktivity. Je třeba se také zabývat možnostmi, jak obezitu léčit.²⁷

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Která jsou nezbytná opatření k zajištění silnější integrace intervencí zaměřených na prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity do zdravotnických služeb a na jaké úrovni?

V.6. Prostředí, kde se vyskytuje obezita

V.6.1. Fyzickou aktivitu lze zařadit do každodenního života (např. chůze nebo jízda na kole do školy nebo do práce místo používání motorizovaných dopravních prostředků). Politiky plánování dopravy a města mohou zajistit, aby chůze, jízda na kole a další formy pohybu byly snadno přístupné a bezpečné, a bude se zabývat nemotorizovanými způsoby dopravy. Zajištění bezpečnosti při jízdě na kole a při chůzi do škol by mohlo být jedním ze způsobů řešení mimořádně alarmujících trendů v oblasti dětské nadváhy a obezity.

Komise vyzývá k odezvě na následující otázky:

- Jakým způsobem může veřejná správa přispět k tomu, aby fyzická aktivita byla „zařazena“ do každodenního života?
- Jaká jsou nezbytná opatření k podpoře rozvoje prostředí, které přispívá k fyzické aktivitě?

V.7. Socio-ekonomické nerovnosti

V.7.1. Výběr potravin je předurčen jak preferencí jednotlivců, tak socio-ekonomickými faktory²⁸. Společenské postavení, příjem a vzdělání jsou faktory ovlivňující stravu a fyzickou aktivitu. A situation in which processed foods high in sugars, fat or salt are cheap and more readily available compared to fruit and vegetables, or fish, can be more detrimental to those with lower incomes. Některé čtvrti by mohly podpořit fyzickou aktivitu, nedostatek rekreačních zařízení postihuje znevýhodněnou skupinu v negativnější míře než ty, kteří si mohou dovolit používat dopravu nebo k ní mají přístup. Nižší stupeň vzdělání a horší přístup k zásadním informacím snižují schopnost činit rozhodnutí na základě informací.

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Která opatření a na jaké úrovni by prosadila zdravou stravu a fyzickou aktivitu u skupiny obyvatel a domácností, které patří k určitým socio-ekonomickým skupinám a umožnila by těmto skupinám, aby si osvojily zdravější životní styl?
- Jak lze řešit „nahromadění nezdravých návyků“, které se často vyskytuje u určitých socio-ekonomických skupin?

V.8. Podpora integrovaného a všestranného přístupu k prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity

V.8.1. Soudržný a všestranný přístup zaměřený na zajištění skutečnosti, aby zdravý výběr byl přístupný, cenově dostupný a lákavý, vyžaduje prosazení výživy a fyzické aktivity

do všech příslušných politik na místní, regionální, národní a evropské úrovni vytvořením nezbytného podpůrného prostředí a vypracováním a použitím vhodných nástrojů k posouzení dopadu dalších politik na zdraví a fyzickou aktivitu²⁹.

- V.8.2. Výskyt chronických chorob souvisejících se stravou a fyzickou aktivitou může být velmi rozdílný u mužů a žen, u různých věkových skupin a socio-ekonomických vrstev. Stravovací návyky a návyky týkající se fyzické aktivity jsou však často vycházejí z místních a regionálních tradic. Přístupy zaměřené na prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity proto musí vnímavě zohlednit pohlaví, socio-ekonomické a kulturní rozdíly a musí zahrnovat životní vyhlídky.

Komise vyzývá k ohlasu na tyto otázky:

- Jaké jsou nejdůležitější složky integrovaného a všestranného přístupu v prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity?

–

V.9. Doporučení ohledně příjmu výživy a k vypracování pokynů v oblasti stravování

- V.9.1 Zpráva organizace WHO (FAO)³⁰ poskytuje obecná doporučení ohledně příjmu výživy a cílů fyzické aktivity v souvislosti s prevencí závažných nepřenosných chorob.

