

KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den

KOM(2005)

**GRØNBOG**

**"Fremme af sunde kostvaner og fysisk aktivitet - En europæisk dimension i forebyggelsen af overvægt, fedme og kroniske sygdomme"**

## GRØNBOG

### INDHOLDSFORTEGNELSE

#### "Fremme af sunde kostvaner og fysisk aktivitet - En europæisk dimension i forebyggelsen af overvægt, fedme og kroniske sygdomme"

|       |  |    |
|-------|--|----|
| I.    | Den aktuelle situation på europæisk plan.....  | 3  |
| II.   | Sundhed og velstand .....  | 4  |
| III.  | Høring .....   | 5  |
| IV.   | Strukturer og redskaber på fællesskabsplan.....  | 5  |
| IV.1. | Den europæiske handlingsplatform for kost, fysisk aktivitet og sundhed .....                                 | 5  |
| IV.2. | Det europæiske netværk vedrørende ernæring og fysisk aktivitet.....  | 6  |
| IV.3. | Sundhed i de forskellige EU-politikker.....  | 6  |
| IV.4. | Handlingsprogrammet for folkesundhed.....  | 7  |
| IV.5. | Den Europæiske Fødevarer sikkerhedsautoritet (EFSA) .....  | 7  |
| V.    | Indsatsområder .....   | 8  |
| V.1.  | Forbrugeroplysning, reklamer og markedsføring .....  | 8  |
| V.2.  | Forbrugeruddannelse.....   | 9  |
| V.3.  | Fokus på børn og unge .....  | 9  |
| V.4.  | Udvalg af fødevarer, fysisk aktivitet og sundhedsundervisning på arbejdspladsen...                           | 10 |
| V.5.  | Indarbejdelse af forebyggelse og behandling af overvægt og fedme i sundhedsvæsenet .....                     | 10 |
| V.6.  | Indsats mod fedmefremmende miljøer.....  | 11 |
| V.7.  | Socioøkonomiske uligheder .....  | 11 |
| V.8.  | En integreret og samlet indsats til fremme af sunde kostvaner og fysisk aktivitet....                        | 11 |
| V.9.  | Anbefalinger vedrørende indtag af næringsstoffer og vedrørende udvikling af fødevarer baserede kostråd ..... | 12 |
| V.10. | EU-eksternt samarbejde .....   | 12 |
| V.11. | Andre emner.....   | 13 |
| VI.   | De næste skridt.....   | 13 |

Annex 1: Figures and Tables

Annex 2: Relationship between diet, physical activity and health

Annex 3: References

## GRØNBOG

### "Fremme af sunde kostvaner og fysisk aktivitet - En europæisk dimension i forebyggelsen af overvægt, fedme og kroniske sygdomme"

#### I. DEN AKTUELLE SITUATION PÅ EUROPÆISK PLAN

- I.1. Usunde kostvaner og manglende fysisk aktivitet er de primære årsager til sygdomme, der kan undgås, og til for tidlig død i Europa, og den mere og mere udbredte forekomst af fedme i hele Europa er foruroligende ud fra et folkesundhedssynspunkt (se baggrundsoplysninger i bilag 2).
- I.2. Rådet har opfordret Kommissionen til at fremme en sund levevis<sup>(i)</sup> og undersøge, hvordan en bedre ernæring kan fremmes i Den Europæiske Union, og i givet fald fremsætte hensigtsmæssige forslag herom<sup>2</sup>. Rådet har endvidere opfordret medlemsstaterne og Kommissionen til at udforme og gennemføre initiativer med henblik på at fremme sund kost og fysisk aktivitet<sup>3</sup>.
- I.3. Fællesskabets kompetence på området er tydelig: EF-traktatens artikel 152 kræver, at der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle Fællesskabets politikker og aktiviteter. En række af Fællesskabets politikker har relevans for ernæring og fysisk aktivitet, og Rådet har bekræftet, at der er behov for at integrere ernæring og fysisk aktivitet i alle relevante politikker på europæisk plan<sup>4</sup>.
- I.4. Indsatsen på nationalt plan kan med fordel suppleres på fællesskabsplan. Uden at det begrænser rækkevidden af den indsats, medlemsstaterne måtte ønske at sætte i værk, kan Fællesskabets indsats udnytte synergier og stordriftsfordele, lette en indsats, der omfatter hele Europa, samle ressourcer og formidle bedste praksis og dermed bidrage til den samlede effekt af medlemsstaternes initiativer.
- I.5. Rådet understregede, at da fedmeepidemien har mange forskellige årsager, kræves der indsats fra flere aktører<sup>5</sup> - den europæiske handlingsplatform for kost, fysisk aktivitet og sundhed (jf. afsnit IV.1) er et godt eksempel herpå - og en indsats på lokalt, regionalt, nationalt og europæisk plan<sup>6</sup>. Rådets udtrykte endvidere tilfredshed med, at Kommissionen agtede at fremlægge denne grøn bog og i 2006 fremlægge resultaterne af den offentlige høring, som indledes med grønbogen<sup>7</sup>.
- I.6. Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg understregede, at en indsats på fællesskabsplan kan styrke virkningen af initiativer fra de nationale myndigheder, den private sektor og ngo'erne<sup>8</sup>.
- I.7. En række medlemsstater er allerede i gang med at gennemføre nationale strategier eller handlingsplaner vedrørende kost, fysisk aktivitet og sundhed<sup>9</sup>. En indsats fra EU's side kan støtte og supplere sådanne aktiviteter, fremme koordineringen heraf og være med

---

<sup>(i)</sup> Henvisninger er samlet i bilag 3 sidst i dokumentet.

til at kortlægge og formidle god praksis, således at andre lande kan drage fordel af erfaringerne.

