

GRÖNBOK

**”Främja goda kostvanor och motion: En europeisk dimension i arbetet för att förebygga
övervikt, fetma och kroniska sjukdomar”**

GRÖNBOK

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

”Främja goda kostvanor och motion: En europeisk dimension i arbetet för att förebygga övervikt, fetma och kroniska sjukdomar”

I.	Läget på europeisk nivå	3
II.	Hälsa och välbefinnande.....	4
III.	Samrådsförfarandet	4
IV.	Strukturer och verktyg på gemenskapsnivå	5
IV.1.	Den europeiska handlingsplattformen för kost, fysisk aktivitet och hälsa.....	5
IV.2.	Det europeiska nätverket för näring och fysisk aktivitet	6
IV.3.	Hälsofrågor i EU:s politik	6
IV.4.	Folkhälsoprogrammet	7
IV.5.	Europeiska myndigheten för livsmedelssäkerhet.....	7
V.	Insatsområden	7
V.1.	Konsumentinformation, reklam och marknadsföring	7
V.2.	Konsumentutbildning.....	8
V.3.	Fokus på barn och ungdomar	8
V.4.	Mat, motion och hälsoupplýsing på arbetsplatsen	9
V.5.	Förebyggande och behandling av övervikt och fetma inom hälso- och sjukvården....	9
V.6.	Motverka den fetmafrämjande miljön	10
V.7.	Socioekonomiska ojämlikheter	10
V.8.	Främja en integrerad och heltäckande strategi för att främja goda kostvanor och motion	10
V.9.	Rekommendationer för näringsintag och för utarbetande av livsmedelsbaserade kostråd	11
V.10.	Samverkan med länder utanför Europeiska unionen	11
V.11.	Övriga frågor.....	12
VI.	Framtida åtgärder	12
	Bilaga 1: Diagram och tabeller	
	Bilaga 2: Sambandet mellan kost, motion och hälsa	
	Bilaga 3: Hänvisningar	

GRÖNBOK

”Främja goda kostvanor och motion: En europeisk dimension i arbetet för att förebygga övervikt, fetma och kroniska sjukdomar”

I. LÄGET PÅ EUROPEISK NIVÅ

- I.1. Osunda kostvanor och brist på motion är de viktigaste orsakerna till livsstilsrelaterade sjukdomar och för tidig död i Europa, och den ökade förekomsten av fetma i Europa är ett stort folkhälsoproblem (*bakgrundsinformation finns i bilaga 2*).
- I.2. Rådet har uppmanat kommissionen att bidra till att människor uppmuntras att välja en sund livsstil⁽ⁱ⁾ och undersöka olika sätt att främja bättre kostvanor inom EU, om nödvändigt genom att lägga fram lämpliga förslag om detta². Rådet har också uppmanat medlemsstaterna och kommissionen att utarbeta och genomföra initiativ som syftar till att främja goda kostvanor och motion³.
- I.3. Gemenskapen har tydliga befogenheter på detta område: i artikel 152 i fördraget föreskrivs att en hög hälsoskyddsnivå för människor ska säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder. En rad gemenskapspolitiska områden har anknytning till frågor som rör kost och motion, och rådet har konstaterat att det finns ett behov av att integrera dessa frågor i relevanta insatser på europeisk nivå⁴.
- I.4. Nationella insatser kan kompletteras med insatser på europeisk nivå. Utan att räckvidden av medlemsstaternas egna insatser begränsas, kan man genom EU-insatser utnyttja synergieffekter och skalekonomier, underlätta insatser i hela Europa, gemensamt utnyttja resurser, sprida de bästa lösningarna och därigenom bidra till att medlemsstaternas initiativ får ökad verkan.
- I.5. Eftersom det ligger en rad olika faktorer bakom fetmaepidemin har rådet betonat att det krävs medverkan av flera olika berörda parter⁵ – ett bra exempel på detta är den europeiska handlingsplattformen för kost, fysisk aktivitet och hälsa (*se avsnitt IV.1*) – samt insatser på lokal, regional, nationell och europeisk nivå⁶. Rådet välkomnade också kommissionens planer på att lägga fram denna grönbok och att under 2006 lägga fram resultaten av det offentliga samråd som inleddes i och med grönboken⁷.
- I.6. Europeiska ekonomiska och sociala kommittén har betonat att insatser på gemenskapsnivå kan förstärka effekten av initiativ som tas av nationella myndigheter, den privata sektorn och icke-statliga organisationer (NGO)⁸.
- I.7. En rad medlemsstater har redan infört nationella strategier eller handlingsplaner för kost, motion och hälsa⁹. Gemenskapens insatser kan stödja och komplettera dessa insatser, underlätta samordning och bidra till att kartlägga och sprida goda lösningar, så att andra länder kan dra nytta av de erfarenheter som gjorts.

