

Att analysera kunskap – vad internationellt mobila medicinare lär sig av att arbeta utomlands

HELENA PETERSSON är docent i etnologi vid Umeå universitet. Petterssons forskning befinner sig i trisektion mellan etnologi, Science & Technology studies och genusstudier.

KATARZYNA WOLANIK BOSTRÖM är fil.dr i etnologi och lektor vid institutionen för kultur- och medievvetenskaper, Umeå universitet.

MAGNUS ÖHLANDER är docent i etnologi vid Stockholms universitet. Hans forskning rör främst äldreomsorg samt hälso- och sjukvård.



det medicinska fältet är ett exempel på en kunskapsintensiv, globaliserad och diversifierad sektor. Den rymmer grundforskning, olika institutionaliserade vårdpraktiker och ideella hjälporganisationer. Som i andra sektorer av det svenska arbetslivet uppmuntras också internationell mobilitet. Men vad lär sig svenska medicinare som arbetat utomlands i ett laboratorium, en klinik eller för en hjälporganisation? Detta är en av huvudfrågorna inom vårt gemensamma forskningsprojekt "What is the use of internationalisation for transfer of knowledge and professional status? A case of highly skilled returners in the medical field".¹ För att besvara den frågan behöver vi både teoretisera kunskap och hitta vägar att identifiera olika slags kunskaper som omtalas i intervjuer. Just nu är vi mitt uppe i fältarbetet där den primära metoden är intervjuer. På basis av nio hittills genomförda intervjuer ska vi i det följande diskutera hur vi kan sortera upp och analysera de kunskaper som arbete utomlands kan ge yrkesverksamma inom det medicinska fältet.

I artikeln kommer vi att utforska yrkesrelaterad kunskap i relation till tre kategorier av "återvändare" inom det medicinska fältet: Läkare som arbetat för en hjälporganisation utomlands, molekylärbiologer som har bedrivit forskning i ett annat land, samt läkare som arbetat som kliniker och/eller forskare. Dessa kategorier representerar – på olika sätt - medicinens tre grundvalar: den moraliska förpliktelsen att hjälpa och behandla, tilliten till vetenskapliga förfaringssätt och den medicinska

praktiken. Målet med artikeln är att ta ett första steg mot en teoretisering av kunskapsbegreppet i relation till projektets huvudfrågor och de intervjuer vi hittills gjort.

I artikeln används orden ”det medicinska fältet” för att ringa in arenan för produktion, användning och förhandling av kunskap. För att ett område skall kunna analyseras som ett fält måste det besitta en tillräcklig grad av *autonomi*, skriver Broady i *Nätverk och fält* (2002, jfr Bourdieu 1988). Det måste vara en värld för sig. De som deltar i spelet är specialister. De är mer beroende av varandra, det vill säga av kolleger och konkurrenter, än av omvärlden. Fältet måste ha sina egna regler för inträde, belöningar och straff. Ifall politiker, näringslivsrepresentanter eller starka publikgrupper skulle kunna avgöra vem som är en framgångsrik forskare eller en specialistläkare är det inget självständigt fält i Bourdieus mening. En central aspekt är att det måste finnas ett särskilt slag av tillgångar som är fältets egna, och som utgör det akademiska/medicinska kapitalet. Den som vill vinna inträde i det medicinska fältet måste besitta ett tillräckligt mått av akademiskt/medicinskt kapital. Kraftmätningarna inom fältet rör ytterst hur detta kapital skall definieras och fördelas (Broady 2002; jfr Bourdieu 1988; 1998).

KUNSKAP INOM DET MEDICINSKA FÄLTET

I arbetet med att hitta redskap som hjälper oss att genomföra intervjuer om kunskap samt att analysera kunskap, har vi funnit att det finns en hel rad teoretiker, analytiska traditioner och intressanta forskare att bygga vidare på. I denna artikel ligger dock fokus på vad vi kan abstrahera

ur den insamlade empirin. Likväl, ska man hitta redskap för att skapa empiri och analysera kunskap inom det medicinen finns det anledning att ringa in vad som utmärker just detta fält.

