

Ellenőrzött szerek rendelése a hatályos jogszabályok alapján



Kismarton Judit

A WHO fájdalomcsillapításra vonatkozó ajánlását széles körben alkalmazzák napjainkban is, és mint „keretszabály” alkalmazható valamennyi típusú fájdalom kezelésében. A WHO szerinti analgetikus létra (1. ábra) általános irányvonalat ad, azonban a betegeket mindig egyénileg kell kezelni. Ha a sémához mereven ragaszkodunk, az nem minden esetben biztosít megfelelő eredményt. A fájdalom köztudottan szubjektív érzés. „Mindenki bírja a fájdalmat, kivéve azt, aki érzi!” Az egyik ember ugyanazt az erősségű fájdalmat szinte nem is érzi, míg a másik ember elviselhetetlennek ítéli meg. Léteznek fájdalomcsillapítási protokollok, azonban a terápiás útmutatás mellett az egyénre szabott adagolást mindig szem előtt kell tartani. Míg az egyik betegnek a legkisebb gyógyszeradag is hatékony, addig a másik betegnél csak ennek többszöröse lesz elegendő. A fájdalomcsillapító hatás nagymértékben függ a beteg fájdalomküszöbétől, pszichéjétől és természetesen a fájdalmat kiváltó megbetegedéstől.

A WHO által javasolt analgetikus létra második fokán gyenge opioidok rendelhetők. Ha a fájdalom erőssége megkívánja, bátran lehet erős hatású szert, opioidot rendelni a betegnek. Míg a gyenge opioidnak plafoneffektusa van, addig az erős opioid adagja korlátlanul, de csak a szükséges mértékig emelhető. A koráb-

ban elterjedt félelmek az opioid alkalmazásával kapcsolatban lassan eloszlanak.

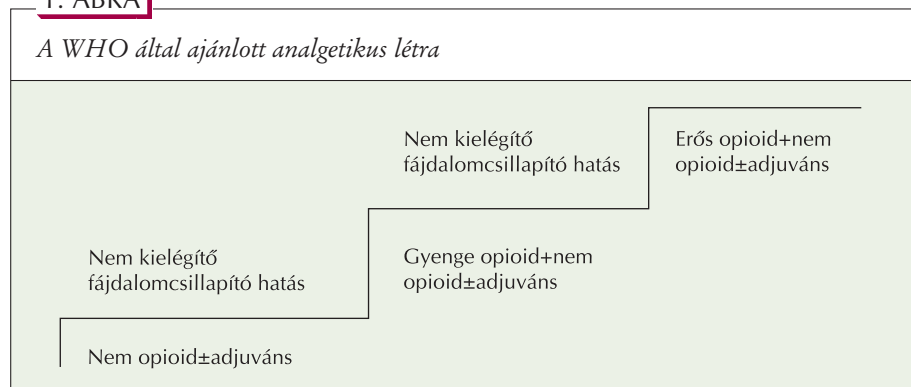
Az elhúzódó hatású opioidkészítmények megjelenése bebizonyította, hogy a WHO ajánlását betartva mind a légzésdepresszió, mind az addikció kialakulásának az esélye minimális. Ezt igazolja az is, hogy Nyugat-Európában és az Amerikai Egyesült Államokban az összes erős hatású opiátkészítmény közel 50-60 százalékát reumatológiai javaslat alapján írják fel.

A fájdalomra és kezelésére vonatkozó tudásanyag napjainkban egyre gyarapszik, ennek ellenére nagy a szakadék az ismeretek és az alkalmazott kezelés között. Az érintetteknek még mindig közel fele nem kap adekvát fájdalomkezelést függetlenül attól, hogy a fájdalom akut vagy krónikus, rákos vagy nem rákos eredetű. Dicséretes, hogy a daganatos fájdalom kezelése lépésről lépésre fokozatosan javuló tendenciát mutat, míg a nem daganatos fájdalom kezelésében az erős opioidok használata még ma is sokszor alaptalan averziót vált ki.

