

VIHREÄ KIRJA

**Terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistäminen: eurooppalainen ulottuvuus
ylipainoisuuden, lihavuuden ja kroonisten sairauksien ehkäisemisessä**

VIHREÄ KIRJA

SISÄLTÖ

Terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistäminen: eurooppalainen ulottuvuus ylipainoisuuden, lihavuuden ja kroonisten sairauksien ehkäisemisessä

I	Tilanne Euroopan tasolla	3
II	Terveys ja vauraus.....	4
III	Kuulemismenettely	5
IV	Rakenteet ja välineet yhteisön tasolla	5
IV.1	Ruokavaliota, liikuntaa ja terveyttä käsittelevä Euroopan toimintafoorumi.....	5
IV.2	Euroopan ravitsemus- ja liikuntaverkko	6
IV.3	Terveys osana EU:n muuta politiikkaa	6
IV.4	Kansanterveysalan toimintaohjelma	7
IV.5	Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen	7
V	Toiminta-alat.....	8
V.1	Kuluttajavalistus, mainonta ja markkinointi	8
V.2	Kuluttajavalistus.....	8
V.3	Lapset ja nuoret painopisteessä.....	9
V.4	Ruoan saatavuus, liikunta ja terveyskasvatus työpaikalla.....	9
V.5	Ylipainoisuuden ja lihavuuden ehkäisy ja hoito osaksi terveydenhoitoa.....	10
V.6	Lihavuutta aiheuttavan ympäristön korjaaminen	10
V.7	Sosioekonominen eriarvoisuus.....	10
V.8	Integroidun ja kattavan lähestymistavan tukeminen terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistämiseksi	11
V.9	Ravintoaineiden saantisuositukset ja suositukset elintarvikkeisiin pohjautuviksi ruokavalion suuntaviivoiksi	11
V.10	Euroopan unionin ulkopuolelle ulottuva yhteistyö	12
V.11	Muuta	12
VI	Seuraavat vaiheet	13
Annex 1: Figures and Tables		
Annex 2: Relationship between diet, physical activity and health		
Annex 3: References		

VIHREÄ KIRJA

Terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistäminen: eurooppalainen ulottuvuus ylipainoisuuden, lihavuuden ja kroonisten sairauksien ehkäisemisessä

I TILANNE EUROOPAN TASOLLA

- I.1 Epäterveellinen ruokavalio ja liikunnan puute ovat tärkeimpiä vältettävissä olevien sairauksien ja ennenaikaisten kuolemantapausten syitä Euroopassa. Lihavuuden yleistyminen Euroopassa on merkittävä kansanterveydellinen huolenaihe (*ks. liite 2, jossa annetaan taustatietoja*).
- I.2 Neuvosto on kehottanut komissiota edistämään terveitä elämäntapoja⁽ⁱ⁾ ja tutkimaan keinoja ravitsemuksen kohentamiseksi Euroopan unionissa sekä tarvittaessa antamaan tähän liittyviä ehdotuksia.² Neuvosto on lisäksi kehottanut jäsenvaltioita ja komissiota laatimaan ja toteuttamaan aloitteita, joilla tähdätään terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistämiseen.³
- I.3 Yhteisöllä on selkeä toimivalta tällä alalla: perustamissopimuksen 152 artiklassa edellytetään, että kaikkien yhteisön politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu. Useilla yhteisön politiikan osa-alueilla on merkitystä ravitsemuksen ja liikunnan kannalta, ja neuvosto on vahvistanut, että ravitsemus ja liikunta on otettava osaksi kaikkea tähän aiheeseen liittyvää EU:n politiikkaa.⁴
- I.4 Kansallisia toimia voidaan täydentää yhteisön tason toimilla. Yhteisön toimilla ei rajoiteta jäsenvaltioiden mahdollisesti aikomien toimien laajuutta, mutta niissä voidaan hyödyntää synergiaa ja mittakaavaetuja, helpottaa Euroopan laajuisen toiminnan toteuttamista, koota resursseja yhteen, levittää parhaita toimintatapoja ja vahvistaa näin ollen jäsenvaltioiden aloitteiden yleistä vaikutusta.
- I.5 Neuvosto on korostanut, että lihavuusepidemiolla on monia syitä, minkä vuoksi tarvitaan useat eri sidosryhmät kokoavaa toimintamallia⁵ – josta ruokavaliota, liikuntaa ja terveyttä käsittelevä Euroopan toimintafoorumi (*vrt. kohta IV.1*) on näkyvä esimerkki. Lisäksi tarvitaan paikallis-, alue-, valtakunnan ja yhteisön tason toimia.⁶ Neuvosto suhtautui lisäksi myönteisesti komission aikomukseen valmistella tämä vihreä kirja ja esittää vuonna 2006 vihreällä kirjalla käynnistetyn julkisen kuulemisen tulokset.⁷
- I.6 Euroopan talous- ja sosiaalikomitea on korostanut, että yhteisön tason toimilla voidaan vahvistaa jäsenvaltioiden viranomaisten, yksityissektorin ja kansalaisjärjestöjen toteuttamien aloitteiden vaikutusta.⁸
- I.7 Monissa jäsenvaltioissa toteutetaan jo nyt ruokavaliota, liikuntaa ja terveyttä koskevia kansallisia strategioita tai toimintasuunnitelmia.⁹ Yhteisön toimilla voidaan tukea ja täydentää tällaista toimintaa, edistää toiminnan koordinoitua ja tukea hyvien toimintatapojen tunnistamista ja levittämistä, jolloin myös muut maat voivat hyötyä saaduista kokemuksista.

⁽ⁱ⁾ Viitteet esitetään asiakirjan liitteessä 3.