- V.9.2. Projekt „Eurodiet“³¹ navrhuje stanovit cíle obyvatelstva pro výživu a zdůrazňuje, že je nutné tyto cíle začlenit do pokynů pro stravování (FBDG). Tyto pokyny pro stravování musí vycházet z obvyklých stravovacích modelů a zohlednit socio-ekonomické a kulturní faktory.

- V.9.3. Komise požádala Evropský úřad pro bezpečnost potravin, aby aktualizoval své poradenství týkající se energie, stopových látek a vlákniny. Na základě toho Úřad pro bezpečnost potravin bude poskytovat poradenství obyvatelům ohledně referenčních příjmů stopových látek ve stravě, a pokud to uzná za vhodné, i ohledně dalších základních látek s výživným nebo fyziologickým účinkem ve spojení s vyváženou stravou. Úřad poskytne dále poradenství o začlenění informací týkajících se vhodné stravy do pokynů o příspěvcích různých potravin k celkové stravě, což by pomohlo udržovat si dobré zdraví na základě vhodné výživy.

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Jak by sociální a kulturní rozdíly a rozdílné regionální a národní stravovací návyky mohly být zohledněny v pokynech pro stravování na evropské úrovni?
- Jak lze překonat rozdíly mezi navrhovanými cíly ohledně výživy a skutečnými modely spotřeby?
- Jak je možné zprostředkovat pokyny pro stravování spotřebitelům?
- Jakým způsobem by mohly systémy zaznamenávající profil výživy, jako např. systém nedávno vypracovaný ve Spojeném království, přispět k takovému vývoji³²?

–

V.10 Spolupráce mimo Evropskou unii

- V.10.1. V současné době probíhají na mezinárodní úrovni určité úvahy, jak globálně využít Codex Alimentarius (potravinový kodex)³³ v oblasti výživy. V souladu s požadavkem organizace WHO uvedeným v Globální strategii pro stravu, fyzickou aktivitu a zdraví, EU podporuje názor, že by se mělo zvážit, jak by se otázky týkající se výživy měly integrovat do Kodexu a zároveň zachovat stávající mandát Kodexu.
- V.10.2. Výživa, strava a fyzická aktivita by měly být předmětem úzké spolupráce mezi regulačními orgány a zainteresovanými subjekty v EU a dalších zemích, které si uvědomují závažnost zvyšující se úrovně nadváhy a obezity³⁴.

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Za jakých podmínek by Společenství mělo zapojit EU a země, které nejsou členy EU, do výměny zkušeností a určení osvědčených postupů. A pokud ano, jakými prostředky?

V.11 Další otázky

Komise vyzývá k odezvě na tyto otázky:

- Existují záležitosti, kterým se stávající zelená kniha nevěnuje, a které by měly být zváženy při pohledu na evropskou dimenzi prosazování stravy, fyzické aktivity a zdraví?
- Které z otázek uvedených v zelené knize by si zasloužily největší pozornost a které lze považovat za méně tíživé?

VI. DALŠÍ KROKY

- VI.1. Útvary Komise podrobně zanalyzují všechny příspěvky, které obdrží v rámci konzultačního procesu zahájeného na základě této zelené knihy. Očekává se, že do června 2006 bude na webových stránkách Komise zveřejněna zpráva, která všechny tyto příspěvky shrne.
- VI.2. S ohledem na výsledky konzultačního procesu, Komise zváží nejvhodnější následné kroky a určí opatření, která se možná budou muset přijmout a také nástroje pro jejich provedení. Posouzení dopadu se provede odpovídajícím způsobem podle druhu vybraného nástroje.

