

Dealers in medische technologie

Jim Reekers

**DEALERS IN
MEDISCHE
TECHNOLOGIE**

Ziekte als verdienmodel

Nieuw Amsterdam

Eerste druk 2026

© 2026 Jim Reekers

© 2026 Nieuw Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave is uitdrukkelijk niet toegestaan. *All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training and similar technologies.*

Correctie en lay-out Yulia Knol

Omslagontwerp Rouwhorst + Van Roon

NUR 747

ISBN 978 90 468 3668 2

www.nieuwamsterdam.nl

Nieuw Amsterdam maakt deel uit van Park Uitgevers

De auteur en de uitgever hebben de informatie in dit boek met zorg en naar beste weten samengesteld, op basis van de kennis en bronnen die ten tijde van de publicatie beschikbaar waren. Wetenschappelijke inzichten en ontwikkelingen kunnen in de loop van de tijd veranderen. De kritische beschouwingen over de marketing van nieuwe medische technologie zijn algemeen van aard en gebaseerd op persoonlijke observaties en ervaringen van de auteur. Zij hebben geen betrekking op specifieke merken, producten of fabrikanten. Dit boek is niet bedoeld als vervanging van professioneel medisch advies en bevat geen individueel medisch advies. De auteur en de uitgever aanvaarden geen enkele aansprakelijkheid voor schade of andere gevolgen die voortvloeien uit het gebruik van de informatie in dit boek of uit handelen of nalaten op basis daarvan.



Inhoud

Inleiding 7

- 1 Betoverd door laserlicht 14
- 2 Succes maakt blind 32
- 3 Medische technologie in de Nederlandse zorg 44
- 4 Dealers in ziekte en medische technologie 57
- 5 Marktonderzoek en productontwikkeling 69
- 6 Veiligheid en certificering 80
- 7 Marketing en manipulatie 103
- 8 Het medisch congres 116
- 9 De wetenschap 134
- 10 Medische tijdschriften 158
- 11 Off-labelgebruik 176
- 12 Het rad draait door, soms met de patiënt als
proefkonijn 187

Conclusies en aanbevelingen –

Een weg uit het moeras 196

Begrippenlijst 209

Noten 215

Inleiding

De medische wereld is een burcht met eigen regels en gebruiken, zoals ik in mijn vorige boek *De medische omerta* uitgebreid heb beschreven.¹ Uit de vele positieve reacties van collega's op dat boek blijkt dat deze gesloten wereld ook voor artsen vaak een knellend probleem is. Voor sommige van hen is het zelfs een reden om het vak te verlaten.² Er kwamen ook andere reacties op het boek, waarbij woorden als 'huichelaar', 'nestbevuiler' en 'hypocriet' heel populair waren. Ik begrijp de angst voor een ongemakkelijke waarheid.

In *De medische omerta*, over de belangenverstrengeling, hiërarchische verhoudingen en zwijgcultuur in de gezondheidszorg, besteedde ik ook kort aandacht aan de rol van de medische industrie in de gezondheidszorg. De industrie, met haar dominante positie en marketingstrategieën bij de ontwikkeling en vermarkting van nieuwe medische technologie, staat centraal in dit boek.

In 2018 concludeerde de overheid uit macro-economische analyses van de uitgaven voor de zorg dat een groot deel van de stijgende kosten toe te schrijven is aan de groei van het gebruik van medische technologie en hulpmiddelen (stents, kunstknieën, hartkleppen, CT-scanners, operatierobots, etc.).³ Met

deze constatering is niets gedaan: de medische technologie blijft ongeremd groeien. Nieuwe technologie wordt door iedereen blindelings omarmd, waarbij elke innovatie kritiekloos als een verbetering van de zorg wordt gezien. Maar voor veel nieuwe producten en technologie bestaat helemaal geen deugdelijk bewijs dat dit inderdaad het geval is. Nieuwe technologie wordt met miljarden kostende marketingcampagnes gepromoot. Via medische tijdschriften, congressen, bijscholing, industriege-stuurde wetenschap en producttrainingen worden claims van producenten over zogenaamde innovaties en betere zorg bij artsen geïnternaliseerd. De omzetten zijn enorm en de winstmarges exorbitant. Ook hierop is geen enkele controle. Het gaat vooral om de aandeelhouders, om de winst en het marktaandeel. Het belang van de patiënt is hier ondergeschikt aan geraakt.