⁽ⁱ⁾ Hänvisningar ges i bilaga 3 i slutet av dokumentet.

II. HÄLSA OCH VÄLSTÅND

- II.1. Utöver det mänskliga lidande som blir följderna, får den ökade förekomsten av fetma betydande negativa konsekvenser även för ekonomin. I Europeiska unionen beräknas fetma stå för upp till 7 % av hälso- och sjukvårdskostnaderna¹⁰, och denna andel förväntas öka eftersom fetma tenderar att bli ett allt större problem. Detaljerade uppgifter finns inte tillgängliga för alla EU-länder, men de undersökningar som gjorts visar att fetma medför höga samhällskostnader: i en rapport utarbetad 2001 av det brittiska riksrevisionsverket (*National Audit Office*) görs uppskattningen att fetma leder till 18 miljoner sjukdagar och 30 000 för tidiga dödsfall enbart i England, vilket motsvarar en direkt årlig kostnad för hälso- och sjukvården på minst 500 miljoner pund. Den indirekta samhällskostnaden, bland annat genom lägre produktivitet och minskad produktion, beräknas uppgå till ytterligare 2 miljarder pund per år¹¹. I den rapport om motion och dess betydelse för hälsan som utarbetades 2004 av den brittiska regeringens rådgivare i hälso- och sjukvårdsfrågor (*Chief Medical Officer*) anges att fysisk inaktivitet kostar samhället omkring 8,2 miljarder pund per år (inbegripet både hälso- och sjukvårdskostnader och indirekta samhällskostnader, t.ex. i form av förlorade arbetsdagar)¹². I Irland uppskattas de direkta kostnaderna för behandling av överviktsrelaterade sjukdomar till cirka 70 miljoner euro 2002¹³. I USA rapporterar CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) att fetman beräknas kosta hälso- och sjukvården 75 miljarder dollar¹⁴. Studier på individnivå visar att de årliga hälso- och sjukvårdsutgifterna för överviktiga vuxna i USA är i genomsnitt 37 % högre än för en genomsnittsperson med normal vikt¹⁵. I dessa direkta kostnader beaktas inte minskad produktivitet på grund av funktionshinder eller för tidig död.
- II.2. En analys som gjorts av det svenska folkhälsoinstitutet visar att 4,5 % levnadsår justerade för funktionshinder enligt DALY-måttet går förlorade på grund av dåliga kostvanor och ytterligare 3,7 % respektive 1,4 % beroende på fetma och fysisk inaktivitet – dvs. totalt 9,6 %, jämfört med 9 % på grund av rökning¹⁶.
- II.3. Det nederländska folkhälsoinstitutet (RIVM) har undersökt sambandet mellan olämplig kostsammansättning och dålig hälsa. En av slutsatserna är att ett alltför högt intag av ”fel” slags fetter, t.ex. mättade fetter och transfettsyror, ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar med 25 %. Om man däremot äter fisk en eller två gånger i veckan minskar risken med 25 %. I Nederländerna kan 38 000 fall av hjärt- och kärlsjukdom bland vuxna som fyllt 20 år varje år hänföras till olämplig kostsammansättning.
- II.4. Insatser mot övervikt och fetma gynnar inte bara folkhälsan, utan leder också till minskade kostnader för hälso- och sjukvården på lång sikt och en stabilare ekonomi eftersom medborgarna kan fortsätta att vara produktiva under ett helt yrkesliv. Grönboken kommer att vara till hjälp när det gäller att fastställa om åtgärder som vidtas på europeisk nivå kan komplettera medlemsstaternas egna insatser och därigenom bidra till minskade hälsorisker, lägre hälso- och sjukvårdsutgifter och ökad konkurrenskraft för medlemsstaternas ekonomier.

III. SAMRÅDSFÖRFARANDET

- III.1. Som anges i meddelandet ”Att främja medborgarnas hälsa, säkerhet och förtroende: En strategi för hälsa och konsumentskydd”¹⁷ utarbetar kommissionen en rad gemenskapsstrategier för de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsan, inbegripet

kost och fetma. Denna grönbok syftar till att inleda ett brett samråd och en djupgående diskussion mellan EU-institutionerna, medlemsstaterna och det civila samhället för att fastställa hur gemenskapen kan bidra till att främja goda kostvanor och fysisk aktivitet.