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)

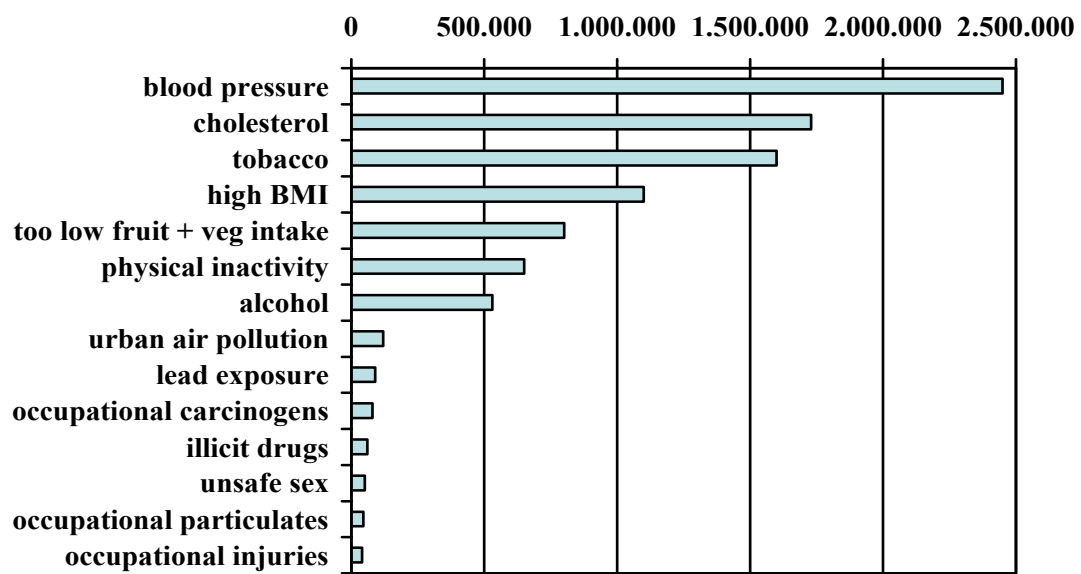


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	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

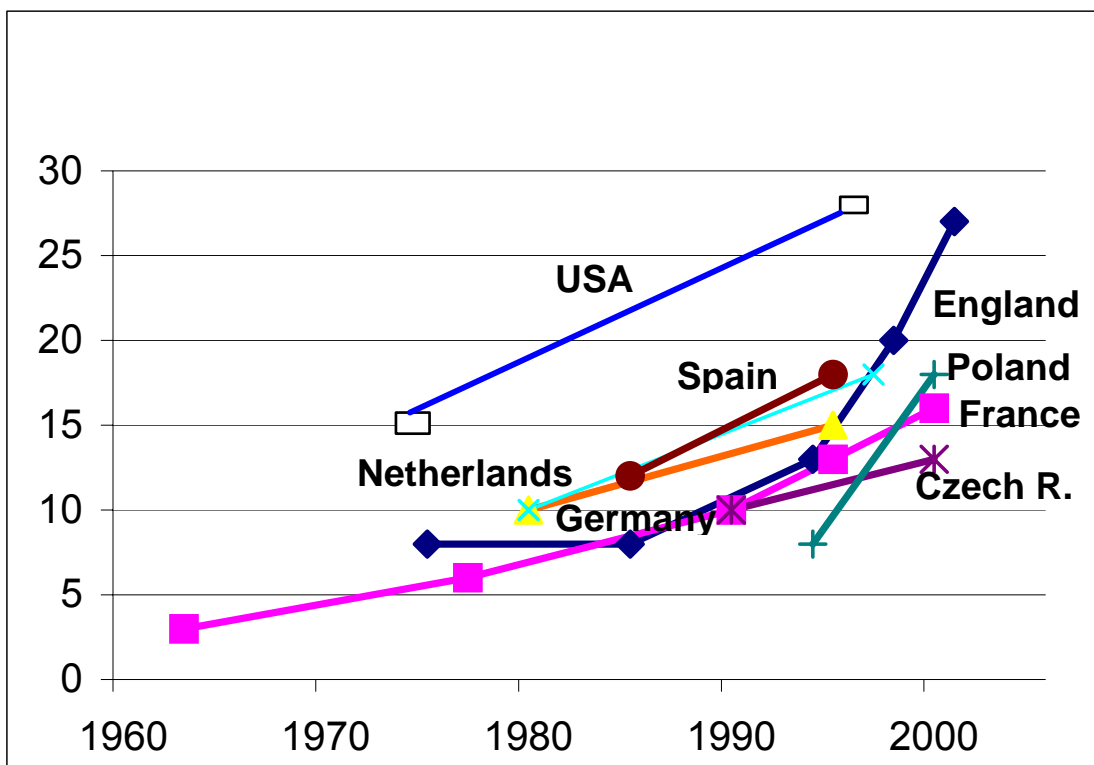
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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 osteoporosis³⁵.
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)³⁶.
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 countries³⁷, 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 cancers³⁸.
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 consultation³⁹ 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*⁴⁰ 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** (BMI⁴¹ >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 women⁴². In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴³ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁴ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁵. 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 %⁴⁶.
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 children⁴⁷. 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 increases⁴⁸.
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 scientists⁴⁹ 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 obesity⁵⁰.