Het staat buiten kijf dat veel medische technologie tot een enorme verbetering in de zorg heeft geleid. Het gebruik van medische technologie als zodanig staat in dit boek dan ook niet ter discussie. Maar veel technologie is inmiddels zo sterk geoptimaliseerd dat verdere aanpassing soms niet meer is dan een beperkte verbetering van een bestaand product.

Natuurlijk zijn er nog steeds veel medische uitdagingen en worden er voortdurend kleine successen geboekt. Zeker op het gebied van kanker is nog veel vooruitgang te verwachten. Dit geldt ook voor de vervanging van chirurgie door minimaal invasieve, niet-chirurgische behandelingen. Ook bij chronische ziekten als dementie, ALS en MS moet nog veel onderzoek worden gedaan. Maar voor veel ziekten is de grote revolutie langzaam tot een einde gekomen.

Het bereiken van het behandelplafond heeft echter geen enkel effect gehad op de groei en de omzet van nieuwe medische producten. Een klein deel van de groei komt door de vergrij-

zing, maar het grootste deel is het resultaat van slimme marketing door de medische industrie. Door producten als nieuw en beter te verkopen, en daarmee een uitbreiding van de behandelopties te claimen, groeit het aantal patiënten dat ineens ook behandeld kan worden. Met de uitbreiding van het aantal indicaties wordt de afzetmarkt steeds verder vergroot.

De medische industrie is doorgedrongen tot in de haarvaten van onze zorg, zonder dat iemand dat in de gaten heeft. Af en toe is er enige opwindning in de media, bijvoorbeeld wanneer onderzoeksjournalisten over dubieuze financiële relaties tussen artsen en de medische industrie publiceren.⁴ Wat dan meestal volgt is een moment van verontwaardiging. Vervolgens worden enkele artsen in de media aan de schandpaal genageld, waarna de rust weerkeert. Tot zich weer een onthulling aandient. Het gaat bijna altijd over wat bekendstaat als medisch gunstbetoon: voor wat, hoort wat. Maar als je verder kijkt dan de incidenten, zou de belangrijkste vraag moeten zijn: waarom moeten artsen eigenlijk door de medische industrie betaald worden? Als een nieuw product werkelijk zo goed is voor patiënten en de zorg, is er geen enkele reden om artsen om te kopen – want dat is het gewoon. Het product verkoopt zich dan toch vanzelf?

Steeds vaker verschijnen er ook onthullende artikelen over het achterhouden van informatie over complicaties bij nieuwe technologie, zowel door artsen als door medische bedrijven. Een onthulling in de zomer van 2026 door Investico over defecte draden van een ritmestoornisimplantaat is daar een voorbeeld van.⁵ De fabrikant en artsen wisten al tien jaar van dit probleem, maar hielden het verborgen voor de buitenwereld, zonder iets te doen om de problemen op te lossen. Dat de huidige slechte wetgeving dit mogelijk maakt zonder ge-

volgen voor de fabrikant, wordt nergens in het artikel vermeld.

Onderzoeksjournalisten komen met hun onthullingen nooit verder dan wat zich voor de poort van de medische burcht afspeelt. Het grootste probleem is dat onderzoeksjournalisten hun verhalen moeten baseren op betrouwbaar en verifieerbaar bewijs, maar dat is er juist nauwelijks. Heel veel van wat zich in de medische wereld afspeelt, is niet vastgelegd in documenten, maar berust op gewoonte, zelfregulatie, macht, lobbywerk en de dominante invloed van de medische industrie. Daarover wordt natuurlijk nooit door artsen of producenten gecommuniceerd en er zijn ook geen documenten die via de Wet open overheid (Woo) kunnen worden opgevraagd. Binnen het medische systeem heeft iedereen belangen en er klinkt een groot zwijgen.