Hälso- och sjukvård är en oerhört kunskapsintensiv verksamhet och vårdens framgång är beroende av att ny kunskap ständigt produceras. Rätt slags kunskap är helt avgörande. Detta gör också att forskning och yrkespraktik är intimt sammanbundna. Forskningen är ofta explicit inriktad på att bidra med viktig kunskap till den medicinska praktiken (det kliniska arbetet). Forskningens formulering av problemställningar är ofta sprungna direkt ur behov som uppstått i det praktiska arbetet (ur kliniska behov). Det är inte helt ovanligt att en och samma person är både forskare och praktiker, dvs. arbetar direkt med vård i kliniken, vilket torde vara ovanligt inom flertalet andra yrken och branscher. Kunskapande och nytta är således tydligt och självklart sammanlänkande. Kunskapens värde avgörs till viss grad av huruvida den är möjlig att omsätta i kliniken. Det finns därtill ett inom fältet erkänt samband mellan kunskapsanvändning och erfarenhet. Den medicinska praktiken ska baseras på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. I jämförelse med en nyutexaminerad läkare är det rimligt att anta att faktakunskap kan användas på ett annat och bättre sätt av en erfaren läkare.

Förutom dess kliniska tillämpbarhet avgörs kunskapens värde, *rätt slags vetande*, i ett väl inarbetat system av högstatusvetenskap och internationell publicering som till största delen är peer review-baserat. Ideal och idéer om framstående spetsforskning är dominerande inom det medicinska fältet. Det finns principer (system) för att ranka forskningen och oftast tydliga överenskom-

melser om vilken forskning som är den mest framstående inom sin specialisering. Kunskapsproduktionen i ett peer review-baserat system utgör en internationell arena. Den medicinska forskningen görs i ett internationellt sammanhang där den ledande forskningen, oavsett var den befinner sig i världen, drar till sig uppmärksamhet och andra forskare.

Dessa karakteristiska gör teoretisering och analys av kunskap inom det medicinska fältet till en spännande utmaning. Ett första steg är att granska empirin med ambitionen att förstå hur de intervjuade läkarna och forskarna talar om kunskap och om deras erfarenheter skulle kunna sorteras i olika slags kunskaper.

ATT TALA OM KUNSKAPER I INTERVJUER

Vår utgångspunkt är att kunskap kan ses som en sammansmältning av fakta, begrepp, förfaringssätt och handgrepp, professionell "intuition" eller "magkänsla", förkroppsligat kunnande osv. (jfr Svenaeus 2009). Teoretisk och praktisk kunskap är således ofta sammanflätade och förkroppsligade, vilket märks vid exempelvis läkarundersökningar, operationer eller förfaringssätt vid laboratorieexperiment. Inom Organisation Studies urskiljer Berthoin A. Antal (2000) fem inbördes relaterade kategorier av kunskap som "återvändare" (repatriates) har tillgodogjort sig: faktakunskap (att veta *vad*), kunskap om förfaringssätt (att veta *hur*), kunskap om villkor (att veta *när*, dvs. när och hur faktakunskap och förfaringssätt ska användas), axiomatisk kunskap (att veta *varför* saker händer och när man ska överföra den sortens kunskap) och relationell kunskap (att känna *vem*, användbara sociala nätverk).

Vi har inspirerats av denna indelning och arbetar just nu på att hitta en variant som fungerar i relation till vår empiri. Vilka kunskaper beskrivs i våra intervjuer och hur talar man om kunskap? I den följande empiriska exemplifieringen ligger särskilt fokus på huvudfrågan vad man lärt sig av att i yrket vistats utomlands. Under intervjuerna har vi ställt frågan "Vad lärde du dig?". Frågelistan innehåller också specificeringar av kunskaper, som t.ex. faktakunskap och färdigheter, vilka används i samtalet om vad man lärt sig av att vistas utomlands (jfr Bogner, Littig & Menz 2009 om att intervjua experter).

Som nämndes inledningsvis har de intervjuade valts utifrån tre principer: (i) de som arbetat för hjälporganisationer; (ii) molekylärbiologer som arbetar i laboratorier; samt (iii) läkare som arbetar i kliniken och/eller som utför primärt icke-laboratoriebaserad forskning. När vi jämfört våra intervjuer står det klart att man talar om kunskaper på olika sätt beroende på vilken av dessa kategorier man tillhör. En variant av kunskap är *faktakunskap och teoretisk kunskap*. För alla tre kategorier är det förstås viktigt att hålla sig à jour med den senaste forskningen. Det sker främst

Image courtesy of Anankkml <http://www.freedigitalphotos.net/images/view_photog.php?photogid=1674> at FreeDigitalPhotos.net.

genom att läsa vetenskapliga artiklar, att hålla sig ständigt uppdaterade om aktuell och pågående forskningsläge och genom att åka på konferenser. Hur är det då med att vistas en period utomlands? Sofia, som är kliniker/forskare menar att hon lärde sig en hel del faktakunskaper av att vistas utomlands. Det hör till. Som svar på en direkt fråga om hon lärde sig faktakunskaper säger hon bland annat:

Jo, det gjorde jag. /.../ Men att det känns som att de ändå; jag är mer tagen av de större perspektiven.

