



EIROPAS KOPIENU KOMISIJA

Briselē, xxx
KOM(2005) yyy galīgais

ZALĀ GRĀMATA

„Veselīga uztura un fiziskās aktivitātes veicināšana – liekā svara, aptaukošanās un hronisko slimību profilakse Eiropas mērogā”

SATURA RĀDĪTĀJS

ZAIĀ GRĀMATA „Veselīga uztura un fiziskās aktivitātes veicināšana – liekā svara, aptaukošanās un hronisko slimību profilakse Eiropas mērogā”	4
I. Situācija Eiropā	4
II. Veselība un labklājība	5
III. Konsultāciju procedūra	5
IV. Kopienas līmeņa struktūras un instrumenti	6
IV.1. Eiropas rīcības programma sabalansētu uztura, fiziskās aktivitātes un veselības veicināšanai	6
IV.2. Eiropas Uztura un fiziskās aktivitātes ekspertu tīkls	7
IV.3. Veselības jautājums dažādās ES politikas jomās	7
IV.4. Sabiedrības veselības aizsardzības rīcības programma	8
IV.5. Eiropas Pārtikas nekaitīguma iestāde (<i>EFSA</i>)	8
V. Rīcības jomas	8
V.1. Informācija patērētājiem, reklāma un tirgdarbība	8
V.2. Patērētāju izglītošana	9
V.3. Uzmanības centrā - bērni un jaunieši	9
V.4. Pārtikas pieejamība, fiziskā aktivitāte un izglītošana veselības jautājumos darba vietā	10
V.5. Liekā svara un aptaukošanās profilakses un ārstēšanas ieviešana veselības aprūpes iestādēs	10
V.6. Aptaukošanos veicinošo faktoru izslēgšana	11
V.7. Sociālekonomiskā nevienlīdzība	11
V.8. Padziļinātas un visaptverošas pieejas attīstīšana veselīga uztura un fiziskās aktivitātes popularizēšanā	11
V.9. Ieteikumi par uzturvielu uzņemšanu un veselīga uztura pamatnostādņu izstrādāšanu	12
V.10. Sadarbība pāri Eiropas Savienības robežām	12
V.11. Citi jautājumi	13
VI. Nākamie pasākumi	13
1. pielikums: Attēli un tabulas	14
2. pielikums: Saistība starp diētu, fizisko aktivitāti un veselību	19
3. pielikums: Atsauces	22

ZALĀ GRĀMATA

„Veselīga uztura un fiziskās aktivitātes veicināšana – liekā svara, aptaukošanās un hronisko slimību profilakse Eiropas mērogā”

I. SITUĀCIJA EIROPĀ

- I.1. Neveselīgs uzturs un nepietiekama fiziskā aktivitāte ir galvenie slimību un priekšlaicīgas nāves gadījumu cēloņi Eiropā, no kā var izvairīties; un progresējošā aptaukošanās izplatība ir lielākā sabiedrības veselības problēma visā Eiropā (*pamatojuma informāciju skatīt 2. pielikumā*).
- I.2. Padome aicināja Komisiju sniegt ieguldījumu veselīga dzīvesveida veicināšanā¹ un veikt pētījumus par vislabāko veidu, kā popularizēt veselīgāku uzturu Eiropas Savienībā, un vajadzības gadījumā iepazīstināt ar attiecīgiem priekšlikumiem šajā jautājumā¹. Padome turklāt aicināja dalībvalstis un Komisiju sagatavot un ieviest pasākumus veselīga uztura un fiziskās aktivitātes veicināšanai².
- I.3. Komisija viennozīmīgi ir kompetenta šajā jautājumā. Līguma 152. pantā minēts, ka, nosakot un īstenojot visu veidu Kopienas politiku un darbības, jānodrošina cilvēku veselības aizsardzība augstā līmenī. Vairākas Kopienas politikas jomas ir saistītas ar uzturu un fizisko aktivitāti, un Padome apstiprināja nepieciešamību iesaistīt uztura un fiziskās aktivitātes jautājumus attiecīgajās politikas jomās Eiropas līmenī³.
- I.4. Valsts pasākumus var lietderīgi papildināt Kopienas līmenī. Neierobežojot darbības jomu pasākumiem, kurus dalībvalstis var vēlēt uzsākt, ar pasākumiem Kopienas līmenī var izmantot sinerģiju un apjomradītu ekonomiju, veicināt pasākumus visā Eiropā, apvienot resursus, paraugpraksi un tādējādi paaugstināt dalībvalstu pasākumu vispārējo iedarbību.
- I.5. Padome uzsvēra, ka aptaukošanās epidēmijai ir vairāki cēloņi un tādēļ ir nepieciešama visu ieinteresēto pušu līdzdalība⁴ (*skatīt iedaļu IV.1*) - tās izcils piemērs ir Eiropas rīcības programma sabalansēta uztura, fiziskās aktivitātes un veselības veicināšanai – un pasākumi vietējā, reģionālā, valsts un Eiropas līmenī⁵. Padome atbalstīja arī Komisijas nodomu iesniegt izskatīšanai šo Zaļo grāmatu un sagatavot Komisijas paziņojumu 2006. gadam, kurā būs iekļauti rezultāti, kas gūti ar Zaļo grāmatu uzsāktās sabiedriskās apspriešanās gaitā⁶.
- I.6. Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja uzsvēra, ka ar Kopienas līmeņa rīcību var pastiprināt valsts iestāžu, privātā sektora un nevalstisko organizāciju īstenoto iniciatīvu ietekmi⁷.
- I.7. Vairākas dalībvalstis jau ievieš valstu stratēģijas vai rīcības plānus sabalansēta uztura, fiziskās aktivitātes un veselības jomā⁸. Kopiena ar savu rīcību var atbalstīt un papildināt šos pasākumus, sekmēt to koordinēšanu un palīdzēt identificēt un izplatīt labu praksi, lai citas valstis gūtu labumu no uzkrātās pieredzes.