## II. SUNDHED OG VELSTAND

- II.1. Foruden de menneskelige lidelser er de økonomiske virkninger af den stigende forekomst af fedme af stor betydning. Det skønnes, at fedme i EU tegner sig for op til 7 % af sundhedsudgifterne<sup>10</sup>, og dette beløb vil stige yderligere, hvis man skal dømme efter den voksende fedmetendens. Der foreligger ganske vist ikke detaljerede oplysninger for alle EU-lande, men undersøgelser peger på de høje økonomiske omkostninger ved fedme. I en rapport udarbejdet i 2001 af National Audit Office i Det Forenede Kongerige vurderede man, at fedme i England alene var skyld i 18 mio. dages sygefravær og 30 000 for tidlige dødsfald og svarede til direkte sundhedsudgifter på mindst 500 mio. GBP årligt. De afledte økonomiske omkostninger, f.eks. lavere produktivitet og tabt output, skønnedes til at udgøre yderligere 2 mia. GBP årligt<sup>11</sup>. I 2004-rapporten af Det Forenede Kongeriges Chief Medical Officer om betydningen af fysisk aktivitet og sammenhængen med sundhed skønnedes udgifterne som følge af fysisk inaktivitet at udgøre 8,2 mia. GBP årligt (heri medregnet såvel sundhedsudgifterne som de afledte økonomiske omkostninger, f.eks. sygefravær)<sup>12</sup>. I Irland skønnedes de direkte udgifter til behandling af fedme at udgøre ca. 70 mio. EUR i 2002<sup>13</sup>. I USA vurderede CDC, at de fedmerelaterede sundhedsudgifter udgør 75 mia. USD<sup>14</sup>. Hvad angår enkeltpersoner skønnes det i undersøgelser, at en fed voksen person i USA i gennemsnit har årlige udgifter til medicinsk behandling, der ligger 37 % højere end en normalvægtig persons gennemsnit<sup>15</sup>. I disse direkte udgifter er ikke medregnet nedsat produktivitet som følge af nedsat funktionsevne og for tidlig død.
- II.2. I en analyse fra Statens folkhälsoinstitut i Sverige konkluderes det, at 4,5 % af sygdomsbyrden (disability-adjusted lifeyears (DALYs)) skyldes dårlig ernæring, mens 3,7 % og 1,4 % skyldes fedme og fysisk inaktivitet – altså i alt 9,6 % sammenlignet med 9 %, der skyldes rygning<sup>16</sup>.
- II.3. I en ret ny rapport fra Nederlandenes institut for folkesundhed og miljø, RIVM, behandlede spørgsmålet om dårlig kostsammensætning og sundhedsforringelse. En af konklusionerne var, at et overdrevet indtag af de "forkerte" fedttyper, f.eks. mættede fedtsyrer og transfedtsyrer, øger sandsynligheden for at udvikle en hjerte-kar-sygdom med 25 %, mens risikoen nedsættes med 25 %, hvis man spiser fisk en eller to gange om ugen. I Nederlandene er dårlig kostsammensætning hvert år skyld i 38 000 tilfælde af hjerte-kar-sygdomme hos voksne på 20 år og derover<sup>17</sup>.
- II.4. Det er altså ikke blot ud fra et folkesundhedssynspunkt vigtigt at gøre noget med overvægt og fedme, men det vil også reducere udgifterne på lang sigt til sundhedsvæsenet og gøre samfundsøkonomien mere stabil, ved at borgerne kan have et produktivt liv et godt stykke op i alderen. Grønbogen vil være med til at afgøre, om en indsats på fællesskabsplan, der supplerer medlemsstaternes aktiviteter, kan bidrage til at reducere sundhedsrisici, dæmpe sundhedsudgifterne og forbedre konkurrenceevnen i medlemsstaterne.

### **III. HØRING**

III.1. Som annonceret i meddelelsen "Fremme af sundhed, sikkerhed og tillid blandt borgerne: en strategi for sundhed og forbrugerbeskyttelse"<sup>18</sup> er Kommissionen ved at udarbejde en række fælles strategier til håndtering af de vigtigste sundhedsdeterminanter som f.eks. ernæring og fedme. I den forbindelse har denne grøn bog til formål at lægge op til en bredtfavnende høringsproces og iværksætte en dybtgående diskussion, der inddrager EU-institutionerne, medlemsstaterne og civilsamfundet, med det formål at finde ud af, hvordan sunde kostvaner og fysisk aktivitet kan fremmes ved en indsats på EU-plan.

III.2. Kommissionen opfordrer alle interesserede organisationer til at indsende høringssvar om de emner, der behandles i denne grøn bog, senest den 15. marts 2006 til følgende adresse (helst pr. e-mail):

Europa-Kommissionen:

Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse

Kontor C4 - Sundhedsdeterminanter

E-mail: [SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int](mailto:SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int)

Postadresse: L-2920 Luxembourg

Fax: (+ 352) 4301.34975

Svarene bør ikke være videnskabelige afhandlinger, men konkrete, veldokumenterede forslag til udformning af en politik, især på EU-plan. Der forventes navnlig svar fra erhvervslivet om emner, der hører under deres specifikke interesseområde (f.eks. reklamer og markedsføring samt mærkning), patientforeninger og ngo'er, der beskæftiger sig med sundhed og forbrugerbeskyttelse.