- III.2. Kommissionen uppmanar alla berörda organisationer att yttra sig om de frågor som behandlas i grönboken. Synpunkter lämnas senast den 15 mars 2006 till följande adress (helst per e-post):

Europeiska kommissionen
DG Hälsa och konsumentskydd
Enhet C4 – Hälsans bestämningsfaktorer
E-post: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
Postadress: L-2920 Luxemburg
Fax: (+ 352) 4301 34975

Svaren bör inte ges i form av vetenskapliga rapporter, utan som konkreta och evidensbaserade förslag för utarbetande av åtgärder främst på EU-nivå. Kommissionen är särskilt angelägen om att få ekonomiska aktörer att yttra sig om frågor som rör deras verksamhetsområden (t.ex. reklam och marknadsföring eller märkning) och att få in svar från patientföreningar och icke-statliga organisationer verksamma inom hälsa och konsumentskydd.

- III.3. Kommissionen förutsätter att de svarande inte har något emot att svaren publiceras helt eller delvis på kommissionens webbplats och/eller citeras i rapporter om resultatet av samrådet, såvida de inte uttryckligen motsätter sig det¹⁸.
- III.4. Eftersom det ligger en rad olika faktorer bakom livsstilsrelaterade sjukdomar och det krävs medverkan av flera olika berörda parter för att motverka dem, behandlas i grönboken vissa områden där det främst är medlemsstaternas sak att fatta beslut (t.ex. utbildning och stadsplanering). Grönboken bör också vara till hjälp när det gäller att fastställa på vilka områden EU kan skapa ett mervärde, exempelvis genom att stödja nätverk för intressenter och sprida goda lösningar.

IV. STRUKTURER OCH VERKTYG PÅ GEMENSKAPSNIVÅ

IV.1. Den europeiska handlingsplattformen för kost, fysisk aktivitet och hälsa

- IV.1.1. Den europeiska handlingsplattformen för kost, fysisk aktivitet och hälsa lanserades i mars 2005 som ett gemensamt handlingsforum. Handlingsplattformen sammanför alla relevanta aktörer som är verksamma på europeisk nivå och som är beredda att göra bindande och kontrollerbara åtaganden för att bromsa och vända utvecklingen i fråga om övervikt och fetma. Handlingsplattformen är tänkt att fungera som katalysator för frivilliga insatser i hela EU av näringslivet, det civila samhället och den offentliga sektorn. Bland medlemmarna finns centrala företrädare på EU-nivå för livsmedelsindustrin, detaljhandeln, cateringsektorn och reklambranschen samt konsumentorganisationer och icke-statliga organisationer verksamma på hälsoområdet.
- IV.1.2. Handlingsplattformen ska visa hur olika delar av samhället kan samverka genom självständiga insatser. Den är avsedd att stimulera till andra initiativ på nationell, regional och lokal nivå och ska samarbeta med liknande forum på nationell nivå. Samtidigt kan handlingsplattformen bidra till att de åtgärder som vidtas för att

motverka fetma integreras på en rad olika gemenskapspolitiska områden. Kommissionen anser att handlingsplattformen är den mest lovande metoden när det gäller andra åtgärder än lagstiftning, eftersom den har sällsynt goda förutsättningar att skapa förtroende mellan centrala aktörer. De första resultaten av handlingsplattformen är lovande: starka kopplingar har upprättats med andra gemenskapspolitiska områden, medlemmarna planerar omfattande åtaganden inför 2006 och ett gemensamt möte med amerikanska intressenter kommer att bidra till utbytet av goda lösningar. Handlingsplattformen får också stöd av idrottsministrarna. En första utvärdering av resultaten av handlingsplattformen kommer att äga rum kring halvårsskiftet 2006¹⁹.

IV.2. Det europeiska nätverket för näring och fysisk aktivitet

IV.2.1. Kommissionen inrättade 2003 ett nätverk för näring och fysisk aktivitet bestående av experter utsedda av medlemsstaterna, Världshälsoorganisationen (WHO) och icke-statliga organisationer verksamma inom konsumentskydd och hälsa. Nätverket ska ge kommissionen råd i frågor som rör utarbetande av gemenskapsåtgärder för att förbättra kostvanor, minska och förebygga kostrelaterade sjukdomar, främja fysisk aktivitet samt motverka övervikt och fetma. Nätverket kommer även att delta i arbetet med att analysera de synpunkter som lämnats på grönboken.

IV.3. Hälsfrågor i EU:s politik

IV.3.1. För att förebygga övervikt och fetma krävs en integrerad strategi för hälsofrämjande som kombinerar åtgärder som främjar en sund livsstil med dels insatser som syftar till att få bort sociala och ekonomiska ojämlikheter och förbättra den fysiska miljön, dels ett engagemang för att uppnå hälsomålen genom insatser på andra gemenskapspolitiska områden. En sådan strategi måste omfatta en rad olika politikområden (t.ex. jordbruk, fiske, utbildning, idrott, konsumentskydd, näringsliv, forskning, socialpolitik, den inre marknaden, miljön och den audiovisuella politiken) och måste aktivt stödjas av dessa.

