



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA  
REPUBLIKE SLOVENIJE

*Z znanjem do boljšega zdravja.*

TRUBARJEVA 2  
SI-1000 LJUBLJANA  
TEL./+386 1 2441 400  
FAX./+386 1 2441 447

## **PREKOMERNA PREHRANJENOST IN DEBELOST PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI V SLOVENIJI**

**Gradivo za Odbor DZ RS za zdravstvo**

Dr. Mojca Gabrijelčič Blenkuš, dr. med.

**Ljubljana, junij 2013**

## KAZALO

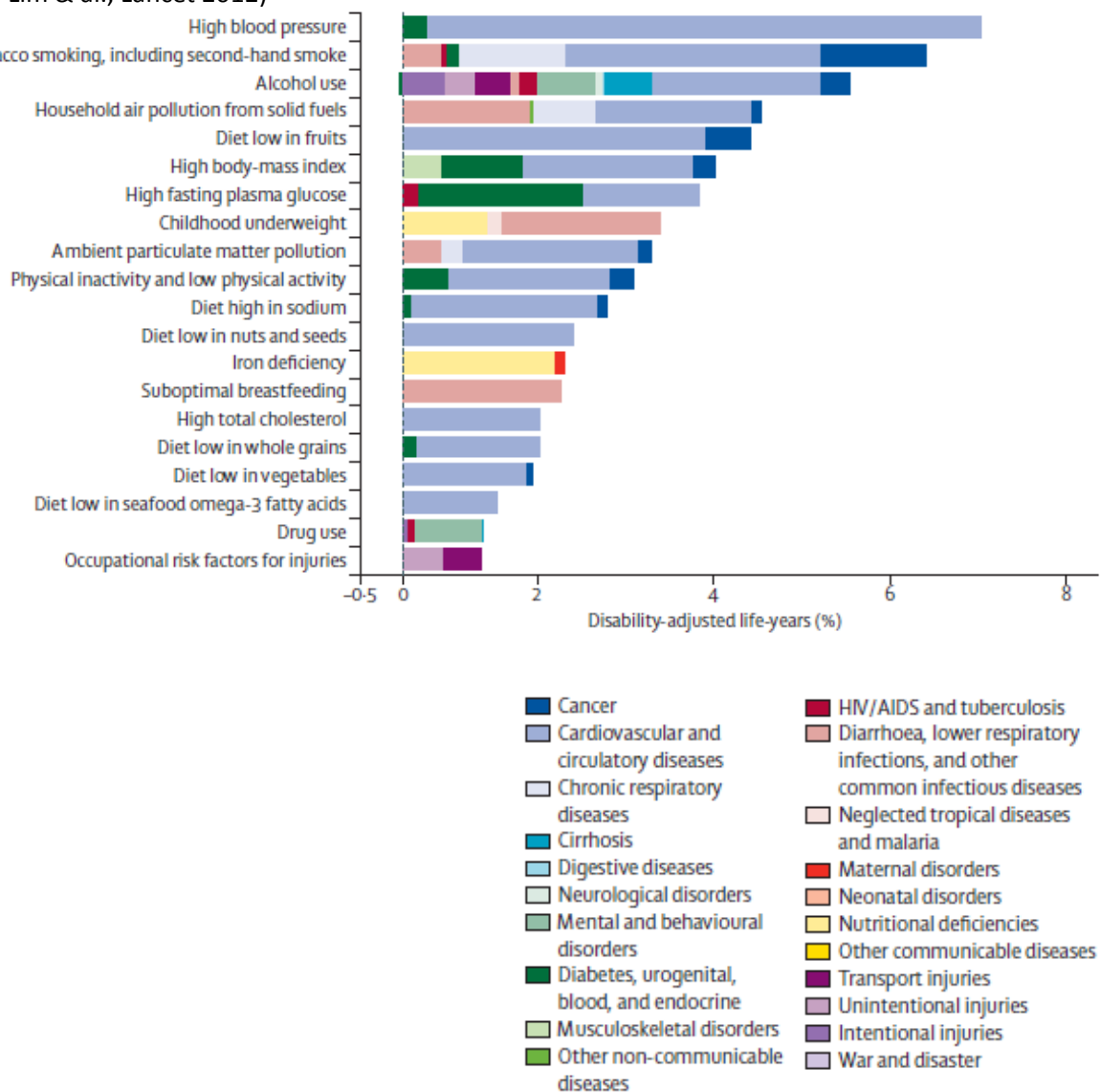
UVOD .....	3
PREHRANSKE NAVADE PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIHI .....	4
PREHRANSKI STATUS PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIHI .....	5
PREHRANSKI STATUS IN NEENAKOSTI V ZDRAVJU .....	7
MOŽNI PRISTOPI ZA ZMANJŠEVANJE PROBLEMA DEBELOSTI PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIHI .....	8
STROŠKI NEUKREPANJA PRI ZMANJŠEVANJU BREMENA DEBELOSTI V POPULACIJI .....	11
IZZIVI MEDSEKTORSKEGA SODELOVANJA PRI ZMANJŠEVANJU PROBLEMA OTROŠKE DEBELOSTI ..	11
NEKATERI MOŽNI KONKRETNI MEDSEKTORSKI UKREPI .....	13
KLJUČNI VIRI .....	14

## PREKOMERNA PREHRANJENOST IN DEBELOST PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI V SLOVENIJI

### UVOD

Uravnotežena prehrana in zadostna telesna dejavnost omogočata vzdrževanje energijskega ravnovesja med vnosom in porabo energije, ki se izrazi kot prehranski status človeka. V kolikor je energijski vnos višji od energijske porabe, se pojavi povečana telesna teža in debelost, v obratnem primeru podhranjenost. Neuravnotežen in previsok prehranski vnos, to je predvsem energijsko gosta mastna, sladka in slana hrana, ter sedeč življenjski slog sta dejavnika tveganja za nastanek metabolnega sindroma in debelosti, v povezavi s tem pa kroničnih nenalezljivih bolezni in stanj, kot so npr. srčno-žilne bolezni, metabolni sindrom in sladkorna bolezen tipa 2 ter rak debelega črevesa. Tveganje za razvoj kronično nenalezljivih bolezni se akumulira skozi vsa življenjska obdobja in je odvisno od bioloških, socialno-ekonomskih in drugih vplivov. Tudi nepravilna prehrana je pomemben dejavnik tveganja za zdravje, kar v 38% je tesno povezana z nastankom kroničnih nenalezljivih bolezni, pri dodatnih 40 % pa deloma vpliva na njihov nastanek.