III.3. Medmindre de, der har afgivet høringssvar, erklærer, at de ikke vil have, at deres svar eller dele heraf offentliggøres på Kommissionens websted og/eller citeres i rapporten med analyser af resultatet af høringsprocessen<sup>19</sup>, går Kommissionens tjenestegrene ud fra, at de ikke har noget imod det.

III.4. Da sygdomme i forbindelse med usunde kostvaner og fysisk inaktivitet skyldes et samspil mellem flere årsager, og da der kræves en indsats fra flere aktører for at gøre noget ved dem, berøres i denne grøn bog visse emner, der primært hører under EU-medlemsstaternes kompetence (f.eks. uddannelse og byplanlægning). Den forventes således også at bidrage til at kortlægge områder, hvor EU ikke desto mindre kunne betyde en merværdi, f.eks. ved at støtte netværksdannelse for aktører og formidling af god praksis.

### **IV. STRUKTURER OG REDSKABER PÅ FÆLLESSKABSPLAN**

#### **IV.1. Den europæiske handlingsplatform for kost, fysisk aktivitet og sundhed**

IV.1.1. For at skabe et fælles forum for indsatsen blev den europæiske handlingsplatform for kost, fysisk aktivitet og sundhed oprettet i marts 2005. Platformen samler alle relevante aktører på europæisk plan, der er villige til at forpligte sig - på en måde, der kan efterprøves - til at standse og vende den nuværende tendens til overvægt og fedme. Platformen har til formål at virke som katalysator for erhvervslivets, civilsamfundets

og den offentlige sektors frivillige indsats i hele EU. Blandt medlemmerne af platformen er centrale repræsentanter på EU-plan for fødevarer-, detailhandels-, catering- og reklamebranchen, forbrugerorganisationer og ngo'er, der beskæftiger sig med sundhed.

IV.1.2. Det er meningen, at platformen skal være et eksempel på en koordineret men selvstændig indsats fra forskellige dele af samfundet. Den er udformet med henblik på at stimulere andre initiativer på nationalt, regionalt eller lokalt plan, og samarbejde med lignende fora på nationalt plan. Samtidig kan platformen skabe input, med henblik på at indsatsen mod fedmeproblemet integreres i en bred vifte af EU-politikker. Kommissionen betragter platformen for at være den mest lovende metode til en indsats af ikke-lovgivningsmæssig art, da den egner sig fortrinligt, til at opbygge tillid mellem de centrale aktører. De første resultater fra platformen er opmuntrende. De øvrige EU-politikker inddrages i vidt omfang, og platformens medlemmer har planer om vidtrækkende forpligtelser for 2006. Der afholdes et fælles møde med aktører fra USA, som vil bidrage til udveksling af god praksis. Dertil kommer, at der er opnået enighed blandt sportsministrene om at yde støtte til platformen. Resultaterne af platformen bliver evalueret første gang i midten af 2006<sup>20</sup>.

## **IV.2. Det europæiske netværk vedrørende ernæring og fysisk aktivitet**

IV.2.1. Kommissionens tjenestegrene oprettede i 2003 et netværk vedrørende ernæring og fysisk aktivitet, som består af eksperter udnævnt af medlemsstaterne, WHO og ngo'er på forbruger- og sundhedsområdet, med det formål at rådgive Kommissionen om udviklingen af Fællesskabets aktiviteter for at forbedre ernæringen, reducere og forebygge kostrelaterede sygdomme, fremme fysisk aktivitet og bekæmpe overvægt og fedme. Netværket vil i høj grad blive inddraget i arbejdet med at analysere reaktionerne på denne grøn bog.

## **IV.3. Sundhed i de forskellige EU-politikker**

IV.3.1. Forebyggelse af overvægt og fedme forudsætter en integreret indsats for at skabe sundhed, og denne indsats skal kombinere fremme af sund levevis med foranstaltninger, der tager fat på sociale og økonomiske uligheder og det fysiske miljø, og det skal være en forpligtelse at søge sundhedsmål opfyldt også via andre EU-politikker. En sådan indsats må nødvendigvis gennemføres på tværs af en række EU-politikker (f.eks. landbrugs-, fiskeri-, uddannelses-, sports-, forbruger-, erhvervs-, forsknings-, social- og arbejdsmarkeds-, miljø- og av-politik og politikken for det indre marked) og aktivt fremmes af disse politikker.

IV.3.2. Kommissionen har for sit vedkommende iværksat en række mekanismer med henblik på at sikre, at sundhed indarbejdes i andre EU-politikker:

- Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse høres systematisk, når andre af Kommissionens tjenestegrene fremsætter vigtige forslag vedrørende et politikområde.
- I den interne sundhedsgruppe deltager alle berørte tjenestegrene i Kommissionen i drøftelser om sundhedsrelaterede spørgsmål.
- Kommissionen har indført proceduren med konsekvensanalyse, der er et redskab til at forbedre kvaliteten og sammenhængen i udviklingen af politikken, og som bl.a. omfatter vurdering af virkningerne for sundheden.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke konkrete tiltag kan EU-politikområder evt. bidrage med for at fremme sunde kostvaner og fysisk aktivitet og for at skabe miljøer, der gør sunde valg til nemme valg?
- Hvilke slags foranstaltninger på EU-plan eller på nationalt plan kan bidrage til at forbedre udbuddet af og adgangen til frugt og grøntsager og gøre dem billigere og mere attraktive?
- På hvilke områder i forbindelse med ernæring, fysisk aktivitet, udvikling af redskaber til analyse af hermed forbundne lidelser samt forbrugeradfærd er der behov for mere forskning?

