Cocaïnepreventie in Vlaanderen: een verkennende studie

Studie in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
31 augustus 2023

VAD

Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

Colofon

Auteurs

Eva Blomme, stafmedewerker VAD
Marie-Claire Lambrechts, stafmedewerker VAD

Redactie

Johan Rosiers, stafmedewerker VAD
Ilse De Maeseneire, , stafmedewerker VAD
Katleen Peleman, directeur VAD

Verantwoordelijke uitgever

Hendrik Peuskens, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

© 2023

VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | vad@vad.be | www.vad.be
Ondernemingsnummer: 0424.327.587.
RPR Brussel

Het gebruik van (delen van) deze publicatie is toegestaan mits behoud van visie en doelstellingen van de publicatie, met duidelijke bronvermelding en als er geen financiële winst mee beoogd wordt.

Inhoud

1. Introductie 5
2. Situering huidig onderzoek naar cocaïnegebruik 6
   2.1. Prevalentie van cocaïnegebruik: een stijging? 6
      2.1.1. Prevalentie bij studenten 8
      2.1.2. Prevalentie in setting uitgaan 8
      2.1.3. Prevalentie in setting arbeid 8
      2.1.4. Stijgend aantal behandelingsaanvragen voor cocaïnegebruik (TDI) 9
      2.1.5. Andere 10
   2.2. Profiel en beweegredenen voor cocaïnegebruik 11
      2.2.1. Internationaal onderzoek 11
      2.2.2. Belgisch onderzoek 12
   2.3. Bestaande preventieve interventies t.a.v. cocaïnegebruik 14
      2.3.1. Internationale interventies 14
      2.3.2. Interventies in Vlaanderen 14
3. Onderzoeksdesign 17
   3.1. Onderzoeksvragen en aanpak 17
   3.2. Methodologie: een *mixed-method*-aanpak 17
      3.2.1. Kwantitatieve analyse van secundaire data van De Druglijn 18
      3.2.2. Kwalitatieve semigestructureerde interviews met mensen die cocaïne gebruiken 20
      3.2.3. Kwalitatieve focusgroepen met sleutelfiguren 21
      3.2.4. Een online survey bij sleutelfiguren gerelateerd aan de werkplaats 22
   3.3. Ethische overwegingen 22
   3.1. Beperkingen van het onderzoek 23
4. Onderzoeksresultaten 24
   4.1. Motieven en determinanten van cocaïnegebruik 24
      4.1.1. Analyse secundaire data over cocaïnegebruik (De Druglijn) 24
      4.1.2. Semigestructureerde interviews met mensen die gebruiken en met sleutelfiguren 32
   4.2. Aanknopingspunten voor preventie 43
      4.2.1. Nood aan selectieve en geïndiceerde preventie 44
      4.2.2. Moeilijk te bereiken doelgroep 44
      4.2.3. Aanknopingspunten voor selectieve en geïndiceerde preventie-interventies 46
5. Conclusies en aanbevelingen 51
   5.1. Cocaïnegebruik is niet ‘de standaard’ 51
   5.2. Gebruiksprofielen en risico’s 52
   5.3. Gebrekkige kennis over (langetermijn)effecten van cocaïnegebruik 54
   5.4. Normalisering van cocaïnegebruik? 56

5.5. Kloof tussen eerste cocaïnegerelateerde problemen en eerste hulpvraag 57
5.6. Moeilijk te bereiken populatie 58
6. Referenties 60
7. Bijlagen 65

1. Introductie

Het thema cocaïne domineert steeds vaker het Belgische drugbeleid. De Vlaamse media berichten al maanden over het toenemend druggeweld[1], neus-, keel-, en oorartsen melden een toename aan neusklachten gerelateerd aan cocaïnegebruik[2], en de inbeslagnames van cocaïne breken jaar na jaar hun record[3].

Ook lijken de prevalentiecijfers te suggereren dat cocaïnegebruik in de lift zit. De meest recente gezondheidsenquête van Sciensano (2018) toonde bijvoorbeeld aan dat 1,5% van de Belgen van 15-64 jaar in het afgelopen jaar cocaïne had gebruikt (in 2013 was dit 0,5%). In Vlaanderen lag dat aantal in 2018 op 1.7%, ofwel 111 400 Vlamingen (Sciensano, 2019a). Recentere cijfers geven inzicht in het cocaïnegebruik van specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld mensen in de uitgaanssetting (Rosiers, 2019), werknemers (Lambrechts et al., 2019) of het gebruik tijdens corona (Damian, 2023). Hoewel die prevalentiecijfers vaak niet representatief zijn voor de hele bevolking, tekenen ze consistent een hoger cocaïnegebruik op vergeleken met enkele jaren terug. Verder tonen de analyses van rioolwater voor residu van cocaïnegebruik hogere cijfers van cocaïnegebruik in specifieke gebieden. In 2021 werd in Antwerpen-Zuid 1,5 gram cocaïne per 1.000 personen per dag gemeten. In Brussel-Noord ging dat om 0,77 gram cocaïne per 1.000 personen per dag. Beide steden zien een uitgesproken stijging doorheen de jaren (EMCDDA, 2023). Alle cijfergegevens lijken dus een toegenomen gebruik van cocaïne te suggereren, in het bijzonder in specifieke settings.

Parallel aan de toename van cocaïnegebruik, stijgt ook het aantal behandelingsaanvragen voor cocaïneverslaving in de alcohol- en drughulpverlening. Het aantal behandelingsepisodes waarbij cocaïnegebruik wordt gemeld – zowel wanneer het wordt vermeld als voornaamste substantie als wanneer het wordt vermeld met andere substanties die problemen veroorzaken – is significant toegenomen, in het bijzonder voor crackcocaïne (Antoine, 2021).

Nieuwe beleidsmaatregelen om die cocaïneproblematiek aan te pakken, volgen elkaar in sneltempo op[4]. Preventie van cocaïnegebruik wordt daarbij echter vaak over het hoofd gezien. Het preventieaanbod dat specifiek op cocaïnegebruik gericht is, is beperkt. Bovendien bestaat er geen duidelijk beeld van de doelgroep van mensen die cocaïne gebruiken. Nochtans is een adequate beeldvorming een voorwaarde voor het ontwikkelen van preventie op maat. Dit onderzoeksproject pakt die lacune aan. Met dit onderzoek, gefinancierd door Vlaams minister Crevits, (onder meer) bevoegd voor Welzijn en Volksgezondheid, willen we **meer inzichten genereren in (motieven en determinanten van) cocaïnegebruik en aanknopingspunten voor preventie in kaart brengen**. Daarbij hebben we aandacht voor zowel cocaïnepreventie binnen een breder alcohol- en drugbeleid, als voor de ontwikkeling van een specifieke preventietool. We vragen ons onder meer af wat het profiel is van de doelgroep, hoe die kan worden bereikt, en met welke methodieken. Daarbij leggen we de focus op **selectieve en geïndiceerde preventie**. Anders dan universele preventie, die zich richt op de gehele bevolking of specifieke delen ervan, is selectieve preventie gericht op doelgroepen met een verhoogd risico. De preventie in dit onderzoek is dus niet bedoeld voor de algemene Vlaamse bevolking (met in verhouding weinig cocaïnegebruikers). De preventie is wel gericht op doelgroepen die meer in contact komen met cocaïnegebruik (personen die zelf

[1] Zie dossiers “Drugsstrijd aan de Schelde” van VRT NWS (https://www.vrt.be/vrtnws/nl/dossiers/2018/06/Strijd-tegen-drugs/) en “De Cokelijnen” van De Tijd (https://www.tijd.be/dossiers/de-cokelijnen.html),
[2] “Gaatjes in tussenschot, neus die afsterft of zelfs amputatie: gevolgen van cocaïnegebruik laten zich gelden” (26 januari 2023), via https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/01/25/toename-neusproblemen-door-cocainegebruik/
[3] “Recordhoeveelheid van 110 ton cocaïne onderschept in haven van Antwerpen: grote vangst of druppel op hete plaat?” (10 januari 2023), via https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/01/10/cocaine-belgie-nederland-douane/
[4] “1000 euro boete voor druggebruikers en een nieuw politiekorps in de haven: met deze 7 maatregelen wil federale regering drugscriminaliteit tegengaan” (16 februari 2023), via https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/02/16/veiligheidsraad-plan-tegen-drugscriminaliteit/

gebruiken of zien gebruiken) en daardoor problemen kunnen krijgen. Het project is ook gericht op geïndiceerde preventie, naar een doelgroep van mensen met problemen en klachten door cocaïnegebruik, waarbij men probeert te voorkomen dat deze problemen verergeren.

Ten slotte ligt de nadruk van dit onderzoek op **poedercocaïne**, en niet over crackcocaïne. Eerder onderzoek toont namelijk hoe het gebruik van crackcocaïne substantieel verschilt van het gebruik van poedercocaïne. Zo zijn er bijvoorbeeld vaker problematische consumptiepatronen bij gebruik van crackcocaïne. Als we het gebruik van crackcocaïne en poedercocaïne samen zouden onderzoeken, riskeren we daardoor de interne verschillen binnen de groep van personen die poedercocaïne gebruiken onvoldoende te detecteren (Prinzleve et al., 2004). Poedercocaïne wordt vooralsnog vaker gebruikt dan crackcocaïne in België.

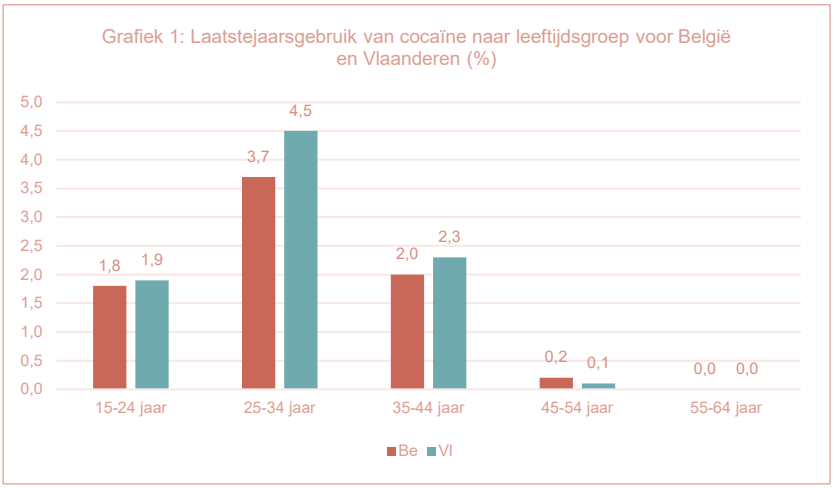
Dit rapport start in hoofdstuk twee met een situering van het huidige onderzoek naar cocaïnegebruik (in België en internationaal) en een verkenning van de bestaande preventieve interventies rond cocaïnegebruik. In het derde hoofdstuk staan we stil bij de gekozen onderzoeksmethoden. Hoofdstuk vier beschrijft de onderzoeksresultaten. Die delen we in twee luiken in. Het eerste luik focust op de determinanten en motieven voor cocaïnegebruik. Een tweede luik zoomt in op aanknopingspunten voor preventie. Het rapport eindigt met conclusies en aanbevelingen voor het huidige preventielandschap, inclusief voorstellen voor concrete initiatieven.