IV.3.2. På kommissionsnivå har en rad mekanismer införts för att se till att hälsofrågor beaktas på andra gemenskapspolitiska områden:

- GD Hälsa och konsumentskydd ges alltid möjlighet att framföra synpunkter på centrala politiska förslag från andra avdelningar inom kommissionen.
- Hälsfrågor diskuteras med alla berörda avdelningar inom kommissionen inom den särskilda avdelningsövergripande grupp som inrättats för detta ändamål.
- Kommissionen har infört ett förfarande för konsekvensanalys för att förbättra processen för utarbetande av politiska förslag och göra den mer sammanhängande, och i detta förfarande ingår även en hälsokonsekvensanalys.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Hur kan andra relevanta politikområden konkret bidra till att främja goda kostvanor och motion och till att skapa en miljö som gör det lätt att välja hälsosamma alternativ?
- Vilka nationella eller europeiska åtgärder kan bidra till att göra frukt och grönsaker till ett mer lockande och tillgängligt alternativt till rimligare pris?
- Vilka områden kräver ytterligare forskningsinsatser när det gäller kost och motion, konsumenternas beteende och utarbetande av verktyg för att analysera livsstilsrelaterade sjukdomar?

IV.4. Folkhälsoprogrammet

- IV.4.1. Betydelsen av kost, motion och fetma avspeglas i EU:s folkhälsoprogram²⁰ och dess årliga arbetsplaner. Inom den programdel som rör hälsoinformation stöder man insatser som syftar till att samla in bättre underbyggda uppgifter om fetmans epidemiologi och beteenderelaterade frågor²¹. Genom programmet införs en rad jämförbara indikatorer för hälsotillstånd, även när det gäller näringsintag, fysisk aktivitet och fetma.
- IV.4.2. Inom den programdel som rör hälsans bestämningfaktorer stöder man alleuropeiska projekt som syftar till att främja sunda kostvanor och motion, inbegripet tvärvetenskapliga angreppssätt som integrerar olika strategier i fråga om livsstilar, kombinerar miljöhänsyn och socioekonomiska aspekter, fokuserar på centrala målgrupper och nyckelmiljöer och skapar kopplingar mellan de insatser som gjorts i fråga om olika bestämningfaktorer för hälsan²².
- IV.4.3. Kommissionens förslag för ett nytt hälso- och konsumentskyddsprogram²³ är starkt inriktat på upplysning och förebyggande, även när det gäller kost och motion. Där föreslås också en ny programdel för förebyggande av särskilda sjukdomar.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Hur kan uppgifterna om fetma göras mer tillgängliga och jämförbara, särskilt i syfte att kartlägga den geografiska och socioekonomiska spridningen av denna sjukdom?
- Hur kan programmet bidra till att skapa ökad medvetenhet bland beslutsfattare, hälso- och sjukvårdspersonal, medierna och allmänheten om hur goda kostvanor och motion kan minska risken för kroniska sjukdomar?
- Vilka kanaler är lämpligast för spridning av vetenskapliga rön?

IV.5. Europeiska myndigheten för livsmedelssäkerhet

- IV.5.1. Genom att tillhandahålla vetenskaplig rådgivning och hjälp kan Europeiska myndigheten för livsmedelssäkerhet i betydande utsträckning bidra till att stödja de föreslagna åtgärderna i fråga om kost, t.ex. rekommenderat intag av olika näringsämnen samt kommunikationsstrategier för hälso- och sjukvårdspersonal, olika aktörer i livsmedelskedjan och allmänheten för att informera om hur kosten påverkar hälsan (*myndighetens roll i utarbetandet av livsmedelsbaserade kostråd beskrivs i avsnitt V.9 nedan*).

V. INSATSOMRÅDEN

V.1. Konsumentinformation, reklam och marknadsföring

- V.1.1. Konsumentpolitiken syftar till att ge människor möjlighet att fatta väl underbyggda beslut om sin kosthållning. Information om produkters näringsinnehåll är viktig i detta sammanhang. Tydlig och konsekvent information om livsmedel och lämplig konsumentutbildning kan ligga till grund för väl underbyggda beslut om kosthållning. Kommissionen har därför lagt fram ett förslag till förordning som syftar till att harmonisera bestämmelserna för näringspåståenden och hälsopåståenden om livsmedel²⁴. Här ingår principen om att fastställa näringsprofiler för att undvika att livsmedel som t.ex. har höga halter av salt, fett, mättade fetter eller socker förses med

påståenden om potentiella närings- eller hälsofördelar. Kommissionen överväger också att ändra bestämmelserna om näringsmärkning.

