

# Kokemustieto ja terveystieteet

Mikko Jauho



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
[www.tsv.fi/tunnus](http://www.tsv.fi/tunnus)

## Abstrakti

Kehittelen artikkelissa uudenlaista lähestymistapaa kokemustietoon ja siitä käytäviin kamppailuihin. Ymmärrän kokemustiedon rakentumisen prosessina, jossa pyrkimykset kokemusten tunnustamiseen voidaan joko hyväksyä tai torjua. Aikaisemmassa tutkimuksessa näitä vaihtoehtoja on käsitelty erillään. Yhtäältä on kiinnitetty suurta huomiota rokotuskritiikin kaltaisiin kiistanalaisiin asiayhteyksiin, joissa asiantuntijat torjuvat maallikoiden kokemuspohjaisen argumentaation. Toisaalta on tarkasteltu kokemustiedon hyödyntämistä sellaisissa asiayhteyksissä, joissa maallikkonäkemykset ovat tervetulleita, kuten kokemusasiantuntijoiden koulutuksessa. Tutkimusten erilaiset tiedonintressit ovat johtaneet erilaisiin selitysmalleihin. Esitän artikkelissa, että torjuttuja ja hyväksytyjä kokemuksia pitäisi tarkastella symmetrisesti, samoista lähtökohdista. Käyttäen esimerkkinä vähähiilihydraattista ruokavaliota ja kiistaa oikeasta ruokavaliosta käyn ensin läpi kolme kokemustietoa käsittelevää tutkimuskeskustelua. Vaikka ne valottavatkin monella tavalla kokemustiedon synnyn ja hyödyntämisen mekanismeja, mikään niistä ei vastaa kysymykseen, miksi juuri tietyissä asiayhteyksissä syntyy terveystieteiden kaltaista kamppailua kokemustiedosta. Tämä ohjaa tarkastelemaan niiden asiayhteyksien rakenteellisia piirteitä, joissa kokemukset tulevat vaikuttaviksi: minkä tekijöiden seurauksena kokemukset joko torjutaan tai hyväksytään? Havainnollistan ideaa tarkastelemalla nykyistä ravitsemusajattelua, jonka totean jättävän vähän tilaa kokemuksille. Tämä on omiaan ruokkimaan virallisten ja vaihtoehtoisten näkemysten välistä vastakkainasettelua, siis synnyttämään terveystietoa.

ASIASANAT: kokemustieto, maallikkonäkemykset, terveystieteet, VHH-ruokavaliot

## Johdanto

Viime vuosikymmenet ovat olleet kokemustiedon nousun aikaa. Maallikot hakevat tunnustusta omille kokemuksilleen, joihin vetoamalla he haastavat ja laajentavat asiantuntijätiedon alaa. Asiantuntijakentälle on ilmaantunut uudentyyppisiä toimijoita, jotka korostavat käytännön kokemustaan ja hakevat näin julkisuuden huomiota

ja asiakkaita (Lewis 2010; Setälä & Väliaverron 2014). Kokemustietoa myös integroidaan osaksi virallisia päätöksentekoprosesseja ja instituutioita, esimerkiksi kun terveydenhuollossa rekrytoidaan ja koulutetaan maallikoita yhteiskehittämiseen tai kokemusasiantuntijoiksi (Krick & Meriluoto 2022). Kokemustiedon nousu on laaja ilmiö, joka näkyy eri tavoilla yhteiskunnassa, josta keskustellaan ak-

tiivisesti ja jota arvotetaan eri tavoilla asiayhteydestä riippuen.

Julkisuudessa päähuomio kohdistuu kiistanalaisiin kokemustiedon muotoihin. Terveyden ja hyvinvoinnin alalla ne ilmenevät terveyskiistoina. Niissä maallikot haastavat vallitsevia asiantuntijakäsityksiä (esim. karppaus, Jauho 2016), sanoutuvat irti vakiintuneista lääketieteellisistä toimenpiteistä (esim. rokotuskielteisyys, Hobson-West 2007) tai hakevat tunnustusta (esim. oireet, joihin ei liity hyväksyttyä lääketieteellistä diagnoosia, Brown ym. 2011). Esille tuodut kokemukset eivät sovi olemassa oleviin sairausluokituksiin tai etiologisiin malleihin, ja niiden perusteella sanoudutaan irti vakiintuneista hoitosuosituksista. Niinpä tällaiset kokemukset eivät saa vastakaikua asiantuntijoiden keskuudessa, vaan ne leimataan herkästi vaihtoehtoiseksi, esoteeriseksi, epätieteelliseksi tai irrationaaliseksi (Andell 2020). Jaettujen kokemusten torjunta voi johtaa maallikoiden järjestäytymiseen (Brown ym. 2011) sekä synnyttää virallisten linjausten kärjistynyttäkin kritiikkiä. Päätäjien ja asiantuntijoiden keskuudessa kehitys on herättänyt huolta paitsi kansalaisten terveydestä myös heidän luottamuksestaan viranomaisiin ja tieteeseen.

Julkisten terveyskiistojen melskeessä jää kuitenkin helposti havaitsematta, että vaikka asiantuntijanäkemyksen ja yksilöiden kokemusten välillä on usein jännite, monissa laajasti ottaen lääketieteellisissä yhteyksissä kokemustiedolla on vakiintunut asema. Terveyskäsityksen laajeneminen somaattisesta normaaliudesta kohti koettua hyvinvointia suuntaa lääketieteen huomiota yksilöiden kokemuksiin omasta terveydestä, toimintakyvystä ja elämänlaadusta (Arney & Bergen 1984), joita tuetaan erilaisin terapeuttisin ja kaupallisin palveluin. Potilaiden tai asiakkaiden kokemuksia luotaavat mittarit ovat vakiintunut osa lääketieteen ja terveydenhuollon käytäntöjä. Terveydenhuollossa ja potilasjärjestöissä toimi-

vat kokemusasiantuntijat osallistuvat palvelujen kehittämiseen, valistavat kansalaisia ja tarjoavat vertaistukea palveluverkostossa navigoimiseen ja sairauden kanssa elämiseen (Noorani 2013). Näissä asiayhteyksissä asiakkaiden ja potilaiden kokemuksiin suhtaudutaan vakavasti ja niillä on vakiintunut status.

Sama kaksinaisuus luonnehtii kokemustietoa koskevaa tutkimusta. Tutkimukset keskittyvät tyypillisesti yksittäiseen asiayhteyteen, kuten rokotuskritiikkiin tai terveydenhuollon kokemusasiantuntijoihin. Kiistanalaisissa asiayhteyksissä tutkimukset arvioivat usein vaihtoehtoisia näkökulmia kannattavien (tai vastaavasti virallisiin linjanvetoihin sitoutuvien) henkilöiden ominaispiirteitä, kuten tiedollisia valmiuksia (kriittisesti Goldenberg 2016) tai psykologisia ominaisuuksia, kuten taipumus denialismiin (Sarja 2012) tai salaliittoteorioihin (Enders ym. 2021). Toisinaan tarjotaan laajempia selitysmalleja kokemustietoon liittyvälle asiantuntijakritiikille, kuten luottamuskatoa tieteeseen ja asiantuntijoihin sekä yhteiskunnallisia prosesseja sen takana (Aupers 2012; Van Zoonen 2012). Hyväksytyin kokemustiedon tuottamista ja institutionalisoitumista koskevat tutkimussuuntaukset ovat näistä keskusteluisista pääosin irrallaan. Ne eivät ole kiinnostuneet tällaisia kokemuksia edustavien henkilöiden ominaispiirteistä, vaan kuvaavat kokemustiedon nousun taustalla olevia yhteiskunnallisia virtauksia sekä sen hyödyntämisen mekanismeja. Tutkimussuuntaukset eivät kuitenkaan kerro, miksi eri asiayhteyksissä kokemuksia arvotetaan eri tavoin. Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että kokemukset saavuttavat kokemustiedon aseman tai vaihtoehtoisesti torjutaan? Jotta tähän voisi vastata, torjuttuja ja hyväksytyjä kokemuksia pitäisi tarkastella rinnakkain ja symmetrisesti, samoista lähtökohdista. Tämän tieteensosiologisen periaatteen mukaan uskomusten totuusarvoa ei voi käyttää selittämään niiden hyväksymistä, vaan totuusarvon syntyminen vaatii itse selitystä. Näiden

selitysmallien tulee olla samanlaisia riippumatta siitä, onko kyseessä todeksi vai epätodeksi katsottu uskomus. (Bloor 1976.) Kokemustiedon yhteydessä periaate tarkoittaa ensinnäkin sitä, että kokemusten torjuntaa ja hyväksymistä ei voi palauttaa niiden virheellisyyteen tai oikeellisuuteen, vaan tämä käsitys on osa kokemustiedon rakentumisprosessia. Toiseksi tätä rakentumista tulee tarkastella samoista lähtökohdista sekä torjuttujen että hyväksytyjen kokemusten yhteydessä.