2. Situering huidig onderzoek naar cocaïnegebruik

Vooraleer we het onderzoeksdesign van deze studie toelichten, beschrijven we kort de huidige prevalentiecijfers en wat huidig (internationaal) onderzoek zegt over cocaïnegebruik, en lijsten we internationale en Vlaamse ontwikkelingen in cocaïnepreventie op.

2.1. Prevalentie van cocaïnegebruik: een stijging?

Het gebruik van cocaïne zit in stijgende lijn. De representatieve gezondheidsenquête van Sciensano (2019) toont aan dat 1,5% van de Belgen tussen de 15 en 64 jaar het afgelopen jaar cocaïne had gebruikt. Dat is een stijging vergeleken met 2013, toen het percentage nog 0,5% bedroeg (Sciensano, 2019a). Cocaïne is daarmee de tweede meest gebruikte illegale drug, na cannabis. Toch blijft het gebruik van cocaïne relatief beperkt vergeleken met bijvoorbeeld alcohol (76,6% in de afgelopen 12 maanden) en cannabis (7% in de afgelopen 12 maanden). In 2018 liggen de cijfers in Vlaanderen ook voor het eerst sinds de metingen hoger dan voor heel België. 1,7% van de Vlamingen van 15-64 jaar gaf toen aan het afgelopen jaar cocaïne te hebben gebruikt (Sciensano, 2019a). Cocaïnegebruik is het hoogst in de leeftijdsgroep 25-34-jarigen (4,5%), opnieuw een gemiddelde dat in Vlaanderen hoger ligt dan het Belgische gemiddelde van dezelfde leeftijdsgroep (3,7%).



De grootste groep personen die in Vlaanderen cocaïne gebruikt, zijn mannen tussen 25 en 34 jaar. In deze groep is er een prevalentie van 8,3% laatstejaarsgebruik van cocaïne, voornamelijk bij hoger opgeleide mannen. Als we cijfers in deze groep (mannen van 25-34 jaar in Vlaanderen) vergelijken met andere gewesten in België, dan ligt de prevalentie voor deze leeftijdsgroep in Vlaanderen hoger dan in het Brussels (6,3%) en in het Waals gewest (2,2%). Vergelijken we met andere middelen, dan dronk 86,6% van de 25-34-jarige mannen het voorbije jaar alcohol en gebruikte 17,9% van deze leeftijdsgroep cannabis (Sciensano, 2019b). In vergelijking met het Europese gemiddelde in de leeftijdsgroep 15-34 jaar (2,4%), ligt het gebruik van cocaïne in 2018 in België (2,9%) hoger. Cocaïnegebruik in België ligt lager dan in Nederland (4,8%), Duitsland (3,1%) of Frankrijk (3,2%). Vergeleken met Luxemburg (0,9%) tekenen we een hogere prevalentie op.

COCAÏNEGEBRUIK BIJ DE BEVOLKING VAN 15-34 JAAR IN EEN AANTAL EUROPESE LANDEN (IN %) *(EMCDDA, 2023)*



De gezondheidsenquête geeft een representatief beeld over wie cocaïne gebruikt in België en in Vlaanderen, maar is beperkt in wat er bevraagd wordt, bijvoorbeeld op vlak van specifieke doelgroepen. Er zijn daarom ook verschillende studies die prevalentie van alcohol- en druggebruik meten bij specifieke doelgroepen of in specifieke settings. Deze bevragingen zijn meestal niet-representatief omdat ze werden uitgevoerd aan de hand van *convenience sampling*. Daarbij wordt iedereen uit de doelgroep opgeroepen om deel te nemen (online of op papier). Dergelijke bevragingen hebben tot doel om zo veel mogelijk respondenten te bereiken, maar zijn niet per se representatief voor de hele bevolking. Deze bevragingen zijn om die reden vaak exploratief, maar geven anderzijds vaak een meer diepgaand beeld van de bevraagde populatie. Om die reden vatten we de resultaten van enkele prevalentiestudies samen.

2.1.1. Prevalentie bij studenten

De VAD-studentenbevraging uit 2021 peilde naar druggebruik bij 28.670 studenten aan de Vlaamse universiteiten of hogescholen. Van alle bevraagde studenten gaf 11,2% aan dat ze het afgelopen jaar andere illegale drugs dan cannabis hadden gebruikt (Van Damme et al., 2022). Daarbij scoort ecstasy het hoogst (7,5%), gevolgd door cocaïne (5,3%) en ketamine (3,6%). Dat laatstejaarsgebruik van cocaïne ligt – zoals in de algemene bevolking – hoger bij mannen (7,9%) dan bij vrouwen (3,3%). Het komt ook vaker voor bij studenten die zelfstandig wonen (13,1%) dan bij studenten op kot (4,2%) of studenten die thuis wonen (3,9%) (Van Damme et al., 2022).

2.1.2. Prevalentie in setting uitgaan

Uit het uitgaansonderzoek dat VAD in 2018 publiceerde (Rosiers, 2019), bleek dat 32% van de bevraagde uitgaanders ooit al eens cocaïne had gebruikt, waarvan 18,4% in het afgelopen jaar. Cocaïne kwam daarmee na alcohol (97,5%), tabak (48,1%), cannabis (33,4%) en ecstasy (22,4%) op een vijfde plaats van gebruik in het afgelopen jaar. Het gebruik van cocaïne lag daarmee in 2018 beduidend hoger dan tijdens vorige bevragingen (bv. 11,3% in 2003 en 12,3% in 2015). Cocaïne blijkt uit de bevraging ook een drug te zijn die eerder occasioneel (één tot meerdere keren per maand) gebruikt wordt, dan regelmatig (één tot meerdere keren per week). Van de bevraagde populatie gebruiken mannen vaker cocaïne dan vrouwen. Bovendien bleek dat de frequentie waarmee men clubs en festivals bezoekt, samenhangt met de frequentie van cocaïnegebruik: hoe vaker men uitgaat in clubs of op festivals, hoe regelmatiger cocaïnegebruik zich voordoet. Verder blijkt uit het uitgaansonderzoek van VAD dat 3% van de bevraagden meerdere keren per week of dagelijks cocaïne gebruikt, wat doet vermoeden dat het gebruik zich niet beperkt tot enkel het uitgaansmilieu (Rosiers, 2019).

Eerder al bevestigde de longitudinale studie van Van Havere et al. in het uitgaansleven in Vlaanderen, de populariteit van cocaïne in de setting uitgaan. De studie toonde aan dat cocaïne in 2003, 2005 en 2007 de derde meest populaire illegale substantie was (13,4%), na cannabis (43,1%) en ecstasy (16,1%) voor die meetjaren (Van Havere et al., 2012). Terwijl deze studie vooral het clubleven belichtte, onderzochten dezelfde auteurs ook andere uitgaansplaatsen zoals rockfestivals en dansgelegenheden waar meer zuiderse en funky muziek wordt gespeeld. Uit dit onderzoek kwam ruwweg dezelfde conclusie: cocaïne (17,1%) was opnieuw de meest populaire illegale substantie na cannabis (44,4%) en MDMA (19,1%). Van de ondervraagden in deze studie gebruikte 4,3% regelmatig cocaïne, dit wil zeggen op wekelijkse basis (Van Havere et al., 2011). Na 2007 kende deze studie geen vervolg meer.

