



**Uchwała Nr ZO/073/20u  
z dnia 18 listopada 2020 r.  
Zespołu Orzekającego  
w sprawie o sygn. akt:  
KER/162/20**

1. Zespół Orzekający Komisji Etyki Reklamy, działającej przy Związku Stowarzyszeń Rada Reklamy, w składzie:

- **Maciej Korobacz – przewodniczący,**
- **Małgorzata Domaszewicz – członek,**
- **Elżbieta Kondziola – członek,**

na posiedzeniu w dniu 18 listopada 2020 r., po rozpatrzeniu skargi o sygnaturze akt KER/162/20 złożonej, na podstawie pkt. 11 Regulaminu Rozpatrywania Skarg, przez konsumenta (bliższe dane w aktach sprawy), (dalej: Skarżący), przeciwko reklamie telewizyjnej Nutricia Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (dalej: Skarżony)

**postanawia**

- skargę oddalić.

2. Zespół Orzekający ustalił, co następuje:

Do Komisji Etyki Reklamy wpłynęła skarga o sygnaturze akt KER/162/20. Przedmiotem skargi była reklama telewizyjna produktu marki Nutridrink.

Skarżący w prawidłowo złożonej skardze poinformował:

„Skarga: Reklama daje konsumentom fałszywą nadzieję, że Nutridrink wspiera wychodzenie z udaru. Dodatkowo w kraju w którym wielu ludzi umiera na udar, w którym w kilkudziesięciotysięcznym mieście powiatowym nie można znaleźć logopedy do ćwiczenia z osobą po udarze, a refundowana rehabilitacja ogranicza się do 30 minut dziennie pokazuje świat nieosiągalny dla większości Polaków. Dodatkowo powołuje się na rekomendację lekarską - lekarz polecił podczas gdy na w naszym przypadku pielęgniarki nie chciały podawać produktu mówiąc, że wywołuje biegunki. Uważam, że wprowadza to w błąd zarówno co do właściwości produktu jak i sytuacji osób po udarze i biorąc pod uwagę wagę i skalę problemu taka reklama nie powinna być emitowana w mediach.”- pisownia oryginalna

W toku posiedzenia skargę przedstawiał i popierał arbiter - referent.

Arbiter-referent wniósł o uznanie reklamy za sprzeczną z art. 2 ust. 1, art. 8, art. 10 ust. 1 a) Kodeksu Etyki Reklamy:



Art. 2 ust. 1.

Działania objęte postanowieniami Kodeksu będą wykonywane z należytą starannością, zgodnie z dobrymi obyczajami, prowadzone w poczuciu odpowiedzialności społecznej oraz zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji.

Art. 8

Reklama nie może nadużywać zaufania odbiorcy, ani też wykorzystywać jego braku doświadczenia lub wiedzy.

Art. 10

1. Ponadto reklamy nie mogą wprowadzać w błąd jej odbiorców, w szczególności w odniesieniu do:

a) istotnych cech, w tym właściwości, składu, metody, daty produkcji, przydatności, ilości, pochodzenia (w tym geograficznego) reklamowanego produktu;

Skarżony uczestniczył w posiedzeniu; Skarżony złożył pisemną odpowiedź na skargę o następującej treści: „Działając w imieniu Nutricia Polska Sp. z o.o., w odpowiedzi na skargę konsumentką w sprawie reklamy telewizyjnej produktu Nutridrink, wnoszę:

- o oddalenie skargi na mocy pkt 43 ppkt 1. lit. b) Regulaminu rozpatrywania skarg z uwagi na brak faktu naruszenia norm Kodeksu.

UZASADNIENIE

I. Zarzuty stawiane przez skarżonego

Konsument złożył skargę na reklamę telewizyjną produktu Nutridrink nadawaną między innymi w dniu 21 września 2020 roku przez TVN.

Zdaniem skarżącego „Reklama daje konsumentom fałszywą nadzieję, że Nutridrink wspiera wychodzenie z udaru.” Tymczasem zastosowany przekaz brzmi: Nutridrink odżywia, dzięki czemu wspiera proces rehabilitacji. Korelacja pomiędzy stanem odżywienia pacjenta, a procesem rehabilitacji jest faktem, potwierdzonym w szeregu publikacji naukowych. Pamiętać należy, iż pacjenci po udarze mózgu stanowią populację heterogenną. Zarówno w odniesieniu do wieku czy współistniejących jednostek chorobowych, jak i kwestii związanych z samym incydentem udarowym: rozległość udaru, jego umiejscowienie, czas jaki upłynął pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów a wezwaniem pomocy i udzieleniem leczenia.