Az orvosoknak feladata és joga, hogy a fájdalmat a leghatékonyabb és legkevesebb mellékhatást okozó módon csillapítsa. Ahhoz, hogy a fájdalomcsillapítás hatékony legyen, szükséges a beteg együttműködése. Fájdalmat csillapítani csak annak lehet, aki engedi! A fájdalom nem kellő mértékű csillapítása – függetlenül attól, hogy annak oka a módszer helytelen megválasztása vagy az elhibázott adagolás, illetve gyógyszer-kombináció – számos nemkívánatos eseményt válthat ki. Az elégtelen mértékű fájdalomcsillapítás mind jogi, mind etikai, mind szakmai szempontból elfogadhatatlan. Ez a koncepció jelenik meg az IASP (Nemzetközi Fájdalomtársaság) és az EFIC (IASP európai szekciója) programjában,

1. ÁBRA

A WHO által ajánlott analgetikus létra



Levelezési cím: dr. Kismarton Judit, Kismarton Ügyvédi Iroda, 1138 Budapest, Tomori köz 18.

E-mail: jkismarton@rubicom.hu

A közlemény a LAM-ban korábban megjelent cikk [2008;18(8-9):616-619.] aktualizált változata.

amelynek témája a fájdalomcsillapítás mint univerzális emberi jog. Genfben, 2004. október 11-én meghirdették a „Global day against pain” programot, amelynek koszponzora a WHO volt. A kampány célja volt, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy a fájdalomcsillapításhoz való jogot integrálják az ember legmagasabb szintű mentális és pszichés jogai körébe. Ez a program egybevágh az Európa Tanács javaslatával.

A vényírás főbb szabályai

Tekintettel arra, hogy a fájdalomcsillapítók rendelése nem kizárólag az opioidokra vonatkozik, célszerű röviden ismertetni a legfontosabb vényírási szabályokat. (Az ellenőrzött szerek rendelése ettől eltér.)

Általában a gyógyszerek rendelése történhet a vényen a) a gyógyszernevét, illetve rövidítés vagy b) a nemzetközi szabad név feltüntetésével, de a b) esetben jelölni kell a rendelt gyógyszer formáját, hatóanyag-tartalmát, mennyiségét.

A gyógyszert rendelő orvosnak a vény mellett vezetnie kell a nyilvántartást (betegnapló, karton stb., elektronikus dokumentum), amelyben köztudottan a betegre és a betegségre vonatkozó adatokat kell rögzíteni.

A vényen rendelt gyógyszer szedésére vonatkozóan egyértelmű utasítást kell adni a beteg számára. Lehetőség van a „szükség szerint” utasításra is, amely csak akkor jogszerű, ha a napi maximális adag feltüntetésre kerül. Saját véleményem szerint ez a szabályozás nem pontos, hiszen a beteg az egyszeri beveendő adagnak is tekintheti a napi maximális adagot. Álláspontom szerint akkor lenne világos a jogszabály, ha a legnagyobb egyszeri és napi adag feltüntetését is egyidejűleg kötelezővé tenné az adott pontban. Előfordult olyan eset, amikor a beteg – annak ellenére, hogy az orvos írásban rögzítette, milyen gyógyszer-

ből mennyit kell bevenni – nem követte az utasítást, hanem emlékezetére hagyatkozva egy antidepreszánsból az előírt adag többszörösét vette be, noha egy szteroidkészítményből kellett volna nagy dózist bevennie. Probléma lehet annak tisztázása, hogy adott-e az orvos szóbeli felvilágosítást az egyszeri adag tekintetében. Hogyan lehet ezt később bizonyítani? Ennek tudatában a „szükség esetén” történő rendeléskor java-

solt a legnagyobb egyszeri adag feltüntetése is a maximális napi adag mellett.

A vényen ejtett bármilyen hibát ki lehet javítani úgy, hogy az orvos a javítás tényét pecséttel és aláírással megerősíti.

Sürgős szükség esetén – a különleges, kétpéldányos rendelvényhez kötött gyógyszerek kivételével – el lehet tekinteni a vény és az orvosi bélyegző használatától. Ilyen esetben az orvos a rendelvényen olvashatóan feltünteteti nevét és lakcímét, elérhetőségét, telefonszámát, valamint a sürgősségre utaló „statim”, „cito” vagy „periculum in mora” jelzést.