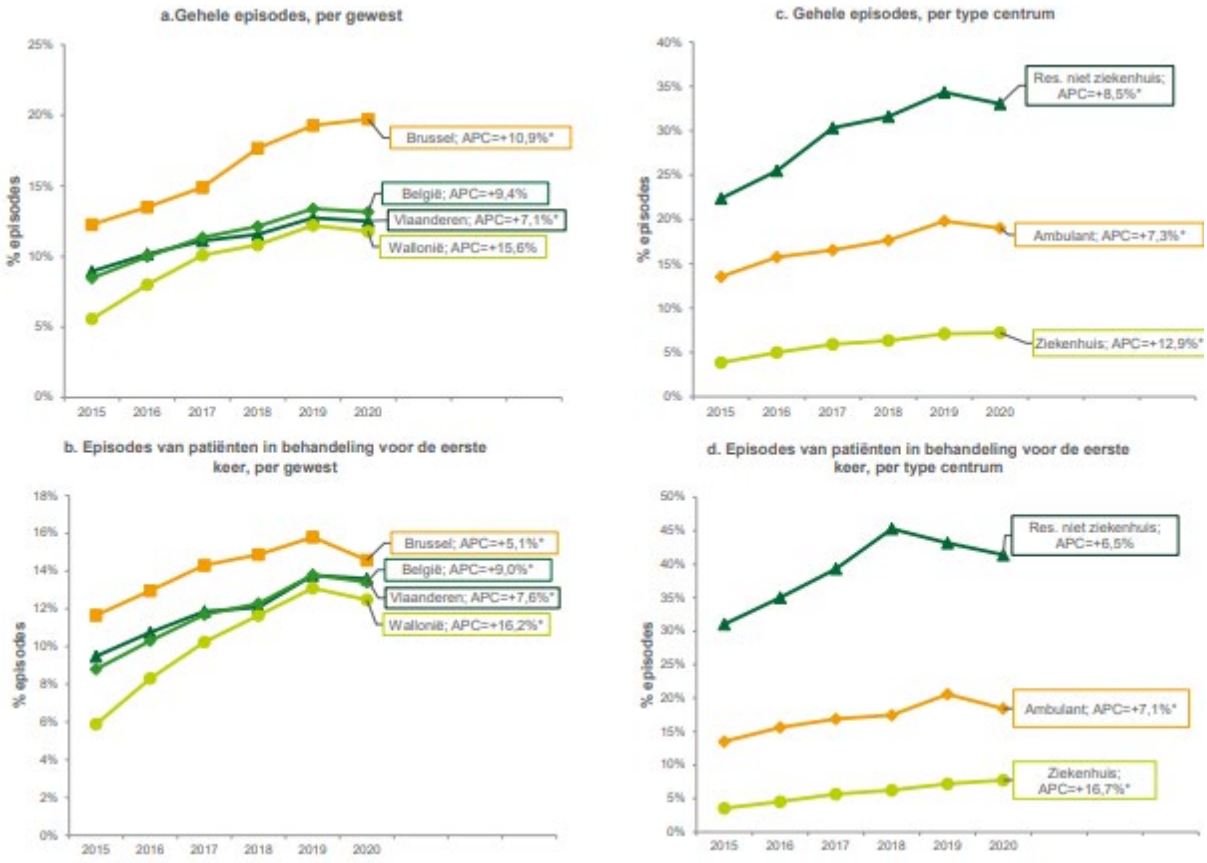
2.1.3. Prevalentie in setting arbeid

Vlaamse of Belgische studies over het gebruik van cocaïne gelinkt aan de werksetting zijn schaars. Onderzoek naar druggebruik bij de algemene bevolking bevraagt zelden of en hoeveel mensen cocaïne gebruiken voor, tijdens of na het werk. In een prevalentiestudie naar het alcohol- en ander druggebruik bij 5367 Belgische werknemers, rapporteerde 1,4% van de respondenten zelf het voorbije jaar ooit cocaïne gebruikt te hebben (Lambrechts et al., 2019). Het blijft uit de studie onduidelijk of dat gebruik net voor aanvang van het werk, tijdens het werk, tijdens de middagpauze, na afloop van het werk of tijdens werkgebonden activiteiten plaatsvond.

De PREVPED-studie, een onderzoek naar prestatiebevorderende middelen in verschillende contexten, bevestigt dat het werkgerelateerd gebruik van cocaïne voorkomt, maar dat dit zeer beperkt blijft (Hardyns et al., 2020).

2.1.4. Stijgend aantal behandelingsaanvragen voor cocaïnegebruik (TDI)

Registraties voor behandeling van problemen met cocaïnegebruik in de Treatment Demand Index (TDI) voor België tonen een stijging in het aantal behandelepisodes aan voor cocaïne, alsook een stijging in het aantal individuele personen dat een behandeling ontvangt voor cocaïne (met een dip in individuele personen in behandeling in 2017) (zie Figuur 1). Het aantal mensen dat in behandeling is voor gebruik van cocaïne als voornaamste substantie (zowel poedervorm als crack) neemt significant toe in Vlaanderen, en dit voor zowel alle behandelingen (+7,1% vergeleken met 2015) als voor patiënten die voor de eerste maal een behandeling vragen (+7,6% vergeleken met 2015) (Antoine, 2021). De toename is vergelijkbaar in de drie types centra: ambulante centra, residentiële centra die geen ziekenhuis zijn (bv. crisiscentrum, therapeutische gemeenschap) en ziekenhuizen. De toename in behandelingen doet zich voor in alle gewesten, met een grotere stijging in Wallonië (+17,6% vergeleken met 2015) dan in Vlaanderen (+7,1% per jaar) en Brussel (+10,9% vergeleken met 2015). Opvallend in deze analyse is ook de toename van het aantal behandelingsaanvragen voor mensen die crack (basecoke) gebruiken, Van 1,2% in 2015 naar 5,7% in 2020 (Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg, 2021).



FIGUUR 1. EVOLUTIE VAN HET AANDEEL BEHANDELINGSEPISODES VOOR COCAÏNE PER GEWEST/TYPE BEHANDELINGSCENTRUM (SCIENSANO, 2023)

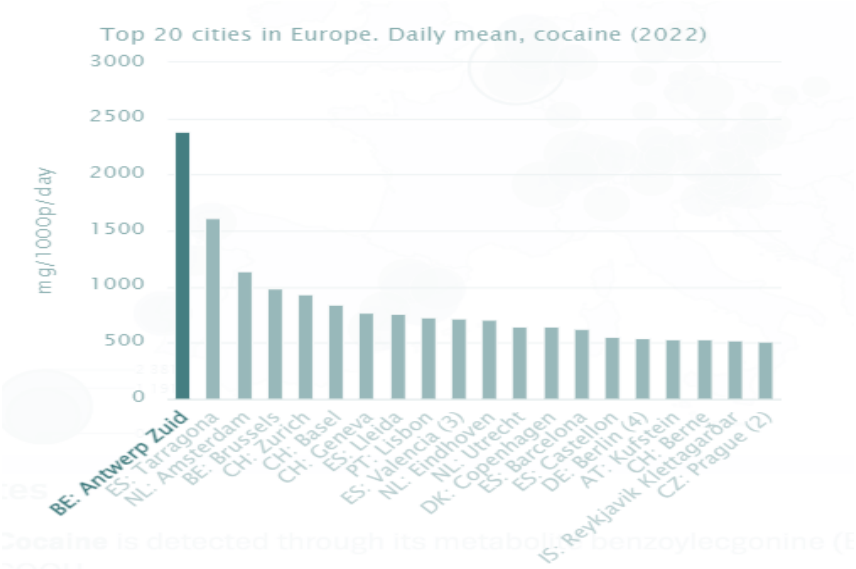
Er is een opmerkelijke toename in het aantal vrouwen dat hulp zoekt (van 16% in 2015 naar 23,9% in 2020) en ook de gemiddelde leeftijd van cliënten die behandeling zoeken voor cocaïneverslaving is gestegen (35 jaar in 2020). Het percentage cliënten dat behandeling zoekt voor cocaïnegebruik en te kampen heeft met huisvestingsproblemen is significant gestegen van 9% in 2015 tot 15% in 2020. Tegelijkertijd is het percentage cliënten met inkomensproblemen in 2020 sterker gestegen,

hoewel het stabiel was in de periode van 2015 tot 2020. Het aandeel van cliënten dat door de rechtbank wordt doorverwezen voor cocaïnegebruik, blijft stabiel rond 10% (Antoine, 2021)

Recent publiceerde De Sleutel ook cliëntprofielen per middel, waarbij ze optekenen dat de gemiddelde cliënt die zich aanmeldt voor cocaïnegebruik, 34 jaar oud is, de Belgisch nationaliteit heeft en een hogere scholingsgraad heeft vergeleken met de cliëntprofielen van bijvoorbeeld cannabis en amfetaminen. Bovendien blijkt het aandeel beroepsactieve cliënten het hoogst bij mensen die cocaïne gebruiken, en woont 28% van de cliënten ook samen met minderjarige kinderen. Hoewel die cijfers een profielschets geven van de gemiddelde cliënt, is er ook binnen de groep van mensen die cocaïne gebruiken een grote variatie op te merken (De Sleutel, 2023).

2.1.5. Andere

Cijfers uit de analyse van restproducten van cocaïnegebruik in rioolwater doen vermoeden dat de huidige prevalentiecijfers een onderschatting zijn. De *waste water analysis* is een methode waarbij een monster van afvalwater wordt genomen, en de metabolieten worden gemeten die in urine worden uitgescheiden (Zuccato et al., 2008). Op basis daarvan wordt de hoeveelheid cocaïne geschat die wordt geconsumeerd. Metingen in Antwerpen-Zuid en Brussel tonen jaar na jaar een toename van het cocaïnegebruik aan. In vergelijking met andere Europese steden, staat Antwerpen-Zuid op de eerste plaats en Brussel op de vierde plaats. In Antwerpen-Zuid werd in 2021 1,5 gram cocaïne per 1.000 personen per dag gemeten. In Brussel-Noord ging dat om 0,77 gram cocaïne per 1.000 personen per dag. Opgepast, in de studie wordt naar Antwerpen-Zuid verwezen en dus niet naar de volledige stad. Dat heeft te maken met het feit dat het afvalwater gemeten wordt in de waterzuiveringscentrale van Antwerpen-Zuid die niet de hele stad dekt.



FIGUUR 2. TOP 20 STEDEN WAAR COCAÏNEGEBRUIK HET HOOGST IS (EMCDDA, 2023)

2.2. Profiel en beweegredenen voor cocaïnegebruik

Prevalentiecijfers geven echter weinig inzicht in het profiel en de beweegredenen van mensen die cocaïne gebruiken. Zowel internationaal als in België werd al onderzoek gevoerd naar de motieven om cocaïne te gebruiken, naar het profiel van mensen die cocaïne gebruiken en naar determinanten van dat gebruik. We vatten hieronder een aantal resultaten samen.

2.2.1. Internationaal onderzoek

Het profiel en gebruikspatroon van mensen die cocaïne gebruiken is divers. Verschillende studies trachten overkoepelende profielen te identificeren. Een recent onderzoek van het Trimbos Instituut in Nederland (2020) onderscheidt bijvoorbeeld zes groepen van personen die cocaïne gebruiken, gebaseerd op de motieven waarom respondenten gebruiken. Binnen de feest-en-vier-setting identificeren de onderzoekers sociaal gebruik waarbij (voornamelijk jonge) mensen een gecontroleerd druggebruik beschrijven (groep 1), en (voornamelijk oudere) mensen getuigen over drugsproblemen en geen of verminderde controle over hun cocaïnegebruik (groep 2). In de werksetting zijn er gebruikers die sociaal gebruiken vanuit de werksetting, bijvoorbeeld met collega's na de werktijd (groep 3). Daarnaast is er ook functioneel gebruik tijdens het werk om prestaties en concentratie te verbeteren of om met de werkdruk om te gaan (groep 4). Ten slotte wordt cocaïnegebruik gelinkt aan coping bij psychische problematieken. Volgens Trimbos gebruiken mensen in dat geval om negatieve emoties te onderdrukken (groep 5). Er is ook een kleinere subgroep van gebruikers die in behandeling zijn (geweest) voor een psychische of persoonlijkheidsproblematiek (Spronk et al., 2020). Europees onderzoek spreekt dan weer van drie groepen van mensen die cocaïne gebruiken: mensen in behandeling voor hun cocaïnegebruik, een sociaal gemarginaliseerde groep die gebruikt, en een sociaal geïntegreerde groep die gebruikt. De gemarginaliseerde groep vertoonde de hoogste intensiteit van cocaïnegebruik en van meervoudig middelengebruik. Het merendeel van de geïntegreerde groep snoof cocaïnepoeder, terwijl in de twee andere groepen injecteren vrij veel voorkwam, maar met grote verschillen tussen de steden. Bijna alle respondenten hadden de afgelopen 30 dagen naast cocaïne nog minstens één ander middel gebruikt (Philbin et al., 2023; Prinzleve et al., 2004). Philbin et al. (2022) voegt nog toe dat gebruikspatronen onder mensen die cocaïne gebruiken ook verschillen per geslacht en seksuele identiteit (Philbin et al., 2023; Pope et al., 2011), wat op zijn beurt repercussies heeft voor specifieke preventie-initiatieven (bv. bij minderheidspopulaties).