II TERVEYS JA VAURAUUS

- II.1 Lihavuuden yleistymisellä on inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Lihavuuden arvioidaan Euroopassa aiheuttavan jopa 7 prosenttia terveydenhoitokustannuksista,¹⁰ ja määrä tulee kasvamaan, koska myös lihavuus on kasvussa. Kaikista EU-maista ei ole saatavilla tarkkoja tietoja, mutta tutkimuksissa nousevat esiin lihavuuden suuret taloudelliset kustannukset: Yhdistyneen kuningaskunnan kansallisen tilintarkastusviraston vuonna 2001 laatimassa raportissa arvioitiin, että lihavuuden syyksi voitiin pelkästään Englannissa laskea 18 miljoonaa sairauspoissaolopäivää ja 30 000 ennen aikaista kuolemantapausta, mikä vastaa vuosittain vähintään 500 miljoonan punnan suuruisia välittömiä terveydenhoitokustannuksia. Laajempien talouteen kohdistuvien kustannusten, joihin sisältyvät alentunut tuottavuus ja tuotannon menetykset, arvioitiin olevan tämän lisäksi vielä 2 miljardia Englannin puntaa vuodessa.¹¹ Yhdistyneen kuningaskunnan johtavan terveysviranomaisen vuonna 2004 laatimassa raportissa, jossa käsiteltiin liikunnan vaikutusta ja sen suhdetta terveyteen, arvioitiin, että liikunnan puutteesta aiheutuu vuosittain 8,2 miljardin punnan suuruiset kustannukset (mukaan luettuna sekä terveydenhoitokustannukset että laajemmat talouteen kohdistuvat kustannukset, kuten menetetyt työpäivät).¹² Irlannissa lihavuuden hoidon välittömät kustannukset arvioitiin noin 70 miljoonaksi euroksi vuonna 2002.¹³ Yhdysvalloissa CDC (Centers for Disease Control and Prevention) arvioi lihavuudesta johtuvat terveydenhoitokustannukset 75 miljardin dollarin suuruiseksi.¹⁴ Henkilötasolla tutkimuksissa arvioidaan, että keskiverto ylipainoinen aikuinen aiheuttaa Yhdysvalloissa vuosittain 37 prosenttia suuremmat terveydenhoitomenot kuin normaalipainoinen keskivertohenkilö.¹⁵ Näissä välittömissä kustannuksissa ei oteta huomioon työkyvyttömyydestä ja ennen aikaisista kuolemantapauksista johtuvaa tuottavuuden vähentymistä.
- II.2 Ruotsin kansanterveyslaitoksen tekemässä analyysissä tultiin siihen tulokseen, että 4,5 prosenttia sairastavuusvakioiduista elinvuosista menetetään EU:ssa huonon ravinnon vuoksi. Lisäksi 3,7 prosenttia menetetään lihavuuden ja 1,4 prosenttia liikunnan puutteen vuoksi eli yhteensä 9,6 prosenttia verrattuna tupakoinnin vuoksi menetettäviin 9 prosenttiin.¹⁶
- II.3 Alankomaiden kansanterveys- ja ympäristöinstituutti (RIVM) on hiljattain julkaissut raportin, jossa tarkastellaan ruokavalion epäsuotuisaa koostumusta ja sen aiheuttamaa terveyden heikentymistä. Yksi raportin päätelmistä on, että ”vääranntyypisten” rasvojen, kuten tyydyttyneiden ja transrasvahappojen, liiallinen saanti lisää sydän- ja verisuonitautien todennäköisyyttä 25 prosentilla mutta kalan syöminen kerran tai kahdesti viikossa pienentää tätä riskiä 25 prosentilla. Alankomaissa todetaan vuosittain 38 000 yli 20-vuotiaiden aikuisten sydän- ja verisuonitautitapausta, jotka voidaan katsoa ruokavalion epäsuotuisan koostumuksen aiheuttamiksi.¹⁷
- II.4 Ylipainon ja lihavuuden torjunta ei tämän vuoksi ole tärkeää pelkästään kansanterveyden kannalta, vaan sillä pienennetään myös terveydenhuoltopalveluihin kohdistuvia pitkän aikavälin kustannuksia ja vakautetaan taloutta antamalla kansalaisille mahdollisuus pysyä tuottavassa toiminnassa pitkälle vanhuusikään saakka. Tällä vihreällä kirjalla selvitetään, voidaanko jäsenvaltioiden toimia täydentävillä yhteisön toimilla osaltaan vähentää terveysriskejä, hillitä terveydenhuoltomenoja ja parantaa jäsenvaltioiden talouksien kilpailukykyä.

III KUULEMISMENETTELY

III.1 Kuten tiedonannossa ”Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys- ja kuluttajansuojastrategia”¹⁸ ilmoitettiin, komissio valmistelee erinäisiä yhteisön strategioita, joilla paneudutaan tärkeimpiin terveyden taustatekijöihin, kuten ravitsemukseen ja lihavuuteen. Tällä vihreällä kirjalla pyritään tässä yhteydessä käynnistämään laaja-alainen kuulemisprosessi ja syvällistä keskustelua EU:n toimielinten, jäsenvaltioiden ja kansalaisyhteiskunnan kesken. Tavoitteena on täsmentää yhteisön mahdollinen osallistuminen terveyden ja liikunnan edistämistoimintaan.