Tämä artikkeli kehittää tällaista symmetristä tarkastelutapaa kokemustietoon. Luon aluksi katsauksen kolmeen tutkimuskeskusteluun, jotka käsittelevät kokemustietoa eri näkökulmista: millaisia eväitä ne antavat ymmärtää, miksi joissain asiayhteyksissä kokemukset saavat kokemustiedon statuksen ja toisissa ne torjutaan? Erityisesti olen kiinnostunut kokemusten torjunnasta ja sen aiheuttamista terveyskiistoista. Symmetriaa käsittelyyn tuo se, että tarkastelen terveyskiistoja – kokemusten torjuntaa – välillä, joita on kehitetty tutkimaan kokemusten hyväksyntää ja kokemustiedon rakentumista. Vaikka tutkimuskeskustelut valottavatkin kokemustiedon rakentumisen mekanismeja yleisellä tasolla, ne selittävät huonosti sitä, miksi juuri tietyissä asiayhteyksissä näin ei tapahdu ja syntyy terveyskiistoja. Tämä suuntaa huomion itse asiayhteyksiin, niiden rakenteellisiin tekijöihin. Näin ajateltuna kokemustietoa syntyy siellä, missä kokemukselle annetaan tilaa tai sille on käyttöä. Vastaavasti (terveys)kiistat sijoittuvat sellaisiin asiayhteyksiin, joissa maallikkokokemuksilla on rajallinen asema eikä kokemustietoa pääse syntymään. Oleellista on paikantaa ne tekijät, jotka vaikuttavat siihen, millaisen aseman kokemukset saavat.

Tätä uutta näkökulmaa havainnollistan käyttämällä esimerkkinä keskustelua terveellisestä ruokavaliosta. Kysyn, millainen asema yksilöllisillä kokemuksilla ja kokemustiedolla on ravitse-

mustieteen hallitsemassa ravitsemusajattelussa. Ravitsemusajattelulla viitataan tiedeperustaisiin käsityksiin ravitsemuksesta julkisuudessa, ravitsemusohjauksessa ja terveysviestinnässä. Ravitsemustiede on luonteeltaan moninaisempaa kuin tämä populaari kulttuurinen ravitsemustieto, vaikka vaikuttaakin sen taustalla. Tulkintani mukaan ruokavaliokiistat kumpuavat osaltaan siitä, että vallitsevista ravitsemusopeista yksilöllisillä kokemuksilla on alisteinen asema. Keskeinen kotimainen ravitsemukseen liittyvä terveyskiista viime vuosikymmenenä koskee hiilihydraattien terveysvaikutuksia (Huovila 2014; Huovila & Saikkonen 2016; Jauho 2016). Vähähiilihydraattinen (VHH) ruokavalio eli niin sanottu karppaus yleistyi 2010-luvun alussa (Jallinoja, Jauho & Pöyry 2019) ja sai osakseen suurta huomiota mediassa (Syrjäläinen ym. 2016). Karppaajat etsivät syytä terveysongelmille (huonojen) hiilihydraattien liikasaannista ja kritisoivat virallisia ravitsemus-suosituksia, koska pitävät pääravintoaineiden ohjearvoja väärin mitoitettuna. He vetoavat omiin kokemuksiinsa ruokavaliomuutoksen suotuisista vaikutuksista sekä ajavat näiden kokemusten huomioimista suosituksissa ja tutkimuksissa (Jauho 2016). Viralliset ravitsemusasiantuntijat puolestaan suhtautuvat pääosin torjuvasti näihin vaateisiin, ennustaen ruokavaliomuutosten aiheuttamia kansanterveyshaittoja (Vartiainen ym. 2012). Polemiikki osapuolten välillä on ollut välillä kovaa, ja suhde tulehtunut (Fogelholm 2012). Niinpä karppaus on oiva esimerkki artikkelin tavoitteiden kannalta.

Artikkeli jakautuu neljään jaksoon. Määrittelen ensin kokemustiedon korostaen sen rakentumisen prosessiluonnetta. Tämän jälkeen seuraa katsaus kokemustietoa koskeviin tutkimuskeskusteluihin. Seuraava jakso pureutuu ravitsemusajattelun tunnuspiirteisiin ja osoittaa, että ravitsemusajattelu antaa vähän tilaa henkilökohtaisille kokemuksille. Loppujaksossa kertaan ja perustelen esitetyn näkökulman.

## Kokemustiedon käsite

Kokemustiedon (*experiential knowledge*) käsitteen yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen esitteli ilmeisesti Borkman (1976) itseapuryhmiä koskevan tutkimuksensa yhteydessä. Käsitteellä hän viittaa omakohtaisten kokemusten kautta syntyneeseen tietoon erotuksena opitusta tai järkeilemällä tai havainnon kautta syntyneestä tiedosta. Kokemustieto on paikallista ja kontekstisidonnaista, toimintaan tai käytäntöön perustuvaa sekä usein heikosti artikuloitunutta ja vaikeasti toisille välitettävää tai yleistettävää. Vaikka ero ei olekaan täydellinen, vastakohtaksi asetuu tieteellinen tieto, joka on luonteeltaan universaalia, abstraktia ja yleistävää sekä helposti välitettävissä kontekstista toiseen. Kokemustieto on myös erilaista riippuen siitä, onko kyse omista (esim. oma sairaus) vai läheisen (esim. sairas lapsi) kokemuksista. Abel ja Browner (1998) käyttävät näistä käsitteitä omakohtainen kehollinen tieto (*embodied knowledge*) ja myötäelämiselle perustuva tieto (*empathic knowledge*).

Vaikka kaikilla ihmisillä oman elämänhistorian tapahtumat synnyttävät ymmärrystä, mikä tahansa kokemus ei ole kokemustietoa. Kokemustiedolla tarkoitan tässä artikkelissa sellaisia omakohtaisia tai yksilölähtöisiä kokemuksia, joille annetaan episteeminen eli tiedollinen merkitys. Antajana voi olla kokija itse, mutta myös institutionaalinen toimija, kuten potilasjärjestö, terveydenhuollon asiantuntijat tai media. Tällöin kokemuksia tuodaan esiin osana totuuteen pyrkivää argumentaatiota tai tiedontuotantoa. Henkilökohtaisen elämänhistorian tapahtumia, kehollisia tunteuksia tai yksilöllisen arjen ja elämäntilanteen vaatimuksia suhteutetaan asiantuntijatietoon, joka tyypillisesti tähtää yleisiin lainalaisuuksiin. Asiyhteydestä riippuen kokemuksiin liitetty totuusväite tai -vaade voi tulla joko hyväksytyksi tai torjutuksi yhteiskunnassa. Tämä näkemys suuntaa huomion prosessiin, jossa kokemukset rakentuvat ja institutionalisoituvat kokemus-

tiedoksi. Tutkimuskohteeksi nousee kokemusten artikuloimisen käytännöt ja puitteet: ne välineet ja asiyhteydet, joilla ja joissa kokemustietoa tuotetaan ja hyödynnetään (ks. Blume 2017).

Nykyisissä terveystieteissä tyypillisesti kritisoidaan asiantuntijoita ja pyritään saamaan tunnustus maallikkokokemuksille. Maallikopuheenvuoroissa yhdistyvät kokemukselliset totuusväitteet, kehollisen yksilöllisyyden korostaminen ja ”episteemisen tuen” etsintä omille näkemyksille. Esimerkiksi VHH-ruokavaliota noudattavat asettavat henkilökohtaiset kokemukset yleisiä lainalaisuuksia ja väestötason tutkimustuloksia sekä niille perustuvia virallisia linjanvetoja vastaan: oma kokemus ruokavaliion suotuisasta vaikutuksesta terveyteen ei voi olla väärä, vaikka se poikkeaaakin ravitsemussuosituksista (Jauho 2016). Karppaajat korostavat oman kehon ja aineenvaihdunnan yksilöllisyyttä sekä henkilökohtaisen elämäntilanteen erityispiirteitä, mitkä keskivertoihmiselle määriteltyjen ohjeiden koetaan ohittavan. Näiden yksilöllisten reaktiotapojen ja tilanteiden tulkinnessa itse kukin on paras asiantuntija. Muiden näkemyksiä ei kuitenkaan sivuuteta kokonaan. Omille kokemuksille ja tuntemuksille haetaan tukea omaan vakaumukseen sopivista tutkimuksista, auktoriteeteista tai vertaisista. Vaihtoehtopiireissäkkin nojataan tieteeseen, ja tieteellisestä ilmaisutavasta haetaan uskottavuutta (Andell 2020; Bergmann ym. 2022). Karppaajien kritiikki ei kohdistu tieteeseen, vaan sitä edustaviin asiantuntijoihin, jotka leimataan kapeakatseisiksi tai jopa korruptoituneiksi (Jauho 2016).

Seuraavaksi käyn läpi kolme tutkimuskeskustelua, joka kukin asemoi kokemustiedon omalla tavallaan ja antaa sen nousulle omat selityksensä. Käyttäen esimerkkinä VHH-ruokavaliota arvioin kutakin keskustelua sen perusteella, miten se auttaa selittämään kokemustiedon rakentumista eri asiyhteyksissä.

## Kokemustiedon puitteet: asiantuntijuuden muodonmuutos

Keskustelu tieteen ja asiantuntijoiden yhteiskunnallisen aseman muutoksista tarjoaa ylä-tason selitysmallin kokemustiedon nousulle. Perinteiseen suljettuun, hierarkkiseen asiantuntijajärjestelmään kohdistuu yhä vahvempaa ulkoista arviointia. Asiantuntijoiden korkea koulutus, syvälinen perehtyminen johonkin aihealueeseen ja puolueeton asenne eivät enää takaa tiedollista monopolia, vaan nämä joutuvat toimimaan julkisuudessa, jossa huomiosta kilpailevat monet muut yhteiskunnalliset toimijat. Asiantuntijuuden kenttä laajenee, kun uudenlaiset toimijat stilisoivat itsensä asiantuntijoiksi. Tällaisia uusia ryhmiä ovat esimerkiksi jonkin alan käytännön kokemukseen pohjaavat ”kenttäasiantuntijat” (Setälä & Väli-verronen 2014) ja julkisuuden ja markkinoiden kautta toimivat ”elämäntapa-asiantuntijat” (Lewis 2010). Asiantuntijuudesta on tullut markkinapaikka, jolla erilaiset toimijat ja näkemykset kilpailevat huomiosta ja arvostuksesta. Tähän kuoroon liittyvät myös maallikot kokemuksineen.