II. VESELĪBA UN LABKLĀJĪBA

- II.1. Aptaukošanās izraisa ne tikai cilvēku ciešanas; tās pieaugošo gadījumu skaitam ir ievērojamas ekonomiskās sekas. Tiek lēsts, ka Eiropas Savienībā līdz pat 7 % no veselības aprūpes izmaksām attiecināmas uz aptaukošanos⁹, un šis skaitlis turpinās pieaugt, ņemot vērā aptaukošanās tendenci. Lai gan precīzi dati par visām ES valstīm nav pieejami, pētījumos uzsvērtas ar aptaukošanos saistītās augstās ekonomiskās izmaksas; Apvienotās Karalistes Valsts revīzijas biroja sagatavotajā 2001. gada ziņojumā konstatēts, ka tikai Anglijā vien uz aptaukošanos attiecināmi 18 miljoni slimības atvaļinājuma dienu un 30 000 priekšlaicīgas nāves gadījumu, kas atbilst vismaz 500 miljoniem GBP no ikgadējām veselības aprūpes tiešajām izmaksām. Netiešās ekonomiskās izmaksas, tostarp zemāka produktivitāte un jaudas zudums, tika novērtētas 2 miljonu GBP apmērā gadā¹⁰. Ziņojumā, ko Apvienotās Karalistes galvenais ārsts 2004. gadā sagatavoja par fizisko aktivitāšu nozīmi un to saistību ar veselību, minēts, ka fizisko aktivitāšu izmaksas gadā sastāda 8,2 miljonus GBP (tostarp veselības aprūpes izmaksas un netiešās ekonomiskās izmaksas, piemēram, zaudētās darba dienas)¹¹. Īrijā aptaukošanās ārstēšanas tiešās izmaksas 2002. gadā novērtētas aptuveni 70 miljonu EUR apmērā¹². ASV slimību kontroles centrs novērtēja ar aptaukošanos saistītās veselības aprūpes izdevumus 75 miljonu USD apmērā¹³. Attiecībā uz indivīdiem pētījumos atklāts, ka medicīnas izdevumi Savienotajās valstīs pieaugušajam ar lieko svaru vidēji ir par 37 % augstāki nekā personai ar normālu svaru¹⁴. Šajos tiešajos izdevumos nav ņemts vērā samazināts ražīgums un priekšlaicīga mirstība.
- II.2. Zviedrijas Sabiedrības veselības institūta pētījumā secināts, ka nepareiza uztura rezultātā ES zaudēti 4,5 % invaliditātes koriģēto dzīves gadu (*DALYs*), turklāt 3,7 % - aptaukošanās un 1,4 % - fizisko aktivitāšu trūkuma rezultātā, kopā sastādot 9,6 % salīdzinājumā ar 9 % smēķēšanas rezultātā zaudētajiem gadiem¹⁵.
- II.3. Nīderlandes Sabiedrības veselības un vides institūts (*RIVM*) nesēn veica pētījumu par nepilnvērtīga uztura ietekmi uz veselību. Viens no pētījuma secinājumiem ir: pārmērīgi uzņemot „sliktos” taukus, piemēram, piesātinātās taukskābes un transtaukskābes, par 25 % palielinās sirds un asinsvadu slimību attīstības iespēja, bet, ēdot zivis vienu vai divas reizes nedēļā, šis risks samazinās par 25 %. Nīderlandē katru gadu 38 000 sirds un asinsvadu slimību gadījumu cēloņus pieaugušo vidū vecumā no 20 gadiem un vairāk var attiecināt uz nepilnvērtīgu uzturu¹⁶.
- II.4. Tādēļ liekā svara un aptaukošanās problēmas risināšana ir nozīmīga ne tikai sabiedrības veselības izpratnē, bet tā turklāt palīdzēs samazināt veselības aprūpes izmaksas un stabilizēt ekonomiku, veicinot pilsoņu produktīvu dzīvi līdz pat sirmam vecumam. Šīs Zaļās grāmatas mērķis ir noskaidrot, vai ar Kopienas līmeņa rīcību papildu dalībvalstu pasākumiem var palīdzēt samazināt veselības riskus un veselības aprūpes izdevumus un uzlabot dalībvalstu ekonomikas konkurētspēju.

III. KONSULTĀCIJU PROCEDŪRA

- III.1. Kā norādīts ziņojumā „Veselīgāki, drošāki un pārliecinātāki iedzīvotāji – veselības un patērētāju aizsardzības stratēģija”¹⁷, Komisija gatavo virkni Kopienas stratēģiju, lai risinātu problēmas, kas saistītas ar vissvarīgākajiem veselību noteicošajiem faktoriem, tostarp uzturu un aptaukošanos. Šajā kontekstā pašreizējās Zaļās grāmatas mērķis ir uzsākt plašu konsultāciju procesu un padziļinātas diskusijas, iesaistot ES iestādes,

dalībvalstis un sabiedrību, lai noteiktu, kādā veidā ar Kopienas līmeņa ieguldījumu var veicināt veselīgu uzturu un fizisko aktivitāti.