- V.1.2. När det gäller reklam och marknadsföring är det viktigt att se till att konsumenterna inte vilseleds och i synnerhet att företagen inte utnyttjar utsatta konsumentgruppers (särskilt barns) godtrogenhet och bristande mediekompetens. Det gäller särskilt reklam för livsmedel med hög fett-, salt- och sockerhalt (t.ex. energirika mellanmål och sockerhaltig läsk) och marknadsföring av sådana produkter i skolor²⁵. Självreglering inom branschen kan vara ett lämpligt alternativ, eftersom förändringar kan införas snabbare och mer flexibelt på det sättet än genom lagstiftning. Andra alternativ bör dock övervägas om man inte uppnår önskat resultat genom självreglering.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Vilka näringsämnen och produktkategorier är de viktigaste när det gäller att informera konsumenten om näringsinnehåll, och varför?
- Vilken utbildning behövs för att konsumenterna ska förstå all information som tillhandahålls genom livsmedelsmärkning och vem bör tillhandahålla sådan utbildning?
- Är självreglering ett adekvat verktyg för att begränsa reklam och marknadsföring av energirika livsmedel som är fattiga på mikronäringsämnen? Vilka alternativ bör övervägas om självreglering inte leder till önskat resultat?
- Hur kan en effektiv självreglering definieras, genomföras och övervakas? Vilka åtgärder bör vidtas för att se till att företagen genom sin reklam och marknadsföring inte utnyttjar utsatta konsumentgruppers godtrogenhet och bristande mediekompetens?

V.2. Konsumentutbildning

- V.2.1. Åtgärder för att öka allmänhetens kunskaper om sambandet mellan kost och hälsa, energiintag och energianvändning, kostvanor som minskar risken för kroniska sjukdomar och hälsosamma alternativ när det gäller livsmedel är en förutsättning för att insatserna för bättre kostvanor ska lyckas, oavsett om dessa insatser görs på nationell eller europeisk nivå. Konsekventa, sammanhängande, enkla och tydliga budskap måste utformas och spridas genom en rad olika kanaler och i en form som är anpassad till den lokala kulturen och målgruppens ålder och kön. Konsumentutbildning bidrar också till att utveckla mediekompetens och ger konsumenterna bättre möjligheter att förstå näringsmärkningen.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på för att fastställa goda lösningar:

- Hur kan konsumenterna ges bättre möjligheter att fatta väl underbyggda beslut och agera effektivt?
- Hur kan offentliga-privata partnerskap bidra till konsumentutbildningen?
- Vilka centrala budskap bör förmedlas till konsumenterna när det gäller kost och motion, vem ska ansvara för detta och hur ska det gå till?

V.3. Fokus på barn och ungdomar

- V.3.1. Viktiga livsstilsval som påverkar hälsoriskerna i vuxen ålder görs redan i barndomen och ungdomen, och därför är det ytterst viktigt att barn styrs i riktning mot sunda vanor. Skolan är en nyckelmiljö när det gäller hälsofrämjande åtgärder och kan bidra

till att skydda barnens hälsa genom att verka för goda kostvanor och motion. Allt fler rön tyder också på att goda kostvanor förbättrar koncentrationsförmågan och inlärningsförmågan. Skolan kan också uppmuntra barnen att röra på sig varje dag. Relevanta åtgärder bör vidtas på lämplig nivå.

- V.3.2. För att undvika att barn utsätts för motstridiga budskap bör hälsoupplysningen från föräldrarna och i skolan kompletteras med insatser i medierna och åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvården, det civila samhället och relevanta näringsgrenar i syfte att för att visa positiva förebilder (*marknadsföring riktad till barn behandlas i avsnitt V.1*).

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på för att fastställa goda lösningar:

- Finns det bra exempel på hur man har lyckats förbättra skolmatens näringsinnehåll och hur kan man få föräldrarna att servera mer näringsrik mat hemma?
- Vilka goda lösningar finns när det gäller regelbunden fysisk aktivitet för barnen i skolan?
- Vilka goda lösningar finns när det gäller att främja hälsosamma kostvanor i skolan, särskilt för att undvika ett alltför högt intag av energirika mellanmål och sockerhaltig läsk?
- Hur kan medierna, hälso- och sjukvården, det civila samhället och relevanta näringsgrenar stödja hälsoupplysningen i skolan? Vilken roll kan offentliga-privata partnerskap spela?

