

V Światowy Kongres Polonii Medycznej

V Światowy Kongres Polonii Medycznej zakończył się i wszyscy chętnie przeczytalibyśmy podsumowanie - takie opinie słyszałem w ostatnim czasie. Ponieważ nie uczestniczyłem we wszystkich sesjach poprosiłem przewodniczących sesji o i niektórych aktywnych uczestników o krótką ocenę. Wszyscy jesteście bardzo zajęci, a w szczególności przewodniczący sesji, a więc trochę to potrwało zanim otrzymałem pierwszą część materiałów. Poniżej ją zamieszczam (drugiej jeszcze nie otrzymałem, ale mam nadzieję że do następnego numeru dojdzie) spięte klamrą moich uwag i komentarzy

Ale zacznijmy od początku:

Przed każdym kongresem trzy punkty są konieczne do ustalenia – jego miejsce, program i sposób finansowania. Jeszcze na IV Kongresie w rozmowie z Wojtkiem Marquardtem i Grzegorzem Opalą zaproponowałem, żeby Śląska Izba Lekarska została organizatorem V Kongresu. Pomysł został podchwycony, Rada Federacji zgodziła się z tą propozycją, tak że stosunkowo wcześniej mieliśmy partnera. Śląska Izba Lekarska (a konkretnie Komitet Organizacyjny z Wojtkiem Marquardtem jako przewodniczącym) zajęła się przygotowaniem części organizacyjnej Kongresu, Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych (a konkretnie Komitet Programowy ze mną jako przewodniczącym) zajęła się przygotowaniem części programowej. Wstępny program został ustalony na podstawie „call for ideas” w środowisku polonii medycznej i w końcowym efekcie był zdaniem zdecydowanej większości uczestników bardzo udany. Jeżeli chodzi o finansowanie Kongresu to jest to zawsze sprawa kluczowa dla jego powodzenia, wymagająca wielu starań i zabiegów. W przypadku V kongresu, w związku z trudną sytuacją publicznych finansów RP starania te były szczególnie żmudne. Dzięki osobistym zabiegom zarówno prezesa Rady Federacji jak i wiceprezesa Naczelnej Izby Lekarskiej (Wojciech Marquardt) udało się uzyskać dofinansowanie zarówno od Naczelnej Izby Lekarskiej jak i od Senatu RP. Dofinansowanie to, aczkolwiek o połowę niższe od wnioskowanego i o połowę niższe od uzyskanego dla poprzedniego IV Kongresu umożliwiło sfinansowanie 103 stypendiów dla kolegów z krajów byłego Związku Radzieckiego. Umożliwiło im to przyjazd i wystąpienie na kongresie przyczyniając się do integracji Polonii Medycznej. Duże problemy organizacyjne stworzyło uzyskanie promesy dofinansowania dopiero na miesiąc przed kongresem.

Tyle wstępu, poniżej zamieszczam podsumowania / oceny inauguracyjnej i pierwszego dnia kongresu. Teksty pisane przeze mnie są oznaczone inicjałami JB (Jakub Bodziony)

Czwartek, 29 maja 2003, godz. 18, Filharmonia Śląska, Katowice, Uroczystość otwarcia i koncert powitalny, wykład inauguracyjny, koktajl powitalny

Uroczystość otwarcia prowadziliśmy wspólnie (JB) z Wojtkiem Marquardtem. Jak zwykle wiele osób i instytucji pomagało przy organizacji kongresu, bez zbiorowego poparcia nie udaje się zorganizować takiej imprezy. W pamięci pozostało mi szczególnie miłe wystąpienie przedstawiciela ministerstwa spraw zagranicznych oraz wystąpienie prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, Kostka Radziwiłła. Po powitaniach i podziękowaniach, które jak zwykle trochę długo się ciągnęły (ale na szczęście nikogo nie pominieliśmy☺) odbył się wykład inauguracyjny profesora Andrzeja Szczeklika „O sztuce lekarskiej”. Właściwie temat, z którym się stykamy coraz rzadziej, tym razem fascynujące ujęcie. Załączam cytat z wykładu i z książki, bo wykład był właściwie promocją książki p.t. Katharsis – o uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki: „Przed sześciuset laty Petrarca twierdził, iż gdyby wziąć tysiąc ludzi cierpiących na tę samą chorobę i połowę z nich oddać w ręce lekarza, połowę zostawić swojemu losowi, to ci ostatni mieliby lepsze szanse na wyzdrowienie. Przez wieki też powtarzano, iż pomiędzy dobrym a złym lekarzem różnica jest ogromna, lecz pomiędzy dobrym lekarzem a brakiem lekarza nie ma żadnej. Harwardzki biochemik Henderson uważał, iż dopiero około 1910 roku przeciętny chory, zgłaszający się do przypadkowo wybranego lekarza, miał po raz pierwszy w historii szansę przekraczającą 50 %, by odnieść z tej wizyty korzyść. Jeśliby tak było, to jak mogła przez tysiąclecia funkcjonować medycyna? Czym wytłumaczyć wyzdrowienia? Czyż nie były one udziałem lekarzy, z wyjątkiem może tych najbardziej miernych?