Zonder keihard bewijs is het publiceren over medische bedrijven en hun handelen bepaald niet zonder risico. De meestal in Amerika gevestigde medische multinationals hebben heel veel advocaten en diepe zakken. Schadeclaims van miljoenen wegens vermeende smaad zijn niet ondenkbaar. Zelfs met sluitend bewijs zijn juridische gevolgen niet uit te sluiten. Om meer over de handel en wandel van de medische industrie in brede zin te weten te komen, heb je iemand nodig die er een belangrijke positie in heeft, of heeft gehad, en het systeem daardoor van binnenuit kent. Om de machinaties van de industrie inzichtelijk te maken, hoef ik in dit verhaal niet te focussen op specifieke producten of bedrijven. De methode waarmee de medische firma's hun producten verkopen, volgt immers altijd een vast patroon.

Als medisch student las ik *Wie is van hout...* (1971) van psychiater Jan Foudraine.⁶ Zijn boek gaat over structurele misstanden in de psychiatrie. Het heeft in de jaren zeventig een revolutie in de psychiatrische zorg teweeggebracht. *Wie is van hout?* is

een voorbeeld voor mijn boek, maar ook de boeken van Ivan Illich (filosoof), Ben Goldacre (arts) en Carl Elliott (arts en filosoof).⁷⁻⁹ Als dank voor zijn openhartigheid werd Foudraine uit de medische wereld gestoten. Excommunicatie kan mij niet meer overkomen. Ik heb de medische wereld jaren geleden met eerbetoon via de hoofdboort verlaten. Ik koester geen enkele onvrede of wrok. Mijn werk was geweldig en ik denk daar nog elke dag met veel plezier aan terug. Aan mijn collega's en werkgevers bewaar ik warme en goede herinneringen.

Toch wil ik met dit boek mijn ervaringen en zorgen over de dominante positie van de medische industrie in ons zorgstelsel delen. Lange tijd zag ik niet, of wilde ik misschien niet zien, hoe sterk medische beslissingen worden beïnvloed door die industrie. Ook drong het niet tot mij door dat ziekenhuizen via allerlei marketingstrategieën worden volgestopt met producten waarvan het nut voor de patiënt nooit overtuigend is aangetoond.

In de hoofdstukken 1 en 2 laat ik aan de hand van mijn carrière en ervaringen zien hoe je ongemerkt in de fuik van de medische technologie terecht kunt komen. Hoe je jarenlang verblind kunt zijn door je eigen succes, zonder kritische vragen te stellen. Hoe belangen van patiënten soms ongemerkt op de achtergrond raken. Het is het verhaal van mijn eerste kennismaking met medische technologie als jonge, naïeve en enthousiaste specialist. Hoe ik werd betoverd door de mogelijkheden en ontwikkelingen, en ongemerkt zelfs internationaal een fakkeldrager van nieuwe medische technologie werd. Maar het laat ook zien hoe ik door een aantal ervaringen steeds kritischer werd. Hoe collega's mijn kritiek om opportunistische redenen negeerden en de andere kant op keken. Het is een verhaal zonder moreel oordeel, het is geen aanklacht. Het is ook geen poging om mijn rol te vergoelijken. Ik presen-

teer de feiten zo objectief mogelijk, waarbij ik mezelf niet zal sparen. Natuurlijk ontkom ook ik niet aan enige subjectiviteit en vooringenomenheid. Maar ik zal geen informatie bewust achterhouden.

In hoofdstuk 3 leg ik uit hoe ons zorgsysteem werkt. Het is gebaseerd op marktwerking, waarbij de productie van zogenoemde zorgproducten (behandelingen) de financiële basis vormt waarop ons zorgstelsel draait. Daardoor staat de deur wagenwijd open voor medische bedrijven die deze productie ondersteunen en vooral ook stimuleren met een permanente stroom aan nieuwe producten en met het verhaal dat innovatie van essentieel belang is voor de zorg.