- III.2. Komisija aicina visas ieinteresētās organizācijas sniegt atbildes uz šajā Zaļajā grāmatā ierosinātajiem jautājumiem ne vēlāk kā līdz 2006. gada 15. martam, nosūtot tās uz šādu adresi (vēlams, izmantojot e - pastu):

Eiropas Komisija

Vispārējās veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts

C4 nodaļa – veselību noteicošie faktori

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

Pasta adrese: L-2920 Luxembourg

Fakss: (+ 352) 4301.34975

Atbildēm jābūt nevis zinātniskiem darbiem, bet konkrētiem, uz pierādījumiem balstītiem priekšlikumiem attiecībā uz politisku rīcību, galvenokārt ES līmenī. Jo īpaši gaidām uzņēmēju, pacientu asociāciju un veselības un patērētāju aizsardzības nevalstisko organizāciju atbildes uz jautājumiem, kas attiecas uz to konkrēto interešu jomu (piemēram, reklāma un tirgdarbība, marķēšana u.tml.).

- III.3. Ja respondenti nepaziņo par pretēju nostāju, Komisijas dienesti pieņem, ka viņi neiebilst viņu atbilžu vai atbilžu daļu publicēšanai Komisijas tīmekļa vietnē un/ vai citēšanai ziņojumos par konsultāciju procesa rezultātu¹⁸.

- III.4. Ņemot vērā to, ka ar neveselīgu uzturu un mazkustību saistītām slimībām ir vairāki cēloņi un ka šīs problēmas risināšanā nepieciešama visu ieinteresēto pušu iesaistīšanās, šajā Zaļajā grāmatā iekļauti konkrēti jautājumi, kas galvenokārt ietilpst dalībvalstu kompetencē (piemēram, izglītošana, pilsētu plānošana); tomēr šai grāmatai arī jāpalīdz noteikt, kādās jomās ES līdzdalībai būtu pievienotā vērtība, piemēram, atbalstot sadarbību starp ieinteresētajām pusēm un izplatot labu praksi.

IV. KOPIENAS LĪMEŅA STRUKTŪRAS UN INSTRUMENTI

IV.1. Eiropas rīcības programma sabalansēta uztura, fiziskās aktivitātes un veselības veicināšanai

- IV.1.1. Lai izveidotu kopēju rīcības forumu, 2005. gada martā tika izveidota Eiropas rīcības programma sabalansēta uztura, fiziskās aktivitātes un veselības veicināšanai. Programmā apvienojušies visi attiecīgie Eiropas mēroga dalībnieki, kas ir gatavi uzņemties pārbaudāmas saistības ar mērķi apturēt un mainīt pašreizējās liekā svara un aptaukošanās tendences. Programmas mērķis ir paātrināt uzņēmēju, sabiedrības un valsts sektora brīvprātīgos pasākumus visā Eiropā. Programmas dalībnieku vidū ir ES mēroga pārtikas, mazumtirdzniecības, ēdināšanas un reklāmas nozaru pārstāvji, patērētāju organizācijas un veselības aizsardzības nevalstiskās organizācijas.

- IV.1.2. Programmai jābūt piemērs dažādu sabiedrības daļu koordinētai, bet autonomai rīcībai. Tai jāveicina citas iniciatīvas valstu, reģionālā un vietējā līmenī un līdzīgu forumu sadarbība valstu līmenī. Tajā pašā laikā programma var sniegt ierosinājumus, kā integrēt reakciju uz aptaukošanās problēmu plašā ES politikas spektrā. Komisija uzskata, ka programma ir visdaudzsološākais nelegislatīvas rīcības veids, jo tās unikālā pozīcija ļauj tai veicināt savstarpēju uzticēšanos starp ieinteresētajām personām. Pirmie

programmas rezultāti ir iedvesmojoši: tiek aktīvi iesaistītas citas Kopienas politikas jomas, platformas dalībnieki plāno uzņemties tālejošas saistības 2006. gadam, un kopēja sanāksme ar ASV ieinteresētajām pusēm veicinās labas prakses apmaiņu. Turklāt ir panākta vienošanās ar sporta ministriem par atbalstu programmai. Pirmais programmas rezultātu novērtējums notiks 2006. gada vidū¹⁹.

IV.2. Eiropas Uztura un fiziskās aktivitātes ekspertu tīkls

IV.2.1. Eiropas Uztura un fiziskās aktivitātes ekspertu tīklu, kurā pārstāvēti dalībvalstu izvēlētie eksperti, PVO un patērētāju un veselības aizsardzības nevalstiskās organizācijas, 2003. gadā izveidoja Komisijas dienesti, lai konsultētu Komisiju par Kopienas pasākumu attīstību saistībā ar uztura uzlabošanu, ar uzturu saistītu slimību samazināšanu un profilaksi, fizisko aktivitāšu veicināšanu un liekā svara un aptaukošanās apkarošanu. Tīkls būs cieši iesaistīts esošās Zaļās grāmatas atsauksmju analizē.

IV.3. Veselības jautājums dažādās ES politikas jomās

IV.3.1. Liekā svara un aptaukošanās novēršanai nepieciešama integrēta pieeja veselības veicināšanai, pieeja, kurā apvienota veselīga dzīvesveida popularizēšana ar pasākumiem, kas vērsti un sociālo un ekonomisko nevienlīdzību un fizisko vidi, un ar apņemšanos panākt veselības mērķus ar citu Kopienas politikas jomu palīdzību. Šāda pieeja skartu vairākas Kopienas politikas jomas (piemēram, lauksaimniecības, zvejniecības, izglītības, sporta, patērētāju, uzņēmumu, izpētes, sociālās, iekšējā tirgus, vides un audiovizuālās politikas jomas), un tai būtu nepieciešams šo politikas jomu aktīvs atbalsts.

