

# En utålmodig kreftforsker

En ung pasient med brystkreft gjorde et uutslettelig inntrykk under studietiden. Siden har lederen av Kreftregisteret, Giske Ursin, jobbet med forebygging av kreft.

Kreftregisteret ligger i splitter nye lokaler ved siden av Radiumhospitalet på Montebello i Oslo. Forskning, register, videregående skole og sykehus ligger vegg i vegg – og alt er lagt til rette for det som gjerne kalles synergieffekter.

Hun omtales av kolleger som den perfekte fagpersonen til å lede det nasjonale registeret for kreft, med en betydelig internasjonal karriere innen forskning og et stort engasjement for saken. Alle kaller henne flink, men fremhever at hun er det på en sympatisk måte og at hun gjerne deler sin kunnskap med andre. Andre skussmål er at hun er et raust menneske, som fanger opp hvordan de rundt henne har det, og at hun vil folk vel.

## Ingen kur

– Hvorfor ble du lege?

– Jeg er veldig glad i mennesker og tall, men skjønte at jeg måtte arbeide med mennesker. Grunnen til at jeg begynte å jobbe med kreft er en helt annen. Sommeren før jeg var ferdig med studiet, jobbet jeg ved en kirurgisk avdeling som legeassistent, blant annet med brystkreftkirurgi. Jeg var ganske naiv og uvitende da, og trodde nærmest at brystkreft var en sykdom som rammet kvinner i 60-årene, som ble satt opp til en liten operasjon og raskt friskmeldt. Så kom det inn en pasient omtrent på min alder. Hun var mor til en treåring og en ni måneder gammel baby. Svulsten var så stor at selv jeg greide å finne den, og hun hadde en ertestor kul i aksillen. Det var sjokkerende. Jeg var med på operasjonen, og jeg deltok da kirurgen fortalte henne hva han hadde funnet. Prognosen var dårlig, og til meg sa han at hun hadde maksimalt to år igjen å leve. Punktum.

– Hva tenkte du da?

– Opplevelsen satte en støkk i meg. Mine drømmer om å bli kirurg ble mindre fristende. Jeg bestemte meg for å jobbe med forebygging av kreft. Jeg hadde allerede vært i USA og fått forståelsen av at det var mye ugjort på dette området.

– Det var vel ikke så vanlig å reise til USA i løpet av studiet?

– Det var greit å få til, Universitetet i Bergen hadde et utvekslingsprogram.

– Det ga mersmak?

– Jeg kom tilbake til Norge etter å ha tatt en master i USA og skulle holde foredrag ved Institutt for samfunnsmedisin. Et par av statistikerne gikk løs på metoden jeg hadde brukt. Jeg innså at jeg trengte mer kunnskap, og jeg ønsket meg tilbake til USA hvor de var flinke på epidemiologisk metode og hadde en systematisk ph.d.-opplæring. Jeg

«Du må bli så begeistret at du klarer å skrive en søknad som begeistrer andre»

hadde dessuten truffet mannen min der, jeg ville være sammen med ham og planla en doktorgrad i epidemiologi.

– Er mannen din fra USA?

– Nei, han er belgier, eller kanskje etter hvert belgisk-amerikansk. Nå jobber han ved BI her i Norge.

## Akademisk oppvekst

– Begge foreldrene dine er leger?

– Min mor jobbet med søvn, og min far jobbet med stress. Begge er leger og drev med forskning. Min far var ved Det psyko-logiske fakultet, men på det fysiologiske området. Moren min jobbet ved en fysiologisk avdeling.

– Din far var en markant fagperson. Hvordan var det å bli lege i kjølvannet av en så tydelig legefår?

– Vi kunne ha ganske sterke diskusjoner, og det var et stimulerende miljø å vokse opp i. Mine foreldre hadde ofte utenlandske

gjester på besøk, så det var interessante middager hjemme.

– Med to foreldre som var professorer, følte du et karrierepress?

– Jeg vil ikke si det slik, men jeg visste at å bli professor var mulig. Det krever riktignok en del arbeid å komme dit. Det gjelder å benytte mulighetene og ta utfordringene man møter.