Sformułowanie „wspiera wychodzenie z udaru” jest nadmiernym uproszczeniem oraz nadinterpretacją niezgodną z podstawowym przekazem. W odniesieniu do wyżej wymienionych czynników, sama rehabilitacja stanowi jeden z elementów postępowania po udarze mózgu, mających na celu umożliwienie pacjentowi powrót do jak największej samodzielności.

Następnie skarżący nadmienia „Dodatkowo w kraju w którym wielu ludzie umiera na udar, w którym w kilku dziesięciotysięcznym mieście powiatowym nie można znaleźć logopedy do ćwiczenia z osobą po udarze, a refundowana rehabilitacja ogranicza się do 30 minut dziennie pokazuje świat nieosiągalny dla większości Polaków” Zdajemy sobie sprawę, że sytuacja pacjentów i ich opiekunów, szczególnie w obliczu pandemii, może być trudna. Przytoczona wypowiedź wskazuje na rozżalenie polskim systemem opieki zdrowotnej, lecz w rzeczywistości nie ma związku ze skarżoną reklamą. Spot reklamowy dotyczący produktu Nutridrink nie odnosi się ani do opieki logopedy, ani bezpośrednio do rehabilitanta, a do całego procesu rehabilitacji, rozumianego jako podejmowanie szeregu aktywności mających na celu usprawnienie pacjenta. Rehabilitacja może być prowadzona w oddziałach



rehabilitacji neurologicznej, jak również w warunkach domowych: we wsparciu rehabilitanta, a następnie samodzielnie, w oparciu o wskazówki rehabilitanta - wizualizacja takiej właśnie sytuacji ma miejsce w spocie.

Kolejny zarzut stawiany przez skarżącego „Dodatkowo powołuje się na rekomendację lekarską - lekarz polecił podczas gdy na w naszym przypadku pielęgniarki nie chciały podawać produktu mówiąc, że wywołuje biegunki” Produkty z kategorii Żywności specjalnego przeznaczenia medycznego stosować należy pod nadzorem lekarza, stąd odwołanie do jego rekomendacji. Lekarz w oparciu o swoje doświadczenie i wiedzę zleca zindywidualizowane, dobrane do potrzeb pacjenta postępowanie dietetyczne, które - jeśli uzna to za stosowane - obejmować może również wsparcie żywieniowe doustnymi preparatami odżywczymi.

W ostatnim zdaniu skarżący stwierdza „Uważam, że wprowadza to w błąd zarówno co do właściwości produktu jak i sytuacji osób po udarze i biorąc pod uwagę wagę i skalę problemu taka reklama nie powinna być emitowana w mediach”. Główną cechą produktu jest zawartość składników odżywczych, w małej objętości. Produkt Nutridrink jest preparatem o wysokiej kaloryczności i gęstości odżywczej. Celem jego zastosowania w dobowym jadłospisie jest utrzymanie lub poprawa stanu odżywienia pacjentów, którzy z różnych przyczyn nie są w stanie pokryć zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze z wykorzystaniem wyłącznie diety opartej na tradycyjnych posiłkach. Zastosowane hasła „Odżywia i dzięki temu wspiera leczenie i proces rehabilitacji” odnosi się do dowodów naukowych a także Wytycznych Towarzystw Naukowych, wskazujących korzyści płynące z zastosowania doustnych preparatów odżywczych w omawianej grupie pacjentów.