IV.3.2. Komisijas līmenī pašlaik darbojas vairāki mehānismi, lai nodrošinātu, ka veselības jautājums tiek ņemts vērā citās Kopienas politikas jomās:

- Veselības un patērētāju tiesību aizsardzības ģenerāldirektorāts sistemātiski sniedz konsultācijas par citu Komisijas dienestu iesniegtajiem politiskajiem priekšlikumiem;
- starpdienestu grupa veselības jautājumos apspriež ar veselību saistītus jautājumus ar visiem attiecīgajiem Komisijas dienestiem;
- Komisijas ietekmes novērtējuma procedūra, kas tika izveidota kā instruments politikas attīstības procesa kvalitātes un saskaņotības uzlabošanai un kurā iekļauts veselības ietekmējuma novērtējums.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- **Kas konkrēti ir jādara citās attiecīgajās politikas jomās, lai popularizētu veselīgu uzturu un fiziskās aktivitātes un radītu vidi, kura veicina izdarīt izvēli par labu veselībai?**
- **Ar kādiem Kopienas vai valstu līmeņa pasākumiem varētu uzlabot augļu un dārzeņu pievilcību, pieejamību un iegādes iespēju?**
- **Kurās ar uzturu, fiziskajām aktivitātēm, saistītu slimību analīzes instrumentu izstrādāšanu un patērētāju uzvedību saistītās jomās ir nepieciešams veikt vēl vairāk pētījumus?**

IV.4. Sabiedrības veselības aizsardzības rīcības programma

- IV.4.1. Uztura, fizisko aktivitāšu un aptaukošanās nozīme ir atspoguļota Sabiedrības veselības aizsardzības rīcības programmā²⁰ un tās ikgadējos darba plānos. Saskaņā ar galveno prioritāti - veselības informāciju - programma atbalsta pasākumus, kuru mērķis ir iegūt pamatotākus datus par aptaukošanās epidemioloģiju un uztura uzvedības jautājumiem²¹. Ar programmu ievieš salīdzinošus veselības stāvokļa rādītājus, tostarp arī sabalansētas pārtikas uzņemšanas, fizisko aktivitāšu un aptaukošanās jomā.
- IV.4.2. Attiecībā uz noteicošajiem veselības faktoriem ar šo programmu atbalsta Viseiropas projektus, kuru mērķis ir veselīga uztura ieradumu un fiziskās aktivitātes veicināšana, tostarp transversālas un integrējošas metodes dzīvesveida, vides un sociālekonomisko apsvērumu iekļaušanai, vēršot uzmanību uz galvenajām mērķgrupām un apkārtējo vidi un apvienojot darbu dažādu noteicošo veselības faktoru jomā²².
- IV.4.3. Komisijas priekšlikumā par jaunu Veselības un patērētāju aizsardzības programmu²³ galvenā uzmanība vērsta uz veicināšanu un profilaksi, tostarp uztura un fizisko aktivitāšu jomā, un tajā paredzēti jauni pasākumi konkrētu slimību profilaksei.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- **Kā padarīt aptaukošanās datus pieejamākus un salīdzināmākus, jo īpaši attiecībā uz šīs slimības precīzas ģeogrāfiskās un sociālekonomiskās izplatības noteikšanu?**
- **Kādā veidā šī programma var uzlabot lēmumu pieņēmēju, veselības aprūpes darbinieku, plašsaziņas līdzekļu un plašas sabiedrības informētību par veselīga uztura ieradumu un fiziskās aktivitātes nozīmi potenciālu hronisku slimību risku samazināšanā?**
- **Kuri kanāli ir vispiemērotākie, lai izplatītu gūtos pierādījumus?**

IV.5. Eiropas Pārtikas nekaitīguma iestāde (EFSA)

- IV.5.1. Eiropas Pārtikas nekaitīguma iestāde var dot nozīmīgu ieguldījumu, nostiprinot ierosinātos uztura pasākumus (piemēram, attiecībā uz ieteicamo uzturvielu uzņemšanu vai uz veselības aprūpes darbinieku, pārtikas aprītes uzņēmumu un plašas sabiedrības informēšanu par uztura ietekmi uz veselību) ar zinātniskām konsultācijām un palīdzību (*skatīt rurpmāk tekstā V.9. iedaļu par EFSA lomu veselīga uztura pamatnostādņu izstrādāšanā*).

V. RĪCĪBAS JOMAS

V.1. Informācija patērētājiem, reklāma un tirgdarbība

- V.1.1. Patērētāju politikas mērķis ir dot iespēju cilvēkiem izdarīt informētu izvēli attiecībā uz uzturu. Šajā ziņā liela nozīme ir produktu uzturvērtības informācijai. Apzinātas uztura izvēles pamatā ir skaidra, konsekventa informācija par uzturu un patērētāju izglītošana. Ar šo mērķi Komisija iesniedza priekšlikumu regulai par pārtikas produktu uzturvērtības un veselības ietekmes norādēm²⁴. Tajā ietverti produktu uzturvielu profili, lai novērstu iespēju reklamēt pārtikas produktus ar augstu noteiktu uzturvielu saturu (piemēram, sāli, piesātinātajiem taukiem un cukuru) kā produktus ar potenciālu

uzturvērtību vai pozitīvu ietekmi uz veselību. Komisija izskata grozījumus pašreizējos noteikumos par uzturvielu marķējumiem.