Tässä keskustelussa maallikotiedolla on kaksi usein toisiinsa sekoittuvaa ulottuvuutta, episteeminen ja poliittinen (Krick 2022). Yhtäältä maallikoiden näkemykset ja kokemukset nähdään tiedollisena resurssina, joka laajentaa käytettävissä olevaa tietopohjaa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa (esim. Demszky & Nassehi 2012). Toisaalta maallikotiedon huomioimisen katsotaan lisäävän instituutioiden läpinäkyvyyttä ja demokratisoivan tiedontuotantoa, mikä voi lisätä kansalaisten ja päättäjien välistä luottamusta (esim. Nowotny 2003). Maallikotietoon kriittisemmin suhtautuvien tutkijoiden mukaan maallikoilla voi olla kokemuseräistä tietoa, mutta tämä ei tee heistä välttämättä asiantuntijoita (Prior 2003). Mikäli yhteiskunnassa tuetaan maallikotietoa kriittikittömästi, tieteellisen tiedon ja sille perustuvan asiantuntijuuden asema

voi rapautua, mikä pahentaa yhteiskunnallisen päätöksenteon legitimitiittikriisiä. (Collins & Evans 2002.)

Esa Väli-verronen (2016, 42-44) näkee asiantuntijuuden muodonmuutoksen – ja siten myös kokemustiedon nousun – taustalla kolme laajaa kehityskulkua. Ensinnäkin yhteiskunnallisiin instituutioihin suhtaudutaan aikaisempaa kriittisemmin. Toiseksi internet on moninaistanut viestinnän toimijat ja yleisöt, ja ollaan siirretty portinvartijoiden kontrolloimasta avoimeen mediaympäristöön. Sosiaalisessa mediassa saman mieliset voivat löytää toisensa, jakaa tarinoitaan ja kokemuksiaan sekä vahvistaa vastavuoroisesti omaksuttuja näkemyksiä. Valtamedia reagoi muutokseen korostamalla keskustelua tiedonvälityksen sijaan (Karvonen 2013) ja lähestymällä ilmiöitä yksilöiden (kokemusten) kautta (Järvi 2011, 177-178). Kolmas kehityskulku on yksilöllistyminen. Perinteiset yhteiskunnalliset sidokset ovat korvautuneet erilaisilla väljillä ja muuttuvilla kulutusyhteisöillä, jotka perustuvat yksilöiden elämäntapavalintoihin. Nämä kehityskulut yhdistyneenä yleiseen koulutustason nousuun ovat antaneet ”yhä useammalle tunteen siitä, että he ovat oman elämänsä asiantuntijoita” (Väli-verronen 2016, 40).

Mainitut tekijät avaavat yleisellä tasolla sitä, miksi tiedeperustaisen asiantuntijuuden arvostus on muuttunut ja kokemustieto etsii paikkaansa asiantuntijuuden markkinoilla. Vaikka nämä tekijät pätevät sekä hyväksytyihin että torjuttuihin kokemuksiin, ne eivät kuitenkaan selitä sitä, miksi asiantuntijakritiikin ja kokemustiedon värittämät terveyskiistat sijoittuvat tiettyjen teemojen ympärille: esimerkiksi miksi juuri syömisestä ja ravitsemuksesta kiistellään? Tätä on vaikea selittää kuvattun kaltaisilla yleisillä makrotason kehityskuluilla, jotka kohdistuvat koko yhteiskuntaan. Niinpä tarvitaan täsmällisempiä selityksiä kokemustiedon vastaanottoon ja terveyskiistojen syntyyn.

## Kokemustiedon integrointi: palveluiden kehittäminen

Konkreettisempia vihjeitä siitä, mikä edesauttaa kokemustiedon rakentumista, tarjoaa keskustelu maallikkotiedon ulottuvuuksista. Se suhtautuu pääsääntöisesti positiivisesti tämän tiedon potentiaaliin yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Eva Krick (2022) on jäsentänyt tämän tutkimuskentän kolmeen osa-alueeseen. *Paikallinen tieto* tarkoittaa jonkun alueen asukkaiden omia elinolosuhteitaan koskevaa kokemuspohjaista tietoa, joka asettuu (usein jännitteiseen) suhteeseen asiantuntijanäkemyksen kanssa (esim. Brown 1987; Wynne 1992). Toinen osa-alue on *kansalaisyhteisö*, erityisesti sen laajassa merkityksessä, jossa maallikot osallistuvat tiedon keräämiseen lisäksi tutkimustavoitteiden ja -kysymysten muotoiluun omista lähtökohdistaan (Epstein 1995; Irwin 1995). Tässä keskityn kolmanteen osa-alueeseen, potilaiden ja asiakkaiden kokemusten asemaan *palveluiden kehittämisessä*, sillä merkittävä osa kokemustietoa ja terveyttä koskevasta tutkimuksesta sijoittuu tähän kehykseen.

Terveydenhuollon kiinnostusta kokemuksiin ruokkii kehitys, jossa terveyspolitiikka on yhä vahvemmin alkanut nähdä potilaat asiakkaina. Tällöin potilaat määritellään kuluttajiksi, joita ohjataan valitsemaan palveluita terveydenhuollon markkinoilta. Asiantuntijoiden määrittelemien tarpeiden rinnalle terveydenhuollon toimintaa suuntaamaan tulevat potilas-kuluttajien preferenssit, ja hoitoa koskevan päätöksenteon odotetaan tapahtuvan lääkäri-asiantuntijan ja potilas-asiakkaan yhteisen neuvottelun pohjalta. Kriittisissä puheenvuoroissa tämä kehitys liitetään usein terveyden uusliberaaliin hallintaan, jossa vastuuta terveydestä siirretään kansalaisille itselleen itsemääräämisoikeuden nimissä, vaikka kaikilla ei ole resursseja tuoda esiin tarpeitaan ja tehdä toivottuja valintoja (esim. Ayo 2012). Kuitenkin kehityksen myötä terveyspalveluiden kuluttajien ja potilaiden oikeudet on artikuloitu

aikaisempaa vahvemmin. Potilaat on myös otettu mukaan kehittämään palveluita asiakaslähtöisesti, esimerkiksi koulutettuina kokemusasiantuntijoina.

Kirjallisuuden pohjalta maallikkokokemusten rakentumisessa kokemustiedoksi voidaan nähdä olevan useita vaiheita. Ensinnäkin tiedon lähteenä toimivien yksilöiden tulee jalostaa itsensä kokemustiedon subjekteiksi ja antaa kokemuksilleen kulloiseenkin asiayhteyteen sopiva muoto. Tämä voi edellyttää sopeutumista asiantuntijatietoon ja etäännyttä alkuperäisistä, esimerkiksi traumaattisista, kokemuksista. (Jones & Pietilä 2020; Meriluoto 2018; Näslund, Sjöström & Markström 2020; Toikko 2016.)

Toiseksi yksilöllisten kokemusten tulee muodostua jaetuiksi jonkin (kuvitellun) yhteisön kesken, mikä edellyttää niiden muokkaamista valikoimalla ja koostamalla. Blumen (2017) mukaan kirjallisuudessa jakamisen oletetaan yleensä edellyttävän yhteistä diagnoosia, mikä toimii identifioitumisen perustana (Mazanderani, Lockett & Powell 2012) ja minkä kanssa elämiseen muiden kokemukset koetaan hyödyllisiksi (Caron-Flinterman, Broerse & Bunders 2005). Tutkimus onkin paljolti suuntautunut järjestäytyneeseen tai mobilisoituneeseen kokemustietoon, kuten itseapuryhmiin (Noorani 2013), internetin vertaistukeen (Mazanderani, Kelly & Ducey 2017) tai välitystoimintaan (*online expert mediators*, Egger 2020), virallisiin kokemusasiantuntijoihin (Jones & Pietilä 2020) tai potilasjärjestöihin (Rabeharisoa, Moreira & Akrich 2014).

Kolmanneksi näin koottujen kokemusten tulee saavuttaa jonkinlainen episteeminen status myös muiden kuin omakohtaisten kokijoiden ja myötäeläjien joukossa (Mazanderani ym. 2020; Renedo, Komporozos-Athanasίου & Marston 2018). Käytännössä tämä tarkoittaa asiantuntijoita ja muita yhteiskunnallisia auktoriteetteja. Tutkimus onkin

tarkastellut kokemus- ja asiantuntijatiedon keskinäisen integroitumisen mekanismeja esimerkiksi potilasaktiivisissa ja -järjestöissä (Akrich 2010; Epstein 1995), terveydenhuollon käytäntöjen kehittämässä (Renedo, Komporozos-Athanasio & Marston 2018), biolääketieteellisessä tutkimuksessa (Caron-Flinterman, Broerse & Bunders 2005) tai lääketieteellisten teknologioiden ja tuotteiden regulaatiossa (Hogle 2002).

