

Voeding uitgedokterd

Dossier 4: Hart- en vaatziekten

Is een glas melk goed voor mijn hart, dokter ?

www.voedinguitgedokterd.be ondersteunt huisartsen in hun rol van voedingsvoorlichter. Deze gebruiksvriendelijke website laat hen toe om snel, correct en efficiënt over gezond eten en bewegen te communiceren en hun patiënten te motiveren.

Theorie (wetenschappelijke dossiers) en praktijk (veel gestelde vragen met handige zoekfunctie, gratis praktische tools om patiënten op weg te helpen en een workshop motivationele technieken) vullen elkaar goed aan en vergemakkelijken de communicatie met de patiënt. De site is opgebouwd rond 6 thema's: gezonde voeding, overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten, osteoporose en patiëntenmotivatie.

De informatie sluit aan bij de aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering van Domus Medica (www.domusmedica.be) en bij de voedingsaanbevelingen van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) en de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV). De voedingsadviezen zijn onderschreven door de Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD).

Surf naar www.voedinguitgedokterd.be en registreer u. **Deze website is exclusief voor huisartsen.**

www.voedinguitgedokterd.be
op maat van de huisartsenpraktijk

U bent geen huisarts?

Een aangepaste voeding wordt in toenemende mate onderdeel van een multidisciplinaire aanpak inzake preventie en behandeling. De huisarts werkt idealiter samen met een team van zorgverleners met elk hun bijzondere bekwaamheid. Daarom is het belangrijk dat naast de huisarts ook andere betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van de voedingsadviezen die www.voedinguitgedokterd.be huisartsen per thema aanreikt. Het is belangrijk dat patiënten doelmatige, doeltreffende en vooral ook uniforme voedingsadviezen krijgen. Uniforme boodschappen versterken het effect.

Alle richtlijnen liggen in de lijn van de algemene aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek (de basis). Per thema worden specifieke aandachtspunten nader belicht.

Hierbij vindt u de kernboodschappen voedingsadvies ter preventie en behandeling van hart- en vaatziekten.

Zie de volgende pagina,
een dossier om bij te houden.



Kernboodschappen voedingsadvies Gezond eten en bewegen ter preventie en behandeling van hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten zijn doodsoorzaak nummer één. Het grootste deel van de cardiovasculaire sterfte wordt veroorzaakt door ischemische of coronaire hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen. De prevalentie van hart- en vaatziekten hangt samen de leeftijd. Met de toenemende vergrijzing wordt dit medisch probleem steeds groter.

Gezondheidsrisico's

Hart- en vaatincidenten veroorzaken een aanzienlijke ziektelast en een verminderde levenskwaliteit of invaliditeit. Klinische manifestaties van hart- en vaatziekten zijn onder andere angina pectoris, myocardinfarct, transient ischaemic attack (TIA), herseninfarct (CVA) en perifere arterieel vaatlijden. Bij ouderen vormt hartfalen de belangrijkste cardiale doodsoorzaak. Als gevolg van verhoogde bloeddruk kunnen zich onder meer ook nierziekten ontwikkelen.

Oorzaken

Op populatieniveau wegen de risicofactoren voor hart- en vaatziekten verbonden aan de leefstijl steeds meer door: ongezonde voeding, te weinig lichaamsbeweging, roken en psychosociale en sociaal-economische achteruitstelling. Een belangrijk deel van de Belgische bevolking kampt bovendien met hypertensie, hypercholesterolemie en/of diabetes mellitus type 2, risicofactoren die sterk verbonden zijn met het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Idem dito voor roken die met stip risicofactor nummer één blijft.

De onderliggende pathologie is meestal atherosclerose.

