

**II Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
Szczecin, 15–17 października 2009 r.**

Działania prowadzone w Polsce na rzecz zwalczania nadwagi i otyłości

Opracował prof. Mirosław Jarosz
Instytut Żywności i Żywienia

Spis treści

Wstęp

1. Ogólnościatowe (WHO) i europejskie (Komisja Europejska) strategie działania w zakresie walki z nadwagą i otyłością oraz innymi chorobami przewlekłymi poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną
2. Programy realizowane w Polsce w ramach współpracy z Unią Europejską
3. Strategia ogólnopolska
4. Przykłady działań lokalnych

Załącznik: Europejska Karta Walki z Otyłością

Warszawa 2009

Wstęp

Nadwaga i otyłość stanowią na świecie i w Polsce poważny problem zdrowotny i ekonomiczny. W ogólnopolskich badaniach reprezentatywnych stwierdzono, że występują one u około 50–60% populacji osób dorosłych. Nadwaga i otyłość w coraz większym stopniu dotyka także dzieci i młodzież. Według badań ogólnopolskich przeprowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia wystąpiły one u 12,6% chłopców i 12,2% dziewcząt (1–18 lat).

Problemem zdrowotnym jest także niedożywienie, które dotyczy szczególnie dzieci. Szacuje się, że około 30% dzieci w wieku szkolnym jest niedożywionych. Wiele dzieci przychodzi do szkoły bez śniadania. Niedożywienie staje się przyczyną problemów z koncentracją, obniżonej zdolności uczenia się, gorszych wyników w nauce.

Otyłość jest nie tylko *a priori* chorobą, lecz również stanowi przyczynę rozwoju wielu innych chorób, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawały i udary, nowotwory złośliwe oraz szereg innych chorób. Leczenie otyłości jest bardzo trudne i kosztowne. Z wymienionych powodów Światowa Organizacja Zdrowia i Rada Europy podejmują działania w zakresie opracowania i wdrażania programów poprawy sposobu żywienia populacji i podniesienia poziomu aktywności fizycznej. Złe odżywianie i mała aktywność fizyczna to główne czynniki prowadzące do tej patologii.

Rezolucja 57. Światowego Zgromadzenia Zdrowia z dnia 22 maja 2004 r. o przyjęciu *Globalnej Strategii dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health)* wzywa kraje członkowskie do zaprogramowania, wdrożenia i ewaluacji działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństw poprzez promocję właściwej diety i zwiększenie aktywności fizycznej. W ślad za ww. Strategią Rada Unii Europejskiej przygotowała w grudniu 2005 r. dokument pt.: *Zielona Księga — Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym*, a następnie w 2007 r. dokument *Biała Księga „Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością”*.

W niniejszym opracowaniu przedstawiono światowe i europejskie strategie zwalczania nadwagi i otyłości, Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH oraz wiele lokalnych programów ukierunkowanych na zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości w naszym kraju. Ten swoisty zbiór różnorodnych działań obrazuje wielki wysiłek wkładany przez placówki i towarzystwa naukowe na rzecz rozwiązywania omawianego problemu.

Mamy nadzieję, że opracowanie to ułatwi współdziałanie pomiędzy różnymi podmiotami i pozwoli na wymianę doświadczeń, co z kolei przyczyni się do efektywniejszego zwalczania nadwagi i otyłości w polskiej populacji.

Autorzy

1.

Ogólnosiwiatowe i europejskie strategie działania w zakresie walki z nadwagą i otyłością oraz innymi chorobami przewlekłymi poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną

Globalna Strategia WHO dotycząca żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health) (2004)

Strategia przyjęta na 57. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (22.05.2004 r.). Wzywa ona kraje członkowskie do rozwinięcia, wdrożenia i ewaluacji działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństw poprzez zdrowe żywienie, żywność bezpieczną dla zdrowia i wzrost aktywności fizycznej. Wskazuje też na konieczność wypracowania w każdym z krajów członkowskich konsekwentnej, prozdrowotnej polityki żywieniowej, korzystnej dla poprawy zdrowia całego społeczeństwa.