Paradoks ten wyjaśniał Hipokrates uzdrowicielską siłą natury. To w samej naturze – uczył on – drzemią dobroczynne, lecznicze siły, lecznicza moc (vis medicatrix naturae). Trzeba zaufać naturze. Przy łóżku chorego obserwować bacznie, jak ona postępuje, pomagać jej, nigdy nie szkodzić. Takie też było pierwotnie znaczenie aforyzmu – powtarzanego dziś równie często jak przez wieki – primum non nocere” Nic dziwnego, że wykład tak nas zafascynował, że o mało nie spóźniliśmy na polonijno – lekarskie wystąpienie telewizyjne (razem z 6 kolegami wzięliśmy udział w telewizyjnym forum polonijnym, myślę że wkrótce będzie można udostępnić link do nagrania, dlatego też tutaj nie będę opowiadał szerzej o nim). W związku z uczestnictwem w tym programie nie zdążyliśmy na koncert i cocktail powitalny - a podobno było czego żałować. ☺ (JB) .

Piątek, 30 maja 2003, Dom Lekarza, ul. Grażyńskiego 49a, Katowice, 8:30-17:00

Telemedycyna - "distance medicine" i "distance learning"

Zaskoczyła trochę duża frekwencja na sali. Wydawałoby się tematyka specjalistyczna, trochę futurystyczna, nie znajdzie szerszego zainteresowanie. Pod koniec sesji w małej, dwudziestoosobowej salce było prawie 40 osób. Ale może to nie tematyka o osobowości moderatorów sesji przyciągnęły słuchaczy ☺.

W swoim wystąpieniu „Współczesne możliwości kształcenia lekarzy poprzez Internet (distance learning) przedstawiłem m.in. multimedialne możliwości zarówno kształcenia studentów jak i kształcenia podyplomowego lekarzy różnych specjalności ze szczególnym uwzględnieniem technik internetowych (distance learning) na przykładzie projektu DocEdu realizowanego w ramach programu UE Leonardo da Vinci.

Ryszard Sztoch z firmy LTC przedstawił problematykę Biuletynu Informacji Publicznej oraz szczegóły jej wprowadzenia w Izbach Lekarskich. Jarek Kosiaty z portalu medycznego Esculap przedstawił dwa referaty – jeden dotyczący serwisu informacyjnego – „Polski Lekarz w Unii Europejskiej” oraz drugi poświęcony aktualnej informacji prawnej dla polskich i polonijnych lekarzy w sieci Internet. Przy tej okazji rozwinęła się ożywiona dyskusja na temat ograniczeń z jakimi jest związane przedstawianie treści medycznych w internecie.