Slika 1. Globalno breme bolezni, pripisljivo 20 glavnim dejavnikom tveganja v letu 2010 kot % DALY (Vir: Lim & al., Lancet 2012)



Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti v Sloveniji, saj je več kot 70 % smrti posledica najpogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni. Stanje na področju srčno žilnih bolezni se zaradi številnih aktivnosti pri nas izboljšuje - leta 1985 so bile bolezni srca in žilja vzrok smrti pri polovici umrlih v Sloveniji, v letu 2010 pa pri slabih dveh petinah umrlih. Slovenija se po pogostosti in razširjenosti sladkorne bolezni ter vzrokih zanjo ne razlikuje bistveno od držav EU, po ocenah ima pri nas sladkorno bolezen nekaj manj kot 7 % prebivalcev. Glede obolevnosti in umrljivosti za rakom pa spadamo med države s srednje visokimi stopnjami, stanje pa se slabša, v zadnjem desetletju se je pojavnost raka povečala za 40 % med moškimi in za 30 % med ženskami. Poseben problem predstavlja naraščanje debelosti in kroničnih nenalezljivih bolezni pri mlajših starostnih skupinah, kjer pomembno zmanjšujejo kakovost življenja aktivne populacije in pomenijo precejšnje ekonomsko breme za državo. Zaradi slabih prehranjevalnih navad, nezadostne telesne dejavnosti ter težav z uravnavanjem telesne teže se že otroci in mladostniki srečujejo z boleznimi gibal.

Prehranski status je povezan predvsem s prehrano in telesno dejavnostjo, nakazuje pa se, da tudi z vzorci spanja. Pri prehrani so pomembni zdravi začetki, to je polno dojenje do 6. meseca starosti, ki je eden ključnih varovalnih dejavnikov normalne telesne teže kasneje v življenju (v Sloveniji je ob 6. mesecu polno dojenih 8 % otrok). Pred desetletjem je bilo ocenjeno, da današnji prenizki skupni vnosi sadja in zelenjave v svetovnem merilu prispevajo k nastanku ishemične srčne bolezni skoraj v tretjini primerov in dobri desetini možganskih kapi. Za preprečevanje večine kroničnih bolezni je ključna tudi redna in zadostna telesna dejavnost za zdravje v vseh življenjskih obdobjih. Telesna nedejavnost je namreč dejavnik tveganja, ki mu lahko pripišemo skoraj petino tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2, raka debelega črevesa in raka prsi. Vse bolezni, ki so povezane s (pre)hrano in telesno dejavnostjo, je zaradi socialne in ekonomske obremenitve družbe in posameznika smiselno preprečiti. Vedno več raziskav kaže, da je debelost pri otrocih in mladostnikih povezana tudi z neustreznimi vzorci spanja, predvsem s pomanjkanjem spanja.

Podhranjenost v Sloveniji danes ne spada med pomembnejše javnozdravstvene probleme, lahko pa se zgodi, da so neuravnotežena prehrana in slabe prehranjevalne navade otrok vzrok (mikro)hranilne podhranjenosti že pri malih otrocih. Med vzroki ugotovljene obolevnosti otrok do 6. leta starosti zaradi specifičnih prehranskih deficitov je najpogostejša anemija zaradi pomanjkanja železa, ki ji sledijo motnje ščitnice zaradi pomanjkanje joda, pomanjkanje cinka, folne kisline in vit. D (podatkovne baze IVZ, 2010). Tudi v prehrani doječih mamic se ugotavlja primanjkljaj vitaminov A, C, D, E in folne kisline ter magnezija, železa in joda (Širca Čampa in drugi, 2003).

Nezdravo prehranjevanje in posledični prekomerna telesna teža in debelost nista samo medicinski problem, temveč imata tudi družbene vzroke in družbene posledice. Hrana ima poleg bioloških še številne druge pomene, saj se potreba po hrani vedno zadovoljuje na kulturno specifičen način. Hrana je lahko vir tolažbe, lahko je sredstvo komuniciranja, z njo se izražajo čustva, naklonjenost, skrb, ljubezen, svetovni nazor, lahko je nagrada ali jo odzvamemo za kazen. Prav posebej je treba poudariti, da intenzivno in ne dovolj premišljeno ukrepanje za zmanjševanje debelosti (predvsem pri mladostnicah, ki zaradi pritiskov okolja skušajo slediti idealu vitkosti) lahko sproži tudi problematiko neustreznega dietnega vedenja, motenj hranjenja in posledično podhranjenosti.

#### PREHRANSKE NAVADE PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

Podatki raziskav za Slovenijo kažejo, da se otroci in mladostniki ne prehranjujejo zdravo. Raje izbirajo pretežno nezdrava živila, uživajo premalo zelenjave ter rib, predvsem pa prepogosto posegajo po živilih iz skupine energijsko gostih in hranilno revnih živil. Prav tako nimajo ustreznih navad pitja in so

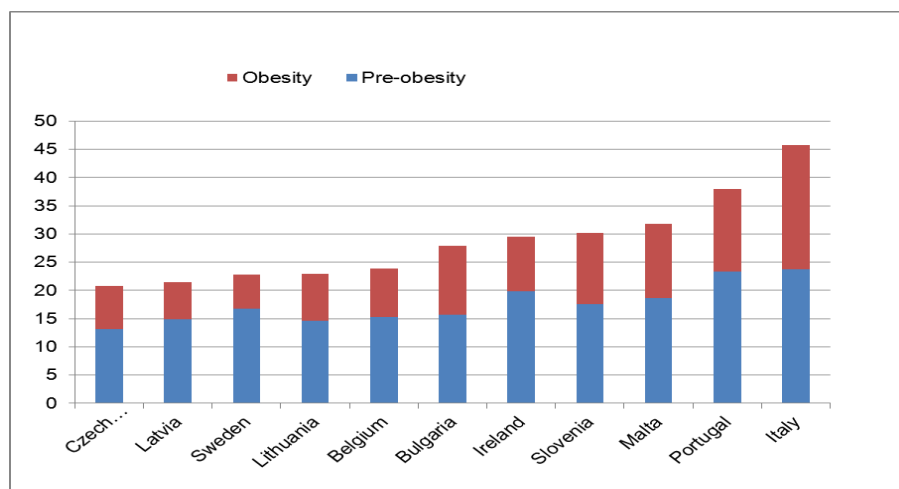
pogosto žejni. Raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC) iz leta 2010 je tovrstne rezultate zadnjega desetletja potrdila in pokazala, da sadje in zelenjavo vsak dan v skladu s priporočili uživa nekaj manj kot petina mladostnikov, nikoli pa 5 % mladostnikov (Jeriček in sod., 2011). Sadje in zelenjavo pogosteje uživajo dekleta in mlajši mladostniki, tisti, ki so blagostanje svojih družin ocenili nadpovprečno, tisti, ki izhajajo iz družin z boljšim socialnim statusom ter mladostniki z boljšim šolskim uspehom oz. mladostniki, ki obiskujejo zahtevnejše srednješolske programe.