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 management⁵¹.
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵² 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 guidelines⁵³. 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 2004⁵⁴ 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 it⁵⁵ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEX 3 – References

¹ Závěry Rady ze dne 2. prosince 2003 o zdravých životních stylech: výchova, informace a komunikace (2004/C 22/01) – Úřední věstník Evropské unie C 22/1 ze dne 27.1.2004

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf

² Usnesení Rady ze dne 14. prosince 2000 o zdraví a výživě (20001/C 20/01) – Úřední věstník Evropské unie C 20/1 ze dne 23. ledna 2001.

³ Závěry Rady o obezitě, výživě a fyzické aktivitě (přijaté dne 3. června 2005)

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf

⁴ Závěry Rady o obezitě, op. cit.

⁵ Akce zahrnující např.: potravinářský průmysl, reklamní průmysl, maloobchod, dodavatele potravin, nevládní neziskové organizace a organizace spotřebitelů, místní a národní správy, školy a sdělovací prostředky

⁶ Závěry Rady o obezitě, op. cit.

⁷ Závěry Rady o obezitě, op. cit.

⁸ Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboruk obezitě v Evropě – úloha a odpovědnosti sociálních partnerů, SOC/201, září 2005

http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN

⁹ Členské státy v posledních letech zahájily několik iniciativ určených k prosazování zdravé výživy a fyzické aktivity. Některé členské státy jako např. Irsko (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) a Španělsko (<http://www.msc.es/home.jsp>) vytvořily národní strategie pro obezitu s tím, že na mnohodvětvových akcích zaměřených na prosazování zdravější stravy a fyzické aktivity se podílely veřejná správa, nezávislí odborníci, potravinářský průmysl, odvětví týkající se fyzických aktivit, nevládní organizace atd. V roce 2001 zahájila Francie čtyřletý Národní plán zdravé výživy (<http://www.sante.gouv.fr/>), který obsahoval širokou řadu opatření na meziodvětvové úrovni a jehož cílem bylo snížit výskyt obezity a nadváhy. Z doby nedávné, v roce 2005 schválil slovinský parlament Národní program politiky týkající se výživy v letech 2005 – 2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). Nizozemsko zahrnuje obezitu mezi priority preventivní politiky péče národního zdraví (<http://www.minvws.nl/>). Bílá kniha volby pro zdraví: zdravé volby, která byla zveřejněna ve Spojeném království v roce 2004, uvádí výživu a fyzickou aktivitu jako významné oblasti pokud jde o akci veřejného zdraví: (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Německo založilo národní platformu pro výživu a fyzickou aktivitu (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).

¹⁰ Obezita – prevence a kontrola globální epidemie. Zpráva z konzultace s WHO. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1998 (řada technických zpráv, č. 894)

¹¹ Národní kontrolní úřad (2001) Anglie a řešení obezity: http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.