/.../

De är också lite så där trendiga, nu kör vi sådana här analyser, nästa år vänder vi på det på det här sättet och ja, det blir kanske ungefär samma resultat ändå. Ehm, så kanske, nej jag gillar mer de här stora penseldragen.

Faktakunskaper är således inte den mest viktiga lärdomen. När det kommer till *färdighetskunskap och förkroppsligad kunskap* nämner Sofia att hon lärt sig nya metoder, blivit bättre på att skriva på engelska samt övat sin färdighet att skriva ansökningar. Förkroppsligat kunnande är svårare att sätta fingret på. Överhuvud taget poängterar Sofia mer att hon vuxit som människa och som forskarsubjekt av sin utlandsvistelse, att hon fått nya perspektiv och lärt sig att saker och ting kan göras på mer än ett sätt, ett slags kunskap vi valt att kalla *reflexiv förmåga* (återkommer till det nedan).

I intervjusamtalen med molekylärbiologer och med dem som arbetat för hjälporganisationer är skiljelinjen mellan faktakunskaper, färdigheter och förkroppsligade kunskaper mer flytande. Man lär sig nya fakta genom att *göra* och genom att hamna i obekanta medicinska och kulturella sammanhang. När läkaren Kajsa åkte på uppdrag med MsF/Läkare utan gränser till ett afrikanskt land var det väl-

digt mycket som var nytt: hur sjukhuset fungerade, vilka mediciner och labbtester fanns tillgängliga eller hur behandlingsgången för olika tropiska sjukdomar var. Hon hade stora förväntningar: att få hjälpa, att uppleva ett äventyr och "att lära sig mycket".

Katarzyna: Vad lärde du dig?

Kajsa: Att jobba i en helt annan kontext! Språket, med franska och swahili. Och lära mig om tropikmedicin. Och just bara att sättas in i en helt annan kontext och se vad man kan bidra. När jag väl kom dit så har jag nog aldrig känt att jag har varit så... så *fel*, kunnat så *lite*, känt mig så *dum* som den första månaden! Men däremot inlärningskurvan gick spikrakt uppåt (pekar)! Så det var *otroligt* intensivt, och jättespännande att lära sig så mycket på så kort tid!

Under den första veckan fick Kajsa en överlämning av sin företrädare, men sedan var det mycket "learning by doing", vilket gällde både de specifika medicinska kunskaperna och själva språket. Till sin hjälp hade hon det kunskapsutbyte som skedde i "teamet", i gruppen "expats", dvs. den västerländska medicinska personalen: "Det var otroligt värdefullt, ett verkligt lärande!", säger hon lyriskt. De lokala doktorerna var svårare att fråga, men Kajsas lösning var att vara med på ronderna och att lära sig av deras interaktion med patienter. Hon lärde sig också swahili och så småningom kunde kommunicera hjälpligt med patienterna, vilket beredde henne mycket glädje då det gav närmare kontakt.

För molekylärbiologerna, som är beroende av laboratoriet för kunskapandet, är vistelsen på andra platser central. Inom molekylärbiologin utökas faktakunskap och teoretisk kunskap i samband med att forskaren byter forskningsfält. För den nydisputerade forskaren är det viktigt att göra post-dok inom ett delvis nytt och angränsande forskningsfält, t.ex. från virus i

form av borrelia till urologi. Att lära sig ett nytt forskningsområde inkluderar både faktakunskap/teoretisk kunskap och metodträning. Faktakunskaper flyter således samman med färdighetskunskap och förkroppsligad kunskap.