Sladkane pijače in sladkarije sta v letu 2010 redno uživali dve tretjini mladostnikov. Uživanje sladkanih pijač in sladkarij se s starostjo povečuje, tako jih redno uživa nekaj manj kot tri četrtine 15-letnikov ter slabi dve tretjini 13-letnikov in 11-letnikov. Fantje bolj posegajo po sladkanih pijačah, dekleta pa po sladkarijah. Uživanje sladkanih pijač pri otrocih in mladostnikih predstavlja v Sloveniji dokaj pomemben problem, saj mednarodne primerjave HBSC rezultatov kažejo, da se slovenski mladostniki uvrščajo v sam EU vrh po količini zaužitih sladkih pijač. Podatki Pediatrične klinike UKC Ljubljana kažejo, da slovenski mladostniki na dan popijejo premalo tekočine, (900 ml namesto priporočenih 1500 ml), od tega vnos pijač z dodanim sladkorjem pri dekletih znaša 51 %, pri fantih pa 69 % vseh dnevno zaužitih tekočin. V energijskem deležu predstavlja vnos sladkanih pijač 10 % celodnevnega energijskega vnosa pri dekletih in 11 % pri fantih. Vnos vseh prostih sladkorjev pri mladostnikih znaša 16 % celodnevnega energijskega vnosa, kar je več od priporočila WHO (priporočilo WHO, 2003: 10 % celodnevnega energijskega vnosa).

Ob tem otroci in mladostniki zaužijejo manjše število dnevnih obrokov od priporočenega ter se obenem prehranjujejo neredno. Kljub temu, da HBSC raziskava kaže, da narašča število mladostnikov, ki redno zajtrkujejo (v letu 2010 je vse dni v tednu redno zajtrkovalo skoraj 40 % mladostnikov, kar je nekoliko več kot v letih 2006 in 2002), pa je zajtrk še vedno obrok, ki ga najpogosteje opuščajo. V letu 2010 ni nikoli med tednom zajtrkovalo 31,3% mladostnikov, medtem ko je ta delež ob koncu tedna, ko mladi zajtrkujejo v krogu družine, znatno nižji (5,7%). Pri zajtrkovanju so rednejši mlajši mladostniki, fantje ter tisti, ki boljše ocenjujejo svoj socialni položaj in socialno ekonomski položaj svojih staršev.

## PREHRANSKI STATUS PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

Debelost med otroci v Sloveniji vztrajno narašča. Podatki, zbrani v okviru WHO COSI iniciative kažejo, da so slovenski sedemletniki med bolj ogroženimi zaradi debelosti med EU državami.



Slika 2. Prevalenca prekomerne telesne teže (Pre-obesity and obesity) pri sedemletnikih (%) v izbranih DČ EU (2007/08), presečne točke WHO standarda; Vir: COSI podatkovna baza WHO 2012

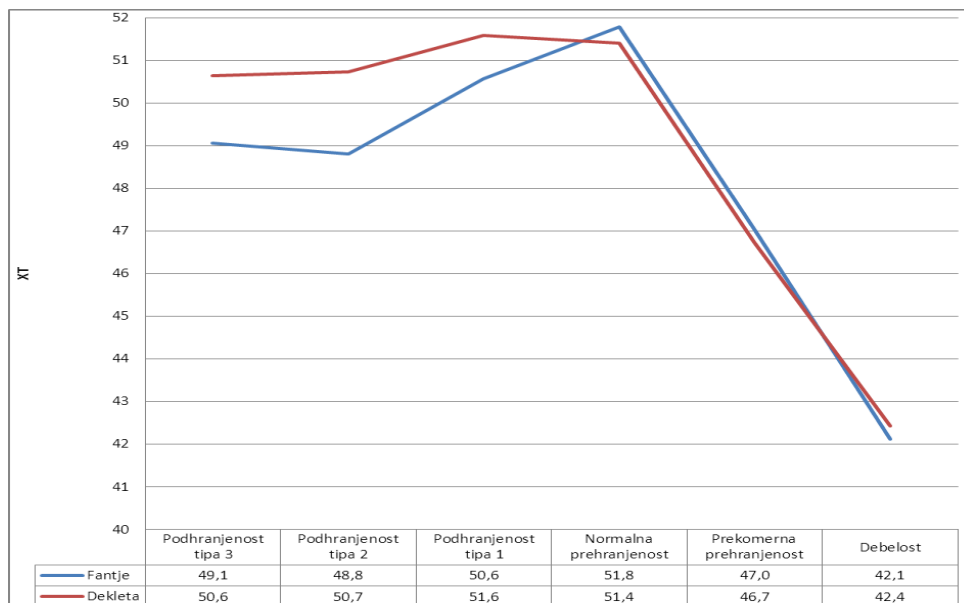
Po podatkih Fakultete za šport, na podlagi podatkovne baze SLOFIT, ki vsako leto zajamemo več kot 95 % vseh slovenskih osnovnošolk in osnovnošolcev, so na Fakulteti analizirali trend sprememb prehranjenosti slovenskih osnovnošolk in osnovnošolcev v več kot tridesetih letih. Analiza podatkov telesne mase in višine dečkov, starosti med 7 in 18 let, iz športno vzgojnega kartona, opravljena za obdobje od leta 1991 do 2006 (Kovač, Leskošek in Strel, 2008), je pokazala kar 40 % porast prekomerne teže, ki je najizrazitejši v skupini dečkov, kar pomeni, da se je delež prekomerno težkih dečkov v tem obdobju povečal s 13,5 % na 18,8 %, delež debelih pa se je povečal z 2,8 % na 6,1% (presečne točke WHO standarda) tovrsten trend z nekoliko manjšo hitrostjo rasti pa opazamo tudi do leta 2012:

Tabela 1. Spremembe v prehranskem statusu dečkov in deklic (6 – 19 let) v leti 1988 – 2011 – 2012, na podlagi sistema SLOFIT, na podlagi IOTF-Cole presečnih vrednosti. Vir: Fakulteta za šport v Ljubljani.

<b>Prekomerna prehranjenost</b>	<b>1988</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>FANTJE</b>			
Predstopnja debelosti	15,80%	19,60%	19,80%
Debelost	4,30%	7,40%	7,30%
<b>Prekomerna prehranjenost - SKUPAJ</b>	<b>20,10%</b>	<b>27,00%</b>	<b>27,10%</b>
<b>DEKLETA</b>			
Predstopnja debelosti	13,70%	17,10%	17,20%
Debelost	3,30%	5,60%	6,50%
<b>Prekomerna prehranjenost - SKUPAJ</b>	<b>17,00%</b>	<b>22,70%</b>	<b>23,70%</b>

Poudariti velja, da so podatki, ki jih izračunamo s »cut-off pointi« IOTF-Cole, nekoliko manj zaskrbljujoči kot podatki, ki jih izračunamo s »cut off pointi« WHO. Strokovnjaki Fakultete za šport UL namreč na podlagi podatkov o telesni zmogljivosti v povezavi s telesno težo predvidevajo, da gre del povečane telesne mase med otroci in mladimi tudi na račun pospešene hitre faze rasti v posameznih starostnih skupinah – nekateri prekomerno telesno težki otroci so namreč precej zmogljivi, zato gre pri njih lahko tudi za povečanje puste telesne mase, vključno z mišicami.