Tästä näkökulmasta on tutkittu varsin seikkaperäisesti potilas-asiakkaiden kokemusten läpäisykykyä asiantuntijapöytiin. Ensinnäkin kokemuksen liitetty totuusväite hyväksytään helpommin, mikäli se sopii yhteen asiantuntijatiedon kanssa (Blume 2017). Kokemuksellista asiantuntijuutta (*experiential expertise*, Borkman 1976) on tyypillisesti koulutetulla keskiluokalla, joka osaa artikuloida kokemuksensa ja jonka näkemykset eivät eroa liikaa vallitsevista tieteellisistä käsityksistä. Kokemustiedon rakentuminen näyttäisi siten paradoksaalisesti edellyttävän maallikon ja asiantuntijan välisen jakolinjan madaltumista (Akrich 2010; Fox ym. 2005; Jones, Jallinoja & Pietilä 2021), minkä voi tulkita uhkaavan kokemustiedon autonomista luonnetta (Caron-Flinterman, Broerse & Bunders 2005) tai vaihtoehtoisesti mahdollista uudenlaisen yhteistyön (Pols 2014).

Toiseksi julkisuus voi vaikuttaa kokemusten läpäisykykyyn. Mikäli kokemukset sopivat yhteen jonkin kaupallisen toimijan intressien kanssa, tämä voi markkinoinnilla lisätä niiden näkyvyyttä ja painostaa näin päättäjiä huomioimaan ne (Hogle 2002). Myös yksittäiset vetoavat maallikkotarintaan saattavat nousta julkisuuteen tavalla, joka pakottaa viranomaiset ja asiantuntijat reagoimaan (Mazanderani ym. 2020).

Kolmanneksi kyky organisoitua ja ajaa omaa asiaansa ovat yhteydessä kokemusten kuulemiseen. Potilasjärjestöt, painostusryhmät ja muut kokemustiedon asiantuntijat (*experts-of-experience*)

kokoavat ja tulkitsevat viiteryhmänsä kokemuksia ja päätyvät usein edustamaan niitä julkisuudessa tai hallinnossa. Tämän kääntöpuolena ovat ryhmät ja yhteisöt, joiden sosioekonominen asema on heikko ja joilta puuttuu ilmaisukykyisiä edustajia ja puolestapuhujia. Näiden kokemukset jäävät usein kuulematta eivätkä välttämättä saavuta kokemustiedon asemaa. (Blume 2017.)

Vaihtoehtoisten ruokavalioiden maailma ei täysin sovi kuvattun tutkimuksen päälinjaan, joka keskittyy paljolti potilaan tai terveydenhuollon asiakkaan näkökulmaan. Käsitteitä kokemusasiantuntija (*expert by experience*) ja potilasasiantuntija (*patient expert*) käytetään tyypillisesti synonyymeinä (esim. Mazanderani ym. 2020, 268). Pääosa vaihtoehtoisten ruokavalioiden noudattajista ei ole potilaita vaan aivan tavallisia kuluttajia, joilla on yleisempiä ja epämääräisempiä hyvinvointitavoitteita kuin sairauden hoitaminen. Niinpä kun ”kokijat” järjestäytyvät tyypillisesti jonkin sairauden ympärille (Blume 2017), vaihtoehtoisten ruokavalioiden kohdalla organisoituminen on heikompaa. Karppaus on hajautunut kuluttajavetoinen liike, jossa löytyy kyllä keskeisiä vertaistukea antavia informaationlähteitä (esim. Karppausinfo-verkkosivusto), muttei *advocacy*-tyyppistä keskittynyttä mobilisaatiota, kuten potilasjärjestöä.

Toisaalta VHH-ruokavalioon pätee useampi piirre, jotka tutkimusten mukaan edesauttavat kokemusten rakentumista kokemustiedoksi. Ravitsemusasiantuntijat ja VHH-seuraajat ovat joiltain osin samoilla linjoilla: myös tutkimuksissa ja virallisissa ravitsemuslinjauksissa on lihavuuden ja diabeteksen yleistymisen myötä alettu kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota hiilihydraattien laatuun (Fogelholm 2012). Keskeinen osa hiilihydraattitietoisien ruokavalion laajaa populaaria julkisuutta huippuaikana 2010-luvun alussa olivat vetoavat tarinat yksilöiden sen avulla saavuttamista terveyshyödyistä (esim. IL 2011). Elintarvikeval-

mistajat ratsastivat karppausbuumilla tuomalla markkinoille tuotteita tälle kuluttajasegmentille. Markkinoinnissa ei kuitenkaan hyödynnetty terveysargumentteja, ja asiantuntijat ja viranomaiset suhtautuivat varautuneesti VHH-intoilijoiden jakamiin kokemuksiin. VHH-ruokavalio on myös laajalle levinnyt ja sen noudattajia löytyy monista yhteiskunnallisista ryhmistä (Jallinoja ym. 2014) – oletettavasti myös sellaisista, joilla on resursseja tuoda omat näkemyksensä esille. Näistä piirteistä huolimatta viralliset ravitsemusasiantuntijat ovat suhtautuneet torjuvasti VHH-ruokavalion noudattajien kokemuksiin, ja ruokavalio on pysynyt kiistanalaisena. Tämä kannustaa etsimään muita selityksiä kokemusten torjunnalle.

## Kokemustiedon tuottaminen: arvioiva mittaaminen

Kolmas keskustelu keskittyy kokemustiedon aktiiviseen tuottamiseen erilaisissa laajasti ottaen lääketieteellisissä yhteyksissä, kuten sairauksien tunnistamisessa, paranemisprosessin seuraamisessa tai elämänhallinnan arvioinnissa. Näitä käytäntöjä ei kuitenkaan tavata lähestyä kokemustiedon näkökulmasta, eivätkä ne siksi ole olleet aikaisemmin esillä siitä käydyssä keskustelussa.

Potilaan subjektiivisilla kokemuksilla on tärkeä asema kaikessa sairaanhoidossa. Varsinkin mielen terveyden häiriöissä kokemukset korostuvat. Kyselyt, joita käytetään masennuksen itsearviossa ja hoitoprosessin kehittymisen arvioinnissa, kuten yhdysvaltalainen *Beck's Depression Inventory* (BDI) tai kotimainen DEPS-testi, perustuvat omien tunteiden luotaamiseen ja arviointiin. Kyselyissä vastaaja valitsee vaihtoehtoja mielen tilojaan kuvaavista väitelauseista, ja vastauksista saatu yhteispistemäärä kertoo, miten altis masennukselle hän on. Omien kokemusten keskeistä asemaa masennusta koskevassa ymmärryksessä on kritisoitu, sille se tekee vaikeaksi erottaa toisistaan tavalliset murheet ja kliiniset masennustilat

ja on näin omiaan kasvattamaan masennusdiagnoosien määrää (Jauho & Helén 2018).

Vastaavia instrumentteja käytetään myös muissa yhteyksissä. Kroonisten sairauksien, vammojen ja mielenterveysongelmien kuntoutuksessa pärjäämistä (*coping*), toimintakykyä, pystyvyyden (*self-efficacy*) tai koherenssin tunnetta (*sense of coherence*) arvioidaan kyselyin, jotka kohdistuvat subjektiivisiin tuntemuksiin ongelman kanssa olemisesta ja henkilökohtaisesta hyvinvoinnista. Esimerkiksi terveydenhuollossa käytetty COPE-kysely tiedustelee, miten henkilö on toiminut kohdatessaan rasittavan tai vaikeaksi kokemansa tilanteen, ja arvioi tämän perusteella pärjäämistä sekä kokonaisuutena että eri ulottuuksilla (Carver, Scheier & Weintraub 1989; Härkäpää 1995). Terveyspalveluiden asiakaskokemusta seurataan esimerkiksi potilaan voimaantumista (*patient enablement*) tarkastelevalla kyselyllä, joka pureutuu subjektiiviseen arvioon hoitokontaktin laadusta ja hyödyllisyydestä (Howie, Heaney & Maxwell 1997; Kuusela 2014).

Tällaiset kyselyt houkuttelevat esiin ja tuovat lääketieteellisen tiedonmuodostuksen piiriin erilaisiin haavoittuviin ryhmiin kuuluvien henkilöiden kokemuksia, olkoon kyse subjektiivisesta arviosta omasta terveydentilasta, terapeuttisesta elämänhallinnasta tunteesta tai tyytyväisyydestä asiakaskontaktiin hoitojärjestelmän kanssa. Tulokinnasta riippuen kuvattujen menetelmien voi katsoa joko löytävän potilaiden ja asiakkaiden jo olemassa olevia, ilmaisemistaan odottavia kokemuksia tai tuottavan näitä kokemuksia kannustamalla ja pakottamalla potilaita ja asiakkaita ilmaisemaan niitä valmiiksi jäsenetyssä muodossa. Standardoidut lomakkeet ja kyselyt välittävät kokemustietoa asiantuntijoille suoraan ilman, että sitä pitää oikeuttaa tai kamppailla sen statuksesta.

Läketieteellisiin käytäntöihin institutionalisoituneella kokemustiedolla on oma taustansa, joka ei



palaudu Väliverrosen (2016) kuvaamiin megatrendeihin eikä terveydenhuollon asiakaslähtöisen kehittämisen uusliberaaliin murrokseen. Useat tutkijat ovat kuvanneet, miten lääketiede kiinnostui potilaiden ja kroonikoiden subjektiivisista kokemuksista 1900-luvun jälkimmäisellä puoliskolla (Armstrong 1983, luku 11; Arney & Bergen 1984). Taustalla vaikuttivat biolääketieteen holistinen kritiikki, joka tavoitteli potilasta sairauden takana, sekä sosiaalilääketiede, joka lähestyi potilasta yhteiskunnallisessa kontekstissaan ja näki sairauden erilaisten suhteiden seurauksena, ei ainoastaan biofysiologisena kehollisena tosiasiana. Kroonisten sairauksien yleistymisen tarkoittaa, ettei sairauksia voida enää kokonaan parantaa, vaan potilaat joutuvat oppimaan elämään sairautensa kanssa (Wahlberg 2017). Yhdessä nämä kehityskulut suuntaavat lääketieteen katseen potilaaseen persoonana, hänen subjektiivisiin kokemuksiinsa, joista tulee tärkeää tietoa erilaisten terveydenhuollon käytäntöjen näkökulmasta.