#### **IV.4. Handlingsprogrammet for folkesundhed**

IV.4.1. Betydningen af ernæring, fysisk aktivitet og fedme fremgår også af handlingsprogrammet for folkesundhed<sup>21</sup> og de årlige arbejdsplaner herunder. Under punktet vedrørende information på sundhedsområdet støtter programmet aktiviteter, der tager sigte på at indsamle mere robuste data om fedmeepidemiologi og adfærdsaspekter<sup>22</sup>. I programmet opstilles et sæt af sammenlignelige indikatorer for sundhedsstatus, herunder fysisk aktivitet og fedme i forbindelse med indtagelse via kosten.

IV.4.2. Under punktet vedrørende sundhedsdeterminanter støtter programmet fælles-europæiske projekter, der har til formål at fremme sunde kostvaner og fysisk aktivitet, herunder tværgående og integrerende tiltag, der bevirker en integrering af tiltag vedrørende levevis og indarbejder miljømæssige og socioøkonomiske betragtninger, idet der fokuseres på centrale målgrupper og centrale miljøer, og arbejdet knytter an til forskellige sundhedsdeterminanter<sup>23</sup>.

IV.4.3. I Kommissionens forslag til et nyt handlingsprogram for sundhed og forbrugerbeskyttelse<sup>24</sup> lægger der særlig vægt på fremme og forebyggelse bl.a. vedrørende ernæring og fysisk aktivitet, og der foreslås et nyt aktionsfelt vedrørende forebyggelse af bestemte sygdomme.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvordan kan data om fedme gøres mere tilgængelige og sammenlignelige, navnlig med henblik på at kortlægge præcist, hvordan fedme er udbredt geografisk og socioøkonomisk?
- Hvordan kan programmet bidrage til at give beslutningstagere, fagfolk i sundhedssektoren, medierne og den brede offentlighed øget kendskab til sunde kostvaners og fysisk aktivitets evne til at reducere risikoen for kroniske sygdomme?
- Hvilke kanaler er bedst egnede til formidling af den eksisterende viden?

#### **IV.5. Den Europæiske Fødevarsikkerhedsautoritet (EFSA)**

IV.5.1. Den Europæiske Fødevarsikkerhedsautoritet kan i høj grad medvirke til at understøtte de foreslåede foranstaltninger vedrørende ernæring (f.eks. vedrørende anbefalede

indtag af næringsstoffer eller kommunikationsstrategier om ernæringens betydning for sundheden rettet mod fagfolk i sundhedssektoren, ledere af virksomheder i fødevarekæden og den brede offentlighed) i form af videnskabelig rådgivning og bistand (*se nærmere i afsnit V.9 om EFSA's rolle i forbindelse med udformningen af fødevarebaserede kostråd*).

## **V. INDSATSOMRÅDER**

### **V.1. Forbrugeroplysning, reklamer og markedsføring**

- V.1.1. Forbrugerpolitikken har til formål at sætte befolkningen i stand til at træffe kvalificerede valg vedrørende kosten. Et vigtigt element i den forbindelse er oplysning om varernes næringsindhold. Klare og konsekvente næringsoplysninger om fødevarer kan sideløbende med relevant forbrugeruddannelse fungere som fundamentet for et kvalificeret kostvalg. Med det for øje har Kommissionen fremsat et forslag til en forordning om harmonisering af reglerne om sundhedsanprisninger<sup>25</sup>. Det omfatter princippet om fastsættelse af ernæringsprofiler, så man kan undgå, at fødevarer med et stort indhold af visse næringsstoffer (f.eks. salt, fedt, mættet fedt og sukker) anpriser med henvisning til deres gavnlige virkning for ernæringen eller sundheden. Kommissionen overvejer desuden ændringer af de eksisterende regler om næringsdeklaration.
- V.1.2. Hvad angår reklame og markedsføring skal det sikres, at forbrugerne ikke vildledes, og især at sårbare forbrugere, især børns, godtroenhed og begrænsede kendskab til medierne ikke misbruges. Det gælder især reklamer for fødevarer med højt indhold af fedt, salt og sukker, f.eks. energirige snacks og læskedrikke sødet med sukker, og markedsføring af sådanne produkter på skoler<sup>26</sup>. Selvregulering i erhvervslivet kunne være den foretrukne metode på dette område, da den set i forhold til lovgivning er forbundet med en række fordele med hensyn til hurtighed og fleksibilitet. Det vil imidlertid være nødvendigt at tage andre muligheder i betragtning, hvis man ikke opnår tilfredsstillende resultater via selvregulering.



Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke er de vigtigste næringsstoffer og varekategorier, der skal lægges vægt på i næringsoplysningerne til forbrugerne, og hvorfor?
- Hvilken slags forbrugeroplysning/uddannelse skal der til, for at forbrugerne fuldt ud kan forstå oplysningerne på mærkningen af fødevarerne, og hvem skal give sådanne oplysninger?
- Er frivillige regelsæt ("selvregulering") en passende metode til at begrænse reklamer for og markedsføring af fødevarer med højt energiindhold og lavt indhold af mikronæringsstoffer? Hvilke alternativer kan komme på tale, hvis selvregulering ikke fungerer?
- Hvordan kan man definere, gennemføre og overvåge effektivitet i forbindelse med selvregulering? Hvilke foranstaltninger bør man træffe for at sikre, at sårbare forbrugeres godtroenhed og begrænsede kendskab til medierne ikke misbruges i forbindelse med reklamer, markedsføring og salg fremstød?