III.2 Komissio pyytää kaikkia asiaan liittyviä organisaatioita esittämään vastauksensa tässä vihreässä kirjassa esiin tuotuihin näkökohtiin 15. maaliskuuta 2006 mennessä seuraavaan osoitteeseen (mieluiten sähköpostitse):

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

Vastausten ei pidä olla tieteellisiä julkaisuja vaan konkreettisia ja näyttöön perustuvia ehdotuksia politiikan luomiseksi lähinnä EU:n tasolla. Vastauksia odotetaan erityisesti talouselämän toimijoilta niiden alaan kuuluvista aiheista (esim. mainonta ja markkinointi, pakkausmerkinnät jne.), potilasyhdistyksiltä sekä terveyden ja kuluttajansuojan alalla toimivilta kansalaisjärjestöiltä.

III.3 Elleivät vastaajat ilmoita kieltäytymisestään, komission yksiköt katsovat, että vastaajat hyväksyvät sen, että niiden vastaukset tai osia niistä julkaistaan komission www-sivuilla ja/tai niitä lainataan raporteissa, joissa eritellään kuulemisprosessin tulosta.¹⁹

III.4 Koska epäterveellisiin ruokailutottumuksiin ja vähäiseen liikuntaan liittyvillä sairauksilla on useita syitä ja koska niiden torjuminen edellyttää useiden sidosryhmien panosta, vihreä kirja sisältää joitakin näkökohtia, jotka kuuluvat ensisijaisesti EU:n jäsenvaltioiden toimivaltaan (kuten koulutus ja kaupunkisuunnittelu). Sillä voidaan kuitenkin auttaa selvittämään, missä tapauksissa EU voi tuottaa lisäarvoa esimerkiksi tukemalla sidosryhmien verkostoitumista ja levittämällä hyviä toimintatapoja.

IV RAKENTEET JA VÄLINEET YHTEISÖN TASOLLA

IV.1 Ruokavaliota, liikuntaa ja terveyttä käsittelevä Euroopan toimintafoorumi

IV.1.1 Yhteisen toimintafoorumin luomiseksi käynnistettiin maaliskuussa 2005 ruokavaliota, liikuntaa ja terveyttä käsittelevä Euroopan toimintafoorumi. Foorumi kokoaa yhteen kaikki Euroopan tason toimijat, jotka haluavat sitovasti ja todistettavasti pyrkiä torjumaan ylipainoisuuden ja lihavuuden lisääntymissuuntausta. Foorumin tavoitteena on panna alulle kaikkialla EU:ssa liike-elämän, kansalaisyhteiskunnan ja julkisen sektorin vapaaehtoistoimia. Foorumin jäsenenä on keskeisiä EU-tason edustajia elintarvike-, vähittäiskauppa-, catering- ja mainosalalta, kuluttajajärjestöistä sekä terveysalalla toimivista kansalaisjärjestöistä.

IV.1.2 Foorumin tavoitteena on tarjota esimerkki yhteiskunnan eri toimijoiden koordinoituista mutta itsenäisistä toimista. Sen on määrä innostaa muihin aloitteisiin valtakunnallisella, alue- tai paikallistasolla, ja lisäksi se pyrkii yhteistyöhön vastaavien kansallisen tason foorumien kanssa. Foorumi voi samalla tarjota kimmokkeen lihavuuden tiimoilta tehtävien vastatoimien liittämiseksi osaksi useita EU:n eri toimintalinjoja. Lainsäädäntötoiminnan ulkopuolelle jäävistä toimintamuodoista komissio pitää foorumia lupaavimpana, koska sillä on ainutlaatuiset mahdollisuudet rakentaa luottamusta keskeisten sidosryhmien välille. Foorumista saadut alustavat tulokset ovat rohkaisevia: muut yhteisön toimintalinjat ovat vahvasti esillä, foorumin jäsenet suunnittelevat kauaskantoisia sitoumuksia vuodeksi 2006, ja yhdysvaltalaisten sidosryhmien kanssa järjestettävällä kokouksella edistetään hyvien toimintatapojen vaihtoa. Lisäksi urheiluasioista vastaavat ministerit ovat lupautuneet tukemaan foorumia. Foorumilla saatuja tuloksia arvioidaan ensimmäisen kerran vuoden 2006 puolivälissä.²⁰

IV.2 Euroopan ravitsemus- ja liikuntaverkko

IV.2.1 Komission yksiköt perustivat vuonna 2003 ravitsemus- ja liikuntaverkon, joka muodostuu jäsenvaltioiden, Maailman terveysjärjestön ja terveysalalla toimivien kansalaisjärjestöjen nimeämistä asiantuntijoista. Verkon tehtävänä on auttaa komissiota kehittämään yhteisön toimia ravitsemuksen parantamiseksi, ruokavalioon liittyvien sairauksien vähentämiseksi ja ehkäisemiseksi, liikunnan edistämiseksi sekä ylipainoisuuden ja lihavuuden torjumiseksi. Verkko on tiiviisti mukana analysoimassa tämän vihreän kirjan pohjalta saatua palautetta.

IV.3 Terveys osana EU:n muuta politiikkaa

IV.3.1 Ylipainon ja lihavuuden torjunnassa tarvitaan yhdennettyä lähestymistapaa terveyden edistämiseen. Tässä toimintamallissa on yhdistettävä terveiden elämäntapojen edistäminen ja toimet, joilla pyritään vaikuttamaan sosiaaliseen ja taloudelliseen eriarvoisuuteen ja fyysiseen ympäristöön. Lisäksi siinä on sitouduttava pyrkimään terveystavoitteisiin muiden yhteisön toimintalinjojen kautta. Tällaisen toimintamallin on ulotettava useille eri yhteisön politiikan osa-alueille (esimerkkeinä maatalous, kalastus, koulutus, urheilu, kuluttajat, yritykset, tutkimus, sosiaaliasiat, sisämarkkinat, ympäristö ja audiovisuaaliala) ja saatava näiltä aloilta aktiivista tukea.