Europejska Karta Walki z Otyłością (2006)

Podpisana przez ministrów zdrowia i delegatów 48 krajów Regionu Europejskiego WHO w trakcie Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15–17.11.2006), wspólnie z Dyrektorem Regionalnym WHO w Europie i w obecności Europejskiego Komisarza ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów. Sygnatariusze Karty zadeklarowali zaangażowanie na rzecz intensyfikacji działań dotyczących zwalczania otyłości, zgodnie z postanowieniami Karty, oraz umieszczenie tego zagadnienia wśród najważniejszych spraw w programach politycznych poszczególnych rządów. Wezwali wszystkich partnerów i zainteresowane strony do podjęcia bardziej zdecydowanych działań na rzecz zwalczania otyłości. Zwrócili uwagę na konieczność poszukiwań innowacyjnych rozwiązań, dostosowanych do warunków lokalnych i podejmowania nowych badań nad niektórymi zagadnieniami, które pomogą zwiększyć efektywność prowadzonej polityki.

Biała Księga Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością (2007)

Biała Księga, zatwierdzona przez Radę Unii Europejskiej (8.06.2007 r.), ma na celu stworzenie zintegrowanej europejskiej strategii, która przyczyniłaby się do zmniejszenia problemów zdrowotnych spowodowanych niewłaściwym odżywianiem, nadwagą i otyłością. Nawiązuje w treści do inicjatyw Komisji Wspólnot Europejskich, m.in. Zielonej Księgi *Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym*.

II Europejski Plan Działania dot. polityki w zakresie żywności i żywienia na lata 2007–2012

Za najważniejsze cele stawia sobie: zmniejszenie występowania przewlekłych chorób niezakaźnych; odwrócenie tendencji wzrostu otyłości wśród dzieci i młodzieży; zmniejszenie występowania niedoborów składników mineralnych i witamin; zmniejszenie liczby zatruc pokarmowych.

Grupa Robocza Wysokiego Szczebla ds. żywienia i aktywności fizycznej Komisji Europejskiej (*High Level Group on Nutrition and Physical Activity*) (2008)

Grupa ta wdraża, rozwija i integruje przyjęte działania i standardy w krajach europejskich (m.in. Europejska Karta Walki z Otyłością, Biała Księga, II Plan Działania WHO).

3.

Strategia ogólnopolska

3.1. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH) opracowany we współpracy z WHO i Komisją Europejską, I etap: 2007–2011

Program zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia do realizacji w latach 2007–2011 (I etap). Celem programu jest zmniejszanie: na drodze żywieniowej (głównie) częstości występowania nadwagi i otyłości; zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne w Polsce; wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem przewlekłych chorób niezakaźnych, a w tym w szczególności otyłości i jej powikłań. Program POL-HEALTH opiera się na działaniach na rzecz zwiększania świadomości społeczeństwa o roli żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu otyłości, przewlekłym chorobom niezakaźnym, chorobom układu krążenia, cukrzycy, osteoporozie i nowotworom. Zakłada on podjęcie w tym zakresie edukacji różnych grup społecznych, w tym grup zawodowo związanych z ochroną zdrowia i edukacją dzieci i młodzieży.

3.2. Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole (2007)

Karta podpisana 14.11.2007 r. przez Rzecznika Praw Obywatelskich i Instytut Żywności i Żywienia jako lidera programu POL-HEALTH. Główne punkty Karty to: zapewnienie uczniom racjonalnych posiłków i napojów, a także odpowiednich i bezpiecznych warunków do uprawiania aktywności fizycznej we wszystkich szkołach; wprowadzenie kontroli masy i wysokości ciała; monitoring sprawności fizycznej dzieci. Karta stanowi także formę realizacji praw dzieci i młodzieży do zdrowia i harmonijnego rozwoju zapisanych w Konwencji o prawach dziecka oraz przejawem wypełniania zobowiązań zawartych w Milenijnych Celach Rozwoju.

3.3. „Moje boisko – Orlik 2012”

Programu ma na celu udostępnienie dzieciom i młodzieży nowoczesnej infrastruktury sportowej w celu aktywnego uprawiania sportu. Dlatego też zakłada się budowę ogólnodostępnych, bezpłatnych kompleksów boisk sportowych wraz z szatniami i zapleczem socjalnym w każdej gminie na terenie całego kraju. Na szczeblu lokalnym odbywa się budowa boisk sportowych nazywanych „Orlik 2012”.