Andere studies beschrijven typische gebruiksmotieven bij cocaïnegebruik. Een Nederlands onderzoek van Van der Poel en collega's (2009) beschrijft bijvoorbeeld hoe motieven voor cocaïnegebruik verschillen wanneer iemand pas cocaïne gebruikt, vergeleken met verdergezet gebruik. Waar respondenten initieel gebruiken in een sociale setting met weinig voorkennis over de effecten van cocaïne, worden de motieven bij ervaren gebruikers meer divers (Van der Poel et al., 2009). De onderzoekers vermelden fysieke (bv. minder moe), mentale (bv. zelfvertrouwen) en sociale motieven (bv. samen een goeie tijd hebben) en benadrukken dat het ritueel van cocaïne snuiven herhaaldelijk als 'speciaal' wordt omschreven (bv. door samen de regels te overtreden (Edland-Gryt, 2021)). Murray (2003) voegt daar het tegengaan van het verdovende effect van alcohol aan toe, en bevestigt op die manier dat alcohol en cocaïne nauw met elkaar verweven zijn en worden gebruikt om de ervaring op feesten waar hoofdzakelijk alcohol wordt gebruikt, te intensiveren en beheersen (Edland-Gryt, 2021; Liu et al., 2018; Murray, 2023; Van Der Poel et al., 2009). Dit onderstreept het belang van cocaïnegebruik niet in isolatie van andere drugs te analyseren, maar aandacht te hebben voor polydruggebruik (Liu et al., 2018). Ook de normalisering

van cocaïnegebruik in het sociaal leven van mensen die cocaïne gebruiken, komt aan bod, in het bijzonder in de uitgaanssetting (Van der Poel, 2009; Murray, 2023; Edland-Gryt, 2021).

Beweegredenen om te stoppen of cocaïnegebruik te beperken, linken onderzoekers dan weer met de kostprijs van cocaïne, de ervaren negatieve effecten (bv. bloedneus) of de angst om verslaafd te worden (Van der Poel, 2009; Murray, 2023). Omgekeerd worden hoge alcoholconsumptie, een toegenomen gebruik van verschillende drugs, regelmatig thuisgebruik en bingegebruik van cocaïne geassocieerd met een toegenomen cocaïnegebruik.

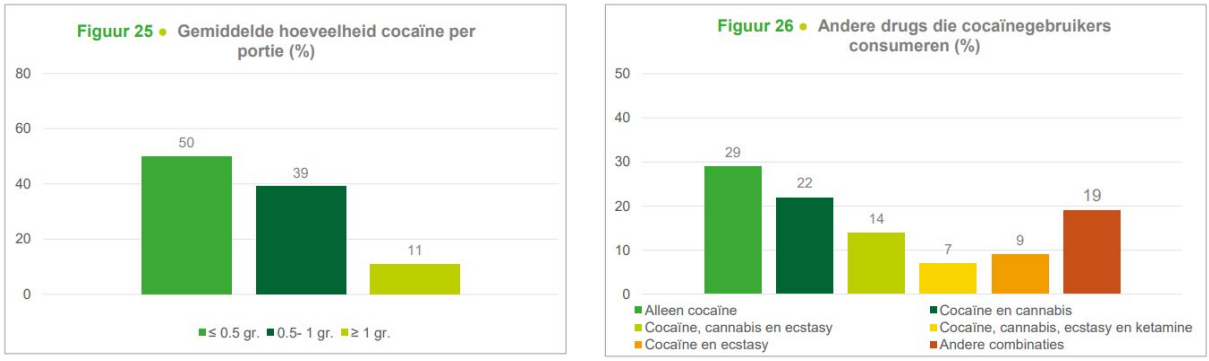
Een Australisch onderzoek voegt daarna nog toe hoe cocaïnegebruik in de werksetting vaker voorkomt bij werknemers die hoge een hoog niveau van aanvaarding ten aanzien van cocaïnegebruik hebben, actieve rokers zijn, hoge stressniveaus optekenen, risicovol alcoholgebruik vertonen en tussen de 18-24 jaar oud zijn (McEntee et al., 2022). Ook de culturele normen op de werkplaats, de beschikbaarheid van cocaïne op de werkplaats en het al dan niet gebruiken van drugs op de werkplaats, bleken een effect te hebben op cocaïnegebruik (Chapman et al., 2021; McEntee et al., 2022).

2.2.2. Belgisch onderzoek

Sciensano ging met de online enquête “Drug Vibes” aan de slag bij mensen die drugs gebruiken, onder andere om inzicht te krijgen in het gedrag en de gewoonten van mensen die in de afgelopen maand cocaïne hebben gebruikt. De enquête startte terwijl de coronamaatregelen van kracht waren (2020) om de impact van de pandemie op druggebruik te meten. Inmiddels zorgt een jaarlijkse herhaling van de survey voor een vergelijking van de cijfers over de tijd heen en geeft het inzicht in het gedrag en de gewoonten van druggebruikers op jaarbasis. In ronde 7 (maart 2023) waren er 2618 respondenten in de leeftijd van 18-64 jaar, waarvan 688 mensen aangaven cocaïne te hebben gebruikt (Damian, 2023).

De respondenten die aangaven cocaïne te hebben gebruikt, gebruiken het vaakst op maandelijkse basis (68%). Wanneer er werd ingezoomd op de groep respondenten die wekelijks gebruikt, zijn er geen grote verschillen tussen mannen (30%) en vrouwen (32%) – iets wat het jaar voordien wel het geval was (vaker mannen (30%) dan vrouwen (22%) in 2022). Wekelijks cocaïnegebruik is ook min of meer gelijk verdeeld over de leeftijdscategorieën heen. Zo gaat het om 28% bij de 18-29-jarigen, 33% bij de 30-39-jarigen en 31% bij de 40-49-jarigen. Het hoogste percentage dagelijkse en wekelijkse cocaïnegebruikers wordt aangetroffen onder respondenten met als hoogste diploma secundair onderwijs, en mensen die werkloos zijn gebruiken vaker cocaïne dan andere arbeidscategorieën.

Respondenten uit het meest recente Drug Vibes-onderzoek geven aan eerder kleine hoeveelheden cocaïne te gebruiken, en combineren vaak ook met cannabis, ecstasy en ketamine. Respondenten gebruiken cocaïne het vaakst thuis met andere mensen (36%) of op café, op restaurant of in de club (51%). Op het werk en op straat gebruiken de respondenten uit de Drug Vibes-studie het minst.



FIGUUR 3. HOEVEELHEID COCAÏNEGEBRUIK EN COMBINATIE MET ANDERE DRUGS (DAMIAN, 2023)

Wanneer werd gepeild naar de motivatie voor het cocaïnegebruik, kregen sociale motieven een hoge score (bijvoorbeeld 'helpen doorgaan tijdens een avondje uit met vrienden'). Ook motieven als 'helpen opgetogen of euforisch voelen', 'helpen wakker blijven', 'gewoon echt stoned zijn of onder invloed zijn' en 'een activiteit verbeteren' scoorden hoog. Die motieven zijn relatief gelijkaardig tussen mannen en vrouwen, maar verschillen naar gelang de leeftijd. Zo is de reden 'helpen doorgaan tijdens een avond uit met vrienden' vooral van toepassing bij de leeftijdsgroep 18-29 jaar (70%), terwijl 50-64-jarigen vooral 'euforie' (53%) en 'helpen relaxeren' (48%) aanduiden.

We verwijzen ook naar een ouder onderzoek naar cocaïnegebruik in België uit 2000 en 2005 (en hernomen in 2010). Dat onderzoek bevat etnografische data van mensen die cocaïne gebruiken. Hoewel de studie gedateerd is en de huidige context opmerkelijk verschilt van de context ten tijde van de studie, zijn er toch een aantal opvallende vaststellingen (Decorte, 2000; Decorte & Muys, 2010; Decorte & Slock, 2005). Decorte et al. (2000, 2005) rapporteren bijvoorbeeld over hoe mensen die cocaïne gebruiken vaak geïntroduceerd werden tot cocaïne bij vrienden thuis of in een sociale situatie in de late adolescentie. Cocaïne is daarbij vaak niet de eerste illegale drug waarmee geëxperimenteerd wordt. Nieuwsgierigheid en associatie met personen die gebruiken zijn vaak drijfveren van een eerste gebruik (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005). In de studie worden verschillende gebruikspatronen besproken, maar de meeste respondenten beschrijven een gevarieerd gebruikspatroon, waarbij de hoeveelheid en frequentie variëren van moment tot moment. Instrumenteel gebruik is een sociale levensstijl wordt het vaakst belicht in het onderzoek. Respondenten uit de studies gaven ook regelmatig aan hoe de ervaren positieve effecten van cocaïnegebruik niet strookten met de waarschuwende boodschappen en negatieve effecten uit officiële informatiebronnen. De studies beschrijven ten slotte ook hoe minderen (kleinere hoeveelheden of minder frequent gebruik) of stoppen met cocaïnegebruik vaak samenhangt met de hoge kostprijs van cocaïne, het ervaren van negatieve mentale effecten, geen zin meer en werk of studie (Decorte, 2000). Ten slotte benadrukt Decorte (2000) hoe werkgerelateerd cocaïnegebruik niet langer geconcentreerd is in relatief kleine kringen van welgestelde beroepen met een hoog salaris en een hoge werkdruk, maar voorkomt in een breed spectrum aan beroepen en werkplekken.