De hoofdstukken 4 tot en met 12 gaan heel concreet over alle aspecten van de medische industrie. Hoe van ziekte een verdienenmodel is gemaakt en medische innovatie het toverwoord is. De belangrijkste vragen die ik daarbij aan de orde stel, zijn de volgende. Waarom gebruiken artsen nieuwe medische technologie waar patiënten en de zorg geen wetenschappelijk bewezen profijt van hebben? Hoe worden artsen door producenten overtuigd van het nut van vaak onzinnige of onnodige behandelingen met nieuwe technologie? Waarom wordt daar binnen de medische wereld nooit openlijk over gesproken? Behandelingen met medicijnen liggen al langere tijd onder een kritisch vergrootglas, maar nieuwe technologie staat nog steeds buiten discussie. Wie profiteren hiervan? Waarom zijn er geen goede toezichthoudende instanties? En welke rol spelen de huidige toezichthouders, de EU en de medische industrie?

De interpretatie van de feiten en conclusies laat ik over aan de lezer en diens gezond verstand. Tijdens het schrijven dacht ik vaak: dit kan niet waar zijn. Soms voelde ik me ongemakkelijk bij sommige kwesties die ik opschreef. Ik heb lang na-

gedacht over de vraag of en hoe ik mijn verhaal en inzichten moest delen. Uiteindelijk heb ik gekozen voor een persoonlijk, soms kwetsbaar verhaal, waarin veel collega's zich mogelijk zullen herkennen. Ik hoop niet dat ik volgens sommigen een complotdenker ben geworden.

Mijn werk in het ziekenhuis was lang gestoeld op de innovaties waarmee ik mijn patiënten probeerde te genezen. Ik weet nu dat veel van mijn behandelingen vooral gebaseerd waren op medische marketing. Het verlies van vertrouwen in je eigen handelen en de controle daarover is een soort rouwproces, dat begint met ontkenning en boosheid, iets wat ik zelf ook heb ervaren. Hopelijk komt daarna ook voor anderen de berusting en de aanvaarding van de werkelijkheid. Ondanks alle risico's en bezwaren was het voor mij geen optie om dit boek niet te schrijven.

Het is voor mij overduidelijk wie uiteindelijk met zijn gezondheid de rekening betaalt. De patiënt is het willoze en ongeïnformeerde eindstation van dure en niet-bewezen nieuwe technologie. De vraag of wij de jaarlijkse stijging van de zorgkosten kunnen dragen is een politieke vraag; het is niet de essentie van dit boek. Los van de kosten is het slechte zorg om patiënten bloot te stellen aan nieuwe technologie, behandelingen en risico's die hun gezondheid of kwaliteit van leven niet aantoonbaar verbeteren. Sommige nieuwe behandelingen staan zelfs op gespannen voet met de medische ethiek.

Mijn missie is geslaagd wanneer beleidsmakers en artsen door dit boek kritischer leren kijken naar de voorgespiegelde zegeningen van nieuwe medische technologie. Mijn inzet is dat ik bij hen het zaadje van zelfinzicht kan planten. Met het oplichten van de deksel van de beerput zal de stank ook mij treffen. Gelukkig ben ik daar na mijn vorige boek wat beter op voorbereid, hoop ik.

1

Betoverd door laserlicht

Tijdens mijn coschap chirurgie in het Wilhelminagasthuis in Amsterdam kwam ik in 1980 in aanraking met het vak vaat-chirurgie, in die tijd het koningsnummer van de chirurgie. Wat ik toen vooral heb geleerd is dat vaatoperaties moeilijke en bloedige ingrepen zijn, met veel complicaties en regelmatig een onvoorspelbare en dramatische afloop. Het coschap werd afgesloten met een mondeling examen en een kleine scriptie.