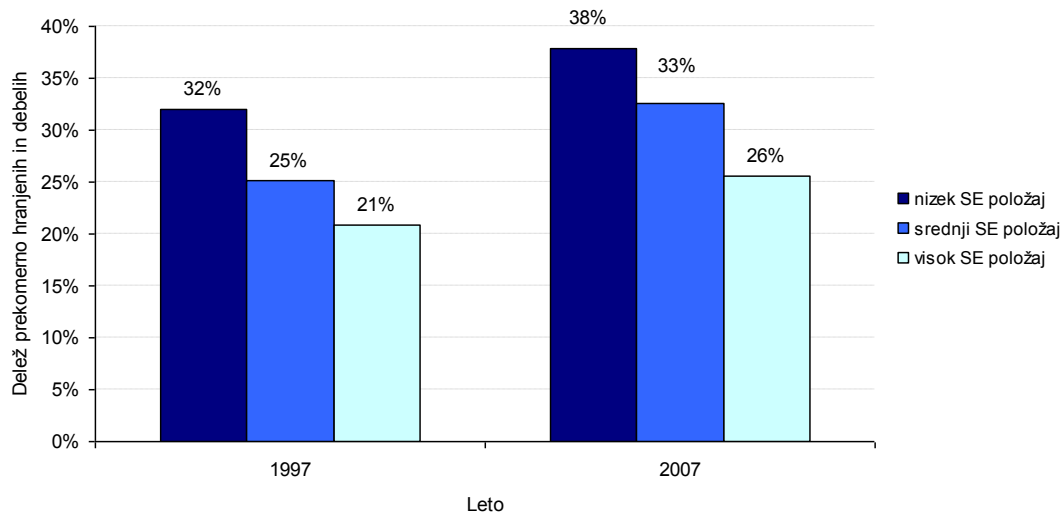
Neustrezna prehranjenost otrok in mladine se odraža na njihovi gibalni učinkovitosti. Povečevanje ITM navadno vodi v slabšanje gibalne učinkovitosti, saj povečana telesna masa pomeni dodatno breme, ki ga morajo otroci in mladostniki premagovati (Slika 6). Podatki sistema SLOFIT kažejo tudi, da telesna dejavnost in telesna zmogljivost zaskrbljujoče pada posebej med fanti. Zmanjšana gibalna učinkovitost zaradi debelosti ne pomeni le zmanjšane kakovosti življenja in zdravja posameznika, ampak pomeni tudi potencialno zmanjšano delazmožnost v odrasli dobi, kar je pomembno za učinkovitost in razvojni potencial družbe nasploh.



Slika 3. Gibalna učinkovitost otrok in mladostnikov, merjena z vrednostjo XT, glede na njihov prehranski status v šolskem letu 2010/2011; vrednost XT = 50 pomeni mejo med gibalno učinkovitimi in neučinkovitimi posamezniki

#### PREHRANSKI STATUS IN NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Prehranski in gibalni dejavniki tveganja so tudi v Sloveniji pogostejši v skupini ljudi nižjega socialno-ekonomskega položaja (Buzeti in drugi, 2011). Prehranjenost ima danes in pred desetletji precej drugačen pomen. Medtem ko je bila v preteklosti podhranjenost močno vezana na nizek socialno-ekonomski položaj posameznika v družbi, danes ni več tako. Prekomerna teža in debelost se v največjem deležu pojavlja v skupini ljudi z najnižjo stopnjo izobrazbe oziroma med ljudmi najnižjega družbenega sloja (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2009, Maučec Zakotnik J in drugi 2012).



Slika 4. Delež prekomerno hranjenih in debelih glede na socialno-ekonomski položaj, Slovenija, primerjava 1997 in 2008. Vir: Buzeti in drugi, 2011

V povezavi s prehranskimi in gibalnimi dejavniki so ključne predvsem socialne neenakosti zaradi pomanjkanja izobrazbe, znanja, obveščenosti ter ekonomske neenakosti, ki se odraža v težji

dostopnosti nekaterih živil in manjši dostopnosti različnih športnih aktivnosti. Ne smemo pa spregledati dejstva, da tudi stres lahko vodi v tolažilne načine prehranjevanja (Buzeti s sod., 2011).

V zadnjih dveh desetletjih smo bili v Sloveniji priča pojavu, s katerim so se nekatere države EU srečale že prej, namreč, da socialno depriviligirani otroci niso bili vitkejši, ampak navadno bolj prehranjeni od otrok iz družin z višjim ekonomskim statusom. Ekonomsko šibkejša družine si težje privoščijo kvalitetno, za zdravje ugodno hrano, kot tudi cenovno težko dostopne športne dejavnosti izven šole. Zaradi tega lahko z veliko gotovostjo trdimo, da je v obdobju zadnjih dvajsetih let debelost pri otrocih precej zanesljiv indikator socialne depriviligiranosti. V najbolj deprivilegiranih okoljih v Sloveniji – v pomurski in še posebej v zasavski regiji, so v preteklih letih v nekaterih starostnih skupinah osnovnošolskih otrok beležili tudi nad 40% prekomerno prehranjeni (podatki sistema SLOFIT, Fakulteta za šport UL). V zadnjem šolskem letu (2011/2012), pa je v primerjavi s predhodnim šolskim letom najbolj padel delež prekomerno prehranjenih otrok ravno v zasavski regiji. Ta fenomen še ni raziskan, možno pa je, da je povezan z gospodarsko krizo, ki je v tem območju izrazita, in ne z boljšimi prehranskimi oziroma gibalnimi navadami (korespondenca dr. Gregor Starc, Fakulteta za šport UL).

Raziskave kažejo, da v Sloveniji otroci iz socialno-ekonomsko šibkejših družin manj pogosto redno zajtrkujejo ter uživajo sadje in zelenjavo, pogosteje uživajo sladkarije; manj pogosto so intenzivno telesno dejavni in telesno dejavni vseh sedem dni v tednu (HBSC 2010).