2.3. Bestaande preventieve interventies t.a.v. cocaïnegebruik

De prevalentiecijfers tonen de noodzaak om in te zetten op preventie van cocaïnegebruik. Nochtans zijn er de laatste jaren weinig ontwikkelingen gebeurd in het aanbod van cocaïnepreventie, zowel in België als binnen Europa (Spronk et al., 2021). Het Trimbos-instituut heeft in 2021 een inventaris gemaakt van cocaïne-specifieke preventieve interventies in Europa. Zij kwamen tot de vaststelling dat er weinig interventies bestaan. Bovendien is de effectiviteit van de bestaande interventies in de praktijk nog niet bewezen. Wel wordt er melding gemaakt van veelbelovende interventies (Spronk et al., 2021). In dit onderdeel worden de bestaande preventieve interventies rond cocaïne in Vlaanderen en in Europa in kaart gebracht.

2.3.1. Internationale interventies

Trimbos-instituut heeft in 2022 bestaande preventie-interventies rond cocaïnegebruik in kaart gebracht (voor een volledig overzicht van deze interventies, zie bijlage 9.4) (Spronk et al., 2021). Zij concludeerden dat er voldoende bruikbare interventies zijn voor de preventie van (problematisch) gebruik van cocaïne, maar dat met het bestaande aanbod bepaalde groepen onvoldoende worden bereikt. Volgens Trimbos-instituut zijn er bij de bestaande interventies geen preventieve activiteiten die specifiek gericht zijn op het voorkomen van cocaïnegebruik of problematisch cocaïnegebruik. Interventies die focussen op het brede publiek (universele preventie), zijn vaak niet middelenspecifiek, maar richten zich op middelengebruik in het algemeen (dus voor alcohol en andere drugs samen). Aangezien er een grote overlap is in risicofactoren, concludeert Trimbos dat dat aanbod voldoende is.

- Bestaande interventies gericht op de doelgroep die gebruikt in ‘feest-en-vier-settingen' zijn hoofdzakelijk gericht op harm reduction, zoals peer-to-peer-educatie op festivals, adviesgesprekken en testservices. Het signaleren en doorverwijzen bij problematisch gebruik blijft echter onderbelicht voor deze doelgroep, net zoals een aanbod om het (eerste) gebruik te voorkomen.
- Voor de doelgroep die cocaïne gebruikt gerelateerd aan de werksetting zijn er volgens Trimbos geen interventies die specifieke risicofactoren voor cocaïnegebruik op de werkvloer aanpakken. Er is wel oog voor problematisch gebruik binnen de doelgroep, zoals (anonieme) online zelfhulpinterventies en de methodiek van motiverende gespreksvoering.
- Voor de doelgroep die gebruikt in relatie tot psychische klachten werden tot slot geen preventieve interventies gevonden specifiek gericht op een psychische problematiek. Wel zijn er bestaande interventies die inzetten op sensibilisering.

In het algemeen blijkt dat gebruikers van cocaïne nog onvoldoende bereikt worden met de bestaande preventieve interventies. Dit geldt onder meer voor enkele groepen die een verhoogd risico lopen op (problematisch) gebruik. Een significant deel van de mensen die gebruiken in feest-en-vier-settingen heeft de intentie om te stoppen of te minderen met cocaïne. Belangrijke barrières die zij ervaren bij het zoeken naar hulp zijn: (zelf-)stigma, geen behoefte aan hulp hebben, het idee dat ze eventuele problemen als gevolg van het gebruik zelf op kunnen lossen en het onderschatten van de schadelijke gevolgen.

2.3.2. Interventies in Vlaanderen

In dit onderdeel vullen we de internationale ontwikkelingen aan met Vlaamse (preventieve) interventies rond cocaïnegebruik. Dit overzicht is uitgebreid, maar niet noodzakelijk exhaustief en legt zich enkel toe op de interventies die specifiek cocaïnegebruik adresseren.

In Vlaanderen is er een beperkt aantal interventies rond cocaïnegebruik. Binnen preventie en vroeginterventie is er onder meer een educatief lespakket 'Cocaïne is geen fairtrade' (Universiteit voor het Algemeen Belang samen met De Sleutel, intussen niet meer beschikbaar) dat de nadruk legt op de impact van cocaïnehandel in productielanden zoals Colombia (inclusief het druggerelateerd geweld en de impact op het milieu). Verder is er De Druglijn, een anonieme helpdesk waar iedereen terechtkan met alle vragen rond alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. De Druglijn geeft informatie, een eerste advies of kan doorverwijzen naar gepaste hulpverlening. Verder heeft De Druglijn naast productinformatie (o.a. webpagina's, flyers en folders over cocaïne) ook kennistesten over cocaïne en zelftesten om een indicatie te krijgen in welke mate het eigen gebruik risicovol is. Binnen schadebeperking in Vlaanderen zijn er schadebeperkende interventies die het risico op infectieziekten zoals hiv en hepatitis C (bv. bij risicovol seksueel gedrag of injecterend gebruik) verkleinen bij crackcocaïnegebruikers. Binnen zorg en begeleiding is er DASH (Drug and Alcohol Self Help, zie www.druglijn.be). DASH is een online zelfhulpprogramma voor alcohol- en ander druggebruik, waaronder cocaïne. Het is een anoniem en gratis zelfhulpprogramma voor wie zijn alcohol- of druggebruik wil veranderen.

Naast de reguliere hulpverlening, bestaan in Vlaanderen ook Contingency Management (CM) en Community Reinforcement Approach die specifiek op cocaïnegebruik inzetten. Contingency Management is een therapievorm waarbij deelnemers gemotiveerd blijven door het ontvangen van externe stimuli, zoals een geschenkkaart, een voucher of een prijs bij specifieke en meetbare gedragingen (zoals bv. een urinetest). CM wordt in België succesvol toegepast in enkele therapeutische gemeenschappen (Vandevelde et al., 2016). Community Reinforcement Approach, of CRA, is een cognitief-therapeutische gedragsmethodiek die inzet op zelfcontrole en het voorkomen van terugval.

In de setting 'Uitgaan en vrije tijd' speelt Safe 'n Sound een grote rol. Safe 'n Sound is een project dat als doel heeft op evenementen, op festivals, in clubs en in de Vlaamse uitgaanswereld bezoekers te informeren over alcohol en andere partydrugs, gehoorschade en veilig vrijen. Dit bereiken ze via een infostand bemand door peers: getrainde vrijwilligers met dezelfde interesses als de bezoekers. Safe 'n Sound probeert gezondheidsproblemen te verminderen zonder per se middelengebruik te willen vermijden (VAD, 2017). Verder zijn er ook de BUDD-app en Trip-app. De BUDD-app is een mobiele applicatie die mensen die aan chemsex (o.a. met cocaïne) doen, helpt om hier bewuster mee om te gaan. De Trip-app is een mobiele applicatie bedoeld om de schade geassocieerd met het gebruik van psychoactieve substanties te verminderen.

In de setting 'Arbeid' zijn er de CAO100 en de me-ASSIST screeningstool voor arbeidsartsen. Een van de belangrijkste tools binnen de werksetting is een alcohol- en ander drugbeleid op het werk (CAO100). Daarnaast is er ook Me-ASSIST, een website voor artsen en welzijnswerkers. Deze online toolbox helpt om een cliënt te screenen op zijn alcohol-, tabak- of ander middelengebruik, en met hem of haar het gesprek hierover aan te gaan (VAD, 2020).

Het overzicht illustreert dat er weinig preventieve interventies en vroeginterventies zijn specifiek gericht op cocaïnegebruik.

TABEL 1. OVERZICHT VAN VLAAMSE INTERVENTIES TEN AANZIEN VAN COCAÏNEGEBRUIK

	Preventie en vroeginterventie	Schade beperken	Zorg en begeleiding	Onderzoek
Algemeen	• 'Cocaïne is geen fairtrade' lessenpakket • Kennistest en zelftest • De Druglijn	• Schade-beperkende interventies ter vermindering van risico op infectieziekten bij crackcocaïne-gebruikers	• DASH-zelfhulp • Contingency management • Community Reinforcement Approach	-
Setting Uitgaan en Vrije tijd	• Safe 'n sound	• Peer support (Safe 'n sound) • BUDD-app (chemsex) • Trip-app		Uitgaansonderzoek 2018 (VAD)
Setting Arbeid	• Alcohol- en drugbeleid op het werk (CAO 100)		• Arbeidsarts (Me-ASSIST)	• PREVPED-onderzoek • Prevalentie-onderzoek (Lambrechts et al.)

Belangrijkste vaststellingen uit huidig onderzoek naar cocaïnegebruik:

- Het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking blijft relatief beperkt, zeker in vergelijking met alcohol- en cannabisgebruik. In Vlaanderen gebruikte 1,7% van de Vlamingen het afgelopen jaar (2018) cocaïne. Cocaïnegebruik situeert zich voornamelijk in de leeftijdsgroep 25-34 jaar, en bij mannen. Cocaïne wordt vaak gecombineerd met alcohol.
- Door de jaren heen is er een stijging van cocaïnegebruik merkbaar. Er zijn indicaties van een toegenomen cocaïnegebruik binnen bepaalde settings, zoals bijvoorbeeld de setting uitgaan of in bepaalde werkcontexten, weliswaar op basis van niet-representatieve cijfergegevens. Het is wachten op de onderzoeksresultaten van de gezondheidsenquête van Sciensano van 2022 om te zien of deze stijging zich doorzet(te), en in welke mate.
- Eerder onderzoek benadrukt dat er verschillende gebruikspatronen zijn bij mensen die cocaïne gebruiken. Die patronen verschillen in hoeveelheid en frequentie van gebruik, combinatie met andere substanties, voorkeurssetting van gebruik en motieven om cocaïne te gebruiken. Terugkerende motieven zijn echter sociale motieven (bv. samen 'een goeie tijd' hebben), euforie ervaren of functionele motieven (bv. wakker blijven, roes van alcohol tegengaan).
- De laatste jaren zijn er weinig ontwikkelingen geweest in het aanbod van specifieke cocaïnepreventie, zowel in België als binnen Europa.