## V.2. Forbrugeruddannelse

- V.2.1. En forudsætning for, at en ernæringspolitik, på såvel nationalt plan som på EU-plan, kan lykkes, er en forbedring af befolkningens viden om forholdet mellem kost og sundhed samt mellem energiindtag og energiforbrug, om kostvaner, der nedsætter risikoen for kroniske sygdomme, og om valg af sunde fødevarer. Der er behov for at udvikle konsekvente, sammenhængende, enkle og klare budskaber, der skal formidles via flere kanaler og i forskellig udformning, der er afstemt efter lokal kultur, alder og køn. Forbrugeruddannelse bidrager også til at forbedre kendskabet til medierne og sætte forbrugerne i stand til bedre at forstå næringsdeklarationerne.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål for at kortlægge bedste praksis:

- Hvordan kan man bedst sætte forbrugerne i stand til at foretage kvalificerede valg og handle effektivt?
- Hvordan kan partnerskaber mellem offentlige og private bidrage til forbrugeruddannelse?
- Hvilke centrale budskaber skal forbrugerne modtage vedrørende ernæring og fysisk aktivitet, og hvordan skal de formidles, og hvem skal gøre det?

## V.3. Fokus på børn og unge

- V.3.1. Allerede i barndommen og ungdommen træffer man vigtige livsstilsvalg, der har betydning for sundhedsrisikoen, når man er voksen. Det er derfor af afgørende betydning, at børn får vejledning i sund adfærd. Skolen anses for at være et vigtigt miljø for sundhedsfremmende foranstaltninger, og den kan bidrage til at beskytte børns sundhed ved at fremme sunde kostvaner og fysisk aktivitet. Der er desuden mere og mere dokumentation for, at sund kost også forbedrer koncentrations- og indlæringssevnen. Skolen har desuden mulighed for at tilskynde børn til at være fysisk

aktive hver dag<sup>27</sup>. Man kunne overveje at træffe relevante foranstaltninger på et passende niveau.

- V.3.2. For at undgå, at børn udsættes for modstridende budskaber, er det nødvendigt, at forældrenes og skolernes indsats for sundhedsundervisning understøttes af en indsats fra medierne, sundhedsvæsenet, civilsamfundet og de relevante grene af erhvervslivet (positive rollemodeller) (se nærmere i afsnit V.1 om markedsføring rettet mod børn).

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål for at kortlægge bedste praksis:

- Hvilke gode eksempler på forbedring af skolemadens næringsværdi findes der, og hvordan kan forældrene blive oplyst om, hvordan næringsværdien af måltiderne derhjemme forbedres?
- Hvad er god praksis, når det drejer sig om regelmæssig fysisk aktivitet på skolerne?
- Hvad er god praksis, når det drejer sig om at skabe sunde kostvalg på skolerne, navnlig vedrørende overdrevet indtag af energirige snacks og læskedrikke sødet med sukker?
- Hvordan kan medierne, sundhedsvæsenet, civilsamfundet og de relevante erhvervsgrøner understøtte skolernes indsats for sundhedsundervisning? Hvilken rolle kan partnerskaber mellem offentlige og private spille i den forbindelse?

#### **V.4. Udvalg af fødevarer, fysisk aktivitet og sundhedsundervisning på arbejdspladsen**

- V.4.1. Arbejdspladserne er et miljø, hvor der er gode muligheder for at fremme sunde kostvaner og fysisk aktivitet. Kantiner med et sundt udvalg og arbejdsgivere, der skaber miljøer, som gør det lettere at være fysisk aktiv (f.eks. ved at stille brusere og omklædningsrum til rådighed), kan i høj grad medvirke til at fremme sundhed på arbejdspladsen.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål for at kortlægge bedste praksis:

- Hvordan kan arbejdsgiverne skabe et sundt udvalg i kantinerne på arbejdspladserne?
- Hvilke foranstaltninger kan tilskynde til og lette fysisk aktivitet i pauser og undervejs til og fra arbejde?

#### **V.5. Indarbejdelse af forebyggelse og behandling af overvægt og fedme i sundhedsvæsenet**

- V.5.1. Sundhedsvæsenet og fagfolk i sundhedssektoren har i høj grad mulighed for at forbedre patienternes kendskab til forholdet mellem kost, fysisk aktivitet og sundhed og for at foranledige de fornødne ændringer i levevis. Patienterne kunne blive kraftigt ansporet til sådanne ændringer, hvis fagfolk i sundhedssektoren som led i den rutinemæssige kontakt gav praktiske råd til patienter og familier om fordelene ved gode kostvaner og

mere fysisk aktivitet. Der skal desuden tages fat på de forskellige muligheder for behandling af fedme<sup>28</sup>.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke foranstaltninger, og på hvilket niveau, er nødvendige for at sikre, at tiltag, der har til formål at fremme sunde kostvaner og fysisk aktivitet, i højere grad bliver en integreret del af sundhedsvæsenet?