### II. Specyfika produktu Nutridrink

W tym miejscu warto wyjaśnić, że produkt Nutridrink należy do kategorii żywności specjalnego przeznaczenia medycznego. Zgodnie z definicją wskazaną w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 609/2013 z dnia 12 czerwca 2013 r. w sprawie żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała oraz uchylające dyrektywę Rady 92/52/EWG, dyrektywy Komisji 96/8/WE, 1999/21/WE, 2006/125/WE i 2006/141/WE, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/39/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 41/2009 i (WE) nr 953/2009, „żywność specjalnego przeznaczenia medycznego” oznacza żywność specjalnie przetworzoną lub żywność o specjalnym składzie przeznaczoną do dietetycznego odżywiania pacjentów, w tym niemowląt, stosowaną pod nadzorem lekarza; jest ona przeznaczona do wyłącznego lub częściowego żywienia pacjentów z ograniczoną, upośledzoną lub zaburzoną zdolnością przyjmowania, trawienia, wchłaniania, metabolizowania lub wydalania zwykłej żywności lub niektórych składników odżywczych zawartych w tej żywności lub jej metabolitach, lub pacjentów z innymi uzasadnionymi medycznie wymaganiami żywieniowymi, w przypadku których dietetyczne odżywianie nie może zostać osiągnięte jedynie przez zmianę normalnej diety”.

Jak wskazuje rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2016/128 z dnia 25 września 2015 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w odniesieniu do szczegółowych wymogów dotyczących składu żywności specjalnego przeznaczenia medycznego oraz informacji na jej temat. Preambuła (3) Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego jest opracowywana w ścisłej współpracy z pracownikami służby zdrowia w celu żywienia pacjentów dotkniętych określoną zdiagnozowaną chorobą, zaburzeniem lub schorzeniem lub niedożywionych z



powodu choroby, zaburzenia lub schorzenia, które uniemożliwia lub znacznie utrudnia im zaspokajanie potrzeb żywieniowych poprzez spożywanie innej żywności. Z tego względu żywność specjalnego przeznaczenia medycznego musi być stosowana pod nadzorem lekarza, który to nadzór może być sprawowany z pomocą innych kompetentnych pracowników służby zdrowia.

Produkt Nutridrink jest wprowadzany do diety pacjenta, zgodnie z rekomendacją lekarza, aby zaspokoić potrzeby żywieniowe pacjenta w sytuacji, kiedy spożywanie tradycyjnej żywności nie jest wystarczające.

Nutridrink jest produktem wysokoenergetycznym, kompletnym pod względem odżywczym. W zależności od rekomendacji lekarskiej może być stosowany jako jedyne źródło pożywienia - dostarczając pacjentowi wszystkich składników odżywczych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb żywieniowych (5-7 butelek 125 ml na dobę), lub jako uzupełnienie diety (1-3 butelki na dobę).

Składniki odżywcze produktu Nutridrink są skoncentrowane w małej objętości, łatwej do wypicia, aby umożliwić dostarczenie odpowiedniej ilości tych składników, szczególnie w przypadkach, kiedy pacjenci mają trudności z przyjmowaniem pokarmów, co często dotyczy pacjentów po udarze.

Jak wskazano powyżej żywność specjalnego przeznaczenia medycznego jest stosowana pod nadzorem lekarza, nie tylko w celu doboru odpowiedniego produktu dla pacjenta, zgodnie z jego wymaganiami żywieniowymi, doboru odpowiedniej ilości produktu, ale również w celu przekazania informacji ważnych z punktu widzenia stosowania produktu, w tym praktycznych instrukcji dotyczących spożywania np. picia przez słomkę, picia powoli.

### III. Odniesienie do Kodeksu Etyki

W świetle przedstawionych powyżej argumentów stwierdzić należy, iż reklama nie narusza Art. 2 Kodeksu Etyki Reklamy, gdyż jak wykazano działania skarżonego wykonywane są z należytą starannością, zgodnie z dobrymi obyczajami i prowadzone są w poczuciu odpowiedzialności społecznej.

Nie sposób też zarzuć reklamie naruszenia Art. 8 KER („ Reklama nie może nadużywać zaufania odbiorcy, ani też wykorzystywać jego braku doświadczenia lub wiedzy”), ponieważ treścią reklamy jest informacja, że Nutridrink odżywia, dzięki czemu wspiera proces rehabilitacji. Jest to informacja prawdziwa, więc nie nadużywająca zaufania odbiorcy.