Jana Chomenko z Towarzystwa Lekarzy Polskich w Winnicy, Ukraina przedstawiła listę PolMed jako przykład funkcjonujących konsultacji medycznych przez internet. Zostały przedstawione te przypadki, o których konsultacje proszono oraz krytycznie przedyskutowano wyniki tych konsultacji. Andrzej Kajetanowicz przedstawił telemedycynę w Kanadzie. Ze względu na większe odległości telemedycyna stała się integralną częścią kanadyjskiej służby zdrowia. Następny referent, dr. Zygmunt Podolec z Ośrodka Aerozoloterapii, Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego miał omówić zastosowanie internetu w programowaniu i kontroli leczenia chorych na mukowiscydozę. Niestety pomylił dni, tak że nie wysłuchaliśmy tego ciekawie się zapowiadającego referatu. Iwan Katerenchuk (Poltawa) wspólnie z Anatolem Święcickim (Kijów) przedstawili trochę filozoficzne połączenie nowoczesnych i tradycyjnych metod kształcenia medycznego w epoce jutra w szerokim ujęciu. Sesję zakończył interesujący referat Haliny Kulik ze Śląskiej Akademii Medycznej poświęcony roli internetu dla grup samopomocowych pacjentów przewlekle chorych. Okazuje się, że w Polsce, mimo stosunkowo dużej ilości grup samopomocowych tylko niewielka ilość z nich ma prezentację internetową. Zupełnie inną sytuację obserwuje się w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej. Tam podstawą działania grup samopomocowych jest prezentacja internetowa. Niżej podpisany zwrócił uwagę na możliwość uzyskania funduszy Unii Europejskiej na takie projekty. (JB).

Mistrz-czeladnik ? Uczenie lekarzy wczoraj i dziś (Konferencja okrągłego stołu)

Udział wzięli następujący koledzy: Jakub Bodziony, University Hospital of Saarland, Waclaw Jez, Szpital Kliniczny nr. 9 w Bytomiu, Pawel Lampe, Klinika Chirurgiczna Śląskiej Akademii Medycznej, Witold Lukas, Zakład Medycyny Rodzinnej Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice, Ewa Teslar, UFR Broussais Hotel Dieu, Université Pierre et Marie Curie à Paris., Arkadiusz Siennicki-Lantz, Clinic of Neurology, University Hospital od Lund, Krzysztof Schreyer, Szpital w Pruszkowie i Komisja Współpracy Zagranicznej WIL, Marek Rudnicki, Metropolitan Group Hospitals/Univ. of Illinois Residency Program in Surgery, Chicago i Jan Zierski, Klinika Neurochirurgii KH Neukoeln, Berlin. Dyskusja, przy udziale sali była bardzo ożywiona i rozpocząłem ją (JB) trochę prowokacyjnym stwierdzeniem, że zmienił się zasadniczo sposób uczenia lekarzy z systemu mistrz-nauczyciel na system „ucz się sam” czyli na autodydaktykę. Przypomniałem, że w preambule kodeksu etyki lekarskiej i przysięgi medycznej w Polsce przetrwała ładna ale moim zdaniem trochę nieaktualna formuła „Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:...” Zarówno zaproszeni uczestnicy jak i sala podzieliła się na tych którzy mieli mistrza i na tych którzy go nigdy nie widzieli. Odniosłem statystycznie niezwyrodniane wrażenie, iż linią podziałową był wiek. Ci którzy mieli kontakt z mistrzem przeważnie byli po sześćdziesiątce ☺.

Równoległe z dyskusją okrągłego stołu i sesją poświęconą telemedycynie odbywała się sesja poświęcona aktualnemu stanowi wiedzy na temat astmy oskrzelowej. Uczestniczyła w niej Bożena Jazwiec, jej opis poniżej.

Sesję prowadzili: Piotr Brewczyński, Kierownik Wojewódzkiej Poradni Alergologicznej w Katowicach i Jan Cieśliński, Ordynator Oddziału Pulmonologii Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Wodzisławiu Śl. Program sesji obejmował sześć wykładów naukowo-szkoleniowych oraz prezentację dwóch prac oryginalnych. Prof. Barbara Rogala z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Alergologii i Immunologii Klinicznej ŚAM w Zabrze wprowadziła uczestników sesji o astmie oskrzelowej w obecny stan wiedzy o tej chorobie. Na przestrzeni ostatnich lat dokonał się znaczny postęp w poznaniu etiopatogenezy i kliniki astmy oskrzelowej. Mimo ograniczeń w jednoznacznym sformułowaniu określenia choroby obowiązuje pogląd, że astma jest zapaleniem dróg oddechowych, a odczyn zapalny warunkuje nadreaktywność oskrzeli na różnorodne czynniki. Taka definicja astmy stanowi podstawę do nowoczesnych strategii terapeutycznych. Doc. Jerzy Kozielski z Katedry i Kliniki Ftyzjopneumologii ŚAM w Zabrze przedstawił główne założenia w diagnostyki astmy. Wywiad, badanie przedmiotowe, badania czynnościowe płuc stanowią od lat podstawowe elementy rozpoznania choroby. Pomocniczymi elementami tego rozpoznania są badania diagnostyczne alergii oraz badania z wykorzystaniem niektórych markerów takich jak TGFβ i EF2, ocena ekspresji receptorów:

glukokortykoidowego, β i innych, a także nieinwazyjne badania oceniające nasilenie zapalenia dróg oddechowych.

