

COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel,
COM(2005)

GROENBOEK

"Bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten"

GROENBOEK

INHOUDSOPGAVE

GROENBOEK "Bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten"	3
I. Stand van zaken op Europees niveau	3
II. Gezondheid en welvaart	4
III. De raadplegingsprocedure	5
IV. Structuren en instrumenten op communautair niveau	6
IV.1. Het Europees actieplatform op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en gezondheid	6
IV.2. Europees netwerk op het gebied van voeding en lichaamsbeweging	6
IV.3. Gezondheid in de diverse EU-beleidsterreinen	7
IV.4. Het Actieprogramma voor de volksgezondheid	7
IV.5. Europese Autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA)	8
V. Werkterreinen	8
V.1. Consumentenvoorlichting, reclame en marketing	8
V.2. Consumentenvoorlichting	9
V.3. Speciale aandacht voor kinderen en jongeren	10
V.4. Levensmiddelenaanbod, lichaamsbeweging en gezondheidsvoorlichting op het werk	11
V.5. De preventie en de behandeling van overgewicht en obesitas in de gezondheidszorg integreren	11
V.6. Aanpak van de "obesogene" omgeving	12
V.7. Sociaal-economische ongelijkheid	12
V.8. Een geïntegreerde en brede benadering ter bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging	12
V.9. Aanbevelingen voor de nutriëntinname en voor de opstelling van voedingsrichtsnoeren	13
V.10. Samenwerking over de grenzen van de Europese Unie	14
V.11. Andere punten	14
VI. Volgende stappen	14

Annex 1: Figures and Tables

GROENBOEK

"Bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten"

I. STAND VAN ZAKEN OP EUROPEES NIVEAU

- I.1. Ongezonde voeding en gebrek aan lichaamsbeweging zijn de hoofdoorzaken van vermijdbare ziekten en voortijdige sterfte in Europa; ook de toename van obesitas in heel Europa vormt een ernstig probleem voor de volksgezondheid (*zie bijlage 2 voor achtergrondinformatie*).
- I.2. De Raad heeft de Commissie verzocht een bijdrage te leveren tot de bevordering van gezonde leefstijlen⁽ⁱ⁾ en te bestuderen hoe een betere voeding in de Europese Unie kan worden bevorderd en daartoe eventueel passende voorstellen in te dienen². Voorts heeft de Raad de lidstaten en de Commissie opgeroepen initiatieven te ontplooiën die tot doel hebben een gezonde voeding en lichaamsbeweging te bevorderen³.
- I.3. De Gemeenschap heeft een duidelijke bevoegdheid op dit terrein: artikel 152 van het Verdrag stipuleert dat bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Gemeenschap een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid dient te worden verzekerd. Een aantal communautaire beleidsterreinen zijn van belang voor voeding en lichaamsbeweging, en de Raad heeft erop gewezen dat deze beide aspecten in relevant beleid op Europees niveau moeten worden geïntegreerd⁴.
- I.4. De maatregelen van de lidstaten zouden op communautair niveau op zinvolle wijze aangevuld kunnen worden. Communautaire initiatieven zouden, zonder dat de speelruimte voor maatregelen van de lidstaten wordt beperkt, kunnen profiteren van synergieën en schaalvoordelen, activiteiten in Europees verband kunnen vergemakkelijken, middelen bundelen, optimale praktijkvoorbeelden verspreiden en daardoor bijdragen tot het algemene effect van de initiatieven van de lidstaten.
- I.5. De Raad benadrukte dat veel verschillende factoren tot obesitas bijdragen en dat daarom de inzet van tal van partijen noodzakelijk is⁵ – waarvan het Europees actieplatform op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en gezondheid (*zie IV.1*) een uitstekend voorbeeld is – evenals initiatieven op lokaal, regionaal, nationaal en Europees niveau⁶. Ook was de Raad ingenomen met het voornemen van de Commissie om dit groenboek in te dienen en om in 2006 de resultaten van de met het groenboek geïnitieerde openbare raadpleging voor te leggen⁷.

⁽ⁱ⁾ De noten zijn te vinden in bijlage 3 aan het einde van dit document.

- I.6. Het Europees Economisch en Sociaal Comité stelde dat maatregelen op communautair niveau het effect van initiatieven van de autoriteiten van de lidstaten, de particuliere sector en de NGO's nog kunnen versterken⁸.
- I.7. Een aantal lidstaten voert reeds nationale strategieën of actieplannen op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en gezondheid uit⁹. Communautaire maatregelen zouden deze initiatieven kunnen ondersteunen en aanvullen en de coördinatie ervan en de verspreiding van goede praktijkvoorbeelden bevorderen, zodat andere landen van de opgedane ervaringen kunnen profiteren.