IV.3.2 Komissiolla on nykyisin käytössään mekanismeja, joilla varmistetaan, että terveys voidaan ottaa huomioon muilla yhteisön politiikan osa-alueilla:

- terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosastoa kuullaan järjestelmällisesti aina, kun muut komission yksiköt tekevät merkittäviä poliittisia ehdotuksia
- yksiköiden välinen terveystyöryhmä keskustelee terveyteen liittyvistä kysymyksistä kaikkien alaan liittyvien komission yksiköiden kesken
- komission vaikutustenarviointimenettely, joka on luotu politiikan suunnittelun laatua ja yhtenäisyyttä parantavaksi ja johon sisältyy terveysvaikutusten arviointi.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Millä konkreettisilla tavoilla muut yhteisön mahdolliset toimintalinjat voisivat edistää ruokavalion parantamista ja liikunnan lisäämistä ja sellaisen ympäristön syntymistä, jossa terveelliset valinnat ovat helppoja?

- Minkä tyyppisillä yhteisön tai jäsenvaltioiden toimenpiteillä voitaisiin parantaa hedelmien ja vihannesten houkuttelevuutta ja saatavuutta ja pitää niiden hinnat kohtuullisina?
- Millä seuraaviin liittyvistä aihealoista kaivataan enemmän tutkimustyötä: ravinto, liikunta, näihin liittyviä häiriöitä koskevien analyysivälineiden kehittäminen ja kuluttajien käyttäytyminen?

IV.4 Kansanterveysalan toimintaohjelma

- IV.4.1 Ravitsemuksen, liikunnan ja lihavuuden merkitys kuvastuvat kansanterveysalan toimintaohjelmasta²¹ ja sen vuosittaisista työsuunnitelmista. Terveystiedotusta koskevan ohjelmalohkon puitteissa ohjelmalla tuetaan toimia, joilla kerätään luotettavampaa tietoa lihavuusepidemiasta ja käyttäytymiskysymyksistä.²² Ohjelmalla otetaan käyttöön vertailukelpoiset terveystiedotusindikaattorit myös ruokavalion, liikunnan ja lihavuuden osalta.
- IV.4.2 Terveiden taustatekijöitä koskevan ohjelmalohkon puitteissa ohjelmalla tuetaan yleiseurooppalaisia hankkeita, joilla pyritään edistämään terveitä ruokailutottumuksia ja liikuntaa. Lisäksi tuetaan eri aloja yhdistäviä toimintamalleja, joilla edistetään elämäntapoja koskevien toimintamallien kokoamista yhteen, tuodaan mukaan ympäristöön liittyvät ja sosioekonomiset näkökohdat, keskitytään keskeisiin kohderyhmiin ja toimintaympäristöihin ja kytetään eri taustatekijöiden parissa tapahtuva työskentely yhteen.²³
- IV.4.3 Komission ehdotuksessa uudeksi toimintaohjelmaksi terveyden ja kuluttajansuojan alalla²⁴ painotetaan voimakkaasti edistämistä ja ehkäisytyötä myös ravitsemuksen ja liikunnan alalla. Ohjelmaan sisältyy uusi tiettyjen sairauksien ehkäisemistä koskeva toimikokonaisuus.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Miten lihavuutta koskevien tietojen saatavuutta ja vertailtavuutta voidaan parantaa, erityisesti kun pyritään selvittämään ongelman tarkka maantieteellinen ja sosioekonominen jakautuminen?
- Miten ohjelmalla voidaan saada päättäjät, terveysalan työntekijät, tiedotusvälineet ja koko väestö tiedostamaan paremmin terveiden ruokailutottumusten ja liikunnan merkitys kroonisten sairauksien riskin vähentämisessä?
- Mitä kanavia olisi käytettävä tiedon levittämiseen?

IV.5 Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen

- IV.5.1 Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen voi tieteellisten lausuntojen ja avustustoiminnan kautta antaa merkittävän tukipanoksen ravitsemuskysymyksissä ehdotettaville toimille (esim. ravintoaineiden saantisuosituksia tai ravitsemuksen vaikutusta terveyteen käsittelevät terveysalan ammattilaisille, elintarvikeketjun toimijoille ja väestölle suunnatut viestintästrategiat) *(elintarviketurvallisuusviranomaisen roolista elintarvikepohjaisten ruokavalio-ohjeiden laadinnassa ks. kohta V.9).*

V TOIMINTA-ALAT

V.1 Kuluttajavalistus, mainonta ja markkinointi

V.1.1 Kuluttajapolitiikalla pyritään antamaan ihmisille kyky tehdä tietoon pohjautuvia valintoja ruokavalioistaan. Tuotteiden ravintosisältötiedoilla on tässä suuri merkitys. Selkeät ja johdonmukaiset elintarvikkeiden ravintosisältötiedot voivat yhdessä asianmukaisen kuluttajavalistuksen kanssa tarjota tietoon perustuvien ruokavaliovalintojen perustan. Komissio on tätä varten tehnyt ehdotuksen asetukseksi ravitsemus- ja terveystietoa koskevien sääntöjen yhdenmukaistamisesta.²⁵ Sääntöihin sisältyy periaate ravintosisältötyypin määrittelystä, jotta runsaasti tiettyjä ravintoaineita (kuten suolaa, rasvaa, tyydyttyneitä rasvoja ja sokereita) sisältävistä elintarvikkeista ei voitaisi esittää väittämiä, jotka koskevat niiden oletettuja ravitsemus- tai terveyshyötyjä. Komissio harkitsee myös ravintoaineiden merkitsemistä koskevien nykyisten sääntöjen tarkistamista.