Warte odnotowania są podjęte akcje o charakterze systemowym. Ministerstwo Edukacji Narodowej wprowadziło zmiany podstaw programowych zajęć z wychowania fizycznego uczniów na wszystkich poziomach szkół. W świetle tych zmian zajęcia z wychowania fizycznego będą zarówno w formie obowiązkowych zajęć, jak i prowadzone na obowiązkowych fakultetach, wybieranych zgodnie z preferencjami uczniów. Ponadto nauczyciel wychowania fizycznego będzie doradcą ucznia w sprawach stanu rozwoju fizycznego, zmian związanych z procesem dojrzewania i diagnozą niedoborowej lub nadmiernej masy ciała.

4.

Przykłady działań lokalnych

4.1. „Forma na piątkę” (2006)

Pilotażowy program edukacyjny prowadzony przez Instytut Matki i Dziecka, Stowarzyszenie „Polska Federacja Producentów Żywności” przy współpracy z Instytutem Matki i Dziecka. Celem była promocja aktywności fizycznej, zróżnicowanej i zbilansowanej diety wśród młodzieży szkolnej. Wyniki mają służyć opracowaniu programu ogólnopolskiego promującego zdrowy i aktywny styl życia.

4.2. „Trzymaj formę” (2007)

Program, jeden z największych w tym zakresie w Unii Europejskiej, zatwierdzony do realizacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Celem jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Program przeznaczony jest dla uczniów szkół gimnazjalnych i ostatnich klas szkół podstawowych. Ważnym elementem jest możliwość bezpośredniego zaangażowania rodziców oraz aktywizacja samorządów lokalnych.

4.3. Program Prewencji Przewlekłych Chorób Niezakaźnych poprzez Zapobieganie i Leczenie Otyłości (na poziomie woj. mazowieckiego; realizowany przez Instytut Żywności i Żywienia we współpracy z Wojewódzkim Szpitalem Bródnowskim i Urzędem Marszałkowskim dla woj. mazowieckiego) (od 2007)

Coroczny program (od 2007 r.), który ma na celu wypracowanie i zdiagnozowanie skuteczności wzorcowego programu prewencji przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez zwalczanie nadwagi i otyłości dla szpitali wojewódzkich. Wdrożenie jego w skali całego kraju spowoduje: zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości w populacji osób dorosłych w Polsce, zmniejszenie ryzyka rozwoju powikłań otyłości oraz pozwoli na tworzenie lokalnych ośrodków prewencji przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez zwalczanie nadwagi i otyłości na drodze poprawy sposobu żywienia i aktywności fizycznej.

4.4. Dzień Otwarty dla dzieci i młodzieży szkolnej w Instytucie Żywności i Żywienia pod hasłem „Żywność, żywienie a zdrowie, wyniki w nauce i osiągnięcia w sporcie” (2009)

Coroczne warsztaty zorganizowane pod patronatem Ministra Zdrowia (od 2008 r.), dla młodzieży szkolnej w ramach Dnia Dziecka celem przedstawienia osiągnięć naukowych i praktycznych z zakresu nauki o żywieniu oraz wpływu żywienia na stan zdrowia i sprawność fizyczną i umysłową.

4.5. „Owoce, warzywa i soki są na 5” (2009)

Program w formie konkursu, którego organizatorami są Instytut Żywności i Żywienia oraz firma Tymbark. Patronat objęło Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej. Program stawia sobie za cel, między innymi, popularyzację częstszego spożywania warzyw, owoców oraz soków owocowych i warzywnych przez dzieci w wieku szkolnym; wzrost świadomości wśród dzieci odnośnie zdrowotnych zalet codziennego spożywania 5 porcji warzyw, owoców i picia soków.

Europejska Karta Walki z Otyłością*

Wobec epidemii otyłości i związanego z tym rosnącego zagrożenia dla zdrowia, gospodarki i rozwoju, my, Ministrowie i delegaci uczestniczący w Europejskiej Konferencji Ministerialnej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na temat Walki z Otyłością (Stambuł, Turcja, 15–17 listopada 2006), w obecności Europejskiego Komisarza ds. Zdrowia i Ochrony Konsumenta, niniejszym przyjmujemy, jako sprawę o znaczeniu politycznym, poniższą Europejską Kartę Walki z Otyłością. W pracach nad obecną Kartą uczestniczyły, w drodze dialogu i konsultacji, różne sektory rządowe, organizacje międzynarodowe, specjaliści, społeczeństwo obywatelskie i sektor prywatny.