Interesujący wykład pod tytułem „Terapia astmy oskrzelowej – współczesność i perspektywy” przedstawił prof. Marek Kowalski z Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej UM z Łodzi. Zgodnie ze współczesnym rozumieniem patofizjologii astmy, leki stosowane w astmie podzielić możemy na dwie grupy: kontrolujące chorobę (inaczej przeciwzapalne), do których zaliczamy kortykosteroidy, kromoglikan dwusodowy i nedokromil i objawowe (rozkurczające oskrzela) czyli betamimetyki, cholinolityki i metyloksantyny. Ponieważ astma jest chorobą oskrzeli, uzasadnione wydaje się preferowanie leków podawanych drogą wziewną. Postęp w leczeniu astmy odbywa się na kilku płaszczyznach: znajdujemy nowe sposoby i formy stosowania dotychczasowych leków (np. poprzez stosowanie terapii złożonej) oraz poszukujemy nowych leków uwzględniających poznane mechanizmy zapalenia astmatycznego. Od kilku lat w badaniach klinicznych znajduje się zupełnie nowy lek będący przeciwciałem rekombinowanym (tzn. wyprodukowanym metodami biologii molekularnej) skierowanym przeciw cząstce immunoglobuliny IgE (anty-IgE) pod handlową nazwą Omalizumab. W leczeniu astmy oskrzelowej ważnym obszarem postępu może stać się farmakogenetyka umożliwiająca rozpoznanie podatności pacjentów na poszczególne leki i odpowiedni indywidualny dobór leczenia w oparciu o wyniki badań genetycznych.

Prof. Władysław Pierzchała z Katedry i Kliniki Pneumonologii ŚAM w Katowicach omówił w swoim wykładzie problem jakości życia chorych na astmę. Samo pojęcie jakości życia w zależności od stanu zdrowia jest definiowane jako indywidualny odbiór sytuacji życiowej w kontekście systemu wartości i uwarunkowań w jakich człowiek żyje oraz jego celów i przyjętych standardów. W ocenie jakości życia chorych na astmę stosuje się badania psychologiczne wieloczynnikowe i badania kwestionariuszowe z podziałem na badania ogólne do oceny jakości życia w chorobach układu oddechowego oraz badania swoiste (np. kwestionariusz dla dzieci chorych na astmę, kwestionariusz dla rodziców i opiekunów dzieci chorych na astmę).

Doc. Dariusz Ziara z Katedry i Kliniki Ftyzjopneumonologii ŚAM w Zabrze wygłosił referat na temat astmy a POChP (przewłękła obturacyjna choroba płuc). Zdecydowane różnice pomiędzy tymi dwoma chorobami przebiegającymi z ograniczeniem przepływu powietrza w dolnych drogach oddechowych widoczne są już w czynnikach ryzyka prowadzących do powstania choroby. I tak, u chorych na astmę są to alergen i niektóre czynniki zawodowe, atopia oraz niski wzrost urodzeniowy, a w POChP palenie papierosów, narażenie zawodowe na działanie gazów i pyłów drażniących oraz niedobór α -1 antytrypsyny. Pomiędzy astmą i POChP istnieją także różnice patomorfologiczne, czynnościowe i kliniczne, i z tego względu nieco inaczej realizowane są zasadnicze cele terapeutyczne w przypadku tych dwóch chorób. Najistotniejsze w POChP jest rzucenie palenia, farmakoterapia objawowa i rehabilitacja oddechowa.