Faktakunskap hämtas emellertid i stor utsträckning från artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter, men den är inte bunden till ett land utan till de stora tidskriftdatabaserna. Däremot innebär post-dok-vistelsen att den post-doktorala mentorn anger vilka artiklar som är mest centrala för post-dok-forskarens nya forskningsområde. Att delvis eller helt byta forskningsområde betyder också att forskaren måste tillgodogöra sig artiklar inom helt nya tidskrifter. Här framhålls också konferenser, där både faktakunskap och nätverkande är betydelsefullt

Konferenser är ju jätteviktiga. Då får du en översikt, inte bara över det vetenskapliga fältet eller vad olika forskare och grupper gör. Du får också möjlighet att träffa folk, prata med dem, få koll på vad de är för slags personer. Inte bara att de gör bra forskning utan att de verkar vettiga.

I tidigare studier av t.ex. fysiker och växtfysiologer är metod mycket central för den enskilde forskaren (Pettersson 2011a; Pettersson 2011b). Det beror bland annat på att både fysiker och växtfysiologer är beroende av avancerad teknisk utrustning för att bedriva experiment. En sådan kunskap betraktas som starkt förkroppsligad och även bekönad. I samband med molekylärbiologi behöver själva maskinerna eller tekniken i sig inte vara avancerad som t.ex. inom experimentell plasmafysik. Här finns maskiner som inte avses vara unika i sig, t.ex. centrifuger eller PCR-maskiner.

Under en intervju skall forskaren Pelle förklara den kunskap som han försökte

överföra vid återkomsten till Sverige efter post-dok-perioden vid ett internationellt välkänt västerländskt forskningsinstitut. Pelle har arbetat med att förstå en viss typ av RNA och hur sekvenseringen påverkar betydelsen av en viss typ av bakterier. När han ombeds beskriva vad det är exakt som han vid återkomsten till Sverige har lärt ut, och hur kunskapsöverföringen sker, får Pelle svårt att svara med ord. Istället gestikulerar han, använder händerna som om han drar i spakar och trycker på knappar. Han visar också bilder på hur RNA:t kan förstås.

Kunskapen är starkt förknippad med utförda rörelser i samband med maskin användning, som t.ex. PCR-maskiner. Pelle menar att det är själva labbsituationen som är central när han skall försöka förklara en vetenskaplig metod; den går inte att förklara enbart med ord eller text. Laboratoriearbete är förkroppsligat och det finns en stark känsla för att "riktigt" arbete är just laboratoriearbete. Det är just genom att arbeta i ett annat labb och med personer som kan en viss typ av sekvenseringsmetod som ger en praktisk, metodologisk färdighet.

I ovanstående citat från klinikern/forskaren Sofia nämner hon "de större perspektiven". Hon använder också termen "*metakunskap*". Forskarvärlden, menar hon, styrs av amerikanska värderingar och tidskrifter och att det därför är bra att lära sig hur systemet fungerar. "Man får ett slags metakunskap som handlar om strategiskt, 'hur ska man göra om man vill publicera här eller där.'" Metakunskaper utgörs således av lärdomar om hur man bäst publicerar en artikel, hur publiceringssystemet fungerar, hur man söker forskningsmedel och medel för utlandsvistelse, hur man skriver etikansökningar, och att etikregler kan se annorlunda ut på

andra håll. Vidare inryms sådant som t.ex. hur arbetsplatser kan vara organiserade och hur de arbetar, både som helhet (universitet, sjukhus) och nedbrutet i mindre enheter (institutioner, vårdavdelningar) (jfr Wolanik Boström & Öhlander 2011, u.u. A). Det rör sig således om hur det medicinska fältet ser ut och fungerar lokalt, men också på en mer internationell nivå. I gränslandet mellan metakunskap och vad vi kallar *reflexiva färdigheter* hamnar konstateranden och funderingar över kulturella likheter och skillnader (jfr Wolanik Boström & Öhlander u.u. B). Sofia säger exempelvis om sitt vistelseland

Vi förundrades över hur mycket högre i tak det var där och hur mycket mer möjligheter man har att göra saker. Vi kände att det är så mycket som är i betong här /i Sverige/. Man orkar nästan inte formulera idé för att man känner att 'nej, det går inte', men att /.../ där är det mycket kortare från att man har en idé till att 'ja, men vi gör det', så gör de det".