Tämä keskustelu kiinnittää huomiota kokemusten rakentumisen konkreettisiin sosio-materiaalisiin yhteyksiin ja tuo näin esille kokemustiedon rakentumisen teknologisen ulottuvuuden, jota ei ole juurikaan käsitelty kirjallisuudessa. Sekään ei kuitenkaan pureudu siihen, miksi joissain asiayhteyksissä kokemuksista ollaan kiinnostuneita ja toisissa ne jäävät syrjään.

## Ravitsemusajattelu ja kokemus

Kokemustietoa käsittelevien keskusteluiden tarkastelu tuo esiin kokemustiedon moninaisuuden: sitä kannustetaan demokratian nimissä tai kritisoidaan tieteen ja asiantuntijoiden asemaa rapauttavana, muokataan ja integroidaan valikoivasti osaksi terveydenhuoltoa sekä tuotetaan suoraan lääketieteen toimesta. Näkökulmasta riippuen kokemusten mahdollisuus saavuttaa kokemustiedon asema on joko suotava, vaikea, ehdollinen tai automaattinen. Keskustelujen si-

säلتämät selitysmallit eivät kuitenkaan systemaattisesti avaa näitä eroja.

Seuraavassa ehdotan, että kokemustiedon rakentumisessa tulee kiinnittää enemmän huomiota niihin asiayhteyksiin, joissa kokemukset tulevat vaikuttaviksi. Käytän esimerkkinä ravitsemusajattelun rakenteellisia piirteitä, joista etsin selitystä karppaajien kokemusten torjunnalle. Ensimmäinen piirteistä on perustava kahtiajako. Yhtäältä ravitsemusajattelu tarkastelee ruoka-aineita, elintarvikkeita ja niistä koostettavia aterioita, jotka ovat aistein arvioitavissa, joilla on maku, tuoksu, tekstuuri, jotka joko houkuttelevat tai eivät houkuttele. Arkiset syömissä käytännöt liikkuvat tässä maailmassa, jota luonnehtii vahva kokemusellisuus. Toisaalta ravitsemusajattelu purkaa ruoka-aineet, elintarvikkeet ja ateriat kemiallisiin osiinsa, ravintoaineiksi ja kaloreiksi, tarkastelee niiden vaikutuksia kehossa ja määrittelee niille saantisuosituksen. Nämä asiat ovat pääosin kokemuksen tuolla puolen.

Jälkimmäinen taso perustaa ravitsemustieteen asiantuntemuksen. Historiallisessa katsannossa kiinnostusta ravitsemustieteeseen kasvatti sen väitetty kyky määrittellä ravitsemuksellisia minimejä ja ihannearvoja sekä valottaa ravitsemuksen merkitystä terveydelle ja työkyvylle. Tätä tietoa hyödynnettiin arvioitaessa kansanravitsemuksen tilaa ja organisoitaessa ruokailua erilaisissa instituutioissa, mutta myös elintarvikkeiden markkinoinnissa. (Neswald, Smith & Thoms 2017; Orland 2008.) Ravitsemustutkimus hankki kannuksensa yhtäältä puutostauteja koskevilla tutkimuksilla, jotka osoittivat tiettyjen tautien johtuvan jonkin yksittäisen ravintoaineen vähäisestäään saannista (Carpenter 2013). Toisaalta varhainen ravitsemustutkimus määritteli sukupuolten ja eri ammattiryhmien energiatarpeet kaloreina sekä ravintoaineiden saantisuosituksen (Jauho 2003; Milles 1995). Huomion siirtyessä länsimaissa 1900-luvun puolivälissä puutostaudeista krooni-

siin kansansairauksiin ja aliravitsemuksesta lii- karavitsemukseen, ravitsemustiede jatkoi omak- sumallaan linjalla, selittäen esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien lisääntymistä kokonaisrasvan ja erityisesti tyydytettyjen rasvahappojen liikasaan- nilla (Olszewski 2015).

Ravitsemusajattelu onkin tyypillisesti korostanut ravintoainetasoa ravitsemukseen liittyvissä kysy- myksissä (*nutritionalisation*, Dixon 2009) sekä keskittänyt huomion vuorotellen joihinkin yksittäisiin ”karismaattisiin ravintoaineisiin”, kuten vitamiinit tai proteiini (Kimura 2013, 19-38). Esi- merkiksi elintarvikkeiden markkinointi korostaa tuotteiden yksittäisiä ravitsemuksellisia ominai- suuksia. Pakkauksen kyljessä voi lukea esimerkik- si ”vähärasvainen” tai ”hyvä kuidun lähde”. Niin sanotut funktionaaliset elintarvikkeet, joita on muokattu terveydellisen täsmävaikutuksen luo- miseksi, nostavat tämän periaatteen uudelle ta- solle (Nestle 2002, 295-357). Toinen esimerkki on kansainvälinen avustustoiminta ja kehitysyhteis- työ, jossa keskeiseksi metriikaksi on muodostunut laskennallinen energian ja ravintoaineiden, kuten vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti. Niinpä köyhään etelään kohdistuvat terveysinterventiot ovat keskittyneet ruokajärjestelmän muutoksen sijaan ruoan rikastamiseen ja lisäravinteiden ja- kamiseen puutosten estämiseksi (Kimura 2013).<sup>1</sup>

Ravitsemusajattelun toinen keskeinen piirre on ravitsemusohjauksen normatiivinen malli, joka keskittyy ravintoaineiden tarpeen, saannin ja kulutuksen välisiin suhteisiin. Näiden arviointi muodostaa ravitsemusohjauksen perustan. Sii- hen liittyy toki myös yksilöllinen ulottuvuus. Alan oppikirjan mukaan ohjausta tarvitsevan potilaan

”ravitsemusneuvonnan tulee olla yksilöllistä, käy- tännönläheistä ja havainnollista, ja neuvonnassa huomioidaan mahdollisimman tarkoin potilaan ruokatottumukset ja elämäntilanne” (Schwab 2021, 262). Havainnollisuus ja käytännönlähei- syys tarkoittavat ”konkreettista ohjausmateriaa- lia. Ohjauksessa puhutaan ruoka-aineista, kuten leipä ja peruna, hiilihydraattien sijaan” (emt. 267). Lähestymistavaksi suositellaan ”ratkaisukeskeis- tä ajattelutapaa”, jonka ytimessä on ”omien koke- musten kautta oppiminen. Potilas arvioi itse omia ruokailutottumuksiaan, syömissäkäyttäytymistään ja mahdollisia muutostarpeita. [...] Perusaja- tuksena on se, että jokaisella on itsellään ratkai- suideat ja selviytymistäidot esimerkiksi syömisen hallintaan. Asiantuntijan avulla ne löydetään ja valjastetaan käyttöön.” (Emt.) Niinpä periaatteel- lisella tasolla ravitsemusneuvonta korostaa sekä kokemuspohjaista yksilöllisyyttä että käytännön- läheisyyttä, jossa ravintoaineet käännetään arjen kielelle.

Tutkimusten mukaan nämä periaatteet eivät kui- tenkaan aina toteudu käytännössä. Ravitsemuste- rapeuttien työssä on havaittu jännite koulutuksen lähtökohtien ja käytännön välillä. Koulutuksessa korostuu tiedeperustaan nojaava ammatillisuus, kun työ nostaa esiin ravitsemusterapian kehollis- set ja sosiaaliset yhteydet (Gingras 2010; Liquori 2001). Työtä ohjaavat standardoidut mallit painot- tavat mitattavuutta ja selkeää prosessia, mikä ei ole aina sovitettavissa yhteen potilaiden yksilöllis- ten tilanteiden tai tarpeiden kanssa.<sup>2</sup> (Lövestam ym. 2016.) Potilaat kaipaavat tällaista yksilöllistä

1 Myös VHH redusoi syömisen ravintoainetasolle kiis- tellessään siitä, kumpi on epäterveellistä, hiilihydraatit vai rasva. Karppaajille hiilihydraatit eivät kuitenkaan ole karismaattinen, vaan pikemminkin demonisoitu ravintoaine.

2 Esimerkiksi toimintakyvyltään heikentyneen potilaan ravitsemustilaa ja tarvetta ravitsemushoittoon arvioiva *Mini Nutrition Assessment* (MNA) -lomake (Vellas ym. 2006) keskittyy mitattaviin tekijöihin (esim. painoin- dekksi) sekä asiantuntijan arvioon terveydentilasta ja toimintakyvystä sekä ruokavaliosta. Subjektiviiset arviot rajoittuvat näkemykseen omasta ravitsemustilasta ja omasta terveydentilasta verrattuna muihin saman ikäisiin.

ravitsemusohjausta, mutta kokevat usein jäävän sitä vaille (Elliott & Gibson 2022). Niinpä myös käytännön ravitsemusterapia näyttäisi antavan rajallisesti tilaa kokemuksille.