Op mijn zoektocht naar een onderwerp voor de scriptie kwam ik een artikel tegen van radioloog G.J. van Andel uit Veldhoven. Hij had in 1979 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een artikel gepubliceerd over zijn eerste ervaringen met de dottertechniek.¹ Met een katheter en een voerdraad kon hij vernauwde bloedvaten weer doorgankelijk maken zonder te opereren. Ik was direct overtuigd van een grote toekomst voor deze techniek en besloot mijn scriptie daarover te schrijven. Voor de hoogleraar vaatchirurgie die mijn scriptie moest beoordelen, was dit aanleiding om mij streng de les te lezen over deze 'kwakzalverij'. Een mager zesje kon er net vanaf.

Gefascineerd door de dottertechniek en ondanks de kritiek van de hoogleraar had ik direct het gevoel dat ik iets met deze

techniek moest gaan doen na mijn opleiding tot basisarts. Al snel kwam ik erachter dat deze vaardigheid tot het vakgebied van de interventieradiologie behoorde, een uit Amerika overgewaaide naam. Het was (en is) geen erkende medische specialisatie, maar maakt deel uit van het vakgebied van radiologie. Om zelfstandig interventieradiologie te kunnen verrichten, was het volgen van de opleiding tot radioloog een noodzakelijke eerste stap.

Midden jaren tachtig bestond er echter nog geen specifieke opleiding tot interventieradioloog, en in principe kon iedereen zich interventieradioloog noemen. Indertijd waren er in Nederland niet meer dan vijf radiologen die naast hun werk als beoordelaars van röntgenfoto's ook incidenteel een dotterbehandeling uitvoerden. Deze radiologen hadden zichzelf die techniek eigen gemaakt. Om mezelf verder te ontwikkelen in de richting van interventieradioloog ben ik enkele maanden gaan meekijken in Engeland. Vervolgens heb ik gedurende een paar jaar na mijn aanstelling in het AMC, tijdens korte bezoeken aan verschillende interventieradiologen in Europa, mijn eerste kennis en ervaring opgedaan. Deze methode staat nu algemeen bekend als 'see one, do one, teach one.'² Het is een manier van leren waarbij de patiënt als trainingsmodel wordt gebruikt, iets wat tegenwoordig terecht niet meer is toegestaan. In 1986, toen ik mijn opleiding tot radioloog had afgerond, was dit de gebruikelijke manier om het vak van interventieradiologie onder de knie te krijgen.

De naam interventieradiologie is tamelijk ongelukkig gekozen vanwege de associatie met het vak radiologie, waardoor vaak niet goed wordt begrepen wat een interventieradioloog doet. Radiologen interpreteren röntgenfoto's en verrichten geen behandelingen. Het werk van interventieradiologen is te

vergelijken met wat chirurgen doen, maar de ingrepen worden zonder snijden of narcose uitgevoerd. Zo verricht een interventieradioloog een dotterbehandeling – terwijl een chirurg een bypassoperatie uitvoert – of hij stopt een interne bloeding met een kathetertechniek zonder te opereren. Meestal kunnen de patiënten op de dag van de interventie weer naar huis.

Inmiddels is interventieradiologie een belangrijk vak, onmisbaar in elk ziekenhuis. Zo wordt bij de meeste vaatbehandelingen gebruikgemaakt van niet-operatieve interventietechnieken. Tegenwoordig is het mogelijk om je tijdens de laatste twee jaar van de vijfjarige opleiding tot radioloog te specialiseren in de interventieradiologie. Daarnaast hebben ook vaatchirurgen inmiddels een eigen opleiding voor deze ingrepen. Voor interventieradiologen is er een verplicht Europees examen.³ Maar in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) wordt de interventieradioloog nog steeds als radioloog geregistreerd. Dit heeft tot op de dag van vandaag grote gevolgen voor de erkenning, financiering en waardering van het vak.

In de beroepsvereniging voor radiologen was er halverwege de jaren tachtig geen enkele belangstelling voor of ondersteuning van interventieradiologie. Maatschappen radiologie noemden het vak denigrerend ‘een leuke hobby’. De dagelijkse productie van de radiologieafdeling en de daaraan gekoppelde royale inkomsten hadden prioriteit. De ‘hobbyisten’ verrichtten interventies vaak pas nadat zij met hun reguliere radiologiewerk klaar waren.