Reflexiva färdigheter handlar om att utöka sin förmåga att observera, notera och problematisera sådant som rör yrkeslivets vardag, forskning och det medicinska fältet i stort. Det är en förmåga att reflektera också över sig själv i relation till variationer i sociala och kulturella omständigheter. På svar på frågan om vilka som var de viktigaste erfarenheterna av vistelsen utomlands svarar Sofia:

Viktigaste erfarenheterna... Ja, men det är väl det här som är så svårformulerat. Men det är väl att man lyfter sig ett snäpp ovanför, man får ett vidare perspektiv... tycker jag... på så sätt att man ser att världen är större, det kan fungera på många olika sätt. Man kanske blir lite friare i att formulera visioner eller se att det kan vara på ett annat sätt... och... Det tycker jag är den största... personliga lärdomen. Ja, och att man, det jag inser är att det finns tusen sådana här världar till som man inte har sett, utan nu har jag bara fått ett perspektiv.

Flera av de intervjuade berättar om sådant som hur annorlunda saker och ting var, hur man umgicks till skillnad från hur man umgås i Sverige etc. Men det handlar också om att man, som flera säger, på något sätt växt eller utvecklats som människa. De som har medföljande familj lyfter gärna också fram att även de förändrades och växte som människor.

Pelle lägger hypotetiskt fram tesen att det är en viss typ av människor med specifik personlighet som åker iväg. Du måste ju tycka att det är kul att träffa nya människor och kunna leva i ett annat land där saker och ting inte alls fungerar som det gör i Sverige. Pelle framhåller att han känner sig berikad av all den kunskap som han har lärt sig om kulturen och samhället där han var post-dok. Men på en mer arbetsspecifik nivå så menar han att den kunskap som han har fått om forskningssystem i olika länder och hur olika akademiska arbetsplatser fungerar beroende på land eller forskningsorganisation hjälper honom att förstå och problematisera det svenska forskningssystemet, inte minst i egenskap av granskare av ansökningar och som medlem av olika vetenskapliga kommittéer.

Metakunskaperna och de reflexiva färdigheterna är svåra att enkelt separera då de föder varandra. Kajsas nära interaktion med de andra "expats" inom MsF/Läkare utan Gränser ledde till reflektioner över olika sjukvårdssystem. De västerländska – trots alla inbördes olikheter länderna emellan – kändes ändå rätt lika i jämförelse med det afrikanska landet de befann sig i. En stor skillnad var synen på den medicinska kunskapen som i konstant utveckling – respektive mer statisk. För de lokala doktorerna, väldigt duktiga och erfarna inom ämnet tropiska sjukdomar, var att visa sig okunnig om något förödande

för statusen; de vägrade också att erkänna att en läkare faktiskt kan misslyckas och ha fel, eftersom det skulle innebära att tappa ansiktet. Av ett slags ”kulturell stolthet”, säger Kajsa, var de läkarna inte heller förtjusta i MsF:s föränderliga riktlinjer:

Vi är på något sätt hela tiden vana vid att hela tiden *ändra*, vi vet att saker och ting ändras, olika antibiotikatyper, det kommer nya riktlinjer hela tiden – medan de verkade tycka mer att det var statisk kunskap – det de har lärt sig, det *gäller*.

Jonathan, som bl.a. har arbetat för Rotarys Läkarbank som jeep-läkare i ett afrikanskt land, svarar snabbt och bestämt på frågan om vad han har upplevt och lärt sig: ”jo jag har lärt mig hur riktigt sjuka människor ser ut”. Han menar att i Sverige hinner man fånga upp de flesta sjukdomarna på ett tidigare stadium, medan där:

...när man lyssnar på lungorna så låter det riktigt illa, jag har sett folk med hjärnhinneinflammation som är nackstyva, jag har sett riktigt djupa svampinfektioner, jag har sett fula brännskador, jag har sett barn som krampar. ...jag har sett fult infekterade sår, fult infekterade ögon, riktigt förstörade lymfkörtlar, förstörade bukar... så undersökningsbild är gravt avvikande, det ser man nästan aldrig i Sverige.

Katarzyna: För att det har gått så lång tid?

Jonathan: Uhm (nickar). Så jag har lärt mig att människor har sämre villkor i världen, det visste jag innan, men det var väldigt påtagligt.

Hos flera av de intervjuade var metakunskaper och de reflexiva färdigheterna det man hade lättast att prata om. I alla fall var det de teman där svaren var mest ordrika, vilket också kan tolkas som att reflektioner kräver större samtalsutrymme. En fortsättning på den tolkningen är att reflektioner och metakunskaper är de er-

farenheter och insikter som är minst självklara och förväntade, därför uppfattas de också som mest omvälvande.