Ravitsemusterapia määrittää kohteensa potilaaksi, jonka sairauden aiheuttamia ravitsemusongelmia tai ravitsemukseen liittyvää sairautta tai sen kohonnutta riskiä se hoitaa. Suurin osa ihmisistä kohtaa ravitsemusohjeet kuitenkin yleisinä kulttuurisina periaatteina. Julkisissa puheenvuoroissa asiantuntijat ja toimittajat nojautuvat ravitsemussuosituksiin, jolloin näistä väestötasolle ja keskivertoyksilöille tarkoitetuista ohjeista tuleekin yksilöohjauksen perusta. Yleistason ohjeissa yksilölliset eroavaisuudet jäävät helposti syrjään, ja korostuu kuva ihmiskehosta vakioisena aineenvaihduntakoneena. Esimerkiksi lihavuuden perussyynä mainitaan tyypillisesti kaloreiden liikaasaanti suhteessa kulutukseen, ei mahdollisia yksilöllisiä metaboliahäiriöitä, jotka ovat tahdonvoiman tuolla puolen. (Setälä 2015, 44-45.)

Ravitsemusajattelun reduktionismi on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa. Kun ruoka palautetaan yksittäisiin osatekijöihinsä, unohdetaan ruoka-aineiden väliset vuorovaikutukset, jotka tekevät siitä enemmän kuin osatekijöidensä summan. Syrjään jäävät myös ruoan sosiaaliset, kulttuuriset, esteettiset ja nautinnolliset – siis kokemukselliset – piirteet. Päätösvalta terveellistä ruokavaliota koskevista valinnoista siirtyy yksilöiltä asiantuntijoille. (Mudry 2009; Pollan 2008; Scrinis 2013.) Ravitsemustieteen piirissä tai liepeillä on myös pyrintöjä laajentaa tieteenalaa ja kehittää uudenlaisia tutkimusotteita. Holistisen ravitsemustiede korostaa ravintoaineiden, ruokien ja ruokavalioiden keskinäistä vuorovaikutusta (Moughan 2020), systeeminen ravitsemustiede laajentaa tarkastelun yksilön aineenvaihdunnasta ruokajärjestelmän ohjaavien systeemisten tekijöiden kokonaisuuteen (Leitzmann & Cannon 2005) ja kriittinen ravitsemustiede korostaa ruoan

monimerkityksellisyyttä, terveyden ja sairauden ympäristösidonaisuutta sekä terveellistä syömistä koskevien käsitysten sosiokulttuurisia juuria (Guthman 2014; Nichols, Kampman & van den Bold 2022). Keskustelun yksi keskeinen pohjavirta on pyrkimys luoda tilaa kansalaisten, kuluttajien ja potilaiden merkityksille ja kokemuksille osana tiedonmuodostusta.

Tarkastelun perusteella kokemuksilla on ravitsemusajattelussa alisteinen asema. Kokemustietoa tuotetaan rajoitetusti eikä se ole institutionalisoitunut ravitsemuskentälle. Kun lähtökohtana ovat ravintoaineet, joita vain koulutettu asiantuntija voi arvioida, niin todellakin ”kokemusasiantuntija on vailla mahdollisuuksia ruokapöydässä” (Mustajoki 2017). Ravitsemusohjausta on valaisevaa verrata läheisiin gastronomian ja elintarvikemarkkinoinnin asiayhteyksiin. Molemmat korostavat kokemuksia. Edellisen ytimessä on maku, kun taas jälkimmäinen luotaa ja muokkaa kuluttajien preferenssejä. Sekä maku että preferenssit ymmärretään lähtökohtaisesti yksilöllisesti vaihteleviksi ja kokemukselliseksi. Asiayhteyksiin liittyvät omanlaisensa kokemustietoa tuottavat käytännöt, kuten ravintola-arvostelut tai aistinvaraiset kuluttajapaneelit.

Kun maallikkokokemuksia ei haluta tai osata huomioida keskustelussa terveellisestä syömisestä, syntyy helposti vastakkainasettelua virallisten ja vaihtoehtoisten näkemysten välillä, siis terveyskiistaa. Virallisen ravitsemusajattelun kokemuksellinen ohuus luo myös tilaa erilaisille kenttä- ja elämäntapa-asiantuntijoille, jotka kansoittavat nykykeskustelua terveellisestä syömisestä (Lewis 2010; Setälä & Väliverronen 2014). Erilaiset ravitsemus-, kunto- ja elämäntapaohjaajat kohtaavat ihmiset usein kasvokkain ja ammentavat henkilökohtaisista kokemuksistaan, joihin ihmiset voivat samaistua. He siis reagoivat kysyntään, joka koskee henkilökohtaisten kokemusten huomioimista, mihin viralliset asiantuntijat eivät kykene vastaamaan.

## Lopuksi

Tässä artikkelissa olen kehittänyt uudenlaista näkökulmaa kokemustietoon ja siihen liittyviin kamppailuihin. Lähtökohtanani oli ensinnäkin ajatus kokemustiedon rakentumisesta: kokemukset muodostuvat kokemustiedoksi moninaisten kehityskulkujen ja neuvottelujen tuloksena. Tämä tarkoittaa myös, että kaikki kokemukset eivät järjesty kokemustiedoksi. Kokemuksiin ei aina liity totuusvaadetta tai -väitettä tai jos liittyikin, neuvotteluprosessi saattaa niin sanotusti epäonnistua, koska tunnustamispyrintö torjutaan. Terveyden kentällä tällaiset tilanteet ilmenevät terveyskiistoina. Toisissa asiayhteyksissä, kuten kokemusasiiantuntijoiden koulutuksessa tai asiakaskokemusten keräämisessä kokemuksiin suhtaudutaan puolestaan myönteisemmin, jopa niitä aktiivisesti tuottaen. Tällöin kokemukset saavat kokemustiedon aseman, joka kuitenkin vaihtelee asiayhteydestä toiseen.

Toinen lähtökohtani oli periaate tarkastella samanaikaisesti sekä hyväksytyjä että torjuttuja pyrintöjä rakentaa kokemustietoa. Aihetta koskevassa tutkimuksessa nämä ovat tyypillisesti erillään, ja hyödynnetyt teoriat ja selitysmallit usein erilaiset. Yhtäältä keskustelu terveys- ja muista kiistoista keskittyy siihen, miksi jotkut ihmisryhmät tai -tyypit kokemusperäisesti sanoutuvat irti tieteellisistä tosiasioista ja miten nämä harhautuneet saisi noudattamaan asiantuntijoiden näkemyksiä. Toisaalta tutkitaan mekanismeja, joilla maallikkokäsitykset ja -kokemukset järjestäytyvät ja integroituvat yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja käytäntöjen kehittämiseen, sekä tähän kehitykseen liittyviä kitkoja ja jännitteitä. Edellisessä keskustelussa korostuvat tyypillisesti yksilöiden tunnuspiirteet, jälkimmäisessä sosiologisemmat teemat. Kokemusten rakentumista kokemustiedoksi tulisi kuitenkin tarkastella samoista lähtökohdista, rinnakkain ja symmetrisesti, riippumatta lopputuloksesta. Tämä edellyttäisi laajaa vertailevaa otetta, jossa kokemustiedon raken-

tumista tutkittaisiin monissa eri asiayhteyksissä. Näin voitaisiin tunnistaa sekä ne tekijät, joiden seurauksena joihinkin kokemuksiin alun perin liitetään totuusväite ja tunnustamispyrintö, että ne tekijät, joiden vuoksi ne joko hyväksytään tai torjutaan – rakentuminen kokemustiedoksi joko onnistuu tai epäonnistuu.

Tällainen laaja vertailu ei artikkelin laajuudessa tekstissä ole mahdollista. Niinpä keskityin tarkastelemaan yhtä asiayhteyttä (ravitsemusajattelu) ja yhtä torjuttua tunnustusta hakevaa kokemusmuotoa (karppaus). Kiinnostukseni kohdistui siis yksittäiseen terveyskiistaan, jonka tulkintaan hain apua ensinnäkin maallikkokäsitysten syntyä, järjestäytymistä ja integroitumista käsittelevistä tutkimuskeskusteluista. Lisäksi ehdotin, että kokemustiedon rakentumisessa – erityisesti siihen liittyvissä kamppailuissa – tulisi ennen kaikkea tarkastella, miten kussakin asiayhteydessä (esim. ravitsemuksen kentällä) suhtaudutaan kokemuksiin. Käänsin siis katseeni karppaajien tunnuspiirteistä rakenteellisempiin tekijöihin, ravitsemusajattelun tunnuspiirteisiin. Tässä mielessä mukana oli ainakin yritys symmetrisen selittämiseen: tarkastelin torjuttuja kokemuksia lähtökohdista, joita yleensä sovelletaan hyväksytyihin kokemuksiin.

Esitettyä tarkastelutapaa tulee kehittää edelleen tulevassa tutkimuksessa soveltamalla sitä uusiin asiayhteyksiin, jotka kattavat sekä torjutun että hyväksytyyn kokemustiedon. Hyvä lähtökohta on kokemustiedon rakentuminen, johon johdattaa seuraavanlaiset kysymykset: Millaisia (maallikko) kokemuksia asianyhteys sisältää ja liittyykö niihin totuusväite? Kuka artikuloi kokemustiedon: maallikot itse vai joku muu taho näiden puolesta? Mihin kokemustieto sijoittuu: tuotetaanko sitä aktiivisesti asiantuntijoiden toimesta ja millaisin välinein, vai sijoittuuko se virallisen tiedontuotannon ulkopuolelle? Miten kokemustieto on järjestäytynyt: edustaako sitä jokin ryhmittymä, esim. kokemus-

asiantuntijat tai potilasjärjestö? Mikä on kokemustiedon asema suhteessa asiantuntijatietoon? Miten asiantuntijatieto on rakentunut (menetelmällisesti, ammatillisesti, institutionaalisesti)?