V.4. Mat, motion och hälsoupplysning på arbetsplatsen

- V.4.1. Arbetsplatsen är en nyckelmiljö när det gäller att främja goda kostvanor och motion. Lunchrum som erbjuder hälsosamma alternativ och arbetsgivare som anpassar miljön så att det blir lättare för de anställda att motionera (t.ex. genom att tillhandahålla duschar och omklädningsrum) kan i betydande utsträckning bidra till hälsofrämjandet på arbetsplatsen.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på för att fastställa goda lösningar:

- Hur kan arbetsgivarna erbjuda hälsosamma alternativ i lunchrummen på arbetsplatserna och förbättra matens näringsinnehåll?
- Hur kan man göra det lättare och mer attraktivt för de anställda att motionera under raster och på vägen till och från arbetet?

V.5. Förebyggande och behandling av övervikt och fetma inom hälso- och sjukvården

- V.5.1. Hälso- och sjukvården och dess personal har goda förutsättningar att informera patienterna om sambandet mellan kost, motion och hälsa och få dem att ändra livsstil för att må bättre. Patienterna kan spurras att genomföra sådana nödvändiga förändringar, om hälso- och sjukvårdspersonalen rutinmässigt ger dem och deras familjer råd och information om hur viktigt det är för hälsan att ha goda kostvanor och att motionera mer. Olika metoder för behandling av fetma bör också studeras²⁶.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Vilka åtgärder bör vidtas – och på vilken nivå – för att se till att insatserna för att

V.6. Motverka den fetmafrämjande miljön

- V.6.1. Motion kan vara en del av vardagen, så att man t.ex. promenerar eller cyklar istället för att åka till skolan eller arbetet. En genomtänkt transportpolitik och stadsplanering kan underlätta för fotgängare och cyklister, förbättra säkerheten och se till att andra färdmedel än motordrivna beaktas. Säkra cykel- och gångvägar till skolan är ett sätt att motverka de särskilt oroväckande tendenserna till ökande övervikt och fetma bland barn.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Hur kan den offentliga politiken bidra till att motion blir en del av vardagen?
- Hur kan man bidra till att utforma miljöer som främjar motion?

V.7. Socioekonomiska ojämlikheter

- V.7.1. Kostvanorna bestäms både av individens preferenser och socioekonomiska faktorer²⁷. Social ställning, inkomst och utbildningsnivå är faktorer som påverkar människors kost- och motionsvanor. Bostadsområden som är utformade på ett sätt som försvårar motion och som saknar motionsanläggningar är ett större problem för mindre gynnade grupper än för dem som har råd med eller tillgång till transport. Lägre utbildning och sämre tillgång till relevant information gör det svårare att fatta väl underbyggda beslut.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Vilka åtgärder bör vidtas – och på vilken nivå – för att främja goda kostvanor och motion bland befolkningsgrupper och hushåll i vissa socioekonomiska grupper och få dem att välja en hälsosammare livsstil?
- Hur kan man lösa problemet med ohälsosamma vanor som uppträder i kluster, vilket visats vara fallet för vissa socioekonomiska grupper?

V.8. Främja en integrerad och heltäckande strategi för att främja goda kostvanor och motion

- V.8.1. En samlad och heltäckande strategi som syftar till att göra hälsosamma alternativ attraktiva och tillgängliga till rimligt pris innebär att man ser till att frågor som rör kost och motion integreras i alla relevanta politikområden på lokal, regional, nationell och europeisk nivå, skapa en stödjande miljö samt utveckla och använda lämpliga verktyg för att bedöma hur andra politiska insatser påverkar befolkningens näringsrelaterade hälsa och motionsvanor²⁸.
- V.8.2. Förekomsten av kroniska sjukdomar som hänger samman med kost- och motionsvanor kan variera kraftigt mellan män och kvinnor, olika åldersgrupper och olika socioekonomiska grupper. Befolkningens kost- och motionsvanor har ofta stark förankring i lokala och regionala traditioner. Strategier som syftar till att främja goda kost- och motionsvanor måste därför anpassas till målgruppens kön och till socioekonomiska och kulturella skillnader och bör innefatta ett livscykelperspektiv.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Vad är de viktigaste inslagen i en integrerad och heltäckande strategi för att främja goda kostvanor och motion?
- Vilken roll bör den nationella respektive den europeiska nivån spela?