- V.1.2. Attiecībā uz reklāmu un tirgdarbību jānodrošina, lai patērētāji netiek maldināti un lai netiek izmantota neaizsargātu patērētāju, jo īpaši bērnu, lētticība un nekompetence informācijas līdzekļu izmantošanā. Jo īpaši tas attiecas uz tādu produktu reklamēšanu un pārdošanu skolās, kuriem ir augsts tauku, sāls un cukura saturs, piemēram, ar ogļhidrātiem bagātas uzkodas un saldinātie bezalkoholiskie dzērieni²⁵. Šajā jomā iespējamā izvēle būtu rūpniecības pašregulācija, jo tai ir vairākas priekšrocības salīdzinājumā ar tiesisko regulējumu ātruma un elastības ziņā. Tomēr būtu jāizskata arī citas iespējas gadījumā, ja ar pašregulāciju negūtu apmierinošus rezultātus.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- **Kādas galvenās uzturvielas un produktu kategorijas būtu jāņem vērā, informējot patērētājus par produktu uzturvērtību, un kāpēc?**
- **Kāda veida izglītošana ir nepieciešama, lai patērētāji varētu pilnībā izprast pārtikas marķējumos minēto informāciju, un kam būtu jānodrošina šī izglītošana?**
- **Vai brīvprātīgais kodekss („pašregulācija”) ir piemērots instruments, lai ierobežotu ar ogļhidrātiem bagātas un ar minerālvielām trūcīgas pārtikas reklāmu un tirdzniecību? Kādas būtu alternatīvas pašregulācijas neizdošanā gadījumā?**
- **Kā var definēt, ieviest un kontrolēt pašregulācijas efektivitāti? Kādi pasākumi būtu jāveic, lai nodrošinātu, ka ar reklāmas, tirgdarbības un veicināšanas pasākumiem netiek izmantota neaizsargātu patērētāju lētticība un nekompetence informācijas līdzekļu izmantošanā?**

V.2. Patērētāju izglītošana

- V.2.1. Jebkuras veiksmīgas uztura politikas priekšnosacījums valstu vai Kopienas līmenī ir sabiedrības informētības uzlabošana par uztura saistību ar veselību, par uzturu hronisku slimību riska samazināšanai un par veselīgas pārtikas izvēli. Jāizstrādā konsekventa, saskaņota, vienkārša un skaidra informācija, un tā jāizplata ar dažādu kanālu palīdzību vietējai kultūrai, vecumam un dzimumam atbilstošā veidā. Līdz ar patērētāju izglītošanu uzlabosies arī informācijas līdzekļu izmantošanas prasme, un patērētāji varēs labāk izprast uzturvielu marķējumu.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina iesniegt atbildes, lai noteiktu labāko praksi

- **Kā vislabāk palīdzēt patērētājiem izdarīt apzinātu izvēli un rīkoties atbilstīgi tai?**
- **Kādā veidā partnerattiecības starp valsts un privāto sektoru var veicināt patērētāju izglītošanu?**
- **Kāda ir galvenā informācija par uzturu un fizisko aktivitāti, kas būtu jāsniedz patērētājiem, kādā veidā tā būtu jāsniedz un kam tas būtu jādara?**

V.3. Uzmanības centrā - bērni un jaunieši

- V.3.1. Bērībā un jaunībā tiek izdarīta svarīga izvēle attiecībā uz dzīvesveidu, iepriekš nosakot veselības riskus pieaugušā vecumā, tādēļ ir ļoti svarīgi izglītēt bērnus par

veselīgu dzīvesveidu. Skolas ir galvenā vide, kur veikt veselību veicinošus intervences pasākumus, un tās var veicināt bērnu veselības aizsardzību, reklamējot veselīgu uzturu un fizisko aktivitāti. Ir aizvien vairāk pierādījumu par to, ka veselīgs uzturs uzlabo koncentrēšanos un apguves spējas. Turklāt skolām ir iespējas mudināt bērnus uz ikdienas fizisko aktivitāti²⁶. Jāizskata attiecīgi pasākumi piemērotā līmenī.

- V.3.2. Lai novērstu to, ka bērni saņem pretrunīgu informāciju, vecāku un skolu veselības izglītošanas centieni jāatbalsta ar plašsaziņas līdzekļu (laba priekšzīme u.tml.), veselības aprūpes dienestu, sabiedrības un attiecīgo rūpniecības nozaru palīdzību (skatīt V.1. iedaļu par tirgdarbību, kuras mērķauditorija ir bērni).

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina iesniegt atbildes, lai noteiktu labāko praksi

- Kādi ir labi piemēri skolu ēdienu uzturvērtības uzlabošanai un kā var motivēt vecākus uzlabot mājās gatavoto ēdienu uzturvērtību?
- Kāda ir laba prakse, lai bērniem skolā nodrošinātu regulāras fiziskās aktivitātes?
- Kāds ir labs paraugs veselīga uztura izvēles veicināšanai skolās, jo īpaši lai novērstu pārmērīgu ar ogļhidrātiem bagātu uzkladu un saldinātu bezalkoholisku dzērienu lietošanu?
- Kādā veidā plašsaziņas līdzekļi, veselības aprūpes dienesti, sabiedrība un rūpniecības attiecīgās nozares var palīdzēt skolu centieniem veselības izglītošanas jomā? Kādu lomu šajā ziņā var spēlēt partnerattiecības starp valsti un privāto sektoru?