#### MOŽNI PRISTOPI ZA ZMANJŠEVANJE PROBLEMA DEBELOSTI PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

Za izboljšanje prehranjevalnih in gibalnih navad je ključnega pomena priprava in uveljavljanje zdravju naklonjenih javnih politik, ki s sistemskimi ukrepi omogočajo zdravo izbiro kot lažje dostopno izbiro vsem populacijskim skupinam in ne ustvarjajo nepravilnih neenakosti v zdravju. Akcijski programi, ki skušajo zmanjšati debelost v populaciji, naslavljajo predvsem zdravo prehranjevanje in telesno dejavnost, v širšem kontekstu pa še dobro duševno zdravje in v prihodnosti najverjetneje tudi ustrezne vzorce spanja. Aktivnosti promocije zdravja na individualni in družbeni ravni usmerjene predvsem v povečano uživanje sadja in zelenjave, zmanjšano uživanje energijsko goste in hranilno revne hrane ter povečanje dnevne telesne dejavnosti (WHO 2007).

Slovenija se lahko pohvali z dobrim odzivom šol na ukrep skupne kmetijske politike – ukrep Shema šolskega sadja, ki omogoča brezplačno razdeljevanje sadja in zelenjave otrokom v osnovnih šolah, poleg rednih obrokov. Za šolsko leto 2013/14 se je za ta ukrep prijavilo preko 90% vseh osnovnih šol, kar kaže na dobro sodelovanje šolskega, kmetijskega in zdravstvenega sektorja. Na podlagi dobrih izkušenj sodelovanja pri Shemi šolskega sadja je Slovenija ob podpori vseh treh sektorjev in lokalnih pridelovalcev in predelovalcev hrane v letu 2011 pričela izvajati projekt Tradicionalni šolski zajtrk, ki je bil v letu 2012 nadgrajen z Dnevom slovenske hrane; oba praznika zdrave prehrane bosta organizirana vsako leto v novembru.

Dobro medsektorsko sodelovanje se odraža tudi sicer na področju šolske in vrtčevske prehrane, kjer je od leta 2010 s sprejetjem Zakona o šolski prehrani (in prenovljenim zakonom iz januarja 2013) v vzgojno-izobraževalnih ustanovah določena obvezna uporaba Smernic zdravega prehranjevanja, ki so podprte s praktikumom jedilnikov in kvalitetnimi standardi za javna naročila živil. Z zakonom je uvedena tudi popolna prepoved uporabe avtomatov s hrano in pijačo v šolskem prostoru. Zakon vzgojno-izobraževalnim ustanovam zagotavlja strokovno svetovanje o prehrani in spremljanje stanja.



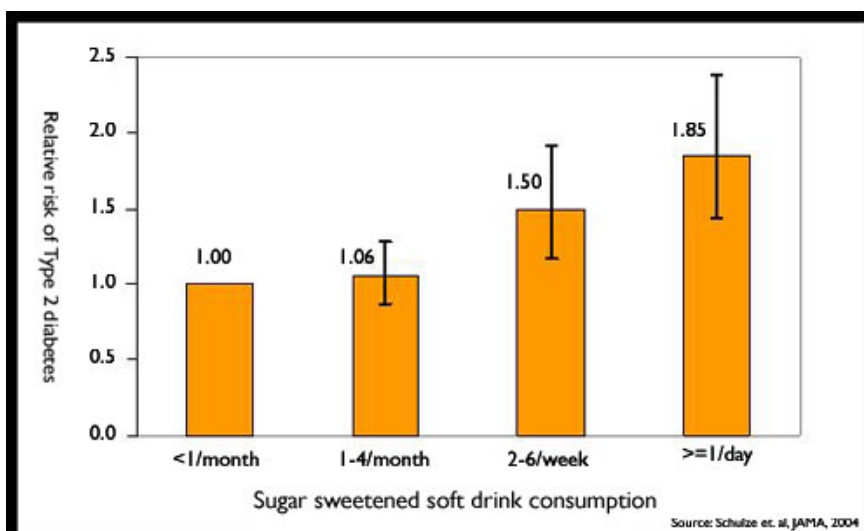
Problematika intenzivnega oglaševanja nezdrave hrane otrokom je prisotna tudi v Sloveniji, velikost problema pa v primerjavi z drugimi evropskimi državami narašča. Za intenzivno trženje se uporabljajo različni kanali, ki uporabljajo tudi različne simbole



Slika 5: Primer trženja pijače z dodanim sladkorjem v centru Ljubljane

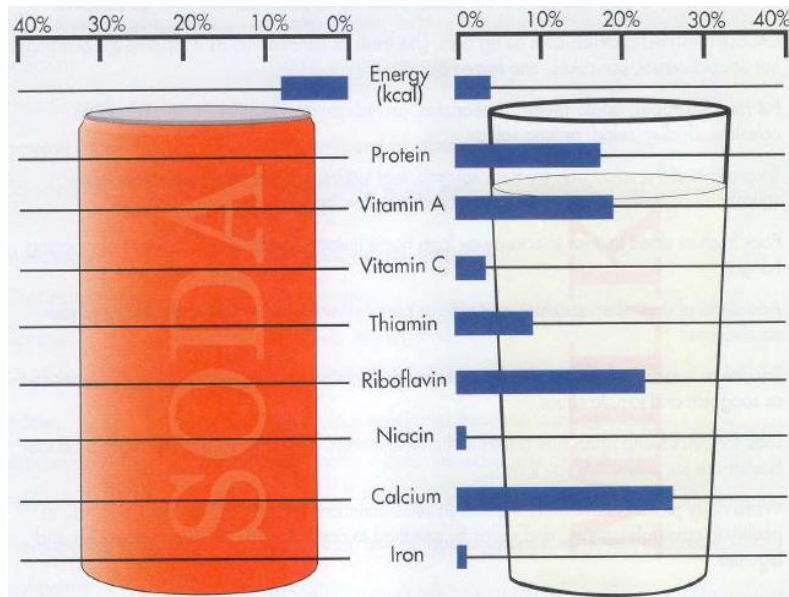
Pričakuje se, da bo tudi omejevanje oglaševanja nekaterih živil, za katero je Ministrstvo za zdravje pripravilo strokovna izhodišča, pripomoglo k manjšemu povpraševanju po živilih, s katerimi težko zagotavljamo zdravo in uravnoteženo prehrano. V Sloveniji se za ta namen v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo pripravljajo (nacionalni) prehranski profili.

V Sloveniji je v pripravi ukrep dviga cen pijač z dodanim sladkorjem (PDS), ki dokazano vplivajo na povečanje tveganja za razvoj metabolnega sindroma, debelosti in sladkorne bolezni. Ena do dve sladkani pijači na dan povzročita za 26% večje tveganje za razvoj diabetesa tipa II. Po ocenah raziskovalcev naj bi samo sladkane pijače kar v 30 % prispevale k razvoju debelosti.