II. GEZONDHEID EN WELVAART

- II.1. Nog afgezien van het menselijk leed als gevolg van obesitas, zijn ook de economische gevolgen van de toename van deze aandoening zeer ingrijpend. Naar schatting wordt 7% van de kosten van de gezondheidszorg in de Europese Unie veroorzaakt door obesitas¹⁰, en dit percentage zal gezien de stijgende trend alleen nog maar toenemen. Hoewel niet voor alle lidstaten van de EU gedetailleerde gegevens beschikbaar zijn, blijkt uit onderzoeken dat obesitas hoge economische kosten met zich brengt. Volgens een verslag van de Britse rekenkamer van 2001 kunnen alleen al in Engeland naar schatting 18 miljoen ziekte-dagen en 30 000 voortijdige overlijdensgevallen aan obesitas worden toegeschreven; dit komt jaarlijks op directe gezondheidszorgkosten ten bedrage van ten minste 500 miljoen pond neer. De indirecte kosten voor de economie, waartoe ook een geringere productiviteit en productieverlies behoren, worden op nog eens 2 miljard pond per jaar geschat¹¹. Volgens het rapport van de Britse Chief Medical Officer van 2004 over het effect van lichaamsbeweging en de invloed daarvan op de gezondheid kunnen de aan lichamelijke inactiviteit verbonden kosten jaarlijks op 8,2 miljard pond worden geschat (waaronder de gezondheidszorgkosten en de indirecte kosten voor de economie, zoals bijvoorbeeld het aantal verzuimdagen)¹². In Ierland werden de directe kosten ten behoeve van de behandeling van obesitas in 2002 op ongeveer 70 miljoen euro geschat.¹³ In de VS bedroegen volgens schattingen van het Center for Disease Control (CDC) de aan obesitas te wijten gezondheidszorgkosten 75 miljard dollar¹⁴. Aan de hand van onderzoeken wordt geschat dat de gemiddelde obese volwassene in de Verenigde Staten jaarlijks 37% meer aan gezondheidszorg kost dan een gemiddeld persoon met een normaal gewicht¹⁵. Bij deze directe kosten zijn afgenomen productiviteit als gevolg van arbeidsongeschiktheid en voortijdig overlijden niet meegerekend.
- II.2. Een analyse van het Zweedse instituut voor volksgezondheid komt tot de conclusie dat in de EU 4,5% van de zogenaamde DALY's (disability-adjusted life years), d.w.z. het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door ziekten, het gevolg is van slechte voeding en nog eens 3,7% en 1,4% van respectievelijk obesitas en lichamelijke inactiviteit, dus in totaal 9,6% tegenover 9% als gevolg van tabaksgebruik¹⁶.
- II.3. In een onlangs verschenen rapport van het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) worden de ongunstige samenstelling van de voedingsmiddelen en gezondheidsverlies onderzocht. Een van de conclusies luidt dat door een excessieve consumptie van de "verkeerde" soorten vet, zoals verzadigde vetzuren en transvetzuren, de kans op cardiovasculaire aandoeningen met 25% toeneemt, terwijl door de consumptie van vis dit risico met 25% afneemt. In Nederland kunnen jaarlijks 38 000 gevallen van cardiovasculaire ziekten bij volwassenen van 20

jaar en ouder aan een ongunstige samenstelling van de voedingsmiddelen worden toegeschreven¹⁷.

- II.4. De bestrijding van overgewicht en obesitas is daarom niet alleen van belang uit het oogpunt van de volksgezondheid, maar zal eveneens bijdragen tot geringere kosten op de lange termijn voor de gezondheidszorg en tot een stabilisering van de economie, omdat de burgers in staat worden gesteld ook op hun oude dag een productief leven te leiden. Door middel van dit groenboek dient te worden vastgesteld of maatregelen op communautair niveau, doordat zij de activiteiten van de lidstaten aanvullen, ertoe zouden kunnen bijdragen de gezondheidsrisico's te verminderen, de gezondheidszorgkosten te beheersen en het concurrentievermogen van de economieën van de lidstaten te verbeteren.

III. DE RAADPLEGINGSPROCEDURE

- III.1. Zoals al in de mededeling "De gezondheid, de veiligheid en het vertrouwen van de burger bevorderen: een strategie voor gezondheid en consumentenbescherming"¹⁸ werd aangekondigd, bereidt de Commissie een reeks communautaire strategieën voor om de voornaamste gezondheidsdeterminanten aan te pakken, waaronder voeding en obesitas. Tegen deze achtergrond wordt met dit groenboek het initiatief genomen tot een breed opgezette raadplegingsprocedure en een diepgaand debat met participatie van de EU-instellingen, de lidstaten en maatschappelijke organisaties om een eventuele bijdrage op communautair niveau tot de bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging in kaart te kunnen brengen.

- III.2. De Commissie verzoekt alle belangstellende organisaties om uiterlijk 15 maart 2006 reacties op de in dit groenboek aan de orde gestelde kwesties aan het volgende adres te doen toekomen (bij voorkeur per e-mail):

Europese Commissie
Directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming
Eenheid C4 – Gezondheidsdeterminanten
E-mail: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
Postadres: L-2920 Luxemburg
Fax: (+ 352) 4301.34975

Het is niet de bedoeling dat deze reacties wetenschappelijke verhandelingen zijn, maar concrete en op feitelijke gegevens gebaseerde voorstellen voor beleidsvorming, voornamelijk op EU-niveau. Met name worden reacties tegemoet gezien van economische actoren, patiëntenverenigingen en op de terreinen gezondheid en consumentenbescherming actieve NGO's naar aanleiding van kwesties die tot hun specifieke aandachtsgebied behoren (bv. reclame en marketing, etikettering, enz.).