V.9. Rekommendationer för näringsintag och för utarbetande av livsmedelsbaserade kostråd

- V.9.1 WHO/FAO-rapporten²⁹ innehåller allmänna rekommendationer för befolkningens näringsintag och fysiska aktivitet i syfte att förebygga vanliga icke överförbara sjukdomar.
- V.9.2. Eurodietprojektet³⁰ har föreslagit kvantifierade mål för befolkningens näringsintag och understryker behovet av att omvandla dessa till livsmedelsbaserade kostråd. Sådana kostråd bör grunda sig på normala kostvanor och beakta socioekonomiska och kulturella faktorer.
- V.9.3. Kommissionen har bett Europeiska myndigheten för livsmedelssäkerhet att uppdatera råden om energi, makronäringsämnen och kostens fiberhalt. Myndigheten kommer dessutom att tillhandahålla råd om rekommenderade intag av mikronäringsämnen och, om lämpligt, andra ämnen med näringsmässig eller fysiologisk effekt inom ramen för en balanserad kost. Den ska också ge råd om hur rekommendationer för näringsintag kan omvandlas till vägledning för hur olika livsmedel kan bidra till en kost som hjälper människor att behålla god hälsa genom ett optimalt näringsintag.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Hur kan man se till att sociala och kulturella skillnader samt olika regionala och nationella kostvanor beaktas när det gäller livsmedelsbaserade kostråd på europeisk nivå?
- Hur kan man minska skillnaderna mellan de föreslagna målen för näringsintaget och de faktiska konsumtionsmönstren?
- Hur kan man förmedla kostråd till konsumenterna?
- Hur kan poängsystem för näringsprofiler (som det som nyligen utarbetats i Storbritannien)³¹ användas för detta ändamål?

V.10. Samverkan med länder utanför Europeiska unionen

- V.10.1. Vissa överväganden görs idag på det internationella planet när det gäller det globala engagemanget i Codex Alimentarius³² på näringsområdet. I linje med WHO:s globala strategi för kost, motion och hälsa stöder EU tanken att man generellt bör överväga hur kostfrågor kan integreras i Codexarbetet utan att Codex nuvarande mandat ändras.
- V.10.2. Det bör upprättas ett nära samarbete i fråga om kost och motion mellan lagstiftare och centrala aktörer i EU och i andra länder där problemet med övervikt och fetma ökar³³.

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Under vilka förhållanden bör EU delta i samarbetet mellan EU-länderna och olika länder utanför EU för att utbyta erfarenheter och fastställa de bästa lösningarna? Vilka metoder bör användas?

V.11. Övriga frågor

Frågor som kommissionen vill få in synpunkter på:

- Finns det frågor som inte behandlas i grönboken men som bör beaktas när man diskuterar den europeiska dimensionen av insatserna för att främja goda kostvanor, motion och hälsa?
- Vilka av frågorna i grönboken bör prioriteras och vilka frågor kan betraktas som mindre brådskande?

VI. FRAMTIDA ÅTGÄRDER

- VI.1. Kommissionen kommer att göra en noggrann genomgång av alla bidrag som lämnas inom ramen för det samråd som inleds i och med denna grönbok. En sammanfattningsrapport kommer sannolikt att läggas ut på kommissionens webbplats senast i juni 2006.
- VI.2. Mot bakgrund av resultaten av samrådet kommer kommissionen att överväga hur uppföljningen bör ske och besluta om vilka åtgärder som eventuellt ska vidtas och vilka instrument som ska användas i samband med genomförandet. Konsekvensanalyser kommer att göras på lämpligt sätt beroende på vilket instrument som väljs.

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
<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)

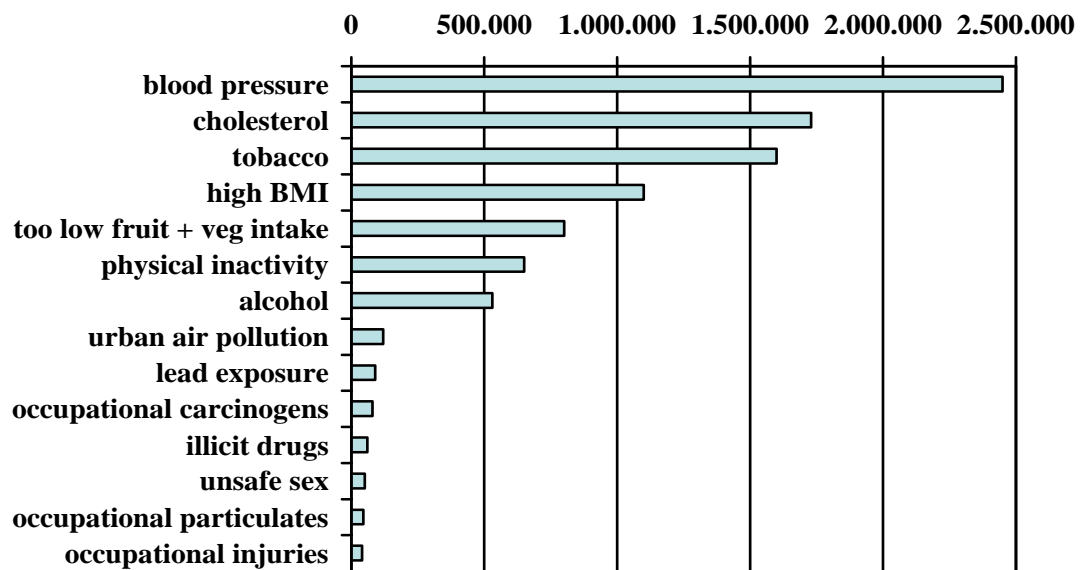


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000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