Slika 6. Povezava pogostosti uživanja pijač z dodanim sladkorjem in tveganjem za razvoj sladkorne bolezni.

Raziskava Svetovne zdravstvene organizacije (Health behaviour in school aged children), ki je bila objavljena v letu 2012, kaže, da se po količini popitih PDS slovenski mladostniki uvrščajo na prvo mesto v Evropi. Po količini zaužitih pijač izstopajo še posebej dečki (49% petnajstletnikov dnevno uživa sladke pijače). Vsebnost hranil v PDS (kot so na primer različne kole in ledeni čaji) je v primerjavi z vsebnostjo hranil v mleku praktično zanemarljiva, kar pomeni, da otroci s PDS vnašajo v telo »prazne« kalorije, obenem so PDS glavni vir dodanih sladkorjev v prehrani otrok. Prazne kalorije nimajo hranilne vrednosti, prispevajo pa k visokemu energijskem vnosu. Z uživanjem PDS se zmanjša tudi vnos vitaminov A, C in E ter magnezija, ki jih sicer zagotavlja sadni sok. Le ta vsebuje tudi antioksidante iz skupine flavonoidov, ki lahko izboljšajo občutljivost na inzulin in s tem zmanjšajo vnetje slinavke.



Slika 7. Vsebnosti energije in nekaterih vitaminov in mineralov v 2 dl mleka in 2 dl pijače z dodanimi sladkorji

Slovenska mreža zdravih šol, ki zajema vse slovenske regije, vključuje 75 % slovenskih osnovnih in 30 % slovenskih srednjih šol. Deluje na principih promocije zdravja in prispeva k večji kakovosti življenja na šoli in k bolj zdravemu življenjskemu slogu učencev, učiteljev in staršev – med drugim spodbuja tudi zdravo prehranjevanje in telesno dejavnost z vključevanjem vseh učencev. Mreža vsako leto izbere tematsko rdečo nit, ki je bila v dvajsetletnem delovanju mreže večkrat posvečena prehrani in gibanju, sodelovanju šole in staršev ter medgeneracijskemu sodelovanju na teh vsebinah, povezavam z duševnim zdravjem. V okviru mreže je bil s pomočjo Evropskih strukturnih skladov v letih 2008 – 10 razvit Model zdrav življenjski slog, ki prispeva k vključevanju tem prehrane in gibanja v redni šolski kurikulum, od leta 2011 pa je delo na osnovi modela redno vključeno med naloge nacionalnega inštituta za javno zdravje. V letu 2012 se v sistemu Centrov šolskih in obšolskih dejavnosti (v katerem se programov udeležuje velika večina slovenskih otrok) razvija program Zdrav življenjski slog, v okviru katerega bodo otrokom predstavljene predvsem teme zdrave prehrane in telesne dejavnosti.

V Sloveniji v zdravstvenem sistemu poteka prenova šol za bodoče starše in prenova vzgoje za zdravje na populacijskem nivoju za predšolske in šolske otroke. Med prenovljenimi temami šole sta vključeni tudi prehrana in telesna dejavnost, saj podatki kažejo, da so ljudje iz najnižjih socialno ekonomskih slojev pri nas najbolj dojemljivi za zdravstvene informacije prav v obdobju, ko imajo majhne otroke. Vsebine prinašajo konkretne razlage in praktične nasvete, ki so po podatkih raziskav med ljudmi v zvezi z zdravstvenimi nasveti najboljše sprejeti.

Zelo pomembni pa so tudi sistemski ukrepi, ki bodo spodbujali telesno dejavnost družin in otrok dodatno, poleg obveznega šolskega programa, predvsem pa zagotavljali okolja, kjer se otroci in mladi lahko gibljejo v svojem vsakodnevnem okolju (npr. razvoj modela za vključevanje telesne dejavnosti v šolski prostor). Ministrstvo za zdravje v okviru svojih razpisov spodbuja razvoj tovrstnih pristopov.

Z namenom obvladovanja naraščajoče debelosti v vseh starostnih skupinah, še posebej pa pri otrocih, je bil pripravljen osnutek nove Strategije »Prehrana in telesna dejavnost za zdravje 2013-23«, ki je v medresorskem usklajevanju. Učinkovito obvladovanje naraščajočega problema debelosti zahteva interdisciplinarni pristop in vzpostavitev podpornih okolji za spodbujanje in zagotavljanje zdravega življenjskega sloga celotne populacije. Veliko težo je potrebno dati preprečevanju bolezni, še večjo pa promociji zdravega načina življenja v vseh populacijskih skupinah, še posebej dovolj zgodaj - v otroštvu.

### STROŠKI NEUKREPANJA PRI ZMANJŠEVANJU BREMENA DEBELOSTI V POPULACIJI

V Sloveniji konkretnih izračunov stroškovnega bremena debelosti še nimamo, na podlagi tujih izračunov pa lahko predvidevamo, da bodo stroški neukrepanja relativno visoki, tako na individualni kot na družbeni ravni. Posamezniki, ki razvijejo metabolni sindrom in debelost, čutijo tako telesne (poveča se obolevnost in prezgodnja umrljivost zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni) kot socialne posledice (podatki raziskav kažejo, da imajo manj možnosti pri iskanju zaposlitve; večja je odsotnost z dela in višji so stroški zdravljenja), zmanjša se jim kvaliteta življenja. Na družbeni ravni pa povečano breme bolezni v populaciji in povečan absentizem pomenijo tako izgubo delovnih dni v aktivni populaciji kot tudi povečano stroškovno obremenitev zdravstvenega sistema.

Mednarodni podatki kažejo, da nezdravo prehranjevanje pomembno pripomore k razvoju kroničnih bolezni kot so debelost, diabetes tipa II, srčno-žilne bolezni itd, ki so skupaj odgovorne za 77 % bremena bolezni pri prebivalcih Evropske regije. Raziskave kažejo, da se debelost, ki nastane že v otroštvu, običajno nadaljuje v odraslo dobo, ko je povezana s povečanim tveganjem za nastanek srčno-žilnih bolezni in diabetesa tipa II, pa tudi nekaterih rakov (dojke, debelega črevesa, danke, prostate in drugih rakov) in drugih bolezni.

DALY za prehranske dejavnike tveganja, ocenjeni za Evropsko regijo, so 4,4 % bremena za prenizek vnos sadja in zelenjave in 7,8 % za povečano telesno težo: Za telesno nedejavnost znaša delež dejavnika tveganja v bremenu DALY 3,5 %, za klinične dejavnike tveganja, povezane tudi z nezdravo prehrano pa 12,8 % za visok krvni tlak in 8,7 % za povišane vrednosti holesterola v krvi (WHO, 2005). Prekomerna telesna teža in debelost sta vzrok za približno 80 % vseh primerov diabetesa tipa II, 35 % vseh ishemičnih bolezni srca in 55 % vseh primerov povišanega krvnega tlaka med odraslimi, (SZO, 2007).