## **V.6. Indsats mod fedmefremmende miljøer**

- V.6.1. Fysisk aktivitet kan indarbejdes i den daglige rutine (f.eks. gå eller cykle til skole eller arbejde i stedet for at bruge motorkøretøjer). Transport- og byplanlægningspolitikken kan sikre, at man let og sikkert kan gå, cykle eller bevæge sig på anden måde, og fremme transport, der foregår på andre måder end ved motorkøretøjer. Sikre stier til cyklister og fodgængere kunne være et af de tiltag, der skal til for at gøre noget ved de særdeles foruroligende tendenser til overvægt og fedme hos børn.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvordan kan det offentliges indsats bidrage til at sikre, at fysisk aktivitet "indarbejdes" i den daglige rutine?
- Hvilke foranstaltninger er nødvendige for udviklingen af miljøer, der fremmer fysisk aktivitet?

## **V.7. Socioøkonomiske uligheder**

- V.7.1. Valget af fødevarer bestemmes af både individuelle præferencer og socioøkonomiske faktorer<sup>29</sup>. Social situation, indkomst og uddannelse er af betydning for kost og fysisk aktivitet. Visse lokalområder kan virke hæmmende for fysisk aktivitet, mangler rekreative faciliteter og har større konsekvenser for dem med få midler end for dem, der har råd til eller har adgang til transport. Et lavere uddannelsesniveau og dårligere adgang til relevante oplysninger gør det sværere at foretage kvalificerede valg.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke foranstaltninger, og på hvilket niveau, kunne fremme sunde kostvaner og fysisk aktivitet hos befolkningsgrupper og husholdninger i visse socialklasser og sætte sådanne grupper i stand til at gå over til en mere sund levevis?
- Hvordan kan man gøre noget ved den "ophobning" af usunde vaner, der ofte er blevet påvist hos grupper i visse socialklasser?

## **V.8. En integreret og samlet indsats til fremme af sunde kostvaner og fysisk aktivitet**

- V.8.1. En integreret og samlet indsats, der har til formål at gøre sunde valg praktisk mulige, økonomisk overkommelige og attraktive, indebærer, at ernæring og fysisk aktivitet tages i betragtning i alle relevante politikker på lokalt, regionalt, nationalt og europæisk plan, idet man skal skabe de fornødne befordrende miljøer, og udvikle og anvende passende redskaber til at vurdere virkningen af andre politikker på ernæringsrelateret sundhed og fysisk aktivitet<sup>30</sup>.

- V.8.2. Prævalensen af kroniske lidelser, der hænger sammen med kost og fysisk aktivitet, kan variere meget mellem mænd og kvinder, aldersgrupper og socialklasser. Dertil kommer, at kostvaner og fysisk aktivitet ofte hænger nøje sammen med lokale og regionale traditioner. Derfor skal man ved en indsats for sunde kostvaner og fysisk aktivitet tage hensyn til køn og socioøkonomiske og kulturelle forskelle, og man skal se alting i et livslangt perspektiv.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke elementer er de vigtigste i en integreret og samlet indsats til fremme af sunde kostvaner og fysisk aktivitet?
- Hvordan skal rollerne fordeles på nationalt plan og på EU-plan?

## V.9. **Anbefalinger vedrørende indtag af næringsstoffer og vedrørende udvikling af fødevarebaserede kostråd**

- V.9.1 I WHO/FAO-rapporten<sup>31</sup> opstilles der generelle anbefalinger vedrørende befolkningens indtag af næringsstoffer og mål for fysisk aktivitet set i relation til ønsket om at forebygge vigtige ikke-overførbare sygdomme.
- V.9.2. I forbindelse med Eurodiet-projektet<sup>32</sup> blev der foreslået kvantificerede mål for befolkningens indtag af næringsstoffer, og man understregede behovet for, at målene blev udmøntet i fødevarebaserede kostråd. Fødevarebaserede kostråd skal være baseret på sædvanlige kostmønstre og tage hensyn til socioøkonomiske og kulturelle faktorer.
- V.9.3. Kommissionen har anmodet Den Europæiske Fødevarsikkerhedsautoritet (EFSA) om at opdatere rådgivningen vedrørende energi, makronæringsstoffer og kostfibre. Derpå vil EFSA også afgive udtalelse om befolkningens referenceindtag af mikronæringsstoffer i kosten, og, hvis det anses for relevant, andre essentielle stoffer, der har en ernæringsmæssig eller fysiologisk virkning, som led i en afbalanceret kost. Desuden vil EFSA afgive udtalelse om, hvordan kostråd vedrørende næringsstoffer kan udmøntes i anbefalinger vedrørende forskellige fødevarers bidrag til kosten som helhed, så sundheden kan bevares via optimal ernæring.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Hvordan kan sociale og kulturelle variationer og forskellige regionale og nationale kostvaner tages i betragtning i forbindelse med fødevarebaserede kostråd på europæisk plan?
- Hvordan kan man udligne de store forskelle mellem de foreslåede ernæringsmål og de faktiske forbrugsmønstre?
- Hvordan kan kostråd formidles til forbrugerne?
- Hvordan kan systemer med point til ernæringsprofiler (som man for nylig har udviklet i Det Forenede Kongerige<sup>33</sup>) bidrage til en sådan udvikling?

## V.10. **EU-eksternt samarbejde**

- V.10.1. På internationalt plan overvejer man for øjeblikket muligheden for globalt at inddrage Codex Alimentarius<sup>34</sup> i spørgsmålet om ernæring. I tråd med opfordringen i WHO's

globale strategi for kost, fysisk aktivitet og sundhed støtter EU synspunktet om, at man generelt bør overveje, hvordan ernæringsspørgsmål kan integreres i Codex Alimentarius' arbejde uden at ændre Codex Alimentarius' nuværende kommissorium.