Voor interventiebehandelingen bestond er geen vergoeding vanuit de zorgverzekering (destijds ziekenfonds). Dat geldt nog steeds voor interventies die door een radioloog worden uitgevoerd. Vaatchirurgen die tegenwoordig dezelfde inter-

ventiebehandelingen verrichten, krijgen wel een ruime vergoeding van de zorgverzekeraar. Omdat interventieradiologie nooit als medische specialisatie is erkend, kan er niet zelfstandig gedeclareerd worden. Interventieradiologen behandelen daarom uitsluitend patiënten die vanuit andere, wel erkende specialismen worden doorverwezen. Een belangrijke bron van frustratie is dat patiënten de verwijzer vaak als hun behandelend arts beschouwen en ervan uitgaan dat de interventieradioloog de ingreep in diens opdracht en onder diens supervisie uitvoert.

In de jaren tachtig bood de arbeidsmarkt in Nederland voor alle jonge medisch specialisten weinig perspectief. Na mijn opleiding tot radioloog was er niet alleen geen vervolgopleiding tot interventieradioloog, maar had ik ook geen enkel zicht op een baan als algemeen radioloog. Om een werkloosheidsuitkering te vermijden, kon ik wel voldoende waarnemingen en weekenddiensten doen, waardoor ik een klein inkomen had dat van maand tot maand verschilde.

De logistiek van veel radiologieafdelingen was in die tijd zo slecht dat ze regelmatig volledig dichtslibden met enorme stapels röntgenfoto's die nog niet door een radioloog waren beoordeeld. Voor de directe patiëntenzorg had dit geen gevolgen. De meeste medisch specialisten keken zelf naar de röntgenfoto's en hadden daar de radioloog in principe niet voor nodig. Maar zo was het systeem, radiologie was de baas over de foto's. De zorgverzekeraar betaalde alleen voor röntgenfoto's als er ook een schriftelijk verslag door een radioloog was gemaakt. Voor het produceren van verslagen konden ze wel een jonge, werkloze collega gebruiken. Sommige radiologieafdelingen hadden als creatieve oplossing stempels waarmee snel een 'schriftelijk' verslag kon worden gemaakt. Vooral de

stempel 'Geen Bijzonderheden' werd vanwege snelle slijtage regelmatig vervangen. Na het wegwerken van de achterstand kon ik aan het eind van de week bij de kassier van het ziekenhuis mijn loon in een bruine enveloppe ophalen. Dat ik ooit als radioloog zou gaan werken, werd na een half jaar waarnemen en stempelen steeds minder waarschijnlijk. Het was gewoon geen leuk werk. Maar ja, hoe moest je interventieradioloog worden?

In Europa waren er drie plaatsen waar interventieradiologie actief werd beoefend, in combinatie met onderzoek en een opleiding. Het Hammersmith Hospital in Londen was daar een van. Soms is het lot je gunstig gezind. Tijdens een van mijn waarnemingen in het Sint Lucas Ziekenhuis in Amsterdam maakte ik kennis met een Engelse radioloog die in het Hammersmith Hospital was opgeleid. Hij was bereid een aanbevelingsbrief te schrijven. Die voegde ik uiteraard graag toe aan mijn open sollicitatie voor een fellowship die ik naar prof. David Allison in Londen stuurde. Ik kon drie maanden op zijn afdeling meelopen. De ziekenhuiskantine en het zusterhuis zorgden voor kost en inwoning. Dit was het begin van een geweldige reis die zevenendertig jaar zou duren.

In die drie maanden in Londen heb ik veel basisvaardigheden en materiaalkennis opgedaan. Vooral de innovatieve manier van denken over interventiebehandelingen was heel leerzaam. Ik werd er direct opgenomen in een groep jonge, enthousiaste interventieradiologen. De dagelijkse, levendige discussies gingen over persoonlijke ervaringen en de laatste ontwikkelingen in het vak. Ook heerste er een euforische stemming; het voelde alsof iedereen met iets bijzonders bezig was. Deze Engelse groep heeft later in Europa een belangrijke rol gespeeld bij de verdere ontwikkeling van interventie-

radiologie. De hier gesloten vriendschappen zouden gedurende mijn hele professionele loopbaan blijven bestaan en hebben mij ook internationaal enorm geholpen in mijn carrière.