Reklama nie wprowadza również w błąd jej odbiorców (Art. 10 ust 1a) ponieważ wskazuje na istotną cechę i właściwość produktu Nutridrink.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na sytuację żywieniową pacjentów po udarze mózgu. Wg Stanowiska Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów stwierdzono, że problem z odżywianiem dotyka od 8% do nawet 62% chorych z udarem, o czym szerzej wspomniano poniżej. Zważywszy na ten doniosły społecznie problem, celem i intencją skarżonego jest informowanie o produktach dostępnych na polskim rynku dla pacjentów oraz edukacja chorych i ich opiekunów na temat żywienia medycznego jako rozwiązania stanowiącego integralny element leczenia, tak aby jak najmniej osób doświadczało problemów z odżywianiem w tym trudnym dla nich okresie. Wiedza na temat dostępnych produktów i roli odpowiedniego wsparcia żywieniowego w procesie leczenia jest niestety wciąż bardzo niska, dlatego skarżony podejmuje szereg działań informacyjnych i edukacyjnych, aby to zmienić.

### IV. Żywność w procesie leczenia

Szereg dostępnych badań naukowych oraz Wytycznych Towarzystw Naukowych wskazuje na rolę żywienia oraz produktów z kategorii żywności specjalnego przeznaczenia medycznego w procesie



leczenia i rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu. Wytyczne Postępowania w Udarze Mózgu opracowane przez Grupę Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego we współpracy z przedstawicielami Sekcji Neurorehabilitacji Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu, Polskiego Towarzystwa Radiologicznego oraz Grupy Zadaniowej Chorób Naczyniowych Polskiej Akademii Nauk i opublikowane na łamach Polskiego Przeglądu Neurologicznego 2019r. zwracają uwagę, iż pacjenci po udarze mózgu stanowią grupę chorych szczególnie narażoną na niedożywienie.

Dostępne dane naukowe dowodzą, że dotyczy ono do 62% pacjentów z tej grupy. Co ważne, sama hospitalizacja przyczynia się do rozwoju niedożywienia oraz pogłębienia już występującego: z 5% do 26% w ciągu 10 dni pobytu w oddziale szpitalnym. Według innych doniesień odsetek ten jest jeszcze wyższy: niedożywienie stwierdzone zostało u 16,3% pacjentów podczas przyjęcia do oddziału szpitalnego z powodu udaru oraz u 26,4% pacjentów po 7 i 35% pacjentów po 14 dniach hospitalizacji<sup>3</sup>.

Samo niedożywienie stanowi negatywny czynnik prognostyczny pogarszając efekty leczenia, utrudniający właściwą rehabilitację pacjenta oraz przyczyniający się do wystąpienia powikłań takich jak odleżyny czy infekcje<sup>4</sup>.

Autorzy wspomnianych Wytycznych piszą: „Wyjściowy zły stan odżywienia pacjenta jest dodatkowym niekorzystnym czynnikiem rokowniczym” oraz (...) „jeśli chory z udarem, u którego rozpoznano niedożywienie lub stwierdzono znaczne ryzyko rozwoju niedożywienia, może przyjmować pokarmy drogą doustną, wówczas zaleca się stosowanie doustnych preparatów odżywczych (ONS)”.<sup>1</sup>

Podkreślić tutaj jednakże należy, iż pacjenci po udarze mózgu stanowią grupę niezwykle heterogenną, różniącą się zarówno wiekiem, ilością współistniejących chorób oraz przyjmowanych leków itp. Stąd też zarówno proces leczenia, jak i żywienia w każdym przypadku winien być zindywidualizowany, do pasowany do potrzeb pacjenta.

Biorąc pod uwagę konsekwencje kliniczne oraz ekonomiczne Polskie Towarzystwo Neurologiczne wspólnie z Polskim Towarzystwem Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz Polskim Towarzystwem Dietetyki opublikowało Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów poświęcone niedożywieniu jako niezaspokojonej potrzebie medycznej w grupie pacjentów neurologicznych<sup>3</sup>. W dokumencie tym do najczęstszych przyczyn rozwoju niedożywienia autorzy zaliczają:

- zmniejszone przyjmowanie składników odżywczych (np. w wyniku dysfagii)

o Rozpowszechnienie dysfagii w tej grupie pacjentów jest znaczne i dotyczyć może 65 - 81% osób po udarze mózgu<sup>6,7</sup>

o Do najczęstszych „żywieniowych” powikłań dysfagii należy odwodnienie - obserwowane nawet u 75% pacjentów, oraz niedożywienie, które dotyczyć może nawet 48% pacjentów z tej grupy<sup>8,9</sup>, o Opisywane trudności w połykaniu charakteryzują się różnym nasileniem i wycofują się zazwyczaj w ciągu 6 miesięcy od udaru<sup>1</sup>. Tym niemniej ich konsekwencje, w postaci nieprawidłowego stanu odżywienia, pozostają.