Amennyiben a gyógyszerrendelésre nem az egészségügyi szolgáltató székhelyén kerül sor, és a gyógyszert az orvos sürgős esetben rendel, valamint annak indokoltságát feltünteti a vényen, továbbá a beteg dokumentációjában rögzíti a sürgősségre utaló „statim”, „cito” vagy „periculum in mora” jelzést, a jogszabály szerint el lehet tekinteni a BNO-kód kitöltésétől, azonban a BNO-kód helyét X jelzéssel kell kitölteni. A „statim” szó ezekben az esetekben feltüntetendő. A „statim” megjelölést a jogszabály nem írja elő ellenőrzött szerek első felírása alkalmával! Természetesen, ha ezt az orvos feltünteti, abból baj nem származik.

Kérdéses és rengeteg aggályt vet fel a gyógyszerek patikában önkényesen elvégezhető *helyettesíthetősége*. Rögzíteni kell, hogy csak a beteggel történt előzetes egyeztetést követően lehet a felírt gyógyszert helyettesíteni vagy a helyettesíthetőséget kizárni.

Rendelhetőség

A fájdalomcsillapításra leggyakrabban választott szerek az NSAID-ek csoportjába tartoznak. E készítmények rendelése az általános szabályok szerint történik. Általában az 50%-os térítési kategóriába tartoznak, azonban a támogatás mértékét érdemes ellenőrizni az OEP honlapján (www.oep.hu).

A WHO és az EAPC álláspontja közös abban, hogy az erős hatású opioid lehet az elsőként választandó szer a középérestől az erős daganatos fájdalom csillapítására. Napjainkban is gyakran tapasztalható, hogy az opioid kifejezés alatt az erős opioidot – korábban kábítószert – értik. Ez tévedés, hiszen az opioid fogalom alá tartoznak a gyenge és az erős opioidok is. A hatályos szabályozás már *ellenőrzött szerről* beszél. E fogalom alatt értjük a 43/2005 EüM rendelet hatálya alá tartozó, a 142/2004. (IV. 29.) kormányrendelet 1. számú mellékletének K1 és K2 jegyzékében felsorolt kábítószereket, továbbá P2 jegyzékében szereplő pszichotrop anyagokat, gyógyszer-alapanyagokat, valamint az ezeket az anyagokat tartalmazó gyógyszerkészítményeket. Jelen közleményben nem teszünk említést a P1 (pszichotrop 1) jegyzékről, mivel e csoport képviselői nem tartoznak az ellenőrzött szerek közé.

Az 1–3. táblázatban a hazánkban legelterjedtebb alapanyagokat és hatóanyagokat soroljuk fel.

Az emelt, kiemelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegségszempontok, indikációs terüle-

Az elégtelen mértékű fájdalomcsillapítás mind jogi, mind etikai, mind szakmai szempontból elfogadhatatlan.

1. TÁBLÁZAT

A kábítószerek 1. jegyzéke (K1) a hivatalos elnevezések szerint

Alfentanil (alfentanil), kokain, mákszalma-koncentrátum, heroin, hidrokodon, hidromorfinol, hidromorfon, metadon, morfin, normorfin, opium, oxikodon, oximorfon, petidin, remifentanil, szufentanil, tebain.

tek, a felírásra jogosultak köre és a felírható gyógyszerek az OEP honlapján érhetők el. Ez idő szerint, a rosszindulatú daganatban szenvedő betegek fájdalomcsillapításában, amennyiben a betegség a BNO C00-C97; R52.0; R52.2 kódok alá tartozik, a WHO szerinti II. fájdalomcsillapító lépcsőbe tartozó szerként, az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban a kezelőorvos, házi orvos vagy a házi gyermekorvos a rendelet 8/b2 pontja alá tartozó készítményeket térítésmentesen rendelheti. (E csoportba tartoznak a tramadol- és a dihidrokodeintartalmú készítmények.)

A WHO szerinti II. fájdalomcsillapító lépcsőbe tartozó szerek rendelésére vonatkozóan semmi specialitás nincs. Ezzel ellentétben az ellenőrzött szerek rendelésének sajátosságait érdemes ismertetni.

Ellenőrzött szerek rendelése

Noha e témában több közlemény is megjelent, a legtapasztaltabb orvos is gondolkodóba eshet a vényírásra vonatkozó szabályok tekintetében, mivel nem minden nap rendel ellenőrzött szert. A 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet szabályozza az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendelését és kiadását. Ez a jogszabály képezi a gyógyszerrendelés alapját. Amennyiben egy adott gyógyszercsoportra speciális szabályozás létezik, elsősorban az abban rögzítettek az irányadóak. Ha azonban egy külön jogszabály egy adott kérdésben nem rendelkezik, akkor az általános szabályok érvényesülnek. Az ellenőrzött szerek rendelését és gyógyszerári kezelését a 43/2005. (X. 15.) EüM rendelet (a továbbiakban: rendelet) szabályozza.