- V.10.2. Ernæring, kost og fysisk aktivitet bør være omfattet af et tæt samarbejde mellem lovgivere og andre aktører i EU og i andre lande, hvor den stigende overvægt og fedme er foruroligende<sup>35</sup>.

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- På hvilke betingelser bør EU indgå i arbejdet for, at EU og lande uden for EU udveksler erfaringer og kortlægger bedste praksis? Og på hvilken måde?

#### V.11. Andre emner

Kommissionen ønsker bl.a. svar på følgende spørgsmål:

- Er der emner, der ikke berøres i denne grøn bog, men som skal tages i betragtning som led i en europæisk dimension i forbindelse med fremme af sunde kostvaner, fysisk aktivitet og sundhed?
- Hvilke af de emner, der behandles i denne grøn bog, bør prioriteres højest, og hvilke kan betragtes som mindre presserende?

### VI. DE NÆSTE SKRIDT

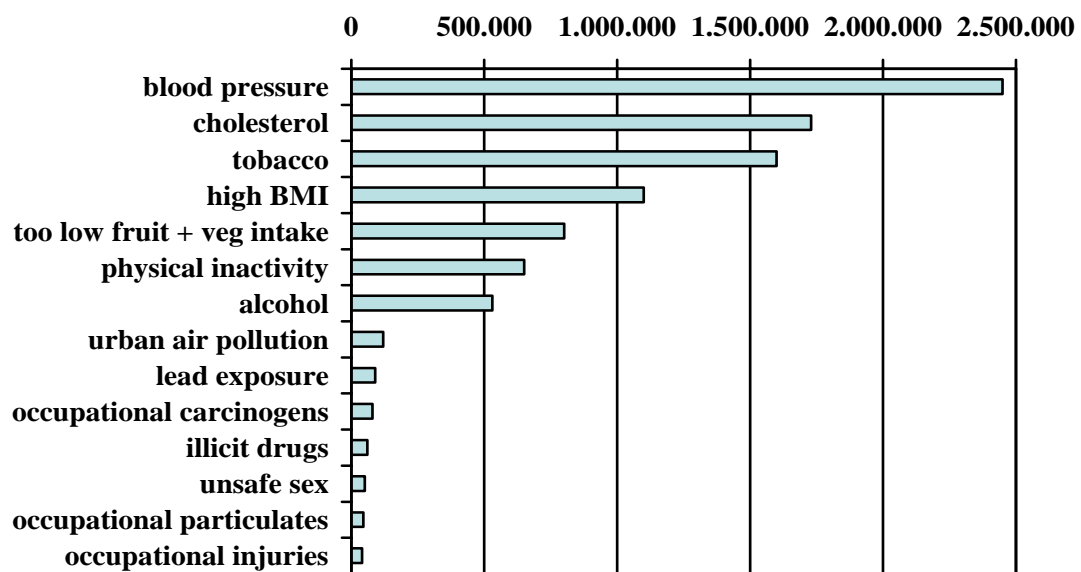
- VI.1. Kommissionens tjenestegrene vil nøje analysere alle bidrag, som indkommer som svar på den høringsproces, der iværksættes ved denne grøn bog. Det forventes, at en rapport, der sammenfatter alle bidragene, vil blive offentliggjort på Kommissionens websted i juni 2006.
- VI.2. På grundlag af resultaterne af høringsprocessen vil Kommissionen overveje, hvordan man bedst kan følge op herpå, og hvilke foranstaltninger det måtte være nødvendigt at foreslå, og hvilke instrumenter der skal til for at gennemføre dem. Der vil blive foretaget den fornødne konsekvensanalyse, afhængigt af hvilke type instrumenter der vælges.

## ANNEX 1

### Figures and Tables

| <b>Table 1</b>  |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
| <b>Prevalence estimates of diabetes mellitus</b>  |                      |                      |
|   | <b>estimate 2003</b> | <b>estimate 2025</b> |
| <b>Country</b>  | 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, 2<sup>nd</sup> 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 <sup>1</sup><br>25-29.9 | %BMI $\geq$ 30 | %Com-<br>bined<br>BMI $\geq$ 25 | %BMI<br>25-29.9 | %BMI<br>$\geq$ 30 | %Combined<br>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 <sup>2</sup>  | 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                       |