® zwiększenie metabolizmu — nasilenie procesów katabolicznych w wyniku działania czynników humoralnych lub immunologicznych (aktywacja reakcji zapalnej) — szczególnie widoczne w ostrej fazie choroby oraz podczas zdrowienia.

Ze względu na stan kliniczny pacjentów po udarze realizacja planu diety z wykorzystaniem wyłącznie



produktów pochodzenia naturalnego, często staje się niemożliwa. Zgodnie ze Stanowiskiem Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego

Towarzystwa Neurologicznego<sup>10</sup>, w sytuacjach klinicznych, w których sama modyfikacja diety nie pozwala na pokrycie zapotrzebowania w co najmniej 60% zaleca się wprowadzenie doustnej suplementacji pokarmowej (ONS) w ilości od 400 do 600ml/24h jako uzupełnienie diety. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Żywności Towarzystwa żywienia Klinicznego i Metabolizmu z kolei rekomendują, stosowanie ONS (oral nutrition supplements) w przypadku pacjentów po udarze mózgu, którzy są w stanie przyjmować pokarm doustnie, jednak w niewystarczającej ilości, są niedożywieni lub znajdują się w ryzyku niedożywienia.

Potwierdzeniem dla takiej argumentacji, przytaczanym również przez autorów Wytycznych, jest randomizowane badanie przeprowadzone przez Aquilani R., Scocchi M., Iadarola P. i wsp.<sup>11</sup>, którego wyniki opublikowane zostały w 2008. Badaniem objęta została grupa pacjentów po udarze między 12 a 20 dniem od incydentu. Badanie wykazało istotną statystycznie poprawę stanu klinicznego pacjentów z grupy badanej vs grupa kontrolna.

Niedożywienie stanowi potencjalnie modyfikowalny i odwracalny czynnik wpływający na efekty rehabilitacji oraz czas pobytu w oddziale rehabilitacji neurologicznej. Pacjenci, u których stwierdzone zostało niedożywienie w momencie rozpoczęcia rehabilitacji neurologicznej po udarze mózgu wymagali istotnie statystycznie dłuższego okresu czasu dla uzyskania wyników rehabilitacji porównywalnych do pacjentów w prawidłowym stanie odżywienia<sup>12</sup>, intensywna suplementacja żywieniowa, z wykorzystaniem doustnych preparatów odżywczych, „poprawia regenerację motoryczną a wcześniej niedożywionych pacjentów poddawanych intensywnej rehabilitacji szpitalnej po udarze”<sup>13</sup>.

W odniesieniu do powyższych badań naukowych, Stanowisk Grup Ekspertkich oraz Wytycznych Towarzystw Naukowych, zaniechanie informowania o roli żywienia i wpływu niedożywienia na proces rehabilitacji pacjenta po udarze mózgu przynieść może stratę dla środowiska pacjenckiego.

Sytuacja pacjentów i ich opiekunów, szczególnie w obliczu pandemii, może być trudna. Tym niemniej pamiętać należy, iż w ostatnich latach podjęte zostały działania ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia zmierzające do poprawy sytuacji żywieniowej pacjentów przebywających w oddziałach rehabilitacji. Na podstawie Zarządzenia Nr 133/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (wraz z późniejszymi zmianami), od października 2019 możliwe jest rozliczanie żywienia dojelitowego i pozajelitowego łącznie ze świadczeniami rehabilitacyjnymi w warunkach stacjonarnych, a świadczenie to finansowane jest ze środków publicznych.

Mając na uwadze, iż powyżej przedstawiona argumentacja jednoznacznie wykazuje, iż zarzut zgłoszony przez konsumenta jest nieuzasadniony, wnoszę o oddalenie skargi.

1 M. Niewada et all „Wytyczne postępowania w udarze mózgu”, Polski Przegląd Neurologiczny 2019; 15(supl.A): A1 – A156.

2 Mosselman M.J., Kruitwagen C.L., Schuurmans M.J., Hafsteinsdóttir T.B. Malnutrition and risk of malnutrition in patients with stroke: prevalence during hospital stay. J. Neurosci. Nurs. 2013; 45:194-204.