- V.4. **Pārtikas pieejamība, fiziskā aktivitāte un izglītošana veselības jautājumos darba vietā**

- V.4.1. Darba vieta ir vide, kur ir lielas iespējas popularizēt veselīgu uzturu un fiziskās aktivitātes. Ēdnīcas ar veselīga ēdiena izvēli un darba devēji, kas rūpējas par fiziskajām aktivitātēm piemērotas vides radīšanu (piemēram, nodrošinot ar dušas telpām un ģērbtuvēm), var dot ievērojamu ieguldījumu veselības veicināšanā darba vietā.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina iesniegt atbildes, lai noteiktu labāko praksi

- Kādā veidā darba devēji var piedāvāt veselīgu uzturu darba vietas ēdnīcās un uzlabot ēdnīcu ēdienu uzturvērtību?
- Ar kādiem pasākumiem varētu veicināt fiziskās aktivitātes pārtraukumu laikā un ceļā uz darbu un no tā?

- V.5. **Liekā svara un aptaukošanās profilakses un ārstēšanas ieviešana veselības aprūpes iestādēs**

- V.5.1. Veselības aprūpes dienestiem un to darbiniekiem ir lielas iespējas uzlabot pacientu izpratni par saistību starp uzturu, fiziskajām aktivitātēm un veselību, un pamudināt viņus mainīt dzīvesveidu. Pacienti varētu saņemt nozīmīgus stimulus šādām izmaiņām, ja veselības aprūpes darbinieki ikdienas kontaktos iekļautu konsultācijas pacientiem un ģimenēm par optimāla uztura un palielinātas fiziskās aktivitātes priekšrocībām. Jārūnā arī par aptaukošanās ārstēšanas iespējām²⁷.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- **Kādi pasākumi un kādā līmenī nepieciešami, lai nodrošinātu stingrāku intervences pasākumu iekļaušanu veselīga uztura un fiziskās aktivitātes popularizēšanai veselības aprūpes dienestos?**

V.6. Aptaukošanos veicinošo faktoru izslēgšana

- V.6.1. Fizisko aktivitāti var iekļaut ikdienas darba kārtībā (piemēram, nokļūšanai uz skolu vai darbu motorizētu transportlīdzekļu vietā izvēloties pastaigas vai riteņbraukšanu). Ar transportlīdzekļu un pilsētplānošanas politikas palīdzību var nodrošināt, ka pastaigas, riteņbraukšana un cita veida fiziskās aktivitātes ir viegli izpildāmas un drošas, un var vērst uzmanību uz nemotorizētu transportlīdzekļu veidu izmantošanu. Drošu riteņbraukšanas un pastaigu celiņu nodrošināšana varētu būt viens no veidiem, kā vērsties pret satraucošajām bērnu liekā svara un aptaukošanās tendencēm.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- **Kādā veidā valsts politika var ietekmēt fiziskās aktivitātes iekļaušanu „ikdienas darba kārtībā”?**
- **Kādi pasākumi nepieciešami, lai sekmētu fiziskajām aktivitātēm piemērotas vides attīstību?**

V.7. Sociālekonomiskā nevienlīdzība

- V.7.1. Pārtikas izvēli nosaka gan individuālās prioritātes, gan sociālekonomiskie faktori²⁸. Sociālais stāvoklis, ienākumi un izglītība ir galvenie uztura un fizisko aktivitāšu noteicēji. Dažas apkaimes neveicina fiziskās aktivitātes, jo tajās nav atpūtas iestāžu, un līdz ar to tas vairāk iespaido trūcīgos iedzīvotājus, nevis tos, kas var atļauties vai kuriem ir pieeja transportlīdzekļiem. Zemāks izglītības līmenis un nepietiekama informētība samazina iespējas izdarīt informētu izvēli.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- **Kādi pasākumi un kādā līmenī nepieciešami, lai veicinātu veselīgu uzturu un fizisko aktivitāti to iedzīvotāju grupu un māsaimniecību vidū, kuras pieder atsevišķiem sociālekonomiskiem slāņiem, un palīdzētu šīm grupām pievērsties veselīgākam dzīvesveidam?**
- **Kā var vērsties pret „neveselīgu ieradumu sakopojumu”, kas bieži novērojams atsevišķu sociālekonomisko grupu vidū?**

V.8. Padziļinātas un visaptverošas pieejas attīstīšana veselīga uztura un fiziskās aktivitātes popularizēšanā

- V.8.1. Saskaņota un saprātīga pieeja ar nolūku darīt pieejamu un pievilcīgu veselīga dzīvesveida izvēli nozīmē uztura un fizisko aktivitāšu iekļaušanu vietējā, reģionālā, valstu un Eiropas līmeņa politikā, izveidojot vajadzīgo atbalstošo vidi, un attiecīgo instrumentu izmantošanu, lai izvērtētu citu politiku ietekmi uz veselību, kas saistīta ar uzturu un fiziskajām aktivitātēm²⁹.

- V.8.2. Ar uzturu un fizisko aktivitāti saistītu hronisku saslimšanu izplatība ir stipri atšķirīga vīriešu un sieviešu, vecuma grupu un sociālekonomisko slāņu vidū. Turklāt uztura ieradumi, kā arī ar fizisko aktivitāti saistītā uzvedība bieži vien sakņojas vietējās un

reģionālajās tradīcijās. Tādēļ, izvēloties metodes veselīga uztura un fiziskās aktivitātes veicināšanai, jāņem vērā dzimuma, sociālekonomiskās un kultūras atšķirības, kā arī dzīves ilguma izredzes.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- Kuri ir integrētas un saprātīgas veselīga uztura un fizisko aktivitāšu veicināšanas metodes vissvarīgākie elementi ?
- Kāda loma tiem ir valstu un Kopienas līmenī?