Daganatos megbetegedés okozta fájdalom esetében a major analgetikumok többsége 100%-os OEP-támogatással rendelhető, javaslat nélkül. Daganatos megbetegedés esetén a rendeléshez nincs szükség szakorvosi javaslatra.

A hatályos jogszabály továbbra is különbséget tesz az orvos és a házi orvos elnevezés között. Ennek jelentősége abban áll, hogy a házi orvos az, aki jogosult arra, hogy a daganatos eredetű fájdalomban szenvedő betegnek rendszeresen, tartósan – amennyiben a betegnek 30 napnál hosszabb ideig van rá szüksége – ellenőrzött szert írjon fel.

Az orvos egy vényen egyszeri alkalommal maximum 15 napra elegendő mennyiségben írhat fel ellenőrzött szert. Amennyiben a betegnek előreláthatólag 30 napnál hosszabb időn át folyamatosan vagy ismétlődően ellenőrzött szerre van szüksége, ennek rendelésére a jogszabályi kivételektől eltekintve (például csak szakorvos rendelheti a szert) kizárólag a házi orvos jogosult.

A fentiekből levezethető, hogy az orvos adott esetben, akár két alkalommal egymást követően is rendelhet maximum 15 napra elegendő ellenőrzött szert. A rendelkezés azonban nem jelenti azt, hogy az orvos 30 napra elegendő mennyiségű gyógyszert oly formában jogosult felírni, hogy a betegnek kétszer 15 napra elegendő mennyiségű ellenőrzött szert ír két vényre, és a két darab vényt egyidejűleg a beteg kezébe adja. (A gyakorlatban felmerült kérdés volt.)

2. TÁBLÁZAT

A kábítószeres 2. jegyzéke (K2) a hivatalos elnevezések szerint

Kodein, dextropropoxifén, dihidrokodein, etilmorfin.

A 43/2005 EüM rendelet hatálya alá tartozó 142/2004. (IV. 29.) kormányrendelet K3 jegyzékében szereplő összetételű készítmények nem tartoznak a rendelet hatálya alá. A K3, azaz kábítószer-tartalmú kivételek 3. jegyzéke alapján (a Magyarországon alkalmazott hatóanyagokat tekintve) nem minősülnek kábítószernek a következő összetételű gyógyszerkészítmények:

– *Codein (kodein) vagy dihydrocodein (dihidrokodein) tartalmú magisztrális vagy törzskönyvezett (forgalomba hozatalra engedélyezett) készítmények, amennyiben ezen készítmények egy vagy több komponenset tartalmaznak, és a kábítószer mennyisége adagegységenként nem haladja meg a 100 mg-ot, az osztatlan készítményekben (például oldat) a kábítószer koncentrációja nem magasabb 2,5 százaléknál, kivéve az injekciós készítményeket.*

– *Azok az összetett cocain (kokain) tartalmú gyógyszerkészítmények, amelyek legfeljebb 0,1% kokaint tartalmaznak kokainbázisra számítva és azok az összetett ópium (ópium) vagy morphine (morfin) készítmények, amelyek legfeljebb 0,2% morfint tartalmaznak vízmentes morfinbázisra számítva, és amelyek egy vagy több más komponenset oly módon tartalmaznak, hogy a kábítószer ne lehessen könnyen kivitelezhető módszerekkel vagy olyan mennyiségben visszanyerni, ami közegészségügyi szempontból veszélyt jelentene, továbbá a Pulvis opii et ipecacuanhae (más néven: Pulvis Doveri) a VII. Magyar Gyógyszerkönyv előírata alapján elkészítve.*

3. TÁBLÁZAT

A pszichotrop anyagok 2. jegyzéke (P2) a hivatalos elnevezések szerint

Amfetamin, buprenorfin, ketamin, mákszalma.

Harminc napot meghaladóan kizárólag a házi orvos jogosult az ellenőrzött szer rendszeres rendelésére – kivéve a szakorvosi javaslatához kötött ellenőrzött szert – úgy, hogy köteles értesítőt kiállítani, amit a beteggel vagy hozzátartozójával a beteg által kiválasztott patikába beküld. Amennyiben a gyógyszer adagja módosul, a házi orvos a módosított adagú szerre egy újabb értesítőt állít ki a patika részére.