Podsumowujący wykład pod tytułem „Polski wkład w badania i opiekę nad chorymi na astmę oskrzelową” przedstawił Konsultant Krajowy ds. Alergologii prof. Jerzy Kruszewski z Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. W naszym kraju wiedza o astmie jest dla lekarzy i pacjentów łatwo dostępna. Formalny nadzór nad opieką nad chorymi na astmę sprawują konsultanci krajowi w dziedzinach: alergologii i chorób płuc, wraz z zespołami konsultantów wojewódzkich. Refundacja wszystkich leków przeciwastmatycznych w Polsce jest wyjątkowo wysoka, dzięki czemu chory na astmę może być leczony bardzo nowoczesnie. Obecne zasady postępowania w astmie opierają się już nie na opinii pojedynczych autorytetów, ale na ustaleniach międzynarodowych gremiów eksperckich, które są w naszym kraju propagowane i stosunkowo szybko wdrażane. Warto również podkreślić, że chociaż stan kontroli astmy u wielu chorych w Polsce nie może być jeszcze uznany za optymalny, to w tym zakresie nie odbiegamy bardzo od innych rozwiniętych krajów europejskich.

Przy udziale wykładowców z części naukowo-szkoleniowej odbyła się jeszcze prezentacja dwóch prac oryginalnych pochodzących z Ukrainy i z Polski.

Dr Olga Bondarewa z Berdiańska w swojej pracy pod tytułem „Osobliwości przebiegu chorób alergicznych: alergiczne podłoże astmy w regionie zaporowskim” przedstawiła niepokojącą sytuację chorych na astmę na Ukrainie. Według danych Naukowo-Badawczego Instytutu Ftyzjopulmonologii na Ukrainie ponad 2500 tys. osób choruje na astmę, a opieka nad tymi chorymi wiąże się nierozdzielnie z kwestiami finansowymi. W położonym w obwodzie zaporozkim mieście Berdiańsk prawie 4 tys. (3,5%) mieszkańców to chorzy na astmę, 1120 tych osób straciło zdolność do pracy i posiada status inwalidy.

Dr Bożena Jaźwiec-Kanyon z Sosnowca przedstawiła pracę dotyczącą badań porównawczych nad częstością dodatnich testów skórnych u dzieci w wieku szkolnym zamieszkałych w Polsce i Rumunii. W naszym kraju obserwowano istotnie wyższy odsetek dodatnich wyników testów skórnych (21,4%) w porównaniu z analogiczną grupą wiekową dzieci w Rumunii (11,0%). Pracę przeprowadzono w ramach epidemiologicznego programu CESAR (Central European Study on Air pollution and Respiratory health) finansowanego przez Unię Europejską.

Na zakończenie sesji przeprowadzono dyskusję okrągłego stołu. Wszyscy uczestnicy sesji o astmie mogli zadawać pytania do wykładowców w formie pisemnej, na wcześniej rozdanych przez organizatorów kartkach (które jednocześnie brały udział w losowaniu cennych książek z zakresu alergologii).

Trzecią sesją odbywającą się równolegle w pierwszym dniu kongresu była sesja poświęcona szkoleniu specjalizacyjnemu i pospecializacyjne lekarzy rodzinnych w Polsce i na świecie. Ewa Teslar z Witoldem Lukaszem tak pisze o tej sesji:

Doc. Witold Lukas przedstawił sytuację polskiej medycyny rodzinnej która istnieje jako osobna specjalizacja od 1993 roku.

Christofer Kubik poruszył sytuację w Stanach Zjednoczonych gdzie lekarz rodzinny, ma obowiązek poddać się certyfikacji co 7 lat.

We Francji, przypomniała Ewa Teslar, nadal nie ma osobnej specjalizacji lekarza rodzinnego. Nowe reformy przewidują to w następnym roku, za to lekarze praktykujący w zakresie medycyny rodzinnej kładą duży nacisk na kształcenie.

Modelem dla wielu systemów kształcenia jest system kanadyjski; bardzo interesująco został pokazany przez Małgorzatę Rowicką.

Marek Jerwański obszernie mówił o szwedzkim systemie kształcenia w którym jest rozwinięty staż praktyczny rezydenta w praktyce lekarza rodzinnego.

System litewski, przedstawiony przez Marię Suchocką, wymaga od lekarza rodzinnego odnowienia swoich wiadomości co pięć lat, aby zaliczyć licencję i mieć prawo wykonywania zawodu (recertyfikacja).

Andżela Bogucka mówiła w imieniu Liliany Groppa o specjalnej sytuacji ekonomicznej w Moldawii, gdzie kształcenie ustawiczne jest obowiązkowe, ale państwo nie zapewnia żadnych środków finansowych i lekarze rodzinni jeżdżą na własny koszt dokształcać się do Rumunii.