V.9. Ieteikumi attiecībā uz uzturvielu uzņemšanu un veselīga uztura pamatnostādņu izstrādāšanu

- V.9.1. *WHO/FAO* ziņojumā³⁰ minēti vispārīgi ieteikumi par iedzīvotāju uzturvielu uzņemšanu un fiziskās aktivitātes mērķiem saistībā ar plaši izplatītu nepārnēsājamu slimību profilaksi.
- V.9.2. *Eurodiet* projektā³¹ ierisināti kvantitatīvi mērķi attiecībā uz iedzīvotāju uzturu un uzsvērta nepieciešamība iekļaut tos veselīga uztura pamatnostādņēs (*food-based dietary guidelines*). Veselīga uztura pamatnostādņēm (*food-based dietary guidelines*) jābalstās uz ierastajiem veselīga uztura paradumiem un jāņem vērā sociālekonomiskie un kultūras faktori.
- V.9.3. Komisija aicināja Eiropas pārtikas nekaitīguma iestādi (*EFSA*) atjaunināt tās ieteikumus attiecībā uz ogļhidrātu, makrobarības vielu un pārtikas šķiedrvielu uzņemšanu. Turklāt, turpinot iesākto, *EFSA* sniegs konsultācijas par iedzīvotāju mikrobarības vielu uzņemšanas standartdevām un vajadzības gadījumā par citu būtisku vielu, kurām ir uztura un fizioloģiska nozīme, uzņemšanu uzturā saistībā ar sabalansētu uzturu. Bez tam *EFSA* konsultēs par uzturvielām bagātas pārtikas ieteikumu iekļaušanu pamatnostādņēs par dažāda veida pārtikas ieguldījumu vispārējā uzturā, kas palīdzētu saglabāt labu veselību, uzņemot optimālu uzturu.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- Kādā veidā Eiropas līmeņa veselīga uztura pamatnostādņēs būtu jāņem vērā sociālās un kultūras atšķirības un dažādie reģionālie un valstu veselīga uztura paradumi?
- Kā var likvidēt plaisas starp ieteiktajiem uzturvielu mērķiem un faktiskajiem patēriņa modeļiem?
- Kā var informēt patērētājus par veselīga uztura pamatnostādņēm?
- Kādā veidā tādas uzturvielu profila vērtēšanas sistēmas, kas, piemēram, ir nesen izstrādātas AK, var veicināt šo attīstību³²?

V.10. Sadarbība pāri Eiropas Savienības robežām

- V.10.1. Pašlaik starptautiskā mērogā tiek risinātas pārdomas par *Codex Alimentarius*³³ globālu iesaistīšanu uztura jomā. Atbilstīgi PVO Globālās diētas, fizisko aktivitāšu un veselības stratēģijas pieprasījumam ES atbalsta uzskatu, ka nepieciešami vispārīgi apsvērumi attiecībā to, kā uztura jautājumus iekļaut *Codex* darbā, saglabājot pašreizējās *Codex* pilnvaras.

- V.10.2. Uztura, diētas un fiziskās aktivitātes jomā nepieciešama cieša reglamentējošo iestāžu un ieinteresēto pušu sadarbība ES un citās valstīs, kur satraukumu izraisa pieaugošais liekā svara un aptaukošanās līmenis³⁴.

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes

- **Kādos apstākļos Kopiena varētu iesaistīties pieredzes apmaiņā un paraugprakses noteikšanā ES dalībvalstu un ārpus ES robežām esošo valstu starpā? Kādā veidā tas varētu notikt?**

V.11. Citi jautājumi

Jautājumi, uz kuriem Komisija aicina sniegt atbildes:

- **Vai ir vēl kādi jautājumi, kas nav iekļauti šajā Zaļajā grāmatā un kuri ir jāizskata, izstrādājot Kopienas mēroga diētas, fiziskās aktivitātes un veselības veicināšanas stratēģiju?**
- **Kuriem no šajā Zaļajā grāmatā minētajiem jautājumiem jānosaka prioritāte un kurus var uzskatīt par mazāk svarīgiem?**

VI. NĀKAMIE PASĀKUMI

- VI.1. Komisijas dienesti rūpīgi analizēs visus ieguldījumus, kas saņemti saistībā ar konsultācijas procesu, kurš uzsākts ar šo Zaļo grāmatu. Paredzams, ka ziņojums ar apkopotiem ieguldījumiem tiks publicēts Komisijas tīmekļa vietnē līdz 2006. gada jūnijam.
- VI.2. Ņemot vērā konsultāciju procesa rezultātus, Komisija apsvērs vispiemērotākos paveiktā darba kontroles pasākumus un izskatīs iespēju ierosināt jebkādu citus vajadzīgus pasākumus, kā arī to īstenošanai nepieciešamos instrumentus. Atkarībā no izvēlētajiem instrumentiem tiks veikts attiecīgs ietekmes novērtējums.