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

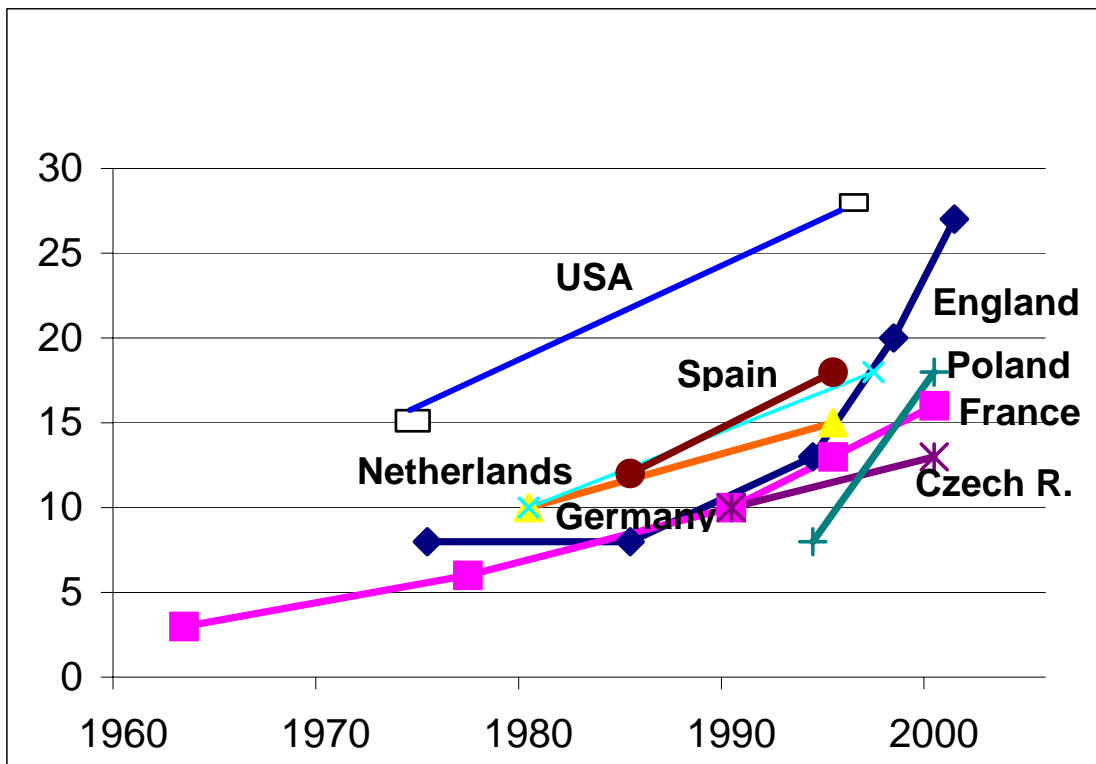
<sup>2</sup> Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland



|                          |                |      |      |      |      |      |      |
|--------------------------|----------------|------|------|------|------|------|------|
| 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 osteoporosis<sup>36</sup>.
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)<sup>37</sup>.
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 countries<sup>38</sup>, 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 cancers<sup>39</sup>.
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 consultation<sup>40</sup> 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*<sup>41</sup> 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** (BMI<sup>42</sup> >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 women<sup>43</sup>. In some EU countries more than half the adult population is overweight<sup>44</sup> (BMI >25), and in parts of Europe<sup>45</sup> the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey<sup>46</sup>. 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 %<sup>47</sup>.
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 children<sup>48</sup>. 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 increases<sup>49</sup>.
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 scientists<sup>50</sup> 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 obesity<sup>51</sup>.

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 management<sup>52</sup>.
16. A 2003 Eurobarometer survey<sup>53</sup> 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 guidelines<sup>54</sup>. 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 2004<sup>55</sup> 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 it<sup>56</sup> when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

## ANNEX 3 – References

- 
- <sup>1</sup> Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev\\_20050602\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf)
- <sup>2</sup> Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the European Communities C 20/1 of 23.1.2001
- <sup>3</sup> Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev\\_20050602\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf)
- <sup>4</sup> Council conclusions on obesity, op. cit.
- <sup>5</sup> actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- <sup>6</sup> Council conclusions on obesity, op. cit.
- <sup>7</sup> Council conclusions on obesity, op. cit.
- <sup>8</sup> Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil society partners, SOC/201, September 2005  
[http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005\\_ac.doc&language=EN](http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN)
- <sup>9</sup> Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain (<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in November 2004 ([http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4094550&chk=aN5Cor](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor)). Germany established a national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- <sup>10</sup> Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- <sup>11</sup> National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*. [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/00-01/0001220.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf).
- <sup>12</sup> Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- <sup>13</sup> Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- <sup>14</sup> Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- <sup>15</sup> Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD Health Project,

---

Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries, SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004

<sup>16</sup> Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>

<sup>17</sup> The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

<sup>18</sup> COM (2005) 115 [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0115en01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf)

<sup>19</sup> A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following address: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm)

<sup>20</sup> Further information on the work of the Platform is available at the following internet address: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/platform/platform\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm)

<sup>21</sup> More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following internet address: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm).

<sup>22</sup> i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]

<sup>23</sup> Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe, 2002* ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_report\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf))

<sup>24</sup> [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0115en01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf)

<sup>25</sup> 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

<sup>26</sup> 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>

<sup>27</sup> 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>

<sup>28</sup> these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten), physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle modifications and under

---

regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount of food that can be eaten)

<sup>29</sup> Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96, 2004

<sup>30</sup> Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning, and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)

<sup>31</sup> Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* The recommendations include: Achieve energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span; Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts; Reduce the intake of “free” sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that salt is iodized.

<sup>32</sup> EURODIET core report, *op. cit.*  
([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/report01\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf))

<sup>33</sup> 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>

<sup>34</sup> The Codex Alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation (FAO) and the World Health Organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade, and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and non-governmental organizations. [http://www.codexalimentarius.net/web/index\\_en.jsp](http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp)

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

<sup>36</sup> 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>)

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

<sup>38</sup> 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.*

<sup>39</sup> 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.*

<sup>40</sup> Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

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

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

<sup>43</sup> International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

<sup>44</sup> The European Health Report, World Health Organisation, 2002

<sup>45</sup> 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,  
48 [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/health\\_economy\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf)  
49 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004  
50 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*  
51 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651  
52 DIABESITY project funded under the EU's 6<sup>th</sup> RTD Framework Programme:  
<http://www.eurodiabetes.org/>  
53 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*  
54 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](http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf)  
55 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002  
[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf)  
56 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*