V.1.2 Mainonnassa ja markkinoinnissa on varmistettava, että kuluttajia ei johdeta harhaan. Erityisesti on varmistettava, ettei herkimpien kuluttajaryhmien – erityisesti lasten – herkkäuskoisuutta ja puutteellista medialukutaitoa käytetä hyväksi. Tämä koskee erityisesti runsaasti rasvaa, suolaa ja sokereita sisältävien elintarvikkeiden, kuten energiapitoisten välipalojen ja sokerilla makeutettujen virvoitusjuomien, mainontaa ja tällaisten tuotteiden myyntiä kouluissa.²⁶ Toimialan itsesääntely voisi olla sopiva toimintaväline tällä alalla, koska sillä on nopeutensa ja joustavuutensa ansiosta useita etuja muuhun sääntelyyn verrattuna. Muita vaihtoehtoja on kuitenkin pohdittava, jos itsesääntelyllä ei saada tyydyttäviä tuloksia.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Kun kuluttajille tarjotaan tietoa ravintosisällöstä, mitkä ovat tärkeimmät tarkasteltavat ravintoaineet ja tuoteriikot ja miksi?
- Millaista valistusta tarvitaan, jotta kuluttajat ymmärtäisivät elintarvikkeiden merkintöiden tiedot, ja kenen olisi tällaista valistusta tarjottava?
- Ovatko vapaaehtoiset toimintasäännöt ("itsesääntely") riittävä keino runsaasti energiaa ja niukasti mikroravintoaineita sisältävien elintarvikkeiden mainonnan ja markkinoinnin rajoittamiseen? Mitä vaihtoehtoja olisi pohdittava, jos itsesääntely ei toimi?
- Miten itsesääntelyn tehokkuus olisi määriteltävä ja toteutettava ja miten sitä olisi valvottava? Mihin toimiin olisi ryhdyttävä, jotta varmistettaisiin, ettei mainonnassa, markkinoinnissa ja myynninedistämistoiminnassa käytetä hyväksi herkimpien kuluttajaryhmien hyväuskoisuutta ja puutteellista medialukutaitoa?

V.2 Kuluttajavalistus

V.2.1 Ravitsemuspolitiikan onnistuminen edellyttää sekä yhteisössä että jäsenvaltioissa yleisen tiedon lisäämistä ruokavalion ja terveyden sekä energian saannin ja kulutuksen välisestä suhteesta, kroonisten sairauksien riskiä pienentävistä ruokavalioista ja terveellisistä elintarvikkevalinnoista. On tarjottava johdonmukaista, yhtenäistä ja selkeää tietoa ja levitettävä sitä useita eri kanavia käyttäen ja paikalliseen kulttuuriin, kohderyhmän ikään ja sukupuoleen sovitetuissa muodoissa. Kuluttajavalistuksella

tuetaan myös medialukutaitoa ja autetaan kuluttajia ymmärtämään paremmin ravintosisältömerkintöjä.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja parhaiden toimintatapojen tunnistamista varten:

- Miten kuluttajille parhaiten turvataan mahdollisuus tehdä perusteltuja valintoja ja toimia tehokkaasti?
- Miten kuluttajavalistusta voitaisiin edistää julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuussuhteilla?
- Mitkä ovat ne keskeiset sanomat, jotka kuluttajille olisi suunnattava ravitsemus- ja liikuntakysymyksissä? Miten ja kenen olisi ne toimitettava?

V.3 Lapset ja nuoret painopisteessä

V.3.1 Lapsuuden ja nuoruuden aikana tehdään tärkeitä elämäntapavalintoja, jotka voivat ennalta määrittää aikuisiän terveysriskejä. Onkin erittäin tärkeää ohjata lapsia terveellisiin käyttäytymismalleihin. Koulut ovat keskeinen paikka terveyttä edistävässä toiminnassa, ja ne voivat myös tukea lasten terveyden suojelua edistämällä terveellistä ruokavaliota ja liikuntaa. Terveellisen ruokavalion keskittymis- ja oppimiskykyä parantavasta vaikutuksesta on yhä enemmän näyttöä. Kouluissa voidaan lisäksi rohkaista lapsia harrastamaan liikuntaa päivittäin.²⁷ Tarvittavia toimenpiteitä olisi tarkasteltava soveltuvalla tasolla.

V.3.2 Jotta vältettäisiin lasten altistuminen ristiriitaisille sanomille, joukkoviestinten, terveydenhoitoalan, kansalaisyhteiskunnan ja soveltuvien osin myös elinkeinoelämän olisi tuettava vanhempien ja koulujen terveyskasvatustoimintaa (myönteiset esikuvat...) (*lapsiin kohdistuva markkinointi, ks. kohta V.1*).

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja parhaiden toimintatapojen tunnistamista varten:

- Mitkä ovat hyviä esimerkkejä keinoista parantaa kouluruoan ravitsemuksellista arvoa ja miten vanhemille voidaan kertoa tavoista parantaa kotiruoan ravitsemuksellista arvoa?
- Millainen on hyvä toimintatapa, kun kouluissa pyritään tarjoamaan liikuntaa säännöllisesti?
- Millainen on hyvä toimintatapa, kun pyritään edistämään terveellistä ravitsemusta kouluissa, ja erityisesti kun pyritään torjumaan runsaasti energiaa sisältävien välipalojen ja sokerilla makeutettujen virvoitusjuomien liiallista kulutusta?
- Miten joukkoviestimet, terveydenhoitoala, kansalaisyhteiskunta ja soveltuvien osin myös elinkeinoelämä voivat tukea koulujen terveyskasvatustyötä? Mikä on julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuussuhteiden rooli tässä yhteydessä?