KONTEXTBEROENDE KUNSKAP SOM PROCESSER

Det räcker förstås inte att typologisera kunskaper. Eftersom kunskap är en process måste man också ringa in processens karaktär och mekanismer. I relation till intervjuerna med medicinare förefaller det rimligt att ta hänsyn till följande aspekter.

En första aspekt är att det i praktiken är mycket svårt att helt separera vardagskunskap från vetenskaplig kunskap. De intervjuade medicinarnas forskning och kliniska praktik är beroende av metakunskaper och deras läkar-/forskarhabitus formas och omformas via de reflexiva färdigheterna. Särhållandet av vetenskaplig kunskap och vardagskunskap är förstås principiellt viktigt i en rad sammanhang, t.ex. när det kommer till sådant som att avgöra rätt slags behandling för en kroppslig åkomma. Ska man analysera kunskapande och kunskapsanvändande är det dock inte rimligt att göra åtskillnaden alltför skarp. Flera har också formulerat tesen om att den vetenskapliga och den vardagliga kunskapen är beroende av varandra (se t.ex. Svenaeus 2009, Traweek 1988, Pettersson 2007). Detta är påtagligt inom det medicinska fältet. Hur en forskare/läkare producerar kunskap och omsätter den vetenskapliga kunskapen hör samman med sådant som erfarenhet, sociala färdigheter och, även om det först kanske låter märkligt, även med sociala nätverk, kort sagt med metakunskaper och reflexiv förmåga.

En andra aspekt att beakta, och som

kanhända är särskilt påtaglig inom det medicinska fältet, är relationen mellan kunskapande och kunskapsanvändning. Ibland är det en och samma person som både producerar kunskapen och omsätter den i praktik. Ibland inte. Hur ser egentligen det medicinska fältets relation ut mellan att producera och att använda kunskap? Finns det en rangordning mellan dessa två? Är sätten att rangordna i så fall knutet till vilken position den som rangordnar har?

En tredje aspekt av kunskap som process är att kunskapande och kunskapsanvändande handlar om en verksamhet som utförs av socialt positionerade individer. Ett sätt att utforska detta vidare är att ta ytterligare hjälp av Bourdieus terminologi. Läkarna/forskarna är positionerade inom det medicinska fältet. På detta fält pågår en kamp om kunskapens värde. Kunskap är kopplad till symboliskt kapital och status, och därmed även villkorad av intersektionella samband som etnicitet, ålder och kön. Processen där erkännande negotieras är avhängig både samhällsklimatet och den lokala arbetsplatskulturen. Ovan har vi preliminärt skiljt mellan olika kunskapsformer. Vilka relationer har de olika kunskapsformernas till varandra? Detta kan man kanske kalla kunskapernas hierarki. Vilka kunskaper görs till överordnade, och hur rangordnas övriga? Hierarkin kan förväntas se olika ut i olika kontexter. Därför är kunskapandets och kunskapsanvändningens kontexter viktiga att uppmärksamma. Renodlad forskning utgör en sådan kontext, en annan är kliniskt arbete i ett samhälle präglad av politisk stabilitet och relativ materiell välfärd i kontrast till att arbeta med katastrofmedicin eller i ett mycket fattigt och politiskt instabilt land.

Specialister som arbetar utomlands kan

också få insikter i olika kulturella och sociala normer, i en annorlunda arbetsplatskultur, andra kunskapstraditioner och arbetsstilar. När en läkare eller en molekylärbilog ansluter sig till en organisation i ett annat land kan han/hon uppleva en skillnad i exempelvis vilka handgrepp eller procedurer som ses som självklara och önskvärda. Den kunskapen han/hon hittills tagit för given kan bli ifrågasatt och t.o.m. utmanad. När kunskap flyttas från en kontext till en annan måste den transformeras, översättas och återskapas (Czarniawska & Sevön 2005; Wolanik Boström & Öhlander u.u. A). Efter en vistelse i en klinik, ett fältsjukhus eller ett laboratorium har nya (medicinska, kulturella, sociala etc.) kunskaper internaliserats, förkroppsligats och blivit självklara.