- III.3. Tenzij bij de reacties een verklaring wordt gevoegd dat deze of gedeelten daarvan niet op de website van de Commissie mogen worden gepubliceerd en/of worden geciteerd in rapporten waarin de resultaten van de raadplegingsprocedure worden geanalyseerd, nemen de diensten van de Commissie aan dat hiertegen geen bezwaar bestaat¹⁹.
- III.4. Gezien de vele factoren die tot ziekten als gevolg van ongezonde voedingsgewoonten en lichamelijke inactiviteit leiden en de benodigde gemeenschappelijke aanpak van talrijke betrokken partijen ten behoeve van de bestrijding van deze ziekten, komen in

dit groenboek bepaalde zaken aan de orde, die in eerste instantie onder de bevoegdheid van de lidstaten vallen (zoals bijvoorbeeld onderwijs en stadsontwikkeling); door middel van dit groenboek moet ook worden vastgesteld in welk opzicht de EU niettemin meerwaarde zou kunnen bieden, bijvoorbeeld door de ondersteuning van netwerken van de belanghebbende partijen en door de verspreiding van goede praktijkvoorbeelden.

IV. STRUCTUREN EN INSTRUMENTEN OP COMMUNAUTAIR NIVEAU

IV.1. Het Europees actieplatform op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en gezondheid

IV.1.1. In maart 2005 werd het Europees actieplatform op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en gezondheid als gemeenschappelijk forum opgericht. Dit Platform bestaat uit alle relevante spelers die op EU-niveau actief zijn en die zich willen inzetten om de huidige trends qua overgewicht en obesitas op verifieerbare wijze een halt toe te roepen en om te buigen. Het Platform streeft ernaar een katalysatorfunctie bij vrijwillige maatregelen van het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en de overheidssector in de gehele EU te vervullen. Tot de leden van het Platform behoren de belangrijkste vertegenwoordigers op EU-niveau van de levensmiddelen-, detailhandel-, catering- en reclamebranche, de consumentenorganisaties en de NGO's op het gebied van gezondheid.

IV.1.2. Het Platform moet een voorbeeldfunctie voor gecoördineerde, zij het autonome initiatieven van diverse geledingen van de samenleving vervullen. Het dient verdere initiatieven op nationaal, regionaal of lokaal niveau te stimuleren en met soortgelijke fora op nationaal niveau samen te werken. Eveneens kan het Platform ideeën aandragen voor de wijze waarop de reacties op de problematiek van de obesitas in een breed scala van EU-beleidsterreinen kunnen worden verwerkt. De Commissie ziet het Platform als een uiterst veelbelovend instrument voor niet-wetgevende maatregelen, aangezien het vanuit een unieke positie vertrouwen tussen de voornaamste actoren kan opbouwen. De eerste door het Platform bereikte resultaten zijn bemoedigend: andere communautaire beleidsterreinen zijn er sterk bij betrokken, de leden van het Platform plannen verreikende verplichtingen voor 2006 en een gemeenschappelijke vergadering met betrokken partijen uit de VS zal tot de uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden bijdragen. Bovendien hebben de ministers van Sport steun aan het Platform toegezegd. Halverwege 2006 zal een eerste evaluatie van de resultaten van het Platform plaatsvinden²⁰.

IV.2. Europees netwerk op het gebied van voeding en lichaamsbeweging

IV.2.1. In 2003 hebben de diensten van de Commissie een netwerk op het gebied van voeding en lichaamsbeweging opgericht dat uit door de lidstaten, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en op het gebied van de gezondheid werkzame NGO's aangewezen deskundigen is samengesteld en dat de Commissie bij de ontwikkeling van communautaire activiteiten ter verbetering van de voeding, ter vermindering en preventie van voedingsgerelateerde ziekten, ter stimulering van lichaamsbeweging en ter bestrijding van overgewicht en obesitas moet adviseren. Het netwerk zal nauw bij de analyse van de respons op dit groenboek worden betrokken.

IV.3. Gezondheid in de diverse EU-beleidsterreinen

IV.3.1. De preventie van overgewicht en obesitas vergt een geïntegreerde aanpak ten behoeve van de bescherming van de gezondheid, waarbij de bevordering van gezonde leefstijlen wordt gecombineerd met maatregelen ter bestrijding van maatschappelijke en economische ongelijkheid en ten behoeve van het milieu. Daarnaast moet de bereidheid bestaan gezondheidsdoelstellingen ook in ander communautair beleid na te streven. Een dergelijke benadering zou een aantal communautaire beleidsterreinen bestrijken (bijvoorbeeld landbouw, visserij, onderwijs, sport, consumenten- en ondernemingsbeleid, onderzoek, sociale zaken, interne markt, milieu- en audiovisueel beleid), die hieraan een actieve ondersteuning zouden moeten leveren.