Deklarujemy nasze zaangażowanie na rzecz intensyfikacji działań dotyczących zwalczania otyłości, zgodnie z postanowieniami niniejszej Karty oraz umieszczenie tego zagadnienia wśród najważniejszych spraw w programach politycznych naszych rządów. Wzywamy również wszystkich partnerów i zainteresowane strony do podjęcia bardziej zdecydowanych działań na rzecz zwalczania otyłości oraz uznajemy wiodącą rolę Europejskiego Biura Regionalnego WHO w tej dziedzinie.

Istniejące dowody są wystarczające, aby podjąć natychmiastowe działania. Równocześnie poszukiwania innowacyjnych rozwiązań, dostosowanie się do warunków lokalnych i nowe badania nad niektórymi zagadnieniami mogą zwiększyć efektywność prowadzonej polityki.

Otyłość stanowi problem zdrowia publicznego w skali światowej; doceniamy rolę, jaką może spełnić akcja europejska, dając przykład i mobilizując w ten sposób globalne wysiłki.

I WYZWANIE

Stwierdzamy, że:

- 1.1. **Epidemia otyłości stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego w Regionie Europejskim WHO.** W ciągu ostatnich dwudziestu lat częstość występowania otyłości wzrosła trzykrotnie. W Regionie Europejskim WHO nadwagę ma połowa osób dorosłych i jedna piąta dzieci. Z tej liczby jedna piąta to osoby, które już są otyłe, a ich liczba szybko wzrasta. Nadwaga i otyłość stanowią przyczynę znacznej części przewlekłych chorób zakaźnych, skrócenia przeciętnego trwania życia i pogorszenie jego jakości. Ponad milion zgonów rocznie w tym regionie spowodowanych jest chorobami związanymi z nadmierną masą ciała.
- 1.2. **Szczególnie alarmujący jest ten trend wśród dzieci i młodzieży** ponieważ zagraża on epidemią otyłości w wieku dorosłym i stwarza poważne zagrożenie zdrowia następnego pokolenia. Roczne tempo wzrostu rozpowszechniania otyłości w wieku dziecięcym stale wzrasta i obecnie jest dziesięciokrotnie wyższe w porównaniu z rokiem 1970.
- 1.3. **Otyłość ma również istotny wpływ na rozwój gospodarczy i społeczny.** Około 6% wydatków na ochronę zdrowia w Regionie Europejskim związane jest z otyłością i nadwagą u osób dorosłych; schorzenia te wiążą się ponadto z co najmniej dwukrotnie wyższymi kosztami pośrednimi (powodowanymi przez zgony, utratę zdolności do pracy, a tym samym dochodów). Otyłość i nadwaga dotyczą najczęściej osób z niższych grup społeczno-ekonomicznych, co z kolei przyczynia się do pogłębienia społecznych nierówności w zdrowiu i innych aspektach życia.
- 1.4. **Epidemia otyłości narastała w ostatnich dziesięcioleciach w wyniku zmian środowiska społecznego, gospodarczego, kulturalnego i fizycznego.** Brak równowagi w bilansie energetycznym spowodowany był radykalnym spadkiem aktywności fizycznej i zmianą żywienia, w tym zwiększenia spożycia żywności i napojów o wysokiej gęstości energetycznej, a jednocześnie ubogich w składniki odżywcze (o dużej zawartości tłuszczów nasyconych oraz o wysokiej zawartości tłuszczu ogółem, soli i cukrów) w połączeniu z niewystarczającym spożyciem owoców i warzyw. Zgodnie z dostępnymi danymi, dwie trzecie populacji osób dorosłych w większości krajów Regionu Europejskiego WHO nie jest aktywnych fizycznie w stopniu zapew-

*EUR/06/5062700/8; 16 listopada 2006; 61995; Oryginał: angielski

niającym osiągnięcie i utrzymanie korzyści zdrowotnych. Jedynie w kilku krajach spożycie owoców i warzyw osiąga zalecany poziom. Same predyspozycje genetyczne nie mogą wyjaśnić epidemii otyłości bez uwzględnienia wspomnianych zmian w środowisku społecznym, gospodarczym, kulturalnym i fizycznym.