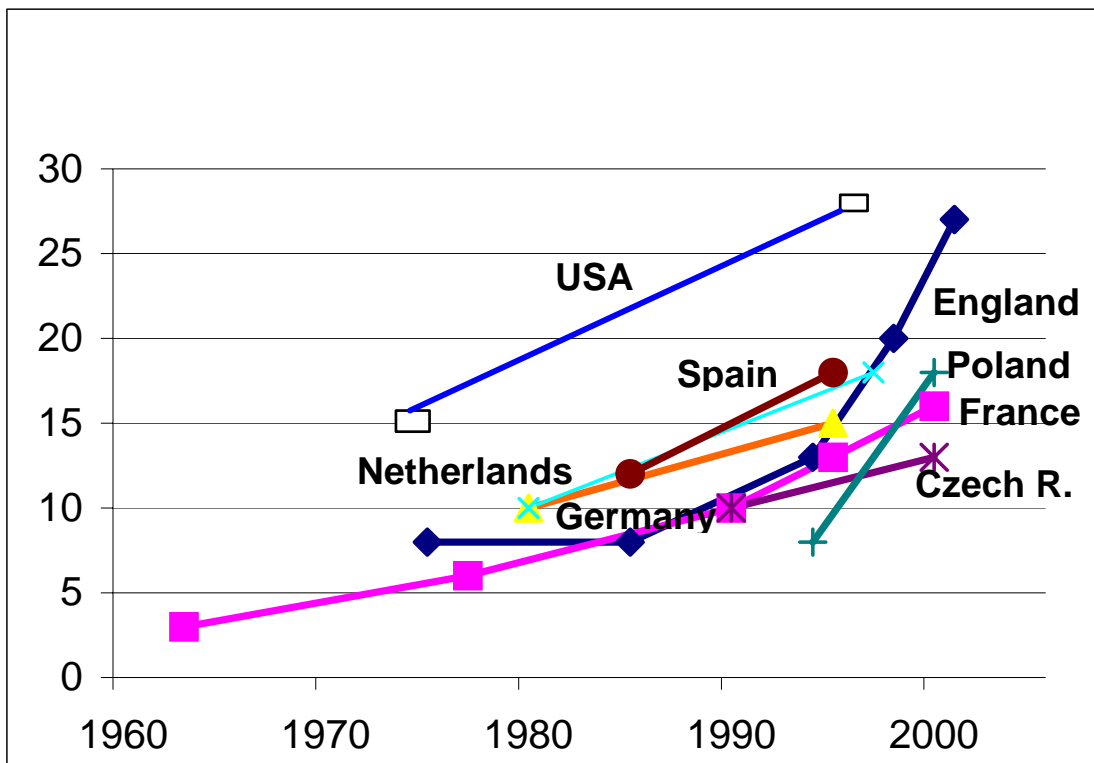
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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 osteoporosis³⁴.
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)³⁵.
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 countries³⁶, 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 cancers³⁷.
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 consultation³⁸ 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*³⁹ 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** (BMI⁴⁰ >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 women⁴¹. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴² (BMI >25), and in parts of Europe⁴³ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁴. 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 %⁴⁵.
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 children⁴⁶. 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 increases⁴⁷.
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 scientists⁴⁸ 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 obesity⁴⁹.

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 management⁵⁰.
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵¹ 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 guidelines⁵². 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 2004⁵³ 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 it⁵⁴ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEX 3 – References

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

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

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

¹⁷ 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: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

¹⁹ 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

²⁰ 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.

²¹ 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]

²² 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)

²³ 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 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)

²⁷ Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96, 2004

²⁸ 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/>)

²⁹ 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.

³⁰ EURODIET core report, *op. cit.*
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)

³¹ 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>

³² 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

³³ 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.

³⁴ 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>)
³⁵ cf *Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation*, 2004

³⁶ 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.*

³⁷ 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.*

³⁸ *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

³⁹ World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

⁴⁰ 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

⁴¹ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

⁴² The European Health Report, World Health Organisation, 2002

⁴³ Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

⁴⁴ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

⁴⁵ 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

⁴⁶ Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

⁴⁷ International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

⁴⁸ G Barsh, IS Farooqi and S O’Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651

⁴⁹ DIABESITY project funded under the EU’s 6th RTD Framework Programme:

<http://www.eurodiabetesity.org/>

⁵⁰ *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

⁵¹ 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

⁵² Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002

⁵³ http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