Zarówno referat S. i W. Prokopowiczów interesująco przedstawiony przez Andrzeja Szpakowa, który mówił o sytuacji lekarzy rodzinnych na Białorusi jak i solidnie udokumentowany referat Aleksandra Pulyka z Ukrainy nawiązywał do sytuacji lekarzy rodzinnych, specjalistów pracujących w przychodniach razem z innymi specjalistami.

Porównywanie tych różnorodnych systemów było naturalnie bardzo interesujące i pokazało jak szybko jest tendencja do ustaw, praw i reform. Rok 1998/1999 był przełomem jeżeli chodzi o ustawy dotyczące kształcenia lekarzy rodzinnych w wielu krajach europejskich. Dużo pytań i prawdziwe zainteresowanie z sali motywuje nas do dalszego kontynuowania tej tematyki.

Po godzinie 14:00 odbyły się równolegle trzy sesje: historia medycyny polonijnej, aspekty etyczne w medycynie i współpraca i integracja lekarzy polskich i polonijnych.

Piotr Konopka tak pisze o sesji „Historia medycyny polonijnej”

W niezwykle ciekawych obradach wygłoszonych zostało 14 komunikatów przez kolegów z 7-iu krajów.

Po wstępnym doniesieniu Dr. Brozka ze Śląskiej AM, który przedstawił stan polskich stowarzyszeń medycznych na całym świecie, Dr. Konopka z Paryża opisał rolę polskich uczonych i polskich stowarzyszeń medycznych w XIX-ym wieku we Francji. Liczni mówcy (Drs Świecicki, Kosiaty, Mickielewicz, Rotkiewicz, Hrycek, Słowik, Tarnawiecka) opisali rolę polskich stowarzyszeń medycznych i polskich uczonych w okresie międzywojennym i w czasie ostatniej wojny, z podkreśleniem ważnej roli kobiet – lekarzy (Dr Kulik). Kilka doniesień zajęło się również rolą polskich stowarzyszeń medycznych w okresie powojennym (Drs Szpindor, Chwajol.)

Sesja pozwoliła zebranych na zapoznanie się z bogatymi tradycjami polskiej medycyny w wielu krajach, jak też z losami, często tragicznymi, wielu polskich uczonych światowej sławy (Prof. Pelczar z Wilna, czy Prof. Parnas i Weigl ze Lwowa).

Józef Grabski tak pisze o sesji aspekty etyczne w medycynie:

Przed spotkaniem rozdano dostępne streszczenia referatów oraz zestawienie wytycznych dyskusyjnych.

Referaty poruszały zasadnicze problemy etyki medycznej; dylematy moralne związane z postępem biologii i biotechnologii medycyny w szczególności kwestie związane z transplantacją organów (sprawiedliwy podział skąpych środków medycznych) aspekty prawne, eksperymentowanie na ludzkich embrionach, fertylizacja in vitro, diagnostyka preimplantacyjna i prenatalna, klonowanie reprodukcyjne i terapeutyczne, aspekty etyczne w pediatrii oraz problemy związane z finansowaniem opieki medycznej. Wystąpienia były wizualnie dobrze ilustrowane. Na uwagę zasługuje fakt że elementy dyskusyjne popierane były często cytatami znanych autorytetów jak (Kołakowski, Tischner, Derrida, Elio Sgreccia, K. Wojtyła, Habermas) co świadczy o kwalifikacyjnej orientacji w tej materii. Wokół poszczególnych kwestii i problemów toczyła się żywa dyskusja w aspekcie często konfrontujących się poglądów etyki tradycyjnej i relatywistycznej na zasadzie wspólnego minimum moralnego, która trwała również poza spotkaniem (duża aktywność wykazali tu koledzy z Ukrainy)

Zebrał i opatrzył komentarzami Jakub Bodziony, cdn (po otrzymaniu pozostałych sprawozdań ☺).

Komunikat

W niedzielę, 1 czerwca 2003 roku odbyło się Zebranie Rady Federacji. Wybrano Zarząd w następującym składzie: Jakub Bodziony, Niemcy (prezes), Jan Borowiec, Szwecja (wiceprezes) Andrzej Szpakow, Białoruś (sekretarz) i Mirosław Sochański, USA (skarbnik)

Za Zarząd

Andrzej Szpakow, sekretarz