- 1.5. **Działania na szczeblu międzynarodowym mają zasadnicze znaczenie dla wsparcia polityki na szczeblu krajowym.** Otyłość przestała już być syndromem bogatych społeczeństw; zaczyna ona tak samo dominować w krajach rozwijających się, jak i w krajach, w których zachodzą przemiany gospodarcze, szczególnie w kontekście globalizacji. Podjęcie działań międzysektorowych wciąż stanowi wyzwanie; żadne państwo nie zdołało jeszcze skutecznie zapanować nad tą epidemią. Podjęcie zdecydowanych działań na rzecz walki z otyłością, skoordynowanych na poziomie międzynarodowym, stanowi zarówno wyzwanie, jak i szansę, ponieważ wiele podstawowych środków ma charakter uniwersalny, tak w odniesieniu do ich istoty, jak i implikacji.

2. CO MOŻNA ZROBIĆ: cele, zasady i ramy działań

- 2.1. **Epidemia otyłości ma charakter odwracalny.** Odwrócenie trendu i opanowanie epidemii jest możliwe. Można tego dokonać jedynie poprzez szeroko zakrojone działania, ponieważ źródłem tego problemu są szybko postępujące zmiany społecznych, gospodarczych i środowiskowych uwarunkowań stylu życia. Naszą wizją jest ukształtowanie takich społeczeństw, gdzie normą jest zdrowy styl życia związany z dietą i aktywnością fizyczną, gdzie cele zdrowotne są zbieżne z celami gospodarczymi, społecznymi i kulturalnymi, a indywidualny wybór zdrowego stylu życia jest ułatwiony i bardziej dostępny.
- 2.2. **Ograniczenie epidemii i odwrócenie trendu jest podstawowym celem działań w Regionie.** Widoczny postęp, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzież, powinien być osiągalny w większości krajów w następujących 4–5 lat, a odwrócenie trendu powinno być możliwe najpóźniej do 2015 roku.
- 2.3. **W działaniach w Regionie Europejskim WHO należy kierować się następującymi zasadami:**
 - 2.3.1. Dla osiągnięcia mobilizacji i współpracy różnych sektorów niezbędna jest wola polityczna na wysokim szczeblu i zaangażowanie wszystkich władz.
 - 2.3.2. Walka z otyłością powinna być powiązana z ogólną strategią zwalczania przewlekłych chorób niezakaźnych i działaniami na rzecz promocji zdrowia, jak również, w szerszym kontekście, ze zrównoważonym rozwojem. Poprawa żywienia i aktywności fizycznej będzie miała istotny i często szybko widoczny wpływ na zdrowie publiczne, przekraczający korzyści wynikające ze zmniejszenia nadwagi i otyłości.
 - 2.3.3. Należy znaleźć równowagę pomiędzy odpowiedzialnością poszczególnych osób oraz rządów i społeczeństwa. Nie powinno się dopuszczać do tego, aby ciężar odpowiedzialności za otyłość spoczywał jedynie na osobach otyłych.
 - 2.3.4. Zasadnicze znaczenie będzie miało podjęcie działań z uwzględnieniem uwarunkowań kulturowych każdego państwa lub regionu oraz uznanie, że prawidłowe żywienie i aktywność fizyczna dostarczają przyjemności.
 - 2.3.5. Niezbędne będzie budowanie partnerstwa wszystkich zaangażowanych, jak rząd, społeczeństwo obywatelskie, sektor prywatny, sieci branżowe, media i organizacje międzynarodowe na wszystkich szczeblach (krajowym, regionalnym i lokalnym).
 - 2.3.6. Środki polityki w różnych częściach Regionu powinny być skoordynowane, tak, aby w szczególności uniknąć przesunięcia rynku żywności i napojów o wysokiej gęstości energetycznej do krajów o słabiej rozwiniętych systemach regulacyjnych. Rolą WHO może być ułatwienie i wspieranie koordynacji na poziomie międzyrządowym.
 - 2.3.7. Szczególną uwagę należy poświęcić grupą podatnym na wpływy, jak dzieci i młodzież, których brak doświadczenia bądź łatwowierność nie powinny być wykorzystywane w działalności komercyjnej.
 - 2.3.8. Jednym z głównych priorytetów jest także udzielanie wsparcia grupom o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, które mają przed sobą więcej barier i ograniczeń, jeżeli chodzi o wybory korzystne dla zdrowia. Dlatego też kluczowym celem powinno być zwiększanie dostępności i przystępności takich wyborów.
 - 2.3.9. W trakcie prac nad polityką gospodarczą, jak również polityką handlową, rolną, transportową i urbanizacyjną, priorytetem powinno być uwzględnienie ich oddziaływania na cele zdrowia publicznego.