Effect van behandeling

Het uiteindelijke doel van een behandeling is de kans op een eerste of een nieuwe manifestatie van een cardiovasculair incident en de kans op complicaties verminderen. Het voorkomen van hart- en vaatziekten hangt sterk samen met de leefstijl zoals roken en ongezonde voeding en andere factoren zoals hoge bloeddruk en hypercholesterolemie. Niet-medicamenteuze maatregelen zijn minstens even belangrijk als eventuele medicamenteuze.

Omdat het risico op hart- en vaatziekten multifactorieel bepaald is, moeten de risicofactoren samen (globaal) en niet geïsoleerd worden beoordeeld. Beïnvloeding van de verschillende risicofactoren kan de cardiovasculaire morbiditeit en sterfte aanzienlijk doen verminderen.

Het voedingsadvies moet gericht zijn op duurzame veranderingen in het voedingsgedrag, niet op tijdelijke

Ongezonde voeding en overgewicht, vooral in combinatie met abdominale vetophoping (middelomtrek bij mannen 102 cm of meer en bij vrouwen 88 cm of meer), gaan gepaard met een toename van het risico op een aantal metabole afwijkingen, zoals insulineresistentie en een gestoord lipidenprofiel, en verhogen zo ook het risico op hart- en vaatziekten. Natrium (zout) kan de bloeddruk verhogen. Hypertensie vergroot de kans op onder meer een beroerte. Gewichtsverlies bij overgewicht heeft een effect op verschillende risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals bloeddruk, HDL-cholesterol en insulineresistentie.

Vertrek vanuit het voedingspatroon van de patiënt

Regelmatig herhaald voedingsadvies op maat van de patiënt heeft meer kans van slagen. Het voedingsadvies moet voor de patiënt eenvoudig, verstaanbaar, haalbaar en aanvaardbaar zijn en blijven. Het moet te allen tijde rekening houden met de individuele leefomstandigheden en -stijl, de voorkeuren en de culturele en etnische achtergronden van de patiënt. Samenwerken met een diëtist kan aangewezen zijn.

Mogelijke knelpunten in de voeding van patiënten met hart- en vaatziekten

- Een onregelmatig voedingspatroon, bv. het ontbijt of andere maaltijden overslaan, heel de dag door (onbewust) eten (graaspatroon).
- Te gemakkelijk of te veel calorierijke en vetrijke voedingsmiddelen kiezen (bv. frieten of andere gefrituurde bereidingen en snacks, vetrijke sausen, fast-food, chips, koek, chocolade en andere zoetigheden tussendoor, frisdranken).
- Te veel vet beleg (bv. vette charcuterie- en kaassoorten, choco, speculoospasta, beleg met brood eten in plaats van brood met beleg).
- Te veel gefixeerd op de inname van cholesterol en te

weinig op de inname van voedingsmiddelen rijk aan verzadigde vetzuren.

- De idee dat producten arm aan cholesterol vrij mogen worden gebruikt.
- Te weinig inzicht in hoeveelheid en type vetten in voedingsmiddelen (zichtbare en onzichtbare vetten, verzadigde en onverzadigde vetzuren, transvetzuren).
- Te weinig basisvoedingsmiddelen of voorkeurs-

producten zoals volkoren producten, groenten, fruit, vis, magere of halfvolle melk en melkproducten.

- Te veel zout strooien en/of zoutrijke voedingsproducten gebruiken.
- Te veel alcoholische dranken.
- Koken met te veel vet en/of room.
- Te veel kant-en-klaar en convenience voedsel.
- Te vaak restaurant/snackbezoek.

Algemene principes voedingsadvies bij hart- en vaatziekten

De richtlijnen voor een hartvriendelijke voeding liggen in de lijn van de aanbevelingen voor een gezonde en evenwichtig samengestelde voeding.

De actieve voedingsdriehoek vormt de basis, met speciale aandacht voor de totale vetinname en de vetzuursamenstelling, zout en de energie- en voedingsstoffenbehoefte.

Afhankelijk van het risicoprofiel en de leefstijl van de patiënt wordt het voedingsadvies verder individueel aangepast.