## BMI og brystkreft

– Hva handlet doktorgraden din om?

– Den handlet om risikofaktorer for brystkreft. Jeg var opptatt av hormonelle årsaksfaktorer til brystkreft, og har arbeidet med ulike former for hormonpåvirkninger. Mer detaljert handlet graden mest om kroppsmasseindeks og brystkreft hos unge kvinner.

– Du har brukt mye av karrieren din på brystkreft og forebygging, hva er det som er så spennende ved det?

– Innenfor kreftepidemiologi er røyking aller viktigst, jeg må bare få understreke det først. Hvis vi «ble kvitt» røykingen, ville en firedel til en femdel av alle kreftdødsfall vært unngått. Da jeg begynte på min ph.d.-grad, hadde jeg en professor som jobbet med brystkreft hos unge kvinner. Det var ikke lenge etter det sterke pasientmøtet ved en kirurgisk avdeling, så jeg sa ja takk med en gang. Da jeg nesten var ferdig med graden, kom Malcolm Pike, som var det store navnet innen hormoner og brystkreft, og holdt et foredrag om en p-pille som både skulle virke som prevensjon og forebygge brystkreft. Jeg ville veldig gjerne jobbe sammen med ham, og han tok meg inn som postdoktorstipendiat. Jeg var bekymret for at man ikke vurderte alle aspekter ved det nye medikamentet, og hadde en kollega som hadde begynt å se på mammografisk tetthet. Jeg visste at dette var en sterk risikofaktor for brystkreft. Dersom denne pillen virket forebyggende, burde man kanskje se endring i brystvev også. Jeg tok opp temaet, og Pike sa bare: «Greit, vi får se på mammogrammene.



Foto: Christian Tunge

## Giske Ursin

født 1961

- Cand.med. Universitetet i Bergen 1987
- Master of Public Health, University of California, Los Angeles (UCLA) 1985
- Ph.d. i epidemiologi, UCLA 1992
- Assistant Professor ved University of Southern California 1995, Associate with tenure 2001, full Professor 2008, Emeritus Professor 2010 –
- Professor ved Institutt for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo 2001–2014, professor II fra 2014
- Medlem av Det norske vitenskapsakademi 2004 –
- Leder av Kreftregisteret 2011 –

Du får finne en løsning på det.» Vi hadde ikke noen metode, måtte skaffe midler og få en av fysikerne til å skrive et program. Det tok mange år og kostet mye, men det var interessant og gøy. Til slutt hadde vi utviklet et system for å lese mammografisk tetthet. Mye av min forskning ble innen dette feltet, men det begynte som sagt med at vi skulle undersøke virkninger av en forebyggende medisin mot brystkreft.

– Så tilfeldig kan det være?

– Ja, man må se mulighetene når noe dukker opp. Du må bli så begeistret at du klarer å skrive en søknad som begeistrer andre. Da får man penger, og så kan man gå videre.

Giske Ursin virker genuint ivrig når hun snakker om det.

– Du ledet også en forskergruppe i USA?

– Ja, og etter hvert flyttet jeg til Norge og har trappet gradvis ned i USA. Jeg har noen flinke, unge kolleger som tar arbeidet videre.

### En kreftepidemiologs drøm

– Hva var det som gjorde at du ville lede Kreftregisteret?

– Det er jo på mange måter en kreftepidemiologs drøm. Kreftregisteret har et enormt

potensial. Hovedoppgaven er å registrere kreft. Det er viktig å se om forebyggende tiltak har effekt, og man kan se hvor nye utfordringer kommer. Vi håper å få registeret inn i det 21. århundre og ønsker å få alt registrert elektronisk. Da kunne vi hver morgen vært oppdatert på utviklingen. Se for deg at en kliniker får tilbud om et helt nytt medikament som skal prøves ut, men vi har bare to pasienter i Oslo og ønsker å vite om det finnes flere i landet. Hvis alt var blitt registrert umiddelbart, hadde vi hatt oversikten. De nye behandlingene kunne blitt prøvd ut raskt i hele landet. Det er dit vi ønsker å komme. Det er viktig at pasientene får tidlig tilgang til nye kreftlegemidler. Vi kan følge opp hvordan disse legemidlene virker. Det må vi kunne bruke kreftregistre i de nordiske landene til, det er noe av målsettingen.