2.4. Wprowadzanie tych zasad w życiu wymaga struktury, łączącej głównych wykonawców, środki polityki i miejsca działania.

2.4.1. **Wszystkie stosowane sektory i szczeble władz powinny uczestniczyć w działaniach.** Aby taka współpraca była możliwa, powinny istnieć odpowiednie mechanizmy instytucjonalne.

— Wiodącą rolę powinny odgrywać ministerstwa zdrowia, przez propagowanie, inspirowanie i kierowanie działaniami międzysektorowymi. Powinny one dać przykład, ułatwiając dokonywanie wyborów korzystnych dla zdrowia przez pracowników i osoby korzystające z usług służby zdrowia. System opieki zdrowotnej odgrywa także ważną rolę w opiece nad ludźmi z grup ryzyka bądź już cierpiącymi na nadwagę lub otyłość, projektując i wdrażając działania zapobiegawcze oraz zapewniając diagnostykę, badania i leczenie.

— W pracach nad polityką i działaniami na rzecz promocji zdrowia niezbędną rolę do spełnienia mają wszystkie stosowne ministerstwa i agencje, jak ds. rolnictwa, żywności, finansów, handlu i gospodarki, spraw konsumentów, transportu, urbanizacji, edukacji i badań naukowych, opieki społecznej, pracy, sportu i turystyki. Wiąże się to również z korzyściami w ich własnych dziedzinach.

2.4.2. **Społeczeństwo obywatelskie może wspierać działania polityczne.** Aktywny udział społeczeństwa obywatelskiego ma ważne znaczenie dla rozbudzenia świadomości społeczeństwa i zapotrzebowania na działanie. Stanowi ono również źródło innowacyjnych metod. Organizacje pozarządowe mogą wspierać strategię przeciwdziałania otyłości. Stowarzyszenia pracodawców, konsumentów, rodziców, młodzieży, sportowe i inne, a także związki zawodowe, mogą spełniać określone role. Organizacje pracowników służby zdrowia powinny zapewnić pełne zaangażowanie swoich członków w działania zapobiegawcze.

2.4.3. **Sektor prywatny powinien odgrywać ważną rolę i przyjąć na siebie odpowiedzialność za tworzenie środowiska korzystniejszego dla zdrowia, jak również za promowanie sprzyjających zdrowiu wyborów w należących do niego zakładach pracy.** Dotyczy to przedsiębiorstw w obrębie całego łańcucha żywnościowego, począwszy od producentów pierwotnych, a kończąc na handlu detalicznym. Podejmowane działania powinny koncentrować się na głównych dziedzinach ich aktywności, takich jak produkcja, marketing i informacja o produkcie; edukacja konsumentów, w ramach ustalonych przez politykę zdrowia publicznego może również odgrywać rolę w tych działaniach. Ważną rolę do spełnienia mają także kluby sportowe, firmy zajmujące się organizacją rekreacji oraz firmy budowlane, firmy zajmujące się reklamą, transport publiczny oraz aktywna turystyka itp. Sektor prywatny może uczestniczyć w pracach nad rozwiązaniami przynoszącymi korzyści wszystkim stronom poprzez podkreślanie szans, jakie stwarzają inwestycje w rozwiązania promujące zdrowie.

2.4.4. **Media pełnią ważną rolę,** w dostarczaniu informacji i prowadzeniu działalności edukacyjnej, zwiększeniu świadomości oraz wspieraniu tego obszaru polityki zdrowia publicznego.

2.4.5. **Współpraca między sektorami ma zasadnicze znaczenie nie tylko na szczeblu krajowym, ale także międzynarodowym.** WHO powinna inspirować, koordynować i przewodzić działaniom na szczeblu międzynarodowym. Organizacje międzynarodowe, takie jak Organizacja Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), Fundusz Narodów Zjednoczonych ds. Pomocy Dzieciom (UNICEF), Bank Światowy, Rada Europy, Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO) oraz Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) mogą tworzyć efektywne partnerstwa i w ten sposób stymulować współpracę wielosektorową na szczeblu krajowym i międzynarodowym. Główną rolę do spełnienia ma Unia Europejska poprzez ustawodawstwo unijne, politykę i programy zdrowia publicznego, badania naukowe oraz takie działania, jak Europejska Platforma ds. Żywności, Aktywności fizycznej i Zdrowia.