3. Onderzoeksdesign

De prevalentiecijfers tonen dat hoewel cocaïnegebruik in de algemene bevolking beperkt blijft, er toch signalen zijn van een toename van gebruik in specifieke settings. Daarnaast zijn er de laatste jaren weinig ontwikkelingen geweest in het aanbod van specifieke cocaïnepreventie in Europa en Vlaanderen. Dit rapport grijpt deze vaststellingen aan om meer inzicht te krijgen in cocaïnegebruik in Vlaanderen en hoe preventie daarop kan reageren.

3.1. Onderzoeksvragen en aanpak

Dit project heeft als doelstelling meer inzichten te genereren in (motieven en determinanten van) cocaïnegebruik en daarbij aanknopingspunten voor preventie in kaart te brengen. Die centrale doelstelling splitsen we op in twee onderzoeksvragen:

1. Wat zijn motieven voor en determinanten van cocaïnegebruik in Vlaanderen?
2. Welke noden, aanknopingspunten en randvoorwaarden identificeren de verschillende stakeholders voor preventie van cocaïnegebruik[5]?

Om die onderzoeksvragen te beantwoorden, worden verschillenden onderzoeksmethoden gecombineerd in een *mixed-method*-aanpak. De voordelen van elke individuele onderzoeksmethode worden in een *mixed-method*-benadering versterkt door compensatie. Door meerdere onderzoeksmethoden te combineren worden de beperkingen van de ene onderzoeksmethode gecompenseerd door de sterkte van de andere (Creswell, 1999). Zo kan een kwantitatieve verkenning van secundaire data (bv. de secundaire data van de Druglijn die verder in dit rapport worden beschreven) weliswaar objectieve verbanden vaststellen tussen variabelen op basis van statistische significantietesten, maar daarbij een te gesimplificeerd beeld van cocaïnegebruik schetsen (Queirós et al., 2017). Door daarnaast gebruik te maken van kwalitatieve interviews en focusgroepen, wordt een holistisch beeld van cocaïnegebruik geschetst, gericht op het begrijpen en verklaren van de drijfveren om cocaïne te gebruiken en op het verkrijgen van een meer diepgaande analyse van cocaïnegebruik (Creswell et al., 1999; Queiros et al., 2017). Tabel 2 vat het onderzoeksdesign van dit verkennend onderzoek samen.

TABEL 2. OVERZICHT ONDERZOEKSDESIGN PROJECT COCAÏNEPREVENTIE

Doelstelling	Onderzoeksvragen	Onderzoeksmethoden
Inzicht genereren in cocaïnegebruik in Vlaanderen.	Wat zijn motieven en determinanten voor cocaïnegebruik in Vlaanderen?	• Analyse anonieme data Druglijn • Semigestructureerde interviews met personen die cocaïne gebruiken, of cocaïnegebruik in hun leefwereld zien
Aanknopingspunten voor preventie van cocaïnegebruik in kaart brengen in Vlaanderen.	Welke noden, aanknopingspunten en randvoorwaarden identificeren de verschillende stakeholders voor preventie van cocaïnegebruik?	• Focusgroepen met sleutelfiguren • Websurvey bij sleutelfiguren

3.2. Methodologie: een *mixed-method*-aanpak

Deze verkennende studie beantwoordt de onderzoeksvragen met behulp van drie onderzoeksmethoden: een analyse van secundaire data over cocaïnegebruik van De Druglijn,

[5] Preventiemethodieken hebben de volgende doelstellingen: het imago van cocaïne als succesdrug bijstellen en zo niet-gebruik aanmoedigen, experimenteergedrag uitstellen, problemen door cocaïnegebruik uitstellen, problemen door cocaïnegebruik bespreekbaar maken, doorverwijzing naar de hulpverlening bevorderen en hulpverleners deskundiger maken (https://www.vad.be/assets/basispakket_voor_preventiewerkers_en_logomedewerkers_adpv-1#:~:text=De%20taken%20van%20de%20lokale,www.preventiemethodieken.be%20).

kwalitatieve semigestructureerde interviews met mensen die cocaïne gebruiken of gebruik zien in hun leefwereld, en focusgroepen met sleutelfiguren. Hieronder lichten we kort onze onderzoekskeuzes toe.

3.2.1. Kwantitatieve analyse van secundaire data van De Druglijn

Motieven voor druggebruik zijn wel vaker het onderwerp van onderzoek (Cooper et al., 2015; Votaw & Witkiewitz, 2021). Studies naar de motieven voor druggebruik vertrekken vanuit de veronderstelling dat motieven voor druggebruik gelinkt zijn aan specifieke patronen van druggebruik (Votaw & Witkiewitz, 2021). Het bestuderen van de motieven voor druggebruik kan op die manier preventie en hulpverlening helpen verbeteren, door bijvoorbeeld de interventies af te stemmen op de motivatieprocessen die aan de basis van het druggebruik liggen (Votaw & Witkiewitz, 2021; Cooper et al., 2015). Onderzoek naar motieven voor druggebruik focust vaak op alcoholgebruik, tabaksgebruik en cannabisgebruik. De specifieke focus op motieven voor cocaïnegebruik blijft – tot zover wij weten – beperkt tot kwalitatieve studies. Om die reden gaat dit onderzoek na of er een verband is tussen de verschillende motieven en patronen in het cocaïnegebruik.

3.2.1.1. Secundaire data van De Druglijn

Om inzicht te genereren in cocaïnegebruik in Vlaanderen, analyseert dit onderzoek in eerste instantie secundaire data[6] over cocaïnegebruik. De studie valt daarvoor terug op secundaire data die via de 'zelftest cocaïnegebruik' van De Druglijn werden verzameld in 2022. Deze test werd ontwikkeld door Jellinek, een expertiseorganisatie in Nederland, en is bedoeld om de risico's bij persoonlijk cocaïnegebruik te beoordelen. De test is vrij toegankelijk voor bezoekers van de Druglijnwebsite (www.druglijn.be) en is gericht op mensen die cocaïne gebruiken. De zelftest spreekt een specifieke doelgroep aan van mensen die op zoek zijn naar informatie over hun cocaïnegebruik. Die doelgroep is niet representatief voor de hele groep van mensen die cocaïne gebruiken en om die reden zijn de secundaire data van de zelftest geen representatieve steekproef voor de gemiddelde cocaïnegebruiker. Desondanks is de grootte van de dataset uniek in Vlaanderen. In 2022 vulden 1857 respondenten de 'zelftest cocaïnegebruik' in. De demografische samenstelling van de steekproef wordt beschreven onder het hoofdstuk 'Resultaten'.

3.2.1.2. Variabelen

Demografische variabelen die werden geanalyseerd in dit onderzoek zijn geslacht (m, v, x) en leeftijd (in jaren). Patronen van cocaïnegebruik werden gemeten aan de hand van frequentie van cocaïnegebruik, hoeveelheid cocaïnegebruik, combinatie van cocaïnegebruik met alcohol en/of illegale drugs, motieven voor cocaïnegebruik, gevolgen van cocaïnegebruik en indicaties van problemen met cocaïnegebruik. Het stellen van één screeningsvraag wordt beschouwd als een betrouwbaar alternatief voor langere screeningstests, zoals de 10-item Drug Abuse Screening Test (Smith et al., 2010). De variabelen werden als volgt gemeten:

- **Frequentie cocaïnegebruik** werd gemeten aan de hand van de vraag 'Hoe vaak gebruik je cocaïne'. De antwoordcategorieën, werden gehercodeerd naar hoog (dagelijks of meerdere malen per week), matig (een keer per week, 2 tot 3 keer per maand), laag (een paar keer per jaar, een keer per maand).

[6] Secundaire data zijn data die reeds werden verzameld in kader van een ander project dan het huidige onderzoek. In dit onderzoek werd teruggevallen op data die in het kader van de zelftesten van De Druglijn werden verzameld, en dus al beschikbaar waren.

- **Hoeveelheid cocaïnegebruik** werd gemeten aan de hand van de vraag 'Hoeveel gram cocaïne gebruik je meestal?'.
- **De combinatie met alcohol of met andere drugs** werd gemeten aan de hand van de vragen 'Combineer je cocaïne wel eens met andere drugs?' (dat kan zowel om illegale als legale drugs gaan (bv. psychofarmaca)) en 'Hoe vaak combineer je cocaïne met alcohol?'.
- **Motieven voor cocaïnegebruik** werden opgedeeld in dertien verschillende motieven, waarvan de antwoorden overeenkwamen met antwoordmogelijkheden uit meetinstrumenten voor alcohol, i.e. de Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQ-R (Cooper, 1994)) en voor cannabis, i.e. Marijuana Motives Measure (MMM (Simons et al., 1998)). De antwoordcategorieën werden vervolgens gegroepeerd volgens de indeling van het '*Motivational model'* van Cooper et al. (2015). Dat model identificeert vier subtypes van motieven: coping, *enhancement*, conformiteit en sociale motieven. Daarbij verwijzen copingmotieven naar middelengebruik om negatieve gemoedstoestanden te verlichten, enhancementmotieven naar middelengebruik om positieve emoties te vergroten, conformiteitsmotieven naar middelengebruik om sociale afwijzing te vermijden en sociale motieven naar middelengebruik om positieve ervaringen met leeftijdsgenoten te vergroten (Cooper et al., 2015; Votaws & Witkiwietz, 2021). De bestaande antwoordcategorieën uit de cocaïnezelftest werden op basis van de bestaande DMQ-R (Cooper, 1994) en MMM (Simons et al., 1998) meetinstrumenten in één van die subtypes opgedeeld. Twee antwoordcategorieën komen niet in de DMQ-R questionnaire voor: 'ontnuchteren' en 'weet ik niet'. Gezien 'ontnuchteren' zo specifiek is voor het gebruik van cocaïne werd een vijfde categorie gemaakt op basis van dit motief. De categorie 'weet ik niet' werd als restcategorie opgenomen.
- **De gevolgen van cocaïnegebruik** werden gemeten aan de hand van drie variabelen. Lichamelijke gevolgen van cocaïnegebruik werden gemeten door te bevragen hoe vaak de respondent een bloedneus of pijnlijke neus heeft tijdens of na cocaïnegebruik. Psychische gevolgen werden gemeten door te bevragen of de respondent zich soms zorgen maakt over het eigen cocaïnegebruik en of de respondent zich soms down of depressief voelt na het gebruik van cocaïne.
- **Tekenen van problemen met cocaïnegebruik** werden gemeten aan de hand van drie variabelen: 'Denk je wel eens over het stoppen of minderen met cocaïnegebruik', 'Heeft iemand uit je omgeving die ook cocaïne gebruikt weleens zorgen geuit over je cocaïnegebruik, en 'Hoe vaak is je functioneren het afgelopen jaar in vraag gesteld op het werk, op school of ergens anders'.