– Registerne er spesielle i verdenssammenheng?

– Det som er fint i de nordiske landene, er at vi teller all kreft grundig, og vi har kilder som gjør at vi får telt riktig. Dessuten kan vi telle nevneren bedre enn i andre land. I California er de gode til å registrere kreft, men de vet ikke hva raten er. Vi vet når folk flytter inn og ut av landet. Det gjør det enklere å beregne overlevelse. Folk flyt-

ter dessuten ikke så mye, og vi kan følge utviklingen over tid. – Der jeg var i turnus, var det turnuslegenenes oppgave å skrive kreftmeldinger. Hele kontoret var fylt med stabler av gamle papirjournaler som skulle gås gjennom og meldes inn. Et register blir aldri bedre enn de som melder inn, hvordan skal man løse slike utfordringer?

– Det er veldig enkelt. Det vi trenger, er et strukturert elektronisk pasientjournalssystem. Informasjonen må være så tilgjengelig at den automatisk kommer til de registrerte den skal, uten at leger eller legesekretærer trenger å gjøre noe som helst. Jeg har forstått at det kommer. De som er involvert i det, er ikke så optimistiske med hensyn til *når* det kommer. Jeg synes det er uforståelig at saken ikke er løst allerede.

### Å lete etter kreft

– Hva kan man oppnå med et godt kreftregister?

– Forebyggingen kan bli enda bedre. Vi ønsker å få krefttraten ned. Det som imidlertid skjer, er at vi finner mer kreft jo mer vi leter. Vi må bli flinkere til å kunne leve med at man har fått en kreftdiagnose og er blitt behandlet for det. Det man så kan gjøre, er å leve slik at man forebygger ny kreftsykdom. Etter at man har hatt kreft bør man i alle fall stumpe røyken og passe vekten. Det er de to store helsefaktorene i årene som kommer. Det er flere som mener at fedme vil overta for røyk.

– Alle har hørt om noen som røkte til de var 90, så rådene gjelder vel ikke for alle?

– Et viktig spørsmål er hvor individuell forebyggingen skal være. Vi tenker mye på dette innen screening. Har du en positiv cytologi- eller HPV-test, får du mer intens forebygging. Sånn burde det egentlig være for hvert screeningprogram. Kanskje burde flere slippe screening etter en viss alder hvis man har veldig lav risiko. En kollega som jobber med tarmkreft tok forleden opp hvor dårlige vi er til å gi råd. Folk kommer til screening, men spør vi egentlig om hvordan de skal unngå den kreften de kommer til screening for? En ting er å presse på folk informasjon, men burde vi spørre om de vil ha noen råd? Tenk at vi ikke gjør det, sukker hun lavmælt, men tydelig.

– Vi tror kanskje at de vet?

– Det vet vi at mange ikke gjør. Vi må bli flinkere.

– Du har selv hatt kreft?

– Ja. Det gjør kanskje at man får et nytt perspektiv. Nå har jeg vært heldig og er blitt helt frisk. Jeg har til og med tatt sort belte i taekwondo i etterkant.

– Taekwondo?

– Det begynte med at jeg heller ville

trene enn bare å kjøre sønnen min på trening. Det er jo så gøy, du må fokusere veldig på mønstre og teknikk. Det krever disiplin, fleksibilitet og er fysisk krevende.

– Har det å ha hatt kreft gjort noe med deg som fagperson?

– Jeg var vel utålmodig fra før, men tror kanskje jeg er blitt enda mer utålmodig når jeg ser faglige utfordringer vi bør komme videre med.

### Internasjonalt arbeid

Ursin har hatt en betydelig internasjonal karriere. Publikasjonslisten er lang og blir stadig lengre.

– Hvorfor er det så viktig å jobbe internasjonalt innen forskning?