¹² Ředitel resortu zdravotnictví (2004) alespoň pětkrát týdně: Důkaz o dopadu fyzické nečinnosti a její souvislosti se zdravím. Lonýn: Oddělení zdravotnictví: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>

¹³ Obezita – politické výzvy: zpráva národní pracovní skupiny o obezitě. Dublin 2005

¹⁴ Finkelstein, E. A. a kolektiv, (2004) Odhady na celostátní úrovni ohledně ročních výdajů na zdravotnictví, které lze přičíst obezitě. Výzkum obezity, s. 12, 18-24

¹⁵ Finkelstein, E. A. a kolektiv (2003), Národní výdaje na zdravotnictví, které lze přičíst nadváze a obezitě: Kolik a kdo za to platí?, publikace *Health Affairs*, díl 10, č. 1377, citace z: Ad hoc skupiny v projektu zdraví OECD, seminář o ekonomických prence, 15. října 2004, efektivita nákladů intervencí určených k prevenci nebo léčbě obezity a cukrovky typu 2, předběžný přehled literatury v zemích OECD, SG/ADHOC/HEA(2004)12,2004

¹⁶ Determinanty zatížení chorobami v Evropské unii. Stockholm, Národní institut veřejného zdraví, 1997; citace z: Potraviny a zdraví v Evropě: nový základ pro akci. Evropská řada regionálních vydání WHO, č. 96: <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>

¹⁷ Zpráva RIVM o měření nizozemských jídel: Zdravá strava a bezpečné potraviny v Nizozemsku, doporučuje zvýšit spotřebu ryb z průměrné spotřeby dvakrát až třikrát za měsíc (v roce 1998) na jednou až dvakrát za týden. Je třeba poznamenat, že v Nizozemsku je spotřeba ryb (spotřeba na osobu: 20,5 kg/osoba/rok) v průměru hodnot za 25 států EU; Rakousko, Německo, Irsko, Spojené království, Belgie a Lucemburk a všechny nové členské státy kromě Malty, Kypru a Estonska jsou ve spotřebě pod úrovní Nizozemska. Tři členské státy (Maďarsko, Slovensko a Slovinsko) jsou pouze na jedné třetině úrovně spotřeby Nizozemska: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

¹⁸ KOM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

¹⁹ Zpráva o přijatých příspěvcích bude zveřejněna na následující webové stránce Komise: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

²⁰ Další informace o práci platformy jsou dostupné na následující internetové adrese: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm

²¹ Více informací o rozsahu Akčního programu veřejného zdraví, o podmínkách účasti k výzvám oznámeným v rámci programu a o projektech, které byly do současnosti financovány, naleznete na následující internetové adrese: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.

²² Pracovní skupina „Životní styl a další činitele zdraví“ usiluje o zlepšení dostupnosti srovnatelných informací týkajících se úrovně stravovacích návyků a fyzické aktivity v Evropě.

Vědecký sekretariát této lze kontaktovat na e-mailové adrese: [public.health@mailbox.tu-dresden.de]

²³ Početné projekty financované Komisí zejména v rámci bývalého programu pro rakovinu, programu prosazování zdraví a monitorovacím programu zdraví vyvinuly aktivity v oblasti výživy, fyzické aktivity a zdraví. Přehled těchto iniciativ je uveden ve *Zprávě o stavu práce Evropské komise v oblasti výživy v Evropě, 2002* : (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf).

²⁴ Návrh nařízení Evropského parlamentu a Rady o výživě a zdravotních nárocích na potraviny Kom (2003) 424 v konečném znění; 16/07/2003

²⁵ Srov. Gerard Hastings a kolektiv: Přehled výkumu o účincích propagace potravin na děti – závěrečná zpráva agentury Food Standards Agency; 22. září 2003

<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>

²⁶ Srov. také Universität Paderborn a kolektiv (2004) „Studie o životních stylech a sedavém způsobu života mladých lidí a o úloze sportu v oblasti vzdělání a jako o prostředku znovunastolení rovnováhy“: <http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>