3.2.1.3. Statistische analyses

De secundaire data van De Druglijn werden geordend. De analyses werden uitgevoerd in IBM SPSS (versie 29). Een descriptieve analyse van de variabelen werd berekend om een beeld op de steekproef weer te geven.

Verschillen in gebruiksprofiel tussen de vijf centrale hoofdmotieven werden getoetst op statistische significantie ($p<0.001$) door middel van een niet-parametrische Kruskal-Wallis tests. Verder werden Cramer's V-testen berekend om associatie tussen hoofdmotief en patronen in het cocaïnegebruik te toetsen. Voor uitgesproken bivariate associaties tussen hoofdmotief en patronen in cocaïnegebruik werden vervolgens odds ratio's en 95% betrouwbaarheidsintervallen berekend om de grootte van de associatie weer te geven. Statistische significantie werd getoetst met de Pearson's X^2 toets.

3.2.2. Kwalitatieve semigestructureerde interviews met mensen die cocaïne gebruiken

Om een meer holistisch en diepgaand beeld van cocaïnegebruik te schetsen dat gericht is op het begrijpen en verklaren van de drijfveren voor cocaïnegebruik (Creswell et al., 1999; Queiros et al., 2017), voegde dit onderzoek ook een kwalitatief onderzoeksluik toe. De studie viel daarvoor terug op semigestructureerde interviews met personen die cocaïne gebruiken. Personen die zelf cocaïne gebruiken zijn namelijk het best aangewezen om hun persoonlijke ervaring te delen.

Om drempelverlagend te werken, werd aangeboden om het interview in persoon, online (via Microsoft Teams) of via (anonieme) *messenger apps* (Signal of Telegram) te organiseren, volgens de voorkeur van de respondent. Een klassiek kwalitatief interview vindt plaats in persoon, waar onderzoeker en respondent in een vertrouwde omgeving ervaringen, belevingen of overtuigingen bespreken. Er blijven echter uitdagingen in het bereiken van de doelgroep via het kwalitatief interview wanneer het gaat om gevoelige onderwerpen zoals druggebruik (Gibson, 2022). Daarom is het exploreren van alternatieve (online) methoden waardevol. Online kwalitatief interviewen is sinds de introductie van Skype gangbaar (Janghorban et al., 2014). Sinds de COVID-19-pandemie wordt echter steeds vaker teruggegrepen naar de online variant van het kwalitatief interview (Sah et al., 2020). Voordelen van een online kwalitatief interview zijn voornamelijk praktisch (Saarijärvi & Bratt, 2021). Online interviewen vergroot namelijk de potentiële doelgroep omdat mensen nu eenmaal makkelijk online te bereiken zijn (Saarjiärvi & Bratt, 2021). Wanneer er geen verplaatsingen meer nodig zijn, kunnen mensen in heel Vlaanderen bevraagd worden. Ook kwalitatieve bevragingen via *messenger apps* zijn steeds vaker gangbaar (Saarjiärvi & Bratt, 2021). De voordelen van het 'mobiel berichten interview' zijn de laagdrempeligheid om contact op te nemen (nog lager dan bij een online interview), de flexibiliteit om het interview in te plannen, het feit dat het interview asynchroon kan verlopen, en het feit dat het interview kan worden aangesterkt met foto's en audiomateriaal (Kaufmann & Peil, 2020; Saarijärvi & Bratt, 2021). Bovendien werkt het feit dat personen anoniem contact kunnen opnemen door middel van *messenger apps* (in dit geval Telegram of Signal, cf. supra), extra drempelverlagend voor wie zijn identiteit liever niet bekend maakt.

3.2.2.1. Dataverzameling

De doelgroep voor dit onderdeel waren mensen die cocaïne gebruiken of hebben gebruikt, en die hun ervaring wilden delen in het kader van dit onderzoek. Respondenten dienden ouder te zijn dan 18 jaar en schriftelijk instemming te hebben gegeven voor een deelname aan het interview. De inclusiecriteria werden met opzet breed gehouden. Het doel van het onderzoek was namelijk een verkennend en vooral breed beeld van cocaïnegebruik te capteren. Enge inclusiecriteria kunnen potentieel relevante ervaringen uitsluiten. Respondenten werden aan de hand van een sneeuwbal steekproeftrekking en *convenience sampling* gerekruteerd, steekproeftrekkingen die regelmatig worden toegepast bij kwalitatief onderzoek (Koerber & McMichael, 2008) Een oproep met contactgegevens (cf. bijlage) werd rechtstreeks verspreid naar de (potentiële) doelgroep via de diverse communicatiekanalen van VAD en De Druglijn. Een oproep werd ook onrechtstreeks verspreid aan diverse tussenpersonen die in contact staan met de doelgroep (bv. preventiewerkers, hulpverleners/verslavingsartsen/therapeuten verslavingszorg, arbeidsartsen, beroepssectoren). Wie wilde participeren en voldeed aan de inclusiecriteria, werd betrokken in het onderzoek. Bovendien werd geïnterviewde respondenten gevraagd of ze nog mensen kenden die interesse hadden in deelname aan het onderzoek. Uiteindelijk werden in het onderzoek 11 respondenten geïnterviewd over hun cocaïnegebruik in de periode mei 2023 - juli 2023. Alle interviews vonden in persoon plaats. Behalve de interviews in persoon, werden ook twee

getuigenissen per mail doorgestuurd. De duur van de interviews varieerde tussen 54 en 110 minuten.

Om de consistentie van de dataverzameling te vergroten, werd een topiclijst met centrale thema's ontwikkeld als leidraad voor de interviews (Arthur & Nazroo, 2003). De topiclijst werd gebaseerd op eerder onderzoek naar cocaïnegebruik (Spronk et al., 2020; Trotter et al., 2001) en werd aangepast naar het doel en onderzoeksdesign van dit onderzoek. De topiclijst peilde naar beeldvorming, motieven voor en determinanten van cocaïnegebruik, kennis van het huidige preventie- en hulpverleningslandschap en preventienoden, en kan in bijlage worden teruggevonden.

3.2.2.2. Data-analyse

Alle interviews werden verbatim getranscribeerd, voordat ze werden geanalyseerd. Transcripten werden volledig geanonimiseerd en potentieel identificerende informatie werd uit de transcripten verwijderd. De transcripten werden daarna thematisch geanalyseerd. Met die thematische analyse werden systematisch terugkerende patronen in het narratief van de respondenten geïdentificeerd, gestructureerd en geordend in overkoepelende thema's (Braun & Clarke, 2012). Zo werden bijvoorbeeld aanknopingspunten voor preventie gestructureerd naar setting en context. Het resultaat van die thematische analyse werd daarna beschreven in dit rapport (cf. Hoofdstuk 4 ‘Motieven en determinanten van cocaïnegebruik’). Quotes werden gebruikt ter illustratie en hielpen aan de “*thick description*” van de kwalitatieve data, een uitgebreide beschrijving van de ideeën die de respondenten schetsen en de context waarbinnen die worden ervaren.

3.2.3. Kwalitatieve focusgroepen met sleutelfiguren

Voor een meer diepgaand begrip van cocaïnegebruik en vooral om aanknopingspunten voor preventie in kaart te brengen, maakte dit onderzoek ook gebruik van kwalitatieve focusgroepen met sleutelfiguren. Sleutelfiguren die in het onderzoek werden betrokken hadden vanuit hun beroepspositie (nauw) contact met de doelgroep van mensen die cocaïne gebruiken, en konden vanuit die overzichtspositie vaak een helikopterperspectief bieden op cocaïnegebruik. Door verschillende sleutelfiguren in focusgroepen te bevragen in plaats van via individuele interviews, werd dat helikopterperspectief verder uitgediept. Het uitwisselen van ervaring tussen sleutelfiguren leidde namelijk vaak tot meer vergelijking en diepgang.

Om snel te kunnen schakelen in de vaak drukbezette agenda’s van sleutelfiguren, en gezien de korte duur van dit voorbereidende project, werd ervoor geopteerd de focusgroepen hoofdzakelijk online te organiseren. Enkele focusgroepen vonden plaats in persoon, aansluitend op een bestaande vergadering. Zoals bij de kwalitatieve interviews, bood de organisatie van online focusgroepen een aantal (voornamelijk praktische) voordelen. Online interviewen vergrootte immers de potentiële doelgroep omdat mensen nu eenmaal makkelijk online te bereiken zijn (Saarjiärvi & Bratt, 2021; Richard et al., 2021). Om die reden is het ook makkelijker om de geografische spreiding van de respondenten te verzekeren. Bovendien bleken er weinig inhoudelijke verschillen tussen de georganiseerde focusgroepen online en de focusgroep in persoon met sleutelfiguren, wat eerder onderzoek ook al heeft aangetoond (Richard et al., 2021).

3.2.3.1. Dataverzameling

De doelgroep voor dit onderdeel waren sleutelfiguren die beroepsmatig in (nauw) contact staan met mensen die cocaïne gebruiken. Concreet bereikten we onder meer (lokale en intergemeentelijke) preventiewerkers, hulpverleners, verslavingsartsen en -therapeuten, en interne en externe arbeidsartsen. Deze respondenten werden aan de hand van *purposive sampling*

gerekruteerd, een steekproeftrekking die regelmatig wordt toegepast bij kwalitatief onderzoek (Etikan, 2016; Koerber & McMichael, 2008). Respondenten werden geselecteerd omwille van hun beroepsmatige kennis over en ervaring met mensen die cocaïne gebruiken. Potentiële informatierijke respondenten werden geïdentificeerd via de contacten die VAD heeft met het praktijkveld en werden met dat doel aangeschreven. Uiteindelijk namen 38 respondenten deel aan vier focusgroepen verspreid over de periode april 2023-juni 2023. Drie focusgroepen werden online georganiseerd, één focusgroep vond plaats in persoon. De duur van de focusgroepen varieerde tussen 55 minuten en 72 minuten.