A szükséges gyógyszert olyan mennyiségben kell felírni, hogy lehetőség szerint elegendő legyen a szakosított gyógykezeléshez a legközelebbi orvosi vizsgálattal. Ellenőrzött szer ismétlődő rendelése esetében a házi orvosnak a rendelés gyakoriságát úgy kell megválasztania, hogy a rendelt mennyiség a 30 napra elegendő adagot ne haladja meg. Nincs lehetőség arra, hogy az általános szabályok szerinti feltételek fennállása esetén a házi orvos háromhavi mennyiséget rendeljen a betegnek, kivéve, ha a beteg tartósan külföldre távozik. Külföldre távozó, ellenőrzött szerrel kezelt beteg – amennyiben külföldi tartózkodása nem haladja meg a 72 órát – a kezeléshez elegendő mennyiségű ellenőrzött szert a házi orvos által, a jogszabályban előírt formában kitöltött igazolás ellenében vihet ki. Minden ellenőrzött szerre külön igazolást kell kiállítani.

Amennyiben a beteg külföldi tartózkodása a 72 órát meghaladja, de rövidebb, mint 30 nap, a kezeléséhez elegendő mennyiségű ellenőrzött szert a lakóhelye sze-

rint illetékes kistérségi intézet engedélyével lehet kivinni. Az engedély megadásához a háziorvos által kitöltött igazolás szükséges.

Amennyiben a kezelés injekciós vagy infúziós készítménnyel történik, vagy a beteg külföldi tartózkodása 30 naptól 90 napig terjed, a kezeléshez elegendő mennyiségű ellenőrzött szert a kezelés alatt álló személy az EEKH engedélyével vihet ki az országból.

Az ellenőrzött szert orvosi rendelvényre a felírást követő ötödik munkanapon túl nem lehet kiadni. A határidőbe a felírás napja nem számít bele. Amennyiben hétvége vagy ünnepnap esik közbe, a munkaszüneti napok számával meghosszabbodik a kiváltás határideje.

Amennyiben a beteg értesítővel rendelkezik, és hétvégére esne a következő vény kiállítása, abban az esetben a hétvégét megelőző napon kiállított vényt a patika köteles kiszolgáltatni, tekintettel arra, hogy a vény a kiállítása napján már érvényes és ennélfogva kiváltható. Az értesítő a vénnel ellentétben csak információt és nem utasítást jelent a gyógyszerész számára. Jogszabályból levezethető, hogy a gyógyszerész a vényt érvényességi ideje alatt köteles elfogadni.

Amennyiben a beteg kórházi felvétellel kerül, azonban részére a rendszeres gyógyszerfelírás végett a háziorvos már értesítőt kiállított, abban az esetben az intézet elhagyását követően a háziorvosnak a kórházi zárójelentés figyelembevételével kell folytatnia a kábítószer felírását, adott esetben új értesítő kiállításával (például, ha a kórházban a gyógyszert a betegnek nagyobb adagban felírták).

Ha a beteget a kórházban ellenőrzött szerrel kezelték, jogszabály szerint az intézménynek kötelessége, hogy őt az elbocsátás napjára a rendelt ellenőrzött szerrel ellássa. A kórházból a beteget elbocsátó orvos jogosult az ellenőrzött szerből maximálisan 15 napra elegendő mennyiséget rendelni a betegnek. Ennek a rendelésnek a tényét fel kell tüntetni a beteg zárójelentésén, tekintettel arra, hogy ez első rendelésnek minősül.

Kivételes esetben szakorvos is rendelhet rendszeresen ellenőrzött szert akkor, ha a készítményt külön jogszabály alapján (Sz. jelzés) csak az arra illetékes szakorvos írhatja fel (például methadon, methylyphenidat) vagy nem daganatos eredetű fájdalom csillapítására az alábbiak szerint:

A 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet („A törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási

igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról”) alapján az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter „A kiemelt és emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegségcsoportokról, indikációs területekről és a felírási jogosultak köréről” című közleménye lehetővé teszi a reumatológus, ortopéd, traumatológus vagy idegsebész szakorvosoknak vagy javaslatuk alapján – a javaslat keltétől számított hat hónapig – a háziorvosnak, hogy az eü. pont alá tartozó gyógyszereket 90%-os támogatással rendeljék hat hónapon át a degeneratív nagyízületi (BNO: M16.9, M17.9, M19.9), illetve gerincbetegségek (BNO: M47, M48, M54.4, M51.0, M51.1) súlyos, más szerekkel nem befolyásolható fájdalomnak kezelésére.