– Alt vi gjør, skal være i tråd med internasjonale retningslinjer, enten det gjelder forebygging, screening eller kreftregistrering. Det er viktig at de som arbeider hos

## «Det er viktig at pasientene får tidlig tilgang til nye kreftlegemidler»

oss er på banen internasjonalt, og det er de. Vi oppmuntrer sterkt til å sende inn presentasjoner og reise på konferanser. Der kan de få med seg hva som skjer og ta med ideer hjem. Jeg reiser på en del av disse konferansene selv, og oppfordrer mine stipendiater og postdoktorstipendiater til å gjøre det samme. Du får et annet perspektiv.

– Hva har internasjonalt arbeid betydd for deg personlig?

– For meg har det vært viktig. Det har kanskje noe med hvordan jeg vokst opp, jeg bodde utenlands i oppveksten. De to første årene av mitt liv var jeg i Chicago uten at jeg husker noe av det. Et halvt år av barneskolen gikk jeg i Palo Alto, og jeg gikk også noe av gymnaset i California. Man tenker kanskje annerledes om det å reise ut når man har bodd så mye utenlands. Å bo og jobbe i utlandet har sine utfordringer, men jeg har en fantastisk mann som har vært veldig støttende. Da vi bodde i USA og ikke hadde familie i nærheten, hadde vi venner som fungerte som pseudofamilie. Også familien stilte opp. Vi har sittet i California og ringt hjem til foreldrene våre og spurt om noen kan komme over. Både mine og min manns foreldre sa alltid ja. Det har vært helt avgjørende, du kan ikke klare ting alene.

– Har det kostet noe?

– Jeg er veldig fornøyd, jeg. Når man får

jobbe med noe man er lidenskapelig opptatt av, blir man tilfreds. Familie og jobb er aller viktigst for meg. Skal jeg sammenligne meg med andre legevenner, bruker jeg kanskje mindre tid på kulturelle ting. Opera og konserter har måttet vike. Jeg får ikke tid til alt.

– Du skriver i avisen om hva WHO anbefaler at vi skal spise, hvordan er det å gå i dagligvarebutikken?

– Det hender jeg står i butikken med handlevognen og får lyst til å si til hun bak meg i køen at jeg akkurat har kjøpt grønnsaker et annet sted, ler hun. – Man skal jo helst leve som man lærer. Men jeg passer på det viktigste, å unngå røyking og fedme.

– Hva er det som motiverer deg på jobb?

– Det at vi hele tiden ser fremskritt og potensial for å gjøre ting bedre innen kreftdiagnostikk og behandling. Det betyr veldig mye med dyktige og inspirerte medarbeidere. I den praktiske hverdagen er det de som stimulerer og motiverer. Innen forskning er det også kjedelig og langtekkelig arbeid, men innimellom kommer de flotte resultatene og mulighetene. Jeg er veldig glad i å skrive forskningssøknader.

– Det tror jeg ikke jeg har hørt noen si før.

– Da kan man være kreativ og planlegge noe nytt. Jeg synes også det er morsomt å lese søknader internt og prøve å hjelpe med å få søknaden enda bedre, vise tydeligere hvorfor prosjektet er viktig. Jeg synes det er så gøy, gjentar hun blidt. – Jeg tror faktisk jeg skal gjøre det hele helgen, sier hun uten antydning til ironi.

– Hva er du mest fornøyd med å ha oppnådd?

– På Kreftregisteret er det alt vi har fått til i disse snart fem årene – forbedringer i infrastrukturen som nå gir kjappere koding, kvalitetsregisterresultater, forbedringer i screeningprogrammene og mange nye, viktige forskningsprosjekter. For min egen forskning har arbeidet med mamмоgrafisk tetthet vært viktig. Dette er en metode som kan dele kvinner inn i ulike risikokategorier.

– Kan tetthet brukes til å personalisere forebyggingen?

– Tja, kanskje. Vi må teste det mer ut, og det er i gang. Kanskje kan tetthet sammen med andre faktorer brukes til å avgjøre hvem som bør ha screening når, og kanskje kan endringer i tetthet brukes i klinisk arbeid og ha betydning for den enkelte pasient. Når vi får til slikt, gir arbeidet mitt mening.

### Marit Tveito

Alderspsykiatrisk avdeling  
Diakonhjemmet sykehus