IV.3.2. Op het niveau van de Commissie bestaan momenteel een aantal regelingen waardoor binnen andere beleidsterreinen systematisch aandacht uitgaat naar de gezondheid:

- het directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming wordt ten aanzien van belangrijke beleidsvoorstellen systematisch door andere diensten van de Commissie geraadpleegd;
- de interne werkgroep Gezondheid voert met alle betrokken diensten van de Commissie overleg over kwesties op het terrein van de gezondheid;
- de effectbeoordelingsprocedure van de Commissie, die als hulpmiddel ter verbetering van de kwaliteit en samenhang van het beleidsontwikkelingsproces is ingevoerd en waarvan ook de beoordeling van gezondheidseffecten deel uitmaakt.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Welke concrete bijdragen zouden communautaire beleidsterreinen eventueel kunnen leveren aan de bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging en het scheppen van een klimaat waarin het gemakkelijk is om voor gezonde voeding en een gezonde leefstijl te kiezen?
- Welke communautaire of nationale maatregelen kunnen ertoe bijdragen om groenten en fruit aantrekkelijker, gemakkelijker verkrijgbaar en betaalbaar te maken?
- Op welke terreinen die verband houden met voeding, lichaamsbeweging, de ontwikkeling van instrumenten voor de analyse van daarmee samenhangende aandoeningen en consumentengedrag moet meer onderzoek worden verricht?

IV.4. Het Actieprogramma voor de volksgezondheid

IV.4.1. Uit het Actieprogramma voor de volksgezondheid²¹ en de jaarlijkse werkprogramma's daarvan blijkt hoeveel belang aan voeding, lichaamsbeweging en obesitas worden gehecht. In het kader van het gedeelte "Gezondheidsinformatie" van dit programma worden werkzaamheden ondersteund waarmee wordt beoogd betrouwbaarder gegevens over de epidemiologie van obesitas en over gedragsaspecten te verzamelen²². Door middel van het programma wordt een pakket vergelijkbare indicatoren voor de gezondheidsstatus opgesteld, onder meer op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en obesitas.

- IV.4.2. In het kader van het gedeelte "Gezondheidsdeterminanten" van het programma worden pan-Europese projecten ondersteund die erop gericht zijn gezonde eetgewoonten en lichaamsbeweging te stimuleren, waaronder horizontale en integrerende benaderingen die de integratie van visies op leefstijlen stimuleren, waarin plaats is ingeruimd voor milieu- en sociaal-economische overwegingen, die zich richten op belangrijke doelgroepen en die een schakel vormen tussen de werkzaamheden met betrekking tot diverse gezondheidsdeterminanten²³.
- IV.4.3. In het voorstel van de Commissie voor een nieuw programma op het terrein van de gezondheid en de consumentenbescherming²⁴ ligt het accent op gezondheidsbevordering en preventie, ook waar het voeding en lichaamsbeweging betreft. Het zal ook een nieuw, aan de preventie van specifieke ziekten gewijd onderdeel bevatten.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Hoe kunnen de beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens worden verbeterd, met name met het oog op de nauwkeurige bepaling van de geografische en sociaal-economische verspreiding van deze aandoening?
- Hoe kan het programma ertoe bijdragen dat besluitvormers, gezondheidswerkers, de media en het grote publiek er zich beter bewust van worden hoe gezonde eetgewoonten en lichaamsbeweging het risico van chronische ziekten kunnen verminderen?
- Welke kanalen zijn het meest geschikt om de bestaande informatie op dit terrein te verspreiden?

IV.5. Europese Autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA)

- IV.5.1. De Europese Autoriteit voor voedselveiligheid kan een belangrijke bijdrage leveren aan het onderbouwen van de voorgestelde maatregelen op het terrein van de voeding (bijvoorbeeld ten aanzien van aanbevolen inname van voedingsstoffen of van communicatiestrategieën ten behoeve van gezondheidswerkers, exploitanten in de voedselketen en het algemene publiek over het effect van voeding op de gezondheid) (zie V.9 wat betreft de rol van de EFSA bij de opstelling van voedingsrichtsnoeren)

V. WERKTERREINEN

V.1. Consumentenvoorlichting, reclame en marketing

- V.1.1. Het consumentenbeleid heeft tot doel de consumenten in staat te stellen met kennis van zaken hun voeding te kiezen. Informatie over het nutriëntgehalte van producten is in dit verband een belangrijk aspect. Duidelijke, niet voor tweeërlei uitleg vatbare informatie over nutriënten in levensmiddelen kan samen met een adequate consumentenvoorlichting als basis dienen voor een gefundeerde keuze van voedingsmiddelen. De Commissie heeft met dit doel voor ogen een voorstel voor een verordening tot harmonisering van de voorschriften inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen²⁵ ingediend. Daarin wordt de mogelijkheid tot opstelling van voedingsprofielen vastgelegd om te voorkomen dat voor levensmiddelen met een hoog gehalte aan bepaalde nutriënten (zoals zout, vet, verzadigde vetten en

suikers) claims met betrekking tot mogelijke voordelen voor de voeding of de gezondheid worden gedaan. De Commissie overweegt eveneens de huidige voorschriften voor voedingswaarde-etikettering te wijzigen.