- **Evenwicht en variatie overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek** (zie ook dossier 1: Gezond eten en bewegen).

De actieve voedingsdriehoek is een goede leidraad om over de voeding te spreken en de patiënt te helpen om concrete doelen te stellen. Het is een goed instrument om de patiënt te wijzen op de juiste keuzes, verhoudingen en hoeveelheden.

- **Bijzondere aandacht voor de totale vetinname (zichtbare en onzichtbare) en voor de vetzuursamenstelling.** Het is bewezen dat vooral de beperking van de inname van verzadigde vetzuren het risico op hart- en vaatziekten kan verminderen op voorwaarde dat deze beperking wordt volgehouden. Ook de inname van industrieel gevormde transvetzuren (te vermijden) en van omega 3-vetzuren (vooral via vette vis) (te bevorderen) vragen extra aandacht.

De aanbevelingen zijn: 30 energie% totaal vet, maximaal 7-10 energie% verzadigde vetzuren, minder dan 1 energie% transvetzuren, minstens 10 energie% enkelvoudig onverzadigde vetzuren, 5,3-10 energie% meervoudig onverzadigde vetzuren met een optimale omega 6/omega 3-verhouding van maximaal 5/1 (4-8 energie% omega 6-vetzuren en 1,3-2 energie% omega 3-vetzuren), maximaal 300 mg cholesterol.

Met betrekking tot het effect van vetten op de gezondheid volstaat het niet te spreken over dierlijke of plantaardige vetten. Alle vetten en oliën bevatten zowel verzadigde als onverzadigde vetzu-

ren. De verhouding kan evenwel sterk variëren naar gelang het product.

- **Bijzondere aandacht voor de energiebehoefte en de energiebalans.**

Bij overgewicht met comorbiditeit en obesitas (in het bijzonder bij abdominaal overgewicht) een energiebeperking instellen in combinatie met een verhoogd energieverbruik (fysieke activiteit): veilig en zonder risico's en aansluitend bij het profiel van de patiënt (zie ook dossier 2: Overgewicht).

De strengheid van het voedingsadvies is afhankelijk van de ernst van de obesitas en de doelstelling. Crash-diëten en eenzijdige voedingsadviezen hebben mogelijk op korte termijn een spectaculair resultaat maar bieden op lange termijn doorgaans geen voordelen. Integendeel, ze kunnen de gezondheid schaden (bv. als gevolg van belangrijke voedingstekorten). Strenge diëten zijn alleen in uitzonderlijke situaties en onder medische begeleiding verantwoord.

- **Bijzondere aandacht voor de inname van voldoende oplosbare vezels, vitaminen, mineralen en antioxidanten. De aanbevelingen komen overeen met deze voor gezonde personen.** Bij gebruik van ACE-remmers en diuretica zijn interacties met de mineralenbalans mogelijk (vooral van natrium en kalium).

Een evenwichtig samengestelde en gevarieerde voeding rijk aan volkoren producten, aardappelen, peulvruchten, groenten, fruit en met noten, zaden,

vette vis en voldoende magere melk en melkproducten kan hieraan voldoen.

Supplementen zijn doorgaans niet zinvol. Sommige kunnen zelfs nadelig zijn (vitamine A, beta-caroteen en vitamine E).

- **Zoutbeperking overeenkomstig de aanbevelingen van een goede voeding** (maximaal 6 g zout of 2400 mg natrium per dag), tenzij anders geïndiceerd op basis van de diagnose. Medicatie voor hypertensie kan interageren met voedingsmiddelen en -stoffen.
- **Het DASH-onderzoek** (Dietary Approaches to Stop Hypertension) heeft aangetoond dat een voeding rijk aan groenten, fruit, magere melk en melkproducten (van nature rijk aan kalium en calcium) en arm aan zout en verzadigde vetzuren de bloeddruk aanzienlijk kan verlagen bij personen met een normale of verhoogde bloeddruk. Hieruit is het DASH-voedingsplan ontstaan.
- **Alcohol** mag slechts met mate worden gebruikt: maximaal 2 consumpties per dag voor mannen en 1 consumptie per dag voor vrouwen. Bij overgewicht (alcohol brengt relatief veel energie (calorieën) aan), een ernstige hypertensie en hypertriglyceridemie moet alcohol verder worden beperkt. In geval van zwangerschap, pancreatitis, alcoholabusus en ernstige hypertriglyceridemie is alcohol uit den boze.

Samenwerken met een diëtist kan aangewezen zijn

Een grondige en gestructureerde aanpak van het voedingsgedrag vraagt veel tijd en specifieke deskundigheid (evidence-based diëtetiek) en is meestal niet haalbaar in de gemiddelde huisartsenpraktijk. Samenwerken met een diëtist kan daarom aangewezen zijn, zeker als er sprake is van één van de volgende gegevens:

- patiënten met een hoog risico (incident in de voorgeschiedenis, diabetes type 2 of volgens Scoretabel ≥ 10 %);
- patiënten met hypercholesterolemie;
- patiënten met hypertensie;
- patiënten met obesitas;
- op indicatie van de patiënt zelf;
- een groot gebrek aan kennis over voeding bij de patiënt;
- een gebrek aan vaardigheden bij de patiënt (bv. om een evenwichtig en gevarieerd dag- of weekmenu samen te stellen, gezond en lekker te koken, het etiket te lezen).

De diëtist kan dieper ingaan op voedingsgerelateerde problemen dan de huisarts. De huisarts blijft evenwel een belangrijke coördinerende en motiverende rol vervullen ten aanzien van de patiënt. Succes vraagt een efficiënte communicatie tussen diëtist en huisarts.

De begeleiding door de diëtist omvat de volgende aspecten

• Voedingsanamnese

Een grondige ondervraging over wat en hoeveel de patiënt gewoonlijk eet maar ook waar en wanneer en in welke omstandigheden, geeft een idee van zijn werkelijke voedingsgewoonten en de factoren die zijn eetpatroon beïnvloeden (bv. werksituatie, gezinssituatie, fysiek activiteitenpatroon, attitude, kennis en vaardigheden). Zo'n grondige voedingsanamnese neemt ongeveer één uur in beslag. De patiënt kan ook uitgenodigd worden om een eetdagboek bij te houden. Hierbij moet rekening worden gehouden met een mogelijke onderrapportering. Zicht krijgen op het werkelijke voedingspatroon van de patiënt vereist ruime vaardigheden, zowel op het gebied van gesprekstechnieken en het opbouwen van een vertrouwensrelatie, als op voedingskundig en cultureel gebied.

• Kennisoverdracht aan de hand van didactisch materiaal

Bijvoorbeeld, wat is een gezonde hartvriendelijke voeding, inzicht in de energiewaarde en de nutritionele waarde van voe-

dingsmiddelen, in de vetzuursamenstelling en in de aanwezigheid van zout in de voeding, portiegroottes, variatiemogelijkheden, enz.

• Vaardigheden aanleren

Bijvoorbeeld, gezond en lekker koken zonder zout, een evenwichtig en gevarieerd dag- of weekmenu samenstellen, receptuur, boodschappenorganisatie, het etiket lezen.

• De attitude beïnvloeden

• Het gewenste gedrag helpen uitvoeren

De persoon ertoe aanzetten om in eerste instantie zelf oplossingen te vinden, pas daarna meer praktische tips geven.

• Het gewenste gedrag helpen volhouden

Een blijvende opvolging helpt hervallen tegen te gaan en de doelen verder uit te diepen of bij te sturen.



Voedingsinformatiecentrum onder toezicht van een wetenschappelijke adviesraad

In samenwerking met



VLAAMSE
DIABETES
VERENIGING