ANNEX 1

Figures and Tables

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

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

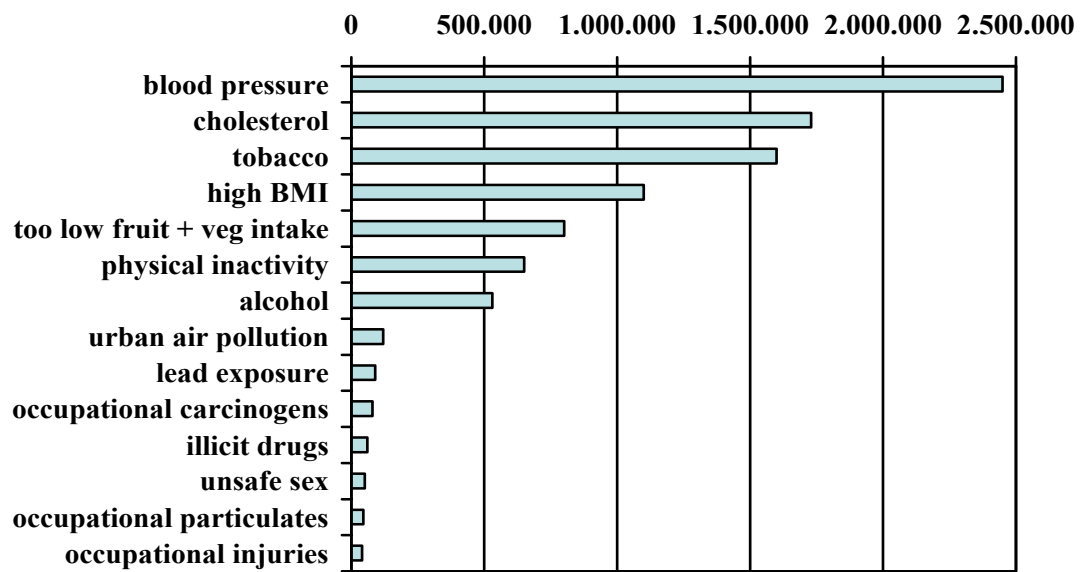


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000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

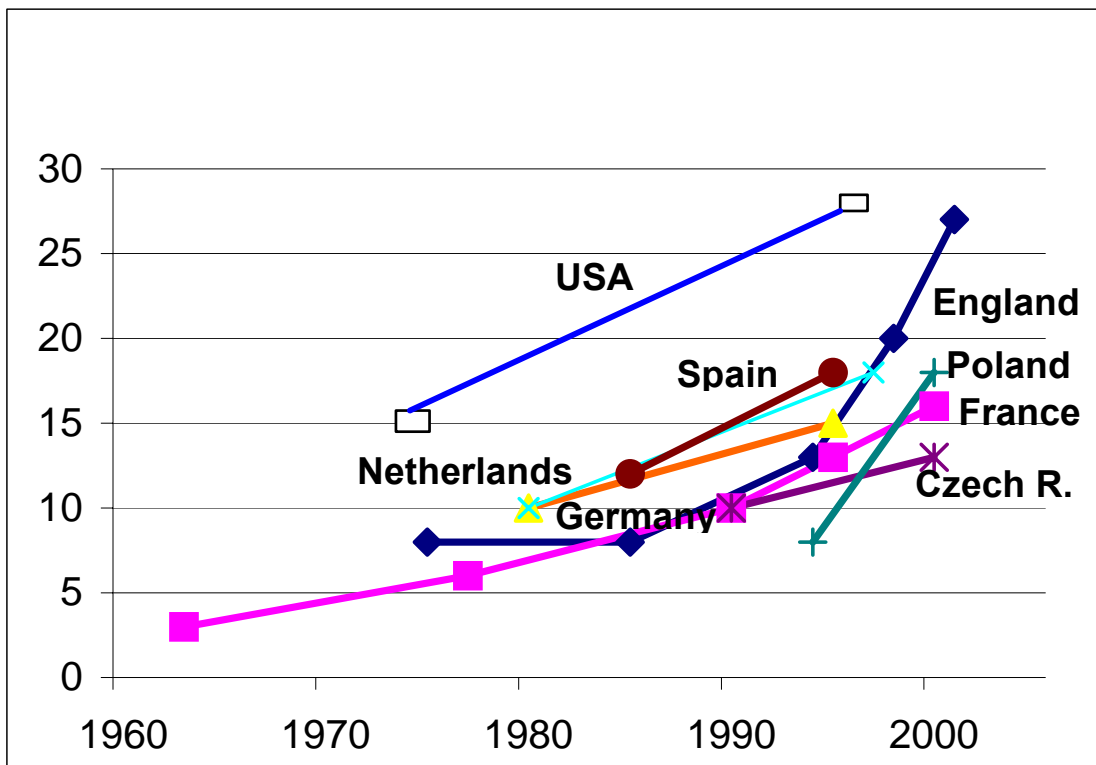
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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

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

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

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



ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis³⁵.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)³⁶.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries³⁷, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers³⁸.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation³⁹ concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*⁴⁰ describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors,

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

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI⁴¹ >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women⁴². In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴³ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁴ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁵. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %⁴⁶.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children⁴⁷. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases⁴⁸.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists⁴⁹ estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity⁵⁰.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management⁵¹.
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵² showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines⁵³. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004⁵⁴ as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it⁵⁵ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEX 3 – References

- 1 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 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
- 3 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 4 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 5 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 6 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 7 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
- 8 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/Publicatio
nsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Publicatio
nsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor)). Germany established a
national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 9 Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World
Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- 10 National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*.
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- 11 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>
- 12 Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- 13 Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to
obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- 14 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
- 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 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>
- 17 COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

18 A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following
address:
19 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm
Further information on the work of the Platform is available at the following internet
20 address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in
the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following
21 internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.
i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of
comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific
22 Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]
Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and
Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and
health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work
in the field of nutrition in Europe, 2002*
23 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf)
http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
24 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
25 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>
26 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>
27 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)
28 Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96,
2004
29 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/>)
30 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.
31 EURODIET core report, *op. cit.*
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm
32 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>
33 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

34 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.

35 cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert
Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)
36 cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes
Federation, 2004

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

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

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

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

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

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

43 The European Health Report, World Health Organisation, 2002

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

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

46 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term
process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted
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

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

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

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

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

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

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

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

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

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