I ett första steg mot en empiriskt grundad teoretisering av kunskap är det således tydligt hur de olika kunskapsformerna är beroende av varandra. Den reflexiva kunskapen är den mest relevanta att fördjupa för att vi ska förstå hur kunskapsformerna samspelar med varandra i relation till kunskapandets villkor inom det medicinska fältet. Värt att notera är att den reflexiva kunskapen lyfts fram i intervjuerna men är en kunskapsform som sannolikt har låg status inom det medicinska fältet. Ett viktigt spår att undersöka vidare är också relationen mellan kunskap och materialitet. I vårt arbete med projektet kommer vi att fortsätta att analysera hur kunskapandets och kunskapsanvändandets processer går till och hur de olika kunskapsformerna samspelar och överlappar varandra.

NOT

¹ Projektet är finansierat av Marianne och Marcus Wallenbergs Stiftelse.

REFERENSER

- Berthoin Antal, Ariane, 2000. "Types of knowledge gained by expatriate managers", i *Journal of General Management*, 26(2):32–51.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (eds.), 2009. *Interviewing Experts*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bourdieu, Pierre, 1988. *Homo Academicus*. Stanford: Stanford University Press.
- Broadly, Donald, 2002. "Nätverk och fält", i Gunneriusson, Håkan (red.), *Sociala nätverk och fält*. Uppsala: Swedish Science Press.
- Czarniawska, Barbara & Sevón, Guje (eds.), 2005. *Global Ideas: How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy*. Malmö: Liber & Copenhagen Business School Press
- Pettersson, Helena, 2007. *Boundaries, Believers, and Bodies: A Cultural Analysis of a Multi Disciplinary Research Community*. Umeå: Umeå University.
- Pettersson, Helena, 2011a. "Gender and transnational plant scientists: Negotiating academic mobility, career commitments, and private life", i *Gender*, (1):99–116.
- Pettersson, Helena, 2011b. "Making masculinity in plasma physics – machines, labour and experiments", i *Science Studies*, 24(1):45–63.
- Svenaesus, Fredrik, 2009. "Vad är praktisk kunskap?", i Bornemark, Jonna & Svenaesus, Fredrik (red.), *Vad är praktisk kunskap?* Huddinge: Södertörns högskola.
- Traweek, Sharon, 1988. *Beamtimes and Lifetimes: The World of High Energy Physicists*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Wolanik Boström, Katarzyna & Öhlander, Magnus, 2011. "Polska läkare i Sverige: om läkarroll, status och kulturella processer", i *Socialmedicinsk tidskrift*, 88(3):273–281.
- Wolanik Boström, Katarzyna & Öhlander, Magnus (u.u. A). "Mobile polish physicians: Renegotiating status and knowledge", i Cervinkova, Hana; Buchowski, Michal & Uherek, Zdeněk (eds.), *Rethinking Ethnography in Central Europe*, London: Palgrave Macmillan
- Wolanik Boström, Katarzyna & Öhlander, Magnus (u.u. B). "Mobile physicians making sense of culture(s): On mobile everyday ethnography", i *Ethnologia Europaea*.

SUMMARY

Analyzing Knowledge – What Internationalized and Mobile Medical Professionals Learn from Working Abroad (Att analysera kunskap – vad internationellt mobila medicinare lär sig av att arbeta utomlands)

The aim with this article is to discuss analytical tools to understand knowledge and learning processes. Our point of departure is data from our research project about international mobility among highly skilled professionals in the medical field. In this text, we problematize how to classify and analyse different types of knowledge as physicians and medical researchers who have worked abroad and then returned to Sweden tell about their experiences. In the interviews we have conducted so far, we can identify declarative knowledge (facts, theoretical knowledge); skills and embodied know-how; meta knowledge (about how the medical field works, i.e. publication strategies) and reflexive abilities (broaden one's vision, learn about and be able to deal with cultural variations, extend professional habitus). We find that professional knowledge in the medical field is a process where the different types of knowledge are interdependent. It is therefore necessary to analyse these interrelations. Since we define professional knowledge as a process, difficult to completely separate from everyday knowledge and everyday life, we suggest that reflexive abilities have a vital role among the interrelated knowledge types.

Keywords: knowledge, skills, medical field, internationalization, physicians, molecular biologists.

Helena Pettersson, PhD, is Associate Professor in Ethnology at the Dept. of Culture and Media Studies, Umeå University, Umeå, Sweden.

Katarzyna Wolanik Boström, PhD in Ethnology, Dept. of Culture and Media Studies, Umeå University, Umeå, Sweden.

Magnus Öhlander, PhD, Associate Professor in Ethnology at the Dept. of Ethnology, History of Religions and Gender Studies, Stockholm University, Stockholm, Sweden.