Dla sterowania i kreowania współpracy powinno się wykorzystać istniejące już międzynarodowe zobowiązania, takie jak Globalna Strategia dotycząca Żywności, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, Europejski Plan Działania w zakresie Żywności i Żywnienia oraz Europejska Strategia Prewencji i Zwalczania Chorób Niezakaźnych. Ponadto, w celu osiągnięcia zgodności i spójności działań międzynarodowych oraz maksymalizacji efektywnego wykorzystania środków, można wykorzystać, w stosownym zakresie, takie zobowiązania polityczne, jak Europejski Plan Działania na Rzecz Środowiska i Zdrowia Dzieci (CEHAPE), Pan-Europejski Program Transportu, Zdrowia i Środowiska (THE PEP) oraz Kodeks Żywności (Codex Alimentarius).

2.4.6. **Zakres narzędzi polityki obejmuje zarówno ustawodawstwo, jak i partnerstwo publiczno-prywatne, przy czym szczególną wagę przywiązuje się do działań regulacyjnych.** Rządy i parla-

menty krajowe powinny zapewnić spójność i zrównoważenie drogą działań regulacyjnych, w tym ustawodawstwa. Do innych ważnych narzędzi należą: reorientacja polityki, polityka fiskalna i polityka inwestycji publicznych, ocena oddziaływania na zdrowie, kampanie na rzecz zwiększenia świadomości i dostarczania informacji konsumentom, tworzenie możliwości prawnych i partnerstwa, badania, planowanie i monitoring. Powinno się pobudzać tworzenie partnerstw publiczno-prywatnych działających na rzecz zdrowia publicznego oraz realizujących wspólne cele w tej dziedzinie. Środki regulujące powinny objąć przyjęcie przepisów mających na celu znaczne ograniczenie zakresu i oddziaływania komercyjnej promocji żywności o wysokiej gęstości energetycznej i napojów, w szczególności wśród dzieci, wraz z opracowaniem pewnych rozwiązań na szczeblu międzynarodowym, takich jak kodeks marketingu takich produktów dot. dzieci oraz przyjęcie przepisów dotyczących zwiększenia bezpieczeństwa na drogach, w celu promocji komunikacji pieszej i rowerowej.