- V.1.2. Bij reclame en marketing moet erop worden toegezien dat de consumenten niet misleid worden en dat vooral de lichtgelovigheid en het gebrek aan mediageletterdheid van kwetsbare consumenten, met name kinderen, niet misbruikt wordt. Hierbij gaat het vooral om reclame voor levensmiddelen met een hoog gehalte aan vet, zout en suiker, zoals energierijke tussendoortjes en met suiker gezoete frisdranken en de verkoop van dergelijke producten op scholen²⁶. Aan zelfregulering door het bedrijfsleven zou op dit terrein de voorkeur kunnen worden gegeven, aangezien zelfregulering in een aantal opzichten sneller en flexibeler functioneert dan regulering. Andere mogelijkheden moeten echter ook worden overwogen, voor het geval zelfregulering onvoldoende resultaten oplevert.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Op welke belangrijke nutriënten en categorieën producten moet bij het verstrekken van voedingswaarde-informatie worden gelet en waarom?
- Wat voor voorlichting is noodzakelijk om de consumenten in staat te stellen de informatie op de levensmiddelenetiketten te begrijpen, en wie moet die informatie verstrekken?
- Zijn vrijwillige gedragscodes („zelfregulering”) een geschikt middel om de reclame voor en verkoop van levensmiddelen die energierijk en arm aan micronutriënten zijn, aan banden te leggen? Welke alternatieven moeten overwogen worden als zelfregulering niet werkt?
- Hoe kan de effectiviteit van zelfregulering worden gedefinieerd, in de praktijk worden omgezet en worden gecontroleerd? Welke maatregelen zijn noodzakelijk om te voorkomen dat er geen misbruik van de lichtgelovigheid en het gebrek aan mediageletterdheid van kwetsbare consumenten wordt gemaakt door reclame-, marketing- en promotie-activiteiten?

V.2. Consumentenvoorlichting

- V.2.1. Een voorwaarde voor het welslagen van elk voedingsbeleid, op nationaal of communautair niveau, is een betere kennis bij de bevolking van de relatie tussen voeding en gezondheid, tussen energie-inname en -verbruik, van voedingswijzen waardoor het risico van chronische ziekten afneemt en van de keuze van gezonde levensmiddelen. Daartoe moet een ondubbelzinnige, eenvoudige en duidelijke voorlichting worden ontwikkeld en via diverse kanalen en in vormen verspreid worden die op de plaatselijke cultuur, de leeftijd en het geslacht van de consument zijn afgestemd. Consumentenvoorlichting zal ook tot mediageletterdheid leiden en de consument in staat stellen de voedingsinformatie op etiketten beter te begrijpen.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen om "best practices" in kaart te kunnen brengen:

- Hoe kan de consument het beste in staat worden gesteld weloverwogen keuzes te maken en effectief te handelen?
- In welke opzichten kunnen publiek-private samenwerkingsverbanden een bijdrage leveren aan de consumentenvoorlichting?
- Welke belangrijke informatie over voeding en lichaamsbeweging moet aan de consument worden verstrekt, en hoe en door wie moet dat worden gedaan?

V.3. Speciale aandacht voor kinderen en jongeren

- V.3.1. Tijdens de kinderjaren en de adolescentie worden belangrijke keuzes voor leefstijlen gemaakt, die bepalend zijn voor de gezondheidsrisico's tijdens de volwassenheid; daarom is het van essentieel belang kinderen met gezonde gedrag patronen vertrouwd te maken. Scholen worden als de belangrijkste omgeving voor activiteiten ten behoeve van gezondheidsbevordering beschouwd en zij kunnen een bijdrage leveren aan de bescherming van de gezondheid van de kinderen door gezonde voeding en lichaamsbeweging te stimuleren. Er zijn steeds meer aanwijzingen die erop duiden dat gezonde voeding ook een bijdrage levert aan het concentratie- en leervermogen. Bovendien hebben scholen de mogelijkheid kinderen aan te moedigen om dagelijks lichamelijk actief te zijn ²⁷. Er zouden relevante maatregelen op adequaat niveau kunnen worden overwogen.
- V.3.2. Om kinderen te behoeden voor tegenstrijdige signalen moeten de op gezondheidsbevordering gerichte initiatieven van ouders en op school door de media, de gezondheidszorg, maatschappelijke organisaties en de desbetreffende sectoren van het bedrijfsleven (positieve rolmodellen, enz.) worden ondersteund (*zie V.1 voor op kinderen gerichte marketing*).

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen om "best practices" in kaart te kunnen brengen:

- Zijn er goede voorbeelden van de manier waarop de voedingswaarde van schoolmaaltijden kan worden verbeterd en hoe kunnen ouders worden voorgelicht over mogelijkheden om de voedingswaarde van de maaltijden thuis te verbeteren?
- Wat zijn geschikte manieren om kinderen op school regelmatig lichamelijke beweging te bieden?
- Welke goede methoden bestaan er om kinderen te stimuleren om te kiezen voor gezonde voeding, vooral ten aanzien van de buitensporige consumptie van energierijke snacks en van frisdranken met suiker te voorkomen?
- Hoe kunnen de media, de gezondheidszorg, maatschappelijke organisaties en de desbetreffende sectoren van het bedrijfsleven de initiatieven van scholen op het terrein van de gezondheidsvoorlichting ondersteunen? Welke rol is er in dit opzicht voor publiek-private samenwerkingsverbanden weggelegd?