Esitelty tutkimusote on tärkeä, sillä se voi auttaa ratkomaan nykyään vellovia ja huolta aiheuttavia terveyskiistoja. Näkökulma siirtää huomion maallikoista, näiden tiedon puutteesta, vääristyneistä riskikäsityksistä tai luottamuspulasta, maallikoiden ja asiantuntijoiden väliseen suhteeseen ja sitä jäsentäviin tekijöihin. Nämä tekijät yhtäältä valottavat, miksi juuri jossain tietyssä asiayhteydessä kokemuksille ei ole tilaa ja syntyy terveyskiistoja, ja toisaalta antavat vinkkejä siihen, miten maallikkokokemukset voidaan huomioida paremmin. Sovellettuna esitelmääni esimerkkitapaukseen, mahdollinen keino lievittää vastakkainasettelua karpapaajien ja ravitsemusasiantuntijoiden välillä on luoda aktiivisesti tilaa kokemustiedolle ravitsemusajattelussa.

## Kirjallisuus

- ABEL, EMILY K. & CAROLE H. BROWNER. 1998. "Selective Compliance with Biomedical Authority and the Uses of Experiential Knowledge." Teoksessa *Pragmatic Women and Body Politics*, toim. Margaret Lock & Patricia A. Kaufert. Cambridge: Cambridge University Press, 310–326.
- AKRICH, MADELEINE. 2010. "From Communities of Practice to Epistemic Communities: Health Mobilizations on the Internet." *Sociological Research Online* 15:2, 10.
- ANDELL, KIA. 2020. "Tiede ja sen toiset. Tieteen ja kokemustiedon rajatyö arkiymmärryksen ylittävissä kokemuksissa." *Sosiologia* 57:3, 227–245.
- ARMSTRONG, DAVID. 1983. *Political Anatomy of the Body*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ARNEY, WILLIAM R. & BERNARD J. BERGEN. 1984. *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*. Chicago: University of Chicago Press.
- AUPERS, STEF. 2012. "'Trust No One': Modernization, Paranoia and Conspiracy Culture." *European Journal of Communication* 27:1, 22–34.
- AYO, NIKE. 2012. "Understanding Health Promotion in a Neoliberal Climate and the Making of Health Conscious Citizens." *Critical Public Health* 22:1, 99–105.
- BERGMAN, KAROLIN, PAULIINA NOWICKA, KARIN ELI & ELIN LÖVESTAM. 2022. "'Writing Nutritionistically': A Critical Discourse Analysis of Lay People's Digital Correspondence with the Swedish Food Agency." *Health* 26:5, 554–570.
- BLOOR, DAVID. 1976. *Knowledge and Social Imaginary*. Lontoo & Boston: Routledge.
- BLUME, STUART. 2017. "In Search of Experiential Knowledge." *Innovation: The European Journal of Social Science Research* 30:1, 91–103.
- BORKMAN, THOMASINA. 1976. "Experiential Knowledge. A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups." *Social Service Review* 50:3, 445–456.
- BROWN, PHIL. 1987. "Popular Epidemiology: Community Response to Toxic Waste-Induced Disease in Woburn, Massachusetts." *Science, Technology, & Human Values* 12:3-4, 78–85.
- BROWN, PHIL, RACHEL MORELLO-FROSCH, STEPHEN ZAVESTOSKI & THE CONTESTED ILLNESSES RESEARCH GROUP. 2011. *Contested Illnesses: Citizens, Science, and Health Social Movements*. Oakland: University of California Press.
- CARON-FLINTERMAN, J. FRANCISCA, JACQUELINE E. W. BROERSE & JOSKE F. G. BUNDERS. 2005. "The Experiential Knowledge of Patients: A new Resource for Biomedical Research?" *Social Science & Medicine* 60:11, 2575–2584.
- CARPENTER, KENNETH J. 2013. "Nutritional Diseases." Teoksessa *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, toim. W.F. Bunym & Roy Porter. Abingdon: Routledge, 464–483.
- CARVER, CHARLES S., MICHAEL F. SCHEIER & JAGDISH KUMARI WEINTRAUB. 1989. "Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach." *Journal of Personality and Social Psychology* 56:2, 267–283.
- COLLINS, HARRY & ROBERT EVANS. 2002. "The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience." *Social Studies of Science* 32:2, 235–296.
- DEMSZKY, ALMA & ARMIN NASSEHI. 2012. "Perpetual Loss and Gain: Translation, Estrangement and Cyclical Recurrence of Experience Based Knowledges in Public Action." *Policy & Society* 31:2, 169–181.
- DIXON, JANE. 2009. "From the Imperial to the Empty Calorie: How Nutrition Relations Underpin Food Regime Transitions." *Agriculture and Human Values* 26, 321–333.
- EGHER, CLAUDIA. 2020. "Online Expert Mediators. The Rise of a New 'Bipolar' Stakeholder or Going Beyond Interactional Expertise in the Blogosphere." *Science & Technology Studies* 33:2, 10–31.
- ELLIOTT, ANDREA & SIMONE GIBSON. 2022. "Exploring Stakeholder Experiences of Dietetic Service and Care Delivery: A Systematic Qualitative Review." *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 36:1, 288–310.

- ENDERS, ADAM M., JOSEPH E. USCINSKI, CASEY A. KLOFSTAD, YM. 2021. "Do Conspiracy Beliefs Form a Belief System? Examining the Structure and Organization of Conspiracy Beliefs." *Journal of Social and Political Psychology* 9:1, 255–271.
- EPSTEIN, STEVEN. 1995. "The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials." *Science, Technology, & Human Values* 20:4, 408–37.
- FOGELHOLM, MIKAEL. 2012. "Ravitsemustutkijat kovilla julkisessa keskustelussa." *Tieteessä tapahtuu* 30:1, 1–2.
- FOX, NICK J., KATIE J. WARD & A. J. O'ROURKE. 2005. "The 'Expert Patient': Empowerment or Medical Dominance? The Case of Weight Loss, Pharmaceutical Drugs, and the Internet." *Social Science & Medicine* 60:6, 1299–1309.
- GINGRAS, JACQUI. 2010. "The Passion and Melancholia of Performing Dietitian." *Journal of Sociology* 46:4, 437–453.
- GOLDENBERG, MAYA. 2016. "Public Misunderstanding of Science? Reframing the Problem of Vaccine Hesitancy." *Perspectives on Science* 24:5, 552–581.
- GUTHMAN, JULIE. 2014. "Introducing Critical Nutrition: A Special Issue on Dietary Advice and Its Discontents." *Gastronomica: The Journal of Food and Culture* 14:3, 1–4.
- HOBSON-WEST, PRU. 2007. "Trusting Blindly Can Be the Biggest Risk of All: Organised Resistance to Childhood Vaccination in the UK." *Sociology of Health & Illness* 29:2, 198–215.
- HOGLE, LINDA F. 2002. "Claims and Disclaimers. Whose Expertise Counts?" *Medical Anthropology* 21:3–4, 275–306.
- HOWIE, J. G., D. J. HEANEY & M. MAXWELL. 1997. *Measuring Quality in General Practice. Pilot Study of a Needs, Process and Outcome Measure*. Occasional Paper 75. London: Royal College of General Practitioners.
- HUOVILA, JANNE. 2014. "'Kansa ei enää tottele': Karppaus individualistisen ja universalistisen ravitsemuspuheen ristiaallokossa Helsingin Sanomissa vuosina 2010–2012." *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 51:1, 18–31.
- HUOVILA, JANNE & SAMPASA SAIKKONEN. 2016. "Establishing Credibility, Constructing Understanding: The Epistemic Struggle over Healthy Eating in the Finnish Dietetic Blogosphere." *Health* 20:4, 383–400.
- HÄRKÄPÄÄ, KRISTIINA. 1995. *Optimismi, kompetenssi ja selviytymiskeinot. Käsitteiden ja empirian tarkastelua kuntoutuksen näkökulmasta*. Kuntoutussäätiön työselosteita 11/1995. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- IL 2011: "Kilot lähtivät karppaamalla." *Ilta-Sanomata* 23.10.2011. (Luettu 27.9.2022.) <https://www.iltalehti.fi/laihdutus/a/2011102314600025>
- IRWIN, ALAN. 1995. *Citizen Science: A Study of People, Expertise and Sustainable Development*. Lontoo: Routledge.
- JALLINOJA, PIIA, MIKKO JAUHO & ESSI PÖYRY. 2019. "Miten Suomi söi 2008–2016? Erityisruokavaliot ja niiden taustatekijät." *Yhteiskuntapolitiikka* 84:2, 135–151.
- JALLINOJA, PIIA, MARI NIVA, SATU HELAKORPI & NINA KAHMA. 2014. "Food Choices, Perceptions of Healthiness, and Eating Motives of Self-Identified Followers of a Low-Carbohydrate Diet." *Food & Nutrition Research* 58:1, 23552.
- JAUHO, MIKKO. 2003. "Työväenravitsemuskysymys: Ravitsemus ja yhteiskuntapolitiikka Suomessa 1900-luvun alkupuoliskolla." Teoksessa *Kansalaisuus ja kansanterveys*, toim. Ilpo Helén & Mikko Jauho. Helsinki: Gaudeamus, 146–174.
- JAUHO, MIKKO. 2016. "The Social Construction of Competence: Conceptions of Science and Expertise Among Proponents of the Low-Carbohydrate High-Fat Diet in Finland." *Public Understanding of Science* 25:3, 332–345.
- JAUHO, MIKKO & ILPO HELÉN. 2018. "Symptoms, Signs, and Risk Factors: Epidemiological Reasoning in Coronary Heart Disease and Depression Management." *History of the Human Sciences* 31:1, 56–73.
- JONES, MARJAANA, PIIA JALLINOJA & ILKKA PIETILÄ. 2021. "Representing the 'Voice' of Patients: How Third Sector Organisations Conceptualise and Communicate Experiential Knowledge in Health Service Development." *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations* 32, 561–572.
- JONES, MARJAANA & ILKKA PIETILÄ. 2020. "Personal Perspectives on Patient and Public Involvement – Stories about Becoming and Being an Expert by Experience." *Sociology of Health & Illness* 42:4, 809–824.
- JÄRVI, ULLA. 2011. "Taipuuko terveysjournalismi yleisön ehdoilla?" *Media & Viestintä* 34:1, 176–184.
- KARVONEN, ERKKI. 2013. "Rasva on elämän ja kuoleman asia." *Media ja viestintä* 36:1, 27–37.
- KIMURA, AYA H. 2013. *Hidden Hunger: Gender and the Politics of Smarter Foods*. Cornell University Press.
- KRICK, EVA. 2022. "Citizen Experts in Participatory Governance: Democratic and Epistemic Assets of Service User Involvement, Local Knowledge and Citizen Science." *Current Sociology* 70:7, 994–1012.
- KRICK, EVA & TAINA MERILUOTO. 2022. "The Advent of the Citizen Expert: Democratising or Pushing the Boundaries of Expertise?" *Current Sociology* 70:7, 967–973.
- KUUSELA, MAISA. 2014. *Yleislääkärin vastaanottotapahtuma - näkökulmia laatuun*. Turun yliopiston julkaisuja C378. Turku: University of Turku.
- LEITZMANN, KLAUS & GEOFFREY CANNON. 2005. "Dimensions, Domains and Principles of the New Nutrition Science." *Public Health Nutrition* 8:6A, 787–794.
- LEWIS, TANIA. 2010. "Branding, Celebrityization and Lifestyle Expert." *Cultural Studies* 24:4, 580–598.