V.4 Ruoan saatavuus, liikunta ja terveyskasvatus työpaikalla

V.4.1 Työpaikoilla on paljon mahdollisuuksia edistää terveellistä ruokavaliota ja liikuntaa. Työpaikkaruokalot, joissa tarjotaan terveellisiä vaihtoehtoja, ja työnantajat, jotka

tarjoavat liikuntaa tukevan työympäristön (esim. tarjoamalla suihkuja ja pukuhuoneita työntekijöiden käyttöön), voivat merkittävästi edistää terveystyötä työpaikoilla.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja parhaiden toimintatapojen tunnistamista varten:

- Miten työnantajat voivat tarjota henkilöstöruokaloissa terveellisiä ateriovaihtoehtoja ja parantaa aterioiden ravitsemuksellista arvoa?
- Millä toimenpiteillä voitaisiin rohkaista ihmisiä harrastamaan liikuntaa tauoilla ja työmatkoilla ja tehdä tällainen liikunta helpommaksi?

V.5 Ylipainoisuuden ja lihavuuden ehkäisy ja hoito osaksi terveydenhoitoa

V.5.1 Terveydenhoitopalveluilla ja terveystieteen työntekijöillä on paljon mahdollisuuksia parantaa potilaiden tietoja ruokavalion, liikunnan ja terveyden välisestä yhteyksistä ja saada aikaan tarvittavia elintapojen muutoksia. Potilaat voivat saada tärkeitä kimmokkeita tällaisiin muutoksiin, jos terveystieteen työntekijät osana tavanomaista kanssakäymistä tarjoavat potilaille ja perheille neuvoja hyvän ruokavalion ja lisäliikunnan tuomista eduista. On myös käsiteltävä erilaisia lihavuuden hoitovaihtoehtoja.²⁸

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Millaisilla ja minkä tasoisilla toimenpiteillä voitaisiin varmistaa, että terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistämiseen tähtäävät toimet liitetään yhä selvemmin terveydenhoitopalveluiden toimintaan?

V.6 Lihavuutta aiheuttavan ympäristön korjaaminen

V.6.1 Liikunta voi nivoutua osaksi päivärutiineja (esim. työ- tai koulumatkojen tekeminen kävellen tai pyöräillen). Liikennepolitiikassa ja kaupunkisuunnittelussa voidaan varmistaa, että kävely, pyöräily ja muut liikuntamuodot ovat helppoja ja turvallisia, ja ottaa huomioon myös muut kuin moottoroidut liikennemuodot. Turvalliset pyörä- ja kävelytiet koulumatkoilla voivat olla yksi vastaus huolestuttavaan kehityssuuntaan, jossa lasten ylipaino ja lihavuus lisääntyvät.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Millä tavoin julkisen sektorin toimintalinjoilla voidaan tukea sitä, että liikunta tulee osaksi päivittäisiä rutiineja?
- Mitä toimenpiteitä tarvitaan, jotta voitaisiin kehittää liikuntaympäristöä?

V.7 Sosioekonominen eriarvoisuus

V.7.1 Elintarvikkeiden valintaa määrittävät sekä yksilölliset mieltymykset että sosioekonomiset tekijät.²⁹ Sosiaalinen asema, tulot ja koulutus ovat ruokavalion ja liikunnan taustatekijöitä. Joskus väliön asuinympäristö ei kannusta liikkumaan eikä virkistymismahdollisuuksia ole tarjolla, jolloin tilanteesta voi olla enemmän haittaa vähävaraisille kuin niille, joilla on mahdollisuuksia ja varaa käyttää liikennepalveluja.

Alhainen koulutustaso ja tarvittavan tiedon puutteellinen saatavuus heikentävät mahdollisuuksia tehdä perusteltuja valintoja.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Millä ja minkä tasoilla toimenpiteillä voitaisiin edistää terveellistä ruokavaliota ja liikuntaa alempiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvissa väestöryhmissä ja kotitalouksissa ja mahdollistaa terveellisempien elämäntapojen omaksuminen näissä ryhmissä?
- Miten voidaan puuttua ”epäterveellisten tottumusten kasautumiseen”, joka on usein todettu tietyissä sosioekonomisissa ryhmissä?

V.8 Integroidun ja kattavan lähestymistavan tukeminen terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistämiseksi

V.8.1 Johdonmukainen ja kattava toimintatapa, jolla terveelliset valinnat tuodaan saataville ja tehdään edullisiksi ja houkutteleviksi, tarkoittaa ravitsemuksen ja liikunnan ottamista huomioon kaikissa toimintalinjoissa paikallis-, alue-, jäsenvaltioiden ja Euroopan tasolla. Siihen kuuluu myös tarvittavien tukiympäristöjen luominen sekä soveltuvien työkalujen kehittäminen ja käyttäminen, jotta muiden toimintalinjojen vaikutusta ravitsemusterveyteen ja liikuntaan voidaan arvioida.³⁰

V.8.2 Ruokavalioon ja liikuntaan liittyvien kroonisten sairauksien esiintyminen voi vaihdella suuresti sukupuolen, ikäryhmän ja sosioekonomisen aseman mukaan. Lisäksi ruokavalio liikuntatottumusten tavoin ankkuroituu usein paikallisiin ja alueellisiin perinteisiin. Toimintatapoja, joilla edistetään terveellistä ruokavaliota ja liikuntaa, on sovitettava sukupuolen sekä sosioekonomisten ja kulttuurierojen mukaan, ja niihin on liitettävä elinikäisyyden näkökulma

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Mitkä ovat yhtenäisen ja kattavan toimintatavan tärkeimmät osatekijät, kun sillä pyritään edistämään terveellistä ruokavaliota ja liikuntaa?
- Mikä on jäsenvaltioiden ja mikä yhteisön tehtävä?