- 2.4.7. **Działania powinny być podejmowane zarówno w skali mikro, jak i makro oraz różnych miejscach.** Szczególną wagę przywiązuje się do takich miejsc, jak gospodarstwa domowe i rodziny, gminy, przedszkola, szkoły, miejsca pracy, środki transportu, środowisko miejskie, mieszkalnictwo, służba zdrowia i służby społeczne, jak również rekreację. Działania powinny być także podjęte na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym. Będzie to służyć wspieraniu poszczególnych osób i zachęcaniu ich do przyjęcia na siebie odpowiedzialności poprzez aktywne wykorzystanie oferowanych możliwości.
- 2.4.8. **Celem działań powinno być zapewnienie optymalnego bilansu energetycznego poprzez promocję prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej.** Choć informacja i edukacja zachowują ważne znaczenie, uwagę powinno się skoncentrować na pakiecie działań, zaprojektowanych dla zmian środowiska społecznego, ekonomicznego i fizycznego, sprzyjających zdrowym stylom życia.
- 2.4.9. **Powinno się promować, niezbędne działania prewencyjne o kluczowym znaczeniu, następnie państwa mogą określić ważność metod interwencji z tego pakietu w zależności od warunków krajowych oraz stopnia zaawansowania polityki.** Pakiet niezbędnych działań obejmowałby: zmniejszenie presji ze strony rynku, zwłaszcza w stosunku do dzieci; promocje karmienia piersią; zapewnienie dostępności produktów spożywczych bardziej korzystnych dla zdrowia, w tym owoców i warzyw; środki ekonomiczne ułatwiające wybory żywności sprzyjające zdrowiu; oferty przystępnych obiektów rekreacyjno-sportowych, z uwzględnieniem wsparcia dla grup z gorszych warunków społeczno-ekonomicznych; obniżenie wartości tłuszczu, cukrów prostych (zwłaszcza dodawanych) i soli w wytwarzanych produktach; właściwe znakowanie żywności; promocję jazdy na rowerze i chodzenie pieszo poprzez lepsze projektowanie przestrzeni miejskiej i politykę transportu; stwarzanie w środowisku lokalnym warunków motywujących ludzi do aktywności fizycznej w czasie wolnym; zaopatrzenie w produkty spożywcze bardziej korzystne dla zdrowia; stwarzanie warunków do codziennej aktywności fizycznej oraz żywienia i wychowania fizycznego w szkołach; ułatwianie ludziom i motywowanie ich do poprawy żywienia oraz do aktywności fizycznej w miejscu pracy; opracowanie/doskonalenie narodowych zasad zdrowego żywienia i wytycznych dotyczących aktywności fizycznej, a także zmiany zachowań zdrowotnych na poziomie indywidualnym.
- 2.4.10. **W dalszym ciągu należy zwracać uwagę na prewencję otyłości wśród osób, które już mają nadwagę, a więc są zagrożone wysokim ryzykiem rozwoju otyłości, a także na leczenie już istniejącej otyłości.** Konkretnie działania w tym zakresie mogą obejmować: wprowadzenie wczesnego rozpoznawania i postępowania w odniesieniu do nadwagi i otyłości przez podstawową opiekę zdrowotną; zapewnienie szkoleń nt. zapobiegania otyłości dla fachowych pracowników służby zdrowia; wydawanie zaleceń klinicznych dotyczących badań i leczenia otyłości. Powinno się unikać wszelkiego piętnowania lub przesady w odniesieniu do osób otyłych bez względu na ich wiek.
- 2.4.11. **Przy opracowywaniu i wdrażaniu polityki należy stosować działania o udowodnionej skuteczności.** Należą do nich projekty o udowodnionym wpływie na spożycie żywności korzystnej dla zdrowia i aktywność fizyczną, jak np. systemy bezpłatnego rozdawania owoców w szkołach; przystępne ceny żywności korzystnej dla zdrowia; poprawa dostępu do takiej żywności w miejscach pracy i na obszarach poszkodowanych pod względem społeczno-ekonomicznym; wyznaczenie tras rowerowych; zachęcanie dzieci do chodzenia pieszo do szkoły; poprawa oświetlenia ulic, zachęcanie do korzystania ze schodów; ograniczenie czasu oglądania telewizji. Istnieją też dowody, że wiele sposobów przeciwdziałania otyłości, takich jak programy realizowane w szkołach i aktywny transport, są bardzo ekonomiczne. Europejskie Biuro Regionalne WHO udostępni decydentom przykłady dobrej praktyki oraz studia przypadków.

3. POSTĘP I MONITORING

- 3.1. Niniejsza karta ma na celu wzmocnienie działań na rzecz walki z otyłością w całym Regionie Europejskim WHO. Będzie ona stymulować i oddziaływać na politykę krajów, działania regulacyjne, w tym ustawodawstwo i plany działań. Europejski plan działania, obejmujący żywienie i aktywność fizyczną, przełoży zasady i strukturę, przedstawione w Karcie, na konkretne pakiety działań i mechanizmy monitoringu.
- 3.2. Konieczne jest opracowanie podstawowych wskaźników, porównywalnych w skali międzynarodowej, które zostaną włączone do krajowych systemów nadzoru zdrowia. Będą one mogły być potem wykorzystane dla celów propagowania efektów, kształtowania polityki i monitoringu. Pozwoli to również na dokonywanie regularnych ocen, rewizję polityki i działań, jak również upowszechnianie wyników wśród szerszego grona odbiorców.
- 3.3. Niezbędny jest długofalowy proces monitorowania postępu, ponieważ rezultaty w postaci zmniejszenia rozpowszechniania otyłości i chorób z nią związanych staną się widoczne dopiero po upływie dłuższego czasu. Na szczeblu europejskim WHO powinny być sporządzane trzyletnie raporty dotyczące postępu w tym zakresie, przy czym pierwszy taki raport ma powstać w 2010 roku.

Prof. Recep Akdag
Minister Zdrowia Turcji

Dr Marc Danzon
Dyrektor Regionalny WHO w Europie

Stambuł, 16 listopada 2006