V.4. Levensmiddelenaanbod, lichaamsbeweging en gezondheidsvoorlichting op het werk

- V.4.1. Op het werk bestaan veel mogelijkheden gezonde voeding en lichaamsbeweging te bevorderen. Als kantines gezonde voeding aanbieden en werkgevers een klimaat bevorderen waarin lichamelijke activiteiten worden gestimuleerd (zoals bijvoorbeeld douches en kleedkamers), kan dit in belangrijke mate bijdragen tot de gezondheidsbevordering op het werk.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen om "best practices" in kaart te kunnen brengen:

- Hoe kunnen werkgevers in hun bedrijfskantines gezonde voeding aanbieden en de voedingswaarde van de kantinemaaltijden verbeteren?
- Via welke maatregelen kunnen lichaamsbeweging tijdens pauzes en tijdens het woon-werkverkeer worden bevorderd en vergemakkelijkt?

V.5. De preventie en de behandeling van overgewicht en obesitas in de gezondheidszorg integreren

- V.5.1. De gezondheidszorg en de gezondheidswerkers beschikken over aanzienlijke mogelijkheden om het inzicht van de patiënten in de relatie tussen voeding, lichaamsbeweging en gezondheid te verbeteren en hen te stimuleren tot de noodzakelijke veranderingen van hun leefstijl. Als de gezondheidswerkers de patiënten en hun gezinsleden bij routinecontacten praktische adviezen over de voordelen van een optimale voeding en meer lichaamsbeweging zouden geven, zou dat voor de patiënt een krachtige prikkel kunnen zijn om zijn levensstijl te veranderen. Voorts moet worden ingegaan op de mogelijkheden tot behandeling van obesitas²⁸.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Welke maatregelen moeten er worden genomen, en op welk niveau, om de bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging in grotere mate in de gezondheidszorg te integreren?

V.6. Aanpak van de "obesogene" omgeving

- V.6.1. Lichaamsbeweging kan in de dagelijkse routine worden opgenomen (zoals bijvoorbeeld lopen of fietsen in plaats van met gemotoriseerd vervoer naar school of werk). Via vervoersbeleid en stadsontwikkeling kunnen lopen, fietsen en andere vormen van lichaamsbeweging gemakkelijk en veilig worden gemaakt en kan met het gebruik van niet-gemotoriseerd vervoer rekening worden gehouden. Veilige wandel- en fietspaden naar scholen zouden een middel kunnen zijn om de bijzonder verontrustende trend tot overgewicht en obesitas bij kinderen om te buigen.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Op welke manieren kan overheidsbeleid ertoe bijdragen dat lichaamsbeweging in het dagelijkse leven wordt "ingebouwd"?
- Met welke maatregelen kunnen omstandigheden worden geschapen die bevorderlijk zijn voor lichaamsbeweging?

V.7. Sociaal-economische ongelijkheid

- V.7.1. De keuze van levensmiddelen wordt zowel door individuele voorkeuren als door sociaal-economische factoren bepaald²⁹. Maatschappelijke status, inkomen en onderwijs zijn cruciale factoren bij voeding en lichaamsbeweging. In bepaalde buurten kunnen lichamelijke activiteiten worden ontmoedigd, bestaan geen mogelijkheden tot vrijetijdsactiviteiten en worden kansarme groepen harder getroffen dan mensen die over vervoer beschikken of er toegang tot hebben. Door een lager opleidingsniveau en een geringere toegang tot relevante informatie is men minder goed in staat om met kennis van zaken een keuze te maken.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Met welke maatregelen zouden gezonde voeding en lichamelijke activiteiten bij tot bepaalde sociaal-economische categorieën behorende bevolkingsgroepen en huishoudens kunnen worden bevorderd en zouden deze groepen in staat kunnen worden gesteld gezonder te gaan leven, en op welk niveau moeten zij worden genomen?
- Hoe kan de "accumulatie van ongezonde gewoonten", die dikwijls bij bepaalde sociaal-economische groepen wordt aangetroffen, worden aangepakt?

V.8. Een geïntegreerde en brede benadering ter bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging

- V.8.1. Voor een gerichte en brede benadering die de keuze voor een gezonde levensstijl mogelijk, betaalbaar en attractief maakt, moet met voeding en lichaamsbeweging in alle relevante beleidsterreinen op lokaal, regionaal, nationaal en Europees niveau rekening worden gehouden, moet voor de noodzakelijke ondersteunende omgeving

worden gezorgd en moeten de geschikte instrumenten ter beoordeling van het effect van ander beleid op gezonde voeding en lichaamsbeweging worden ontwikkeld en gebruikt³⁰.

- V.8.1. De prevalentie van met voeding en lichaamsbeweging samenhangende chronische aandoeningen varieert aanzienlijk tussen mannen en vrouwen, tussen verschillende leeftijdsgroepen en tussen verschillende sociaal-economische lagen. Bovendien zijn gewoonten op het gebied van voeding en lichaamsbeweging vaak diep verankerd in lokale en regionale tradities. Daarom moet bij de bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging ook op het geslacht, sociaal-economische en culturele verschillen en op het levensloopsperspectief gelet worden.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Wat zijn de belangrijkste aspecten van een geïntegreerde en brede benadering van de bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging?
- Welke rol spelen maatregelen op nationaal en communautair niveau hierbij?