V.9 Ravintoaineiden saantisuositukset ja suositukset elintarvikkeisiin pohjautuviksi ruokavalion suuntaviivoiksi

V.9.1 WHO/FAO:n raportissa³¹ annetaan yleisiä väestön ravintoaineiden saantisuosituksia ja liikuntatavoitteita, jotka liittyvät tärkeimpien ei-tarttuvien tautien torjuntaan.

V.9.2 Eurodiet-hankkeessa³² on ehdotettu väestölle ravintoaineiden määrällisiä tavoitteita, ja siinä korostetaan, että tavoitteet olisi muunnettava elintarvikkeisiin perustuviksi ruokavalio-ohjeiksi (*food-based dietary guidelines* eli *FBDG*). Ohjeiden on pohjaututtava perinteisiin ruokailutottumuksiin, ja niissä on otettava huomioon sosioekonomiset ja kulttuuritekijät.

V.9.3 Komissio on pyytänyt Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaista päivittämään energiamäärää, makroravintoaineita ja ravintokuitua koskevat suositukset. Sen pohjalta Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen antaa ohjeet, jotka koskevat väestön ruokavaliosta saamien mikroravinteiden ja tarvittaessa myös muiden olennaisen

tärkeiden ja ravitsemuksellisesti tai fysiologisesti vaikuttavien aineiden viitemääriä tasapainoisen ruokavalion yhteydessä. Lisäksi Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen antaa ohjeet ravintoainepohjaisten ruokavalio-ohjeiden muuntamisesta suuntaviivoiksi, jotka koskevat eri elintarvikkeiden merkitystä sellaisessa kokonaisruokavaliossa, joka tukee terveyden säilymistä hyvän ravitsemuksen kautta.

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Millä tavoin sosiaaliset ja kulttuurierot sekä alueelliset ja kansalliset ruokatottumukset voidaan ottaa huomioon Euroopan tasoisissa elintarvikkeisiin perustuvissa ruokavalio-ohjeissa?
- Miten voidaan tasoittaa ero ehdotettujen ravitsemustavoitteiden ja todellisten kulutustottumusten välillä?
- Miten ruokavalion suuntaviivoista voidaan tiedottaa kuluttajille?
- Miten ravintoaineprofiilin pisteytysjärjestelmät, joita on viime aikoina laadittu esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa, voivat edistää tällaista kehitystä?³³

V.10 Euroopan unionin ulkopuolelle ulottuva yhteistyö

V.10.1 Parhaillaan pohditaan kansainvälisellä tasolla Codex Alimentarius -komission³⁴ maailmanlaajuista toimintaa ravitsemuksen alalla. Ruokavaliota, liikuntaa ja terveyttä käsittelevässä WHO:n maailmanlaajuisessa strategiassa esitetyn pyynnön mukaisesti EU tukee näkemystä, jonka mukaan olisi yleisesti pohdittava, miten ravitsemuskysymykset voitaisiin liittää Codex-työhön ja samalla säilyttää Codex-komission nykyinen toimeksianto.

V.10.2 Ravitsemuksen, ruokavalion ja liikunnan olisi oltava sääntelijöiden ja sidosryhmien tiiviin yhteistyön kohteena EU:ssa ja muissa maissa, joissa lisääntyvä ylipainoisuus ja lihavuus aiheuttavat huolta.³⁵

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Millä edellytyksin yhteisön pitäisi ryhtyä kokemusten vaihtoon ja parhaiden toimintatapojen tunnistamiseen EU-maiden ja muiden maiden välillä? Mitkä olisivat tässä tapauksessa käytettävät välineet?

V.11 Muuta

Kysymykset, joista komissio toivoo kannanottoja:

- Onko kysymyksiä, joita ei ole käsitelty tässä vihreässä kirjassa mutta jotka olisi otettava huomioon, kun tarkastellaan ruokavalion, liikunnan ja terveyden edistämisen Euroopan tasoista ulottuvuutta?
- Mitkä tässä vihreässä kirjassa käsitellyistä kysymyksistä olisi asetettava etusijalle ja mitä voidaan pitää vähemmän kiireellisinä?

VI SEURAAVAT VAIHEET

- VI.1 Komission yksiköt tarkastelevat huolellisesti kaikkia kannanottoja, jotka saadaan vastauksena tällä vihreällä kirjalla aloitettuun kuulemisprosessiin. Tarkoituksena on julkaista tiivistelmä kaikista kannanotoista komission www-sivustolla kesäkuuhun 2006 mennessä.
- VI.2 Kuulemisesta saatavien tulosten pohjalta komissio pohtii sopivimpia jatkotoimia ja pohtii mahdollisesti ehdotettavia toimenpiteitä sekä niiden täytäntöönpanovälineitä. Tarvittaessa tehdään vaikutustenarviointi sen mukaan, millainen täytäntöönpanoväline valitaan.