Bolezni prizadenejo posameznika, posledično pa zadevajo vso družbo, saj pomenijo precejšnje stroške za zdravstveno blagajno. Mnogim boleznim, ki so posledice debelosti in prekomerne hranjenosti, bi se z ustreznimi ukrepi države lahko izognili, še posebej, če bi bili usmerjeni v vse socialno ekonomske sloje.

### IZZIVI MEDSEKTORSKEGA SODELOVANJA PRI ZMANJŠEVANJU PROBLEMA OTROŠKE DEBELOSTI

Z zmanjšanjem bremena debelosti in vplivanjem na razvoj in **predvsem možnosti udejanjanja** zdravega življenjskega sloga pri otrocih in mladostnikih vplivamo na zdravje celotne odrasle populacije in bodočih potomcev ter obenem povečujemo uspešnost družbe. Zdravje ne nastaja znotraj zdravstvenega sektorja, pač pa tam, kjer ljudje živijo svoje vsakodnevno življenje – tam, kjer

otroci bivajo, se učijo, se igrajo in se imajo radi. Praktično vsi sektorji lahko s svojimi ukrepi neposredno ali posredno vplivajo na zdrave izbire otrok, zato že Amsterdamska pogodba EU predvideva pregled vseh političnih ukrepov s stališča vpliva na zdravje. Posamezniki namreč lahko do določene mere prevzemajo svojo odgovornost za zdravje, raziskovalni podatki za Slovenijo pa kažejo, da značilno bolj na zdrave izbire ljudi vpliva okolje, ki jim te izbire ponuja ali pa tudi ne.

Priporočila, ki nastajajo na osnovi ocenjevanja vpliva ukrepov različnih sektorjev na zdravje in v našem primeru na zmanjševanje debelosti, omogočajo političnim odločevalcem, da ob pripravi ukrepov dobijo vpogled na potencialne negativne in pozitivne učinke in s prilagajanjem ukrepov pozitivne učinke političnih ukrepov na zmanjševanje debelosti povečujejo. Medsektorsko sodelovanje pri zmanjševanju problematike debelosti političnim odločevalcem omogoča, da prepoznajo priložnosti in pozitivne učinke, ki jih na družbeni ravni prinašajo za zdravje ugodni ukrepi v različnih sektorjih.

Za tako delovanje morajo strokovnjaki in politiki različnih sektorjev razumeti jezik, kulturo in prioritete drug drugega ter razviti multidisciplinarno kompetenco, skupne aktivnosti pa zasnovati na skupnih, jasnih in realističnih ciljih. Dogovoriti se morajo, kaj za vsakega od sektorjev pomeni uspeh v določeni skupni aktivnosti, kar prinaša medsebojno razumevanje in zaupanje. Izkazalo se je, da je pomembno tudi definiranje zgodnjih uspehov pri zmanjševanju debelosti, ki pomagajo pri vzdrževanju skupne zagnanosti za delo – zato je pomembno identificirati kazalnike uspešnosti na ravni povečanega medsebojnega sodelovanja, kazalnike na ravni izhodov in šele dolgoročno tudi kazalnike na nivoju učinkov, to je zaustavitvi trenda rasti in zmanjševanju debelosti. Podatki kažejo, da je eden od največjih izzivov za tovrstno delovanje rezistenca posameznega sektorja na spremembe v svojem delovanju.

Pomemben je vsevladni pristop, zaveza celotne vlade, ki v aktivnostih za zmanjševanje otroške debelosti poveže prav vse sektorje. Raziskovalni podatki kažejo, da so učinkovitejši obsežna kombinacija ukrepov in programov, krepitev različnih varovalnih dejavnikov ter usklajeno delovanje v številnih okoljih ter različnih ciljnih skupinah. Na ta način se javna sredstva, namenjena zmanjševanju debelosti, racionalneje porabljajo. Podatki tudi kažejo, da je treba z različnimi aktivnostmi za obvladovanje in zmanjševanje problematike debelosti pričeti čim prej, največji učinek v socialno ekonomsko najbolj ranljivih skupinah so doseženi prav pri bodočih starših in v družinah z majhnimi otroci. Izjemno pomembno je, da so na spodbude iz okolja, še posebej na ukrepe, ki omogočajo dosegljivost in dostopnost zdravih izbir, najbolj odzivne prav mlade družine iz nižjih socialno ekonomskih slojev.

Dodatni element, ki se je izkazal kot pomemben v uspešnih programih (tudi za zmanjševanje debelosti), je vključevanje ciljne populacije (bodočih staršev, mladih družin, otrok in mladostnikov) v pripravo ukrepov in programov. Raziskovanje problematike debelosti je bolj uspešno, če poteka povezano, s strokovnega vidika različnih sektorjev, če se pri raziskovanju uporabljajo mešane, to je kvalitativne in kvantitativne metode, in če se podatkovne baze uporabljajo združeno, za potrebe več sektorjev.

Posebno pozornost velja posvetiti ustvarjanju okolij, ki spodbujajo enake možnosti za vse. To pomeni, da so vsi politični ukrepi ter iz njih izhajajoči programi in aktivnosti, namenjeni zmanjševanju debelosti, usmerjeni tako v celoten socialni gradient v populaciji (to pomeni, da so ukrepa v določeni meri deležni vsi otroci ne glede na socialno ekonomski status svoje družine, seveda pa tisti z boljšim socialno ekonomskim statusom v manjši meri), poseben del ukrepov znotraj celotnega ukrepa pa je namenjen posebej ranljivim skupinam. V Sloveniji je tak dober primer nacionalni program šolske

prehrane, ki je v določeni meri podprt s strani države za vse otroke, otroci iz socialno ekonomsko revnejših družin pa so deležni šolskih obrokov brezplačno v celoti.