- LIQUORI, TONI. 2001. Food Matters: Changing Dimensions of Science and Practice in the Nutrition Profession." *Journal of Nutrition Education* 33:4, 234–246.
- LÖVESTAM, ELIN, YLVA ORREVAL, AFSANEH KOOCHER & AGNETA ANDERSSON. 2016. "The Struggle to Balance System and Lifeworld: Swedish Dietitians' Experiences of a Standardised Nutrition Care Process and Terminology." *Health Sociology Review* 25:3, 240–255.
- MAZANDERANI, FADHILA, JENNY KELLY & ARIEL DUCEY. 2017. "From Embodied Risk to Embodying Hope: Therapeutic Experimentation and Experiential Information Sharing in a Contested Intervention for Multiple Sclerosis." *BioSocieties* 13:1, 232–254.
- MAZANDERANI, FADHILA, LOUISE LOCOCK & JOHN POWELL. 2012. "Being Differently the Same. The Mediation of Identity Tensions in the Sharing of Illness Experiences." *Social Science & Medicine* 74:4, 546–553.
- MAZANDERANI, FADHILA, TEHSEEN NOORANI, FARZANA DUDHWALA & ZARA T. KAMWENDO. 2020. "Knowledge, Evidence, Expertise? The Epistemics of Experience in Contemporary Healthcare." *Evidence & Policy* 16:2, 267–284.
- MERILUOTO, TAINA. 2018. "Turning Experience into Expertise: Technologies of the Self in Finnish Participatory Social Policy." *Critical Policy Studies* 12:3, 294–313.
- MILLES, DIETRICH. 1995. "Working Capacity and Calorie Consumption: The History of Rational Physical Economy." Teoksessa *The Science and Culture of Nutrition*, toim. Harmke Kamminga & Andrew Cunningham. Amsterdam: Clio Medica, Vol. 32, 75–96.
- MOUGHAN, PAUL J. 2020. "Holistic Properties of Foods: A Changing Paradigm in Human Nutrition." *Journal of the Science of Food and Agriculture* 100: 14, 5056–5063.
- MUDRY, JESSICA J. 2009. *Measured Meals: Nutrition in America*. Albany: SUNY Press.
- MUSTAJOKI, PERTTI. 2017. "Kokemusasiatuntija vailla mahdollisuuksia ruokapöydässä." <https://www.perttimustajoki.fi/> (Luettu 4.1.2023.)
- NESTLE, MARION. 2002. *Food Politics. How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley: University of California Press.
- NESWALD, ELIZABETH, DAVID F. SMITH & ULRIKE THOMS. 2017. "Introduction." Teoksessa *Setting Nutritional Standards: Theory, Policies, Practices*, toim. Elizabeth Neswald, David F. Smith & Ulrike Thoms. New York: University of Rochester Press, 1–28.
- NICHOLS, CARLY, HALIE KAMPMAN & MARA VAN DEN BOLD. 2022. "Forging Just Dietary Futures: Bringing Mainstream and Critical Nutrition into Conversation." *Agriculture and Human Values* 39:2, 633–644.
- NOORANI, TEHSEEN. 2013. "Service User Involvement, Authority and the "Expert-by-Experience" in Mental Health." *Journal of Political Power* 6:1, 49–68.
- NOWOTNY, HELGA. 2003. "Democratising Expertise and Socially Robust Knowledge." *Science and Public Policy* 30:3, 151–156.
- NÄSLUND, HILDA, STEFAN SJÖSTRÖM & URBAN MARKSTRÖM. 2020. "Service User Entrepreneurs and Claims to Authority – A Case Study in the Mental Health Area." *European Journal of Social Work* 23:4, 672–684.
- OLSZEWSKI, TODD M. 2015. "The Causal Conundrum: The Diet-Heart Debates and the Management of Uncertainty in American Medicine." *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 70:2, 218–249.
- ORLAND, BARBARA. 2008. "Nutrients: About the Invention of Good Things that can Harm your Body." Teoksessa *Precious Matters / Prekära Stoffe: The History of Dangerous and Endangered Substances in the 19th and 20th Centuries*, toim. Viola Balz, Alexander von Schwerin, Heiko Stoff & Bettina Wahrig. Preprint 356, Berlin: Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, 141–152.
- POLLAN, MICHAEL. 2008. *In Defence of Food: An Eater's Manifesto*. New York: Penguin.
- POLS, JEANNETTE. 2014. "Knowing Patients: Turning Patient Knowledge into Science." *Science, Technology & Human Values* 39:1, 73–97.
- PRIOR, LINDSAY. 2003. "Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology." *Sociology of Health & Illness* 25, 41–57.
- RABEHARISOA VOLOLONA, TIAGO MOREIRA & MADELEINE AKRICH. 2014. "Evidence-Based Activism: Patients, Users' and Activists' Groups in Knowledge Society." *BioSocieties* 9:2, 111–28.
- RENEDO, ALICIA, ARIS KOMPOROZOS-ATHANASIOU & CICELY MARSTON. 2018. "Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement." *Sociology* 52:4, 778–795.
- SARJA, TIINA. 2012. "Virallisen vastustajat." *Tieteessä tapahtuu* 30:5, 47–50.
- SCHWAB, URSULA. 2021. "Potilaan ruokailutottumusten selvittäminen ja ravitsemusneuvonta." Teoksessa *Ravitsemustiede*, toim. Marja Mutanen, Harri Niinikoski, Ursula Schwab & Matti Uusitupa. Helsinki: Duodecim, 262–269.
- SETÄLÄ, VIENNA. 2015. *Tiedejournalismi inhimillisen epävarmuuden palveluksessa: Tutkimus suomalaisen joukkoviestinnän tiedepuheesta, terveyskäsitteistä ja ihmiskuvasta*. Helsingin yliopisto: Sosiaalityöiden laitos.
- SETÄLÄ, VIENNA & ESA VÄLIVERRONEN. 2014. "Fighting Fat: The Role of 'Field Experts in Mediating Science and Biological Citizenship." *Science as Culture* 23:4, 517–536.
- SCRINIS, GYÖRGY. 2013. *Nutritionism. The Science and Politics of Dietary Advice*. New York: Columbia University Press.
- SYRJÄLÄINEN, PASI, TONI RYNNÄNEN, VISA HEINONEN, MIKKO JAUHO & PIIA JALLINOJA. 2016. "Hyvän ja pahan taistelu – ravinnon rasvojen mediajulkisuus Helsingin Sanomissa 2010–2011." *Sosiaaliläketieteellinen Aikakauslehti* 53, 44–57.

- TOIKKO, TIMO. 2016. "Becoming an expert by experience: An analysis of service users' learning process." *Social Work in Mental Health* 14:3, 292-312.
- VARTIAINEN ERKKI, KATJA BORODULIN, JOUKO SUNDVALL YM. 2012. "FINRISKI-tutkimus: Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun." *Suomen Lääkärilehti* 67:35, 2364-2368.
- VELLAS, B., H. VILLARS, G. ABELLAN & YM. 2006. "Overview of the MNA<sup>®</sup>- Its History and Challenges." *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 10:6, 456-465.
- WAHLBERG, AYO. 2017. "The Vitality of Disease." Teoksessa *The Palgrave Handbook of Biology and Society*, toim. Maurizio Meloni, John Cromby, Des Fitzgerald & Stephanie Lloyd. Lontoo: Palgrave Macmillan, 727-748.
- VAN ZOONEN, LIESBETH. 2012. "I-Pistemology: Changing Truth Claims in Popular and Political Culture." *European Journal of Communication* 27:1, 56-67.
- WYNNE, BRIAN. 1992. "Misunderstood Misunderstanding: Social Identities and Public Uptake of Science." *Public Understanding of Science* 1:3, 281-304.
- VÄLIVERRONEN, ESA. 2016. *Julkinen tiede*. Tampere: Vastapaino.