Het was in Londen dat ik voor het eerst hoorde van een zekere dokter David Cumberland, die in het Northen General Hospital in Sheffield werkte. Hij kon afgesloten bloedvaten weer openmaken met een laser, zonder operatie. Dat wonder wilde ik zelf zien, en via mijn Engelse vrienden was een afspraak snel gemaakt.

Dr. Cumberland droeg een groene operatiejas over zijn gewone kleren en korte, witte rubberlaarsjes, die onder de bloedspatten zaten. Dit zou nu onbestaanbaar zijn, met alle strenge hygiënische eisen. De begroeting was allerhartelijkst en ik kon hem, zonder dat ik me behoefde om te kleden, direct volgen naar de operatiekamer. De patiënt lag al klaar onder een steriel groen operatielaken. Alleen zijn hoofd en de lies van het been met de vaatafsluiting waren vrijgelaten. Dr. Cumberland wees me op een loodschoort dat ik over mijn gewone kleren kon aantrekken. Zelf trok hij het over zijn groene operatiepak aan.

Nadat hij een paar latex operatiehandschoenen had aange trokken, werd de lies lokaal verdoofd. De slagader in de lies werd met een naald aangeprikt, waarmee een klein buisje werd ingebracht. Hiermee was de toegang tot het bloedvat klaar. De radiologisch laborant die hem assisteerde, haalde vervolgens de laserdraad uit de verpakking: een lange glasfiberdraad met een metalen uiteinde. De laserdraad werd aangesloten op een enorme machine die naast de behandeltafel stond. Dr. Cumberland schoof vervolgens de laserdraad via het buisje in de lies naar binnen, tot net boven de afsluiting in het bloedvat in

het been. Deze handeling werd gevolgd op een klein scherm, waarop met behulp van röntgenstralen de positie van het metalen uiteinde van de draad zichtbaar was.

De assistent schakelde vervolgens buiten de behandelkamer een geel zwaailicht aan. Er was ook een waarschuwbord met de tekst: LASER IN OPERATION. De toegangsdeur tot de behandelkamer werd afgesloten en we kregen allemaal een veiligheidsbril op. Hierna werd het gewone licht uitgeschakeld. Het gele zwaailicht scheen via het raam boven de deur naar binnen. Het laserapparaat werd gestart en de glasfiberdraad lichtte felgroen op. De draad verdween als een kronkelende groene slang via het buisje in de lies de patiënt in. Ik waande me in een sciencefictionfilm door de donkere behandelkamer, de groen verlichte draad, het gele zwaailicht, het zwart-witte röntgenbeeld en wij allemaal met speciale brillen op. Dr. Cumberland drukte de laserdraad langzaam door de verstopping in het bloedvat. De patiënt leek van dit alles niets te voelen. Het apparaat werd uitgeschakeld en de laserdraad werd verwijderd. Het licht in de kamer ging weer aan en de brillen werden afgezet.

Dr. Cumberland controleerde vervolgens het resultaat door wat contrastvloeistof via het buisje in de lies te spuiten, wat bij de patiënt even hevige pijn veroorzaakte. In plaats van een mooi doorgankelijk bloedvat was op het röntgenscherf zichtbaar hoe het contrastmiddel zich naar alle kanten had verspreid, tot ver buiten de normale anatomische begrenzing van het bloedvat. Mijn eerste gedachte was dat het bloedvat volledig geperforeerd was en dat er snel een vaatchirurg gebeld moest worden om erger te voorkomen. Dr. Cumberland leek echter niet onder de indruk. Hij bracht een katheter met een dotterballon via de lies in het bloedvat. Op de plaats waar de