#### NEKATERI MOŽNI KONKRETNI MEDSEKTORSKI UKREPI

Nekateri možni konkretni medsektorski ukrepi, ki na podlagi raziskovalne evidence lahko prispevajo k zmanjševanju problema debelosti pri otrocih in mladih, so naslednji:

- Omejitev trženja nezdrave hrane, s posebno zaščito šolskega okolja (vključno s prepovedjo avtomatov s hrano in pijačo v šolskem prostoru);
- Ohranitev in izboljšanja sistema organizirane šolske prehrane;
- Povečanje dostopnosti zdravih izbir, npr. sadja in zelenjave v šolskem okolju (Shema šolskega sadja EU);
- Potrošnikom jasno razumljivo označevanje izdelkov z visoko vsebnostjo sladkorjev, soli, maščob, kofeina;
- Zmanjšana cenovna dostopnost nezdravih živil (npr. povišanje cen pijač z dodanimi sladkorji) in istočasno večja cenovna dostopnost sadja in zelenjave ter mleka in izdelkov z manj maščob;
- Sistemsko medpredmetno vključevanje tem zdrave prehrane in telesne dejavnosti v redni kurikulum in kroskurikularno v šolski prostor, sistemska ureditev celostnega pristopa promocije zdravja v šolah, udejanjanje zdravih navad v šolskem prostoru (aktivni prihod v šolo, rekreativni odmori, gibanje v rednem izvajanju pouka);
- Zagotovitev pregleda vzorcev spanja otrok in mladostnikov v Sloveniji, priprava ukrepov in spodbujanje vzorcev rednega in zadostnega spanja;
- Zagotavljanje kakovostnega in varnega preživljanja prostega časa(odprte telovadnice ...);
- Več povezovanja šole in staršev ter lokalne skupnosti za omogočanje cenovno dostopne zdrave prehrane in telesne dejavnosti, brezplačno za najbolj socialno ekonomsko šibke;
- Spodbujanje kakovostnih odnosov v družini, aktiviranje lokalnih skupnosti za krepitev zdravih navad prehranskih in gibalnih navad v družinah;
- Načrtovanje bivanjskih okolij in prometnih poti na način, da spodbujajo telesno dejavnost, druženje in aktivno preživljanje prostega časa;
- Zagotovitev dostopnosti do zelenih in pokritih rekreativnih površin v lokalni skupnosti ter možnost njihove varne uporabe za vse, tudi za socialno ekonomsko šibkejše;
- Zagotavljanje optimalnega in enakega dostopa mladostnikov do storitev zdravstvenega varstva, ki so povezane s promocijo zdravja in preprečevanjem debelosti;
- Izboljšanje vladnih mehanizmov za učinkovitejše medsektorsko in medinstitucionalno sodelovanje;
- Zagotavljanje rednega spremljanja, raziskovanja in vrednotenja stanja in posameznih ukrepov; zagotavljanje sistemskega izvajanja ocenjevanja vplivov različnih politik, programov in aktivnosti na zdravje.

Največji del nanizanih ukrepov je predvidenih v osnutku nove Strategije »Prehrana in gibanje za zdravje« 2013-23.

Za katerikoli sprejeti ukrep velja, da naj bo obenem **univerzalen in ciljno usmerjen v bolj ranljive podskupine**, kar pomeni, da bo poskrbljeno za celotno ciljno populacijo otrok in mladostnikov, obenem pa ukrep ne bo povečeval nepravilnih razlik v zdravju.

## KLJUČNI VIRI

Atrnik B, Bajt M, Bilban M, Borovničar A, Brguljan Hitij J, Djomba JK, Fras Z, Hlastan Ribič C, Jeriček Klanšček H, Kelšin N, Kofol Bric T, Kolšek M, Koprivnikar H, Korošec A, Košnik M, Kranjc M, Lovrečič B, Lovrečič M, Maučec Zakotnik J, Orožen K, Paulin S, Šelb Šemrl J, Šerona A, Tomšič S, Zaletel J, Zaletel M. 2012. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS,

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7& 7 Filename=attName.png& 7 MediaId=6321& 7 AutoResize=false&pl=0-7.3>. (12. 6. 2013)

Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, Truden Dobrin P, Vrabič Krek B, ur. 2011. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=109&pi=3& 3 id=1506& 3 PageIndex=1& 3 groupId=228& 3 newsCategory=& 3 action>ShowNewsFull&pl=109-3.0>.

Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Tivadar B, Koch V, Kostanjevec S, Fajdiga Turk V, Žalar A, Lavtar D, Kuhar D, Rozman U. 2009a. Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=109&pi=3& 3 id=1218& 3 PageIndex=2& 3 groupId=228& 3 newsCategory=& 3 action>ShowNewsFull&pl=109-3.0>.

Gabrijelčič Blenkuš M, Scagnetti N, Lesnik T, Gregorič M. 2009b. Poročilo študije o trženju hrane in pijač otrokom za Slovenijo – POLMARK. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

<http://www.ivz.si/prehrana?pi=5& 5 Filename=55.pdf& 5 MediaId=55& 5 AutoResize=false&pl=8-5.3>. (31. 8. 2011)

Gabrijelčič Blenkuš M, Koprivnikar H, Drev A, Vračko P, Pirnat N, Hočevar T, Vrdelja M, Jeriček Klanšček H, Pucelj V, Kofol Bric T, Martinovič B, Kranjc I, Martinovič A. 2012. Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjšanje neenakosti v zdravju. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS.

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7& 7 id=2029& 7 PageIndex=0& 7 groupId=228& 7 newsCategory=& 7 action>ShowNewsFull&pl=0-7.0>.

Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T. 2011. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=109&pi=3& 3 id=1873& 3 PageIndex=1& 3 groupId=228& 3 newsCategory=& 3 action>ShowNewsFull&pl=109-3.0>.

Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M. 2013. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002 – 2010. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS.

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7& 7 id=2058& 7 PageIndex=0& 7 groupId=228& 7 newsCategory=& 7 action>ShowNewsFull&pl=0-7.0>. (12. 6. 2013)

Kovač M, Jurak G, Leskošek B. 2012. The prevalence of excess weight and obesity in Slovenian children and adolescents from 1991 to 2011. Anthropological Notebooks 18(1): 91-103. ISSN 1408-032 [http://www.drustvo-](http://www.drustvo-antropologov.si/AN/PDF/2012_1/Antropological_Notebooks_XVIII_1_Kovac.pdf)

[antropologov.si/AN/PDF/2012\\_1/Antropological\\_Notebooks\\_XVIII\\_1\\_Kovac.pdf](http://www.drustvo-antropologov.si/AN/PDF/2012_1/Antropological_Notebooks_XVIII_1_Kovac.pdf)

Strel J, Starc G, Kovač M. 2011. SLOFIT sistem - analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2010/2011. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Kontakt za dodatne informacije: Gregor.Starc(at)fsp.uni-lj.si

Šinkovec N, Gabrijelčič Blenkuš M. 2010. Omejevanje trženja nezdrave hrane otrokom – pregled stanja. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS.

[http://www.ivz.si/Mp.aspx/TUKAJ.pdf?ni=164&pi=5& 5 Filename=2668.pdf& 5 MediaId=2668& 5 \\_AutoSize=false&pl=164-5.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx/TUKAJ.pdf?ni=164&pi=5& 5 Filename=2668.pdf& 5 MediaId=2668& 5 _AutoSize=false&pl=164-5.3) (31. 8. 2011)

WHO. 2003. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Technical Report Series 916. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe.

[http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf)

WHO. 2007. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.

Ur: Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74746/E90711.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf)

Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J. 2004. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija.