

benytte den høyden som personen husker å ha hatt. Imidlertid er det mange som ikke kan gi nøyaktig opplysning om tidligere høyde. Et annet alternativ er måling av pasientens lengde liggende i seng, men dette kan ha flere feilkilder (for eksempel hvor man starter og avslutter målingen, krumming av pasientens rygg og madrassens beskaffenhet).

### **Alternativ metode for å beregne høyden**

En metode for å beregne høyde er å måle underarmstengden (ulna). Da måler man avstanden fra tuppen av albuen (olecraneon) til midten av håndleddsbeinet (prosessus styloideus), venstre side hvis mulig og bruker følgende formel for å regne ut høyden ved hjelp av denne lengden (ulna) (25-26)

Menn (<65år):

Høyde = ulna (cm) x 3.6 + 79.2

Menn (>65år)

Høyde = ulna (cm) x 3.15 + 86.3

Kvinner (<65år)

Høyde = ulna (cm) x 2.77 + 95.6

Kvinner (>65år):

Høyde = ulna (cm) x 3.25 + 80.4

### **Kroppsmasseindeks**

- KMI (kroppsmasseindeksen, det samme som BMI, Body Mass Index) beskriver forholdet mellom høyde og vekt, og brukes til å definere over- og undervekt, fortrinnsvis med supplerende informasjon. KMI beregnes ved å dividere vekt (kg) med kvadratet av høyden.

Se KMI tabell i vedlegg.

$KMI = \text{vekt (kg)} / (\text{høyde(m)} \times \text{høyde(m)})$  (2)

Eksempel:

Pasienten veier 73kg og

er 1,80 m høy:

$KMI = 73 \text{ kg}$

$(1.80 \text{ m} \times 1.80 \text{ m}) = 22.5 \text{ kg/m}^2$

KMI-kategorier:

KMI-kategorier for voksne (3)

<18.5 = undervekt

18.5-20 = mulig undervekt

20-25 = normalvekt (for personer over 70 år: 22-27) (4-6)

25-30 = *overvekt*

30-35 = fedme, grad 1

35-40 = fedme, grad 2

40 og over = fedme, grad 3

- Dokumentasjon av *ernæringsstatus* er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses og behandlingstilbud.
- Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (1).
- Alle pasienter i sykehjem/institusjon og personer som mottar hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (1).
- Fastlegen bør vurdere pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke o.s.v.) regelmessig. De fleste risikopasienter skal veies (1).