²⁷ To zahrnuje stravovací léčbu (pokyny ohledně přizpůsobení stravy za účelem snížení počtu snědených kalorií), fyzickou aktivitu, léčbu návyků (získávání nových návyků, které podporují snížení váhy), léčbu pomocí léků (použije se u pacientů, kteří mají vysokou hodnotu BMI nebo pacientů ve stavu spojeném s obezitou společně s vhodnou změnou životního stylu a pod pravidelným lékařským dohledem) a operaci (u pacientů s mimořádně

vysokou hodnotou BMI nebo pacientů ve vážném stavu spojeném s obezitou, kteří jsou zvyklí na úpravu žaludku a/nebo střev za účelem snížení množství jídla, které mohou sníst)

²⁸ Potraviny a zdraví v Evropě: nový základ pro akce, Evropská řada, č. 96, 2004

²⁹ Informační a komunikační technologie mohou hrát významnou úlohu v prosazování zdraví prostřednictvím korektních a vysoce kvalitních informací o životním stylu a stravě. Je možné tak činit např. prostřednictvím osobních pomůcek zdůrazňujících zdravotní informace, které mohou poskytnout zpětnou vazbu, pokyny, předběžné varování a mohou pomoci vyhnout se náhlým příhodám vyplývajícím z nezdravého životního stylu. Několik projektů, které Společenství podpořilo, vypracovalo informační systémy týkající se zdraví a stravy, jako např. systém VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) a systém MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)

³⁰ Strava, výživa a prevence chronických chorob, *op. cit.* Doporučení se týkají: dosažení rovnováhy energie za účelem kontroly váhy; zásadní zvýšení fyzické aktivity během celého života; snížení příjmu energie z tuku a nahrazení spotřeby nasycených tuků a mastných kyselin nenasycenými tuky; zvýšení konzumace ovoce a zeleniny a také luštěnin, celých zrn a ořechů; snížení příjmu „volných“ cukrů; snížení spotřeby soli (sodíku) ze všech zdrojů a zajištění, aby sůl byla obohacena o jód.

³¹ Hlavní zpráva o projektu EUROSTRAVA, *op. cit.*
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)

³² srov. Mike Rayner a kolektiv: Výživné profily: Možnosti definování užívání v souvislosti s prosazováním potravin a stravování dětí; závěrečná zpráva; Britská nadace Heart Foundation Health Promotion Research Group, oddělení veřejného zdraví, Univerzita v Oxfordu, říjen 2004

<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>

³³ Kodex Alimentarius Komise vytvořily v roce 1963 organizace FAO a WHO, aby vypracovaly normy pro potraviny, pokyny a související ustanovení jako např. kodexy praxe podle Společného programu FAO/WHO norem potravin. Hlavním účelem tohoto programu je ochrana zdraví spotřebitelů, zajištění korektních obchodních postupů v obchodování s potravinami a podpora koordinace veškeré práce v oblasti norem potravin, kterou provádějí mezinárodní vlády a nevládní organizace: http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

³⁴ V této souvislosti se prozkoumá rozsah aktivnější spolupráce a počátkem roku 2006 se s příslušnými správními protějšky uspořádá přehledka nejlepších osvědčených postupů v EU a USA. Také se posílí široký dialog mezi EU a USA ohledně regulace, který byl již v této oblasti zahájen. Bude svoláno plenární zasedání Evropské platformy pro akce týkající se stravy, fyzické aktivity a zdraví společně se zástupci správy Spojených států amerických a amerického potravinářského průmyslu a organizacemi spotřebitelů.

³⁵ 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>)

³⁶ cf *Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation*, 2004

³⁷ 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.*

³⁸ 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.*

³⁹ *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

⁴⁰ World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

⁴¹ 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

⁴² International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

⁴³ The European Health Report, World Health Organisation, 2002

⁴⁴ Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

⁴⁵ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

46 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
47 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
International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*
49 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651
50 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme:
http://www.eurodiabetes.org/
51 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*
52 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)
53 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002
54 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
55 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*