V.9. Aanbevelingen voor de nutriëntinname en voor de opstelling van voedingsrichtsnoeren

- V.9.1 Het rapport van de WHO/FAO³¹ bevat algemene aanbevelingen inzake doelstellingen betreffende nutriëntinname en lichaamsbeweging met het oog op de preventie van veel voorkomende niet-overdraagbare ziekten. V.9.2. In het kader van het Eurodietfproject³² worden voor de hele bevolking streefdoses voorgesteld voor nutriënten en wordt erop gewezen dat deze in voedingsrichtsnoeren (FBDG's) moeten worden vastgelegd. FBDG's moeten op gebruikelijke voedingspatronen gebaseerd zijn, waarbij ook op sociaal-economische en culturele factoren wordt gelet.
- V.9.3. De Commissie heeft de Europese Autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA) verzocht het advies inzake energie, macronutriënten en voedingsvezels te actualiseren. In aansluiting hierop zal de EFSA ook een advies uitbrengen over de bevolkingsreferentie-innamen van micronutriënten in de voeding en – zo nodig – andere belangrijke stoffen met een voedingsfysiologisch effect met het oog op een evenwichtige voeding. De EFSA zal verder advies uitbrengen over de omzetting van op nutriënten gebaseerde voedingsaanbevelingen in richtsnoeren inzake de bijdrage van verschillende levensmiddelen aan een totaal voedingspakket, waarmee door optimale voeding een goede gezondheid kan worden bevorderd.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Hoe kan in voedingsrichtsnoeren op Europees niveau met sociale en culturele verschillen en verschillende regionale en nationale voedingsgewoonten rekening worden gehouden?
- Hoe kan het verschil tussen de voorgestelde streefdoses voor nutriënten en de huidige consumptiepatronen worden overbrugd?
- Hoe kan bij de consument bekendheid worden gegeven aan de voedingsrichtsnoeren?
- Hoe kunnen scoresystemen van het voedingsprofiel, zoals onlangs in het Verenigd Koninkrijk zijn ontwikkeld, hiertoe bijdragen^{33?}

V.10. Samenwerking over de grenzen van de Europese Unie

V.10.1. Momenteel vindt op internationaal niveau een debat over de rol van de Codex Alimentarius³⁴ op het gebied van de voeding plaats. Overeenkomstig de oproep in het kader van de wereldwijde strategie voor voeding, fysieke activiteit en gezondheid van de WHO ondersteunt de EU de opvatting dat in het algemeen moet worden nagegaan hoe voedingskwesties in de werkzaamheden van de Codex kunnen worden geïntegreerd, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan het huidige mandaat van de Codex.

V.10.2. Op het terrein van voeding en lichamelijke activiteit dienen toezichthouders en belanghebbende partijen in de EU en in andere landen waar toenemend overgewicht en toenemende obesitas een punt van zorg zijn, nauw samen te werken³⁵.

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Onder welke voorwaarden zou de Gemeenschap een rol kunnen spelen bij de uitwisseling van ervaringen en de inventarisatie van "best practices" tussen de EU en derde landen? En met welke middelen?

V.11. Andere punten

De Commissie verzoekt om bijdragen naar aanleiding van de volgende vragen:

- Zijn er in dit groenboek aspecten niet aan de orde gekomen, die bij de beoordeling van de Europese dimensie van de bevordering van goede voeding, lichaamsbeweging en gezondheid nadere aandacht behoeven?
- Welke van de in dit groenboek aangesneden kwesties moeten met prioriteit worden behandeld en welke kwesties kunnen als minder urgent worden gezien?

VI. VOLGENDE STAPPEN

VI.1. De diensten van de Commissie zullen alle bijdragen die in het kader van de met dit groenboek geïnitieerde raadplegingsprocedure worden ontvangen, nauwkeurig

bestuderen. Naar verwachting zal een samenvatting van de bijdragen in juni 2006 op de website van de Commissie worden gepubliceerd.

- VI.2. De Commissie zal in het licht van de resultaten van de raadplegingsprocedure de beste follow-up, de eventueel voor te stellen maatregelen en de voor de implementatie ervan in aanmerking komende middelen overwegen. Afhankelijk van het middel waarvoor gekozen wordt, zal voorzover nodig een effectbeoordeling worden uitgevoerd.