Gyakorta felmerülő kérdés, hogy ellenőrzött szer szedése esetén a beteg vezethet-e gépkocsit vagy sem. Évek óta problémát jelent, hogy mi a kötelessége a kezelőorvosnak. Végre sikerült elérni, hogy már hazánkban is vannak olyan alkalmazási előírások, amelyek az évek óta említett és nemzetközi irodalommal alátámasztott tényeket tartalmazzák, miszerint minden eset egyedi, így a tapasztalatok és az orvos megítélésétől függ, hogy mit javasol. Kizárólag példaképpen emeljük ki az egyik alkalmazási előírásban foglaltakat: „A hidromorfon károsíthatja ezeket a képességeket. Ennek nagyobb a valószínűsége a kezelés elkezdésekor, dózisznöveléskor, készítmény cseréje esetén vagy akkor, ha a hidromorfont alkohollal vagy más központi idegrendszeri depresszáns szerrel együtt szedik. Egy bizonyos dózissra beállított beteg esetén nem feltétlenül kell ezeket a műveleteket abbahagyni. Minden esetben ki kell kérni az orvos véleményét, amennyiben gépjárművet vezetne vagy gépeket kezelne.”

Végezetül szükséges rögzíteni azt, hogy az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendelkezéséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet alapján gyógyszer, így kábítószer rendelésére is jogosult minden orvos, aki az orvosi diplomához kötött tevékenység folytatására jogosult, és a külön jogszabályban meghatározott gyógyszerrendelésre jogosító bélyegzővel rendelkezik. Az alapellátásban dolgozó háziorvosok az OEP-pel kötött vényírási szerződésük alapján alanyi joggal jogosultak OEP-térítéssel kábító hatású fájdalomcsillapítót rendelni, ehhez semmilyen egyéb engedélyre nincs szükség.

IRODALOM

1. Vincent A, Lidén Y, Arnér A. Pain questionnaires in the analysis of long lasting (chronic) pain conditions. *European Journal of Pain* 2001;7:311-21.
2. Freynhagen R, Zenz M, Strumpf M. WHO Step II – Clinical reality or a didactic instrument. *In German der Schmerz* 1994;8:210-15.
3. Kismarton J, Bonyhády E. Nem daganatos eredetű fájdalomcsillapítása opioidokkal. *Orvostovábbképző Szemle* 2005;12(3):89-97.
4. Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve. Eü. K. III. évf. 11. szám. (2002. május 23.) (1499-1502.)
5. Embey-István D. Daganatos betegek fájdalomcsillapítása. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 1996;1:49-50.
6. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardis M, Aloisio L, Mazzei A, Paladini A, et al. Use of strong opioids in advanced cancer pain: randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004;27(5):409-416.
7. Inturissi CE. Clinical pharmacology of opioids for pain. *The Clinical Journal of Pain* 2002;18:4. Supplement.
8. Sabatowski R, et al. Driving ability under long-term treatment with transdermal fentanyl. *J Pain Symptom Manage* 2003;25:38-47.
9. Allison Murray, CCFP, MPH and Neil A. Hagen, hydromorphone. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005;29(5)Suppl1: 57-66.
10. Palangio M, Northfelt DW, Portenoy RK, Brookoff D, Doyle RT Jr, Dornseif BE, et al. Dose conversion and titration with a novel, once-daily, OROS osmotic technology, extended-release hydromorphone formulation in the treatment of chronic malignant or non-malignant pain. *J Pain Symptom Manage* 2002;23(5): 355-68.
11. Angst MS, Drover DR, Lötsch J, et al. Pharmacodynamics of orally administered sustained release hydromorphone in humans. *Anesthesiology* 2001;94:63-73.
12. Kismarton J, Boruzs H, Csáková I, Gecsó É. Ellenőrzött szerek rendelkezése a hatályos jogszabályok alapján. *Családorvosi Fórum* 2005; 11:64-8.