- 3 Corrigan M.L, Escuro A.A., Celestin J., Kirby D.F. Nutrition in the stroke patient. Nutr. Clin. Pract. 2011; 26: 242-252
- 4 Kang Y., Lee H.S., Paik N.J., Kim W.S., Yang M. Evaluation of enteral formulas for nutrition, health, and quality of life among stroke patients. Nutr. Res. Pract. 2010; 4: 393-399.
- 5 Kłęk S., Błażejewska - Hyżorek B., Czernuszenko A., Gajewska D., Karbowniczek A., Kimber - Dziwisz L, Ryglewicz D., Szarzyńska - Długosz I., Sienkiewicz - Jarosz H., Sobów I., Sławek J., Leczenie żywieniowe w neurologii - stanowisko interdyscyplinarnej Grypy Ekspertów; Polski Przegląd Neurologiczny 2017; 3 (13): 106 - 119.
- 6 Takizawa C., Gemmell E., Kenworthv J., Speyer R., A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Elead Injury, and Pneumonia, Dysphagia. 2016 Jun;31(3):434-41.
- 7 Stephanie K. Daniels, Ph.D. Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. GI Motility online (2006). Published 16 May 2006. <https://www.nature.eom/gimo/contents/ptl/full/gimo34.html#t2>
- 8 Felt P.: Nutritional Management of Dysphagia in the Healthcare Setting. Healthcare Caterer. 2006; Spring 2006.
- 9 Leibovitz A., Baumoehl Y., Lubart E., Yaina A., Platinovitz N. & Segal, R.: Dehydration among longterm care elderly patients with oropharyngeal dysphagia. Gerontology. 2007; 53:179183
- 10 Czőnkowska A., Szarzyńska - Długosz I., Błażejewska - Hyżorek B., Nyka W.M., Opuchlik A., Słowik A., Kuczyńska - Zardzewiały A., Kłęk S. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w udarze mózgu - Stanowisko Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Polski Przegląd Neurologiczny 2013; 9 (4): 141-145
- 11 Aquilani R., Scocchi M., Iadarola P. i wsp. Protein supplementation may enhance the spontaneous recovery of neurological alterations in patients witch ischaemic stroke. Clin. Rehabil. 2008; 22:1042-1050.
- 12 Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, et al. Prolonged length of stay and reduced functional improvement rate in malnourished stroke rehabilitation patients. Arch Phys Med Rehabil. 1996; 77(4): 340-345
- 13 Rabadi MH, Coar PL, Lukin M, et al. Intensive nutritional supplements can improve outcomes in stroke rehabilitation. Neurology. 2008; 71(23)" – pisownia oryginalna

### 3. Zespół Orzekający zważył co następuje:

Zespół Orzekający, biorąc pod uwagę szczegółowe wyjaśnienia Skarżonego, nie podzielił zarzutów Skarżącego i nie dopatrył się w przedmiotowej reklamie naruszenia norm art. 2 ust. 1, art. 8 i art. 10 ust. 1 a) Kodeksu Etyki Reklamy.

Zdaniem Zespołu Orzekającego przedmiotowa reklama nie zawiera treści naruszających dobre obyczaje, nie nadużywa zaufania odbiorców, ani też nie wykorzystuje ich braku doświadczenia lub wiedzy.



Ponadto zdaniem Zespołu Orzekającego, reklama nie wprowadza w błąd jej odbiorców, w szczególności w odniesieniu do istotnych cech, w tym właściwości reklamowanego produktu.

Zespół zwrócił uwagę, iż zawarte w skardze sformułowanie „wspiera wychodzenie z udaru” jest nadinterpretacją niezgodną z przekazem reklamowym, który komunikuje, iż reklamowany produkt „wspiera leczenie i proces rehabilitacji”.

*W związku z powyższym, na podstawie pkt. 43 ust. 1) lit b) Regulaminu rozpatrywania skarg Zespół Orzekający orzekł jak w pkt. 1 uchwały.*

*Zgodnie z pkt. 51. Regulaminu Rozpatrywania Skarg, Strony mogą odwoływać się od uchwały Zespołu Orzekającego w terminie dziesięciu dni od doręczenia uchwały. Podstawę odwołania mogą stanowić wyłącznie nowe fakty i dowody, nieznane zainteresowanej stronie w dacie podjęcia przez Zespół Orzekający uchwały, o której mowa w pkt. 43.*