ANNEX 1

Figures and Tables

	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

source: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003

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

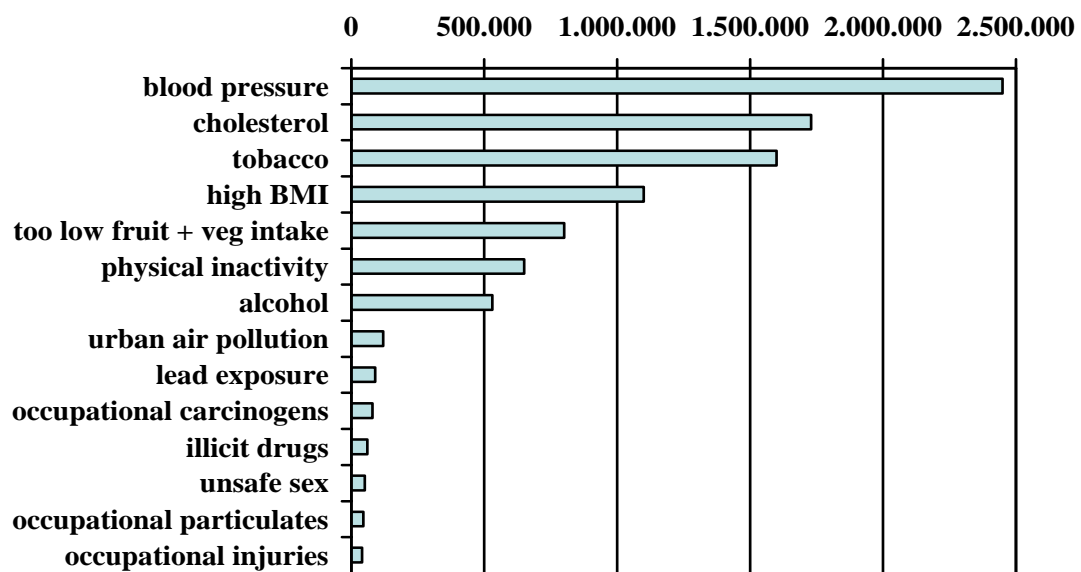


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000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

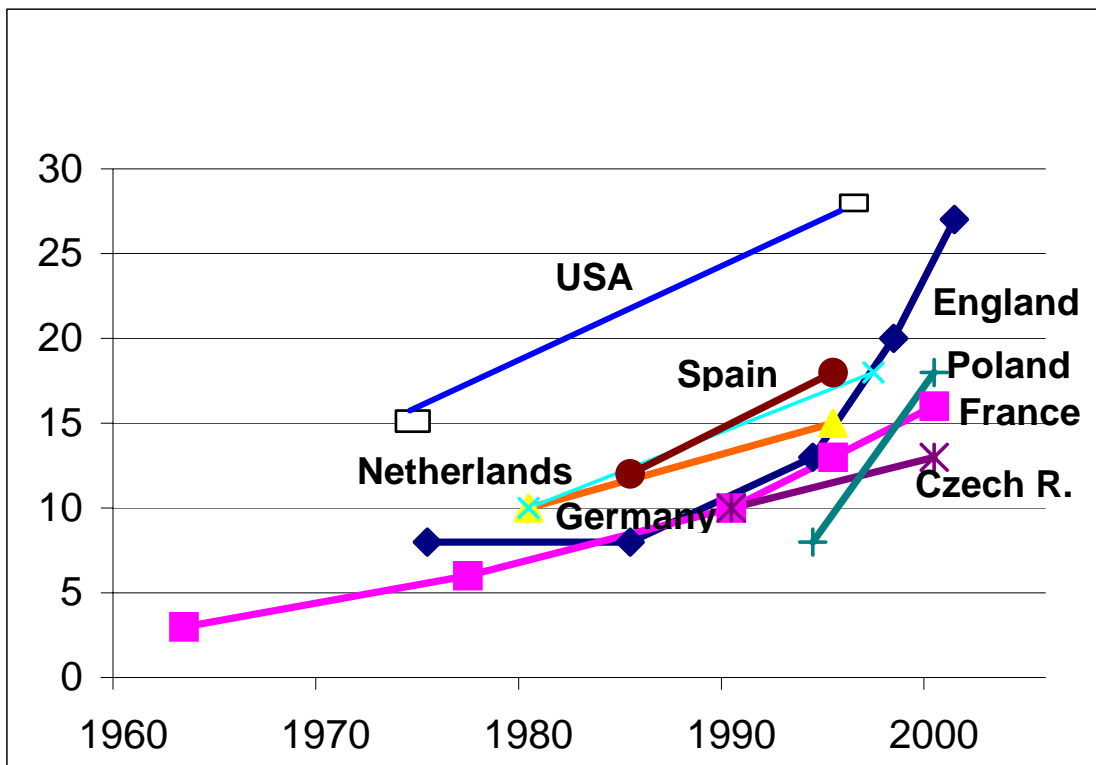
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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 Conclusies van de Raad over obesitas.

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 Conclusies van de Raad over obesitas.

⁷ Conclusies van de Raad over obesitas.

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: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

²⁰ Further information on the work of the Platform is available at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm

²¹ More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.

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

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

²⁴ http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

²⁵ Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003

²⁶ cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003 <http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>

²⁷ cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance" <http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>

²⁸ 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)

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

³⁰ 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/>)

³¹ 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; Het rapport van de WHO/FAO31 bevat algemene aanbevelingen inzake doelstellingen betreffende nutriëntinname en lichaamsbeweging met betrekking tot de preventie van veel voorkomende niet-overdraagbare ziekten. 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.

³² EURODIET core report, *op. cit.*
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf

³³ cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children’s diets; Eindverslag British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; oktober 2004

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

³⁴ 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

³⁵ 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 Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)
³⁷ cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation, 2004

³⁸ Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

³⁹ Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

⁴⁰ Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*

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

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

⁴³ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

⁴⁴ The European Health Report, World Health Organisation, 2002

⁴⁵ Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

⁴⁶ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

47 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term
process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted
48 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
49 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004
International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*
50 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651
51 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme:
<http://www.eurodiabetes.org/>
52 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*
53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European
Opinion Research Group (EEIG).
http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf
54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002
55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
56 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*