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)

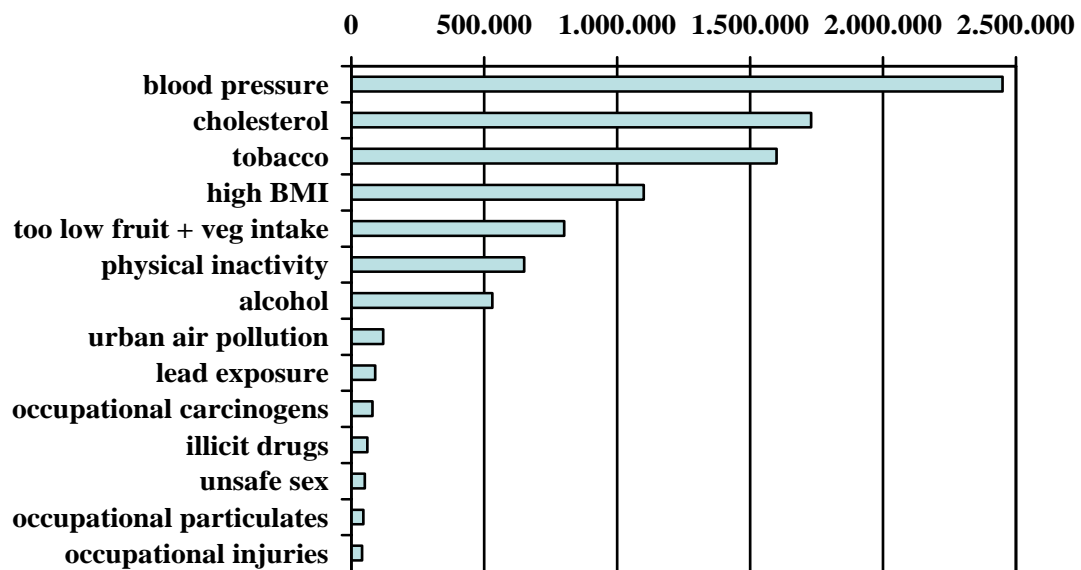


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000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

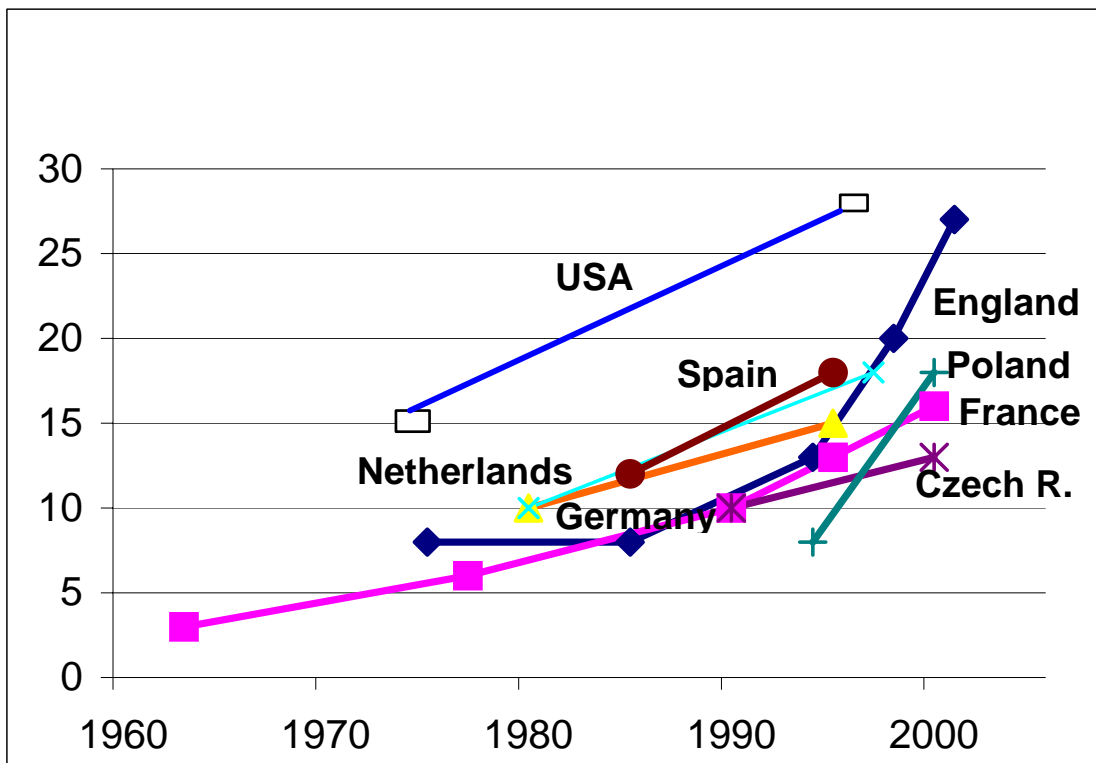
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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

apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

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

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

ANNEX 3 – References

- 1 Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 2 Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the European Communities C 20/1 of 23.1.2001
- 3 Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 4 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 5 actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- 6 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 7 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 8 Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil society partners, SOC/201, September 2005
http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN
- 9 Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain (<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in November 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Germany established a national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 10 Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- 11 National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- 12 Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 13 Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- 14 Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- 15 Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries, SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004
- 16 Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>
- 17 The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level.
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>
- 18 COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

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

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

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

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

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

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

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

cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report Prepared
for the Food Standards Agency; 22 September 2003

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

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

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

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

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

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

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

cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children's
diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health,
University of Oxford; October 2004

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

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

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

36 cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert
37 Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)
38 cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes
39 Federation, 2004
40 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford
41 textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: *Diet, Nutrition and
42 the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*
43 Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC
44 Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic
45 Diseases*, *op. cit.*
46 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*
47 World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*,
Geneva: World Health Organisation, 2002
48 BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI
49 between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese
50 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005
51 The European Health Report, World Health Organisation, 2002
52 Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta
53 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*
54 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term
55 process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted
56 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
57 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004
58 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*
59 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651
60 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme:
61 <http://www.eurodiabetesity.org/>
62 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*
63 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European
64 Opinion Research Group (EEIG).
65 http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf
66 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002
67 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
68 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*