Om de consistentie van de dataverzameling te vergroten, werd een script met begeleidende vragen ontwikkeld als leidraad voor de focusgroepen (Arthur & Nazroo, 2003). Het script gaf aan welke vragen in welke volgorde aan bod kwamen en werd vergezeld van tijdsindicaties en instructies voor de observator en moderator. De vragen uit het script werden gebaseerd op eerder onderzoek naar cocaïnegebruik (Dupont et al., 2015; Fleuren et al., 2014; Spronk et al., 2021) en werden aangepast naar het doel en onderzoeksdesign van deze studie. Het script peilde naar beeldvorming van cocaïnegebruik, het huidige preventie- en hulpverleningslandschap en naar opportuniteiten voor preventie, en kan in bijlage worden teruggevonden.

3.2.3.2. Data-analyse

De data-analyse van de focusgroepen verliep op een gelijkaardige manier als bij de interviews. De focusgroepen werden verbatim getranscribeerd, en daarna thematisch geanalyseerd. Net zoals bij de interviews, werd potentieel identificerende informatie uit de transcripten verwijderd. De transcripten werden daarna thematisch geanalyseerd. Met die thematische analyse werden systematisch terugkerende patronen in het narratief van de respondenten geïdentificeerd, gestructureerd en geordend in overkoepelende thema's (Braun & Clarke, 2012). Het resultaat van die thematische analyse werd daarna beschreven in dit rapport. Quotes werden gebruikt ter illustratie en hielpen aan de "*thick description*" van de kwalitatieve data.

3.2.4. Een online survey bij sleutelfiguren gerelateerd aan de werkplaats

In dit onderzoek werd ook een online survey afgenomen bij sleutelfiguren gerelateerd aan de werkplaats. Met de online survey trachtten we vooral aanknopingspunten voor preventie op de werkplaats in kaart te brengen. We richtten de online survey daarom aan sleutelfiguren die vanuit hun beroepspositie betrokken zijn bij de aanmaak en uitvoering van een preventief alcohol- en drugbeleid op het werk, zoals preventieadviseurs, arbeidsartsen, personen die bezig zijn met psychosociale aspecten en veiligheid op het werk en preventiewerkers in de setting arbeid. De respons op de survey was echter te beperkt, waardoor de data niet konden worden opgenomen in de analyse. De korte timing van het project zou de beperkte respons op de online survey kunnen verklaren. Een andere mogelijke verklaring is dat binnen de doelgroep waar de survey werd verspreid, cocaïnegebruik geen prioriteit is.

3.3. Ethische overwegingen

De respondenten kregen voor aanvang van het kwalitatief interview, de kwalitatieve focusgroep én de online survey een toestemmingsformulier, ook wel *informed consent*-formulier genoemd (cf. bijlagen). Dat toestemmingsformulier verduidelijkte het doel en het opzet van het onderzoek, en informeerde over hoe de data beschermd zou worden (welke data werden verzameld, en hoe die werden verwerkt en bewaard) en over de manier waarop de onderzoeksbevindingen verwerkt zouden worden. Het toestemmingsformulier legde de nadruk op vrijwillige deelname, de mogelijkheden voor aanvullende informatie, en pseudonimisering. Voor de kwalitatieve interviews en focusgroepen werd respondenten gevraagd om het toestemmingsformulier te ondertekenen of

op opname te bevestigen dat ze het eens waren met wat er in het toestemmingsformulier stond. Daarnaast werd aan de respondenten ook toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview of de focusgroep. Voor de online survey werd respondenten gevraagd de verschillende toestemmingsonderdelen één voor één aan te vinken om zo hun toestemming te geven.

3.1. Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek werpt meer licht op het cocaïnegebruik in Vlaanderen en doet dat vanuit een uniek perspectief. Niet enkel werden de profielen, motieven en determinanten voor cocaïnegebruik in kaart gebracht, die bevindingen werden meteen aan voorstellen voor preventie-initiatieven inzake cocaïnegebruik gelinkt.

Onze onderzoeksresultaten moeten echter vanuit de beperkingen van het onderzoeksopzet bekeken worden. In eerste instantie zorgt de keuze voor de kwalitatieve methoden en niet-representatieve dataset ervoor dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de gehele Vlaamse bevolking. De kwalitatieve resultaten geven een verkennend en diepgaand inzicht in cocaïnegebruik, maar blijven beperkt tot de personen die in het kader van dit onderzoek werden bevraagd. Naast de talrijke sleutelfiguren in de focusgroepen hebben we in het korte tijdsbestek van dit project elf respondenten met uiteenlopende profielen kunnen interviewen. Mensen die illegale drugs gebruiken zijn vaak een moeilijk te bereiken populatie omdat ze hun gebruik over het algemeen verborgen houden voor de buitenwereld, bijvoorbeeld omwille van de mogelijke confrontatie met gerechtelijke instanties (Miller & Sønderlund, 2010). Ook de beschrijvende analyse van de kwantitatieve data van de Druglijn is niet representatief voor de gemiddelde cocaïnegebruiker. De data refereren naar een specifieke doelgroep van mensen die op zoek zijn naar informatie over hun cocaïnegebruik. Desondanks is de grootte van de dataset over cocaïnegebruik met 1857 respondenten uniek in Vlaanderen.

4. Onderzoeksresultaten

4.1. Motieven en determinanten van cocaïnegebruik

4.1.1. Analyse secundaire data over cocaïnegebruik (De Druglijn)

4.1.1.1. Beschrijvende analyse van de steekproef

De groep uit de Druglijn-dataset die rapporteert cocaïne te hebben gebruikt, telt 1857 respondenten. De kenmerken van de steekproef worden in Tabel 3 weergegeven. Het grootste deel van de respondenten is man (67%), een minderheid van de respondenten is vrouw (28,8%) of kan zich in geen van beide binaire categorieën vinden (4,2%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 29,5 jaar. 74,3% van de respondenten is 35 jaar of jonger, wat de steekproef dus vrij jong maakt. Dat is niet verwonderlijk aangezien cocaïnegebruik in de algemene bevolking zich vooral in de leeftijdsgroep 25-34 jaar voordoet (Sciensano). Het grootste deel van de respondenten gebruikt minstens wekelijks cocaïne (60,5% gebruikt één of meerdere keren per week of dagelijks cocaïne). Een vierde van de respondenten gebruikt maandelijks cocaïne en een minderheid (14,5%) gebruikt slechts enkele keren per jaar cocaïne. Dat is een relatief grote groep die ondanks een lage gebruiksfrequentie toch een zelftest onderneemt. De hoeveelheid cocaïne die wordt gebruikt door respondenten ligt relatief hoog. Iets meer dan de helft van de respondenten rapporteert 1g of meer te gebruiken per keer (55%). Een kleine minderheid van de respondenten gebruikt 0,25g of minder per keer (18,5%). Het cocaïnegebruik uit de steekproef ligt dus relatief hoog.

TABEL 3. STEEKPROEFKENMERKEN VAN DE RESPONDENTEN DIE COCAÏNEGEBRUIK MELDEN

Steekproefkenmerken (n=1857)	Valide %	SD
Geslacht		
m	67,0%	
v	28,8%	
x	4,2%	
Leeftijd		
Gemiddeld	29,5 jaar	11,5
Druggebruik - frequentie		
Laag	14,5%	
Matig	24,9%	
Hoog	60,5%	
Druggebruik - hoeveelheid		
>=0,25g	18,5%	
0,5g	26,5%	
1,0g	26,2%	
>=1,5g	28,8%	

Respondenten uit de dataset gebruiken cocaïne vaak in combinatie met andere middelen. 88,7% van de respondenten heeft zijn cocaïnegebruik weleens gecombineerd met het gebruik van alcohol. Het overgrote deel van de respondenten (66,2%) doet dat zelfs regelmatig (16,9%) of altijd (49,3%). De combinatie met andere illegale drugs komt bij de respondenten uit deze steekproef in mindere mate voor. Meer dan de helft van de respondenten (52,8%) combineert cocaïnegebruik nooit met andere illegale drugs. Van de respondenten die cocaïnegebruik wel combineren met andere illegale drugs, doet het grootste deel dat occasioneel (28,4%). Eén op de acht respondenten combineert cocaïne altijd (12,1%) met andere drugs. Cocaïne wordt dus vaak

gebruikt in combinatie met andere middelen: slechts 8,4% van de respondenten heeft cocaïne nog nooit gecombineerd met alcohol noch met illegale drugs.

TABEL 4. HOE VAAK WORDT HET GEBRUIK VAN COCAÏNE GECOMBINEERD MET ANDERE MIDDELEN?

Combinatie met andere middelen	n	Valide %
Combo alcohol (n=1856)		
Nooit	209	11,3%
Occasioneel	418	22,5%
Regelmatig	314	16,9%
Altijd	915	49,3%
Combo illegale drugs (n=1857)		
Nooit	980	52,8%
Occasioneel	528	28,4%
Regelmatig	124	6,7%
Altijd	225	12,1%

Respondenten rapporteerden diverse motieven waarom ze cocaïne gebruikten. De meeste respondenten verwijzen naar het 'ontnuchterende effect' van cocaïne. Het gebruik van cocaïne om het effect van alcohol tegen te gaan werd dan ook het vaakst naar voor geschoven als reden om te gebruiken (28,8%). Als we 'ik weet het niet' buiten beschouwing laten, volgt op plaats twee 'om me weer fit en sterk te voelen' (16,4%), en meteen daarna 'om problemen even te vergeten' (13,1%). De motieven werden ingedeeld volgens de vier subcategorieën van het 'Motivational Model' van Cooper et al. (2015) in sociale motieven, copingmotieven, conformiteitsmotieven en enhancementmotieven (cf. Hoofdstuk 3 'Onderzoeksdesign'). De motieven van de respondenten uit de steekproef bestaan **voornamelijk uit motieven over het ontnuchterende effect van cocaïne** (28,8%) en **enhancementmotieven** (21,3%), motieven om een positieve stemming te bevorderen. Copingmotieven (17,3%) en sociale motieven (15,3%) komen ook voor, maar in mindere mate. Conformiteitsmotieven scoren dan weer laag in de steekproef, slechts 2% van de respondenten geeft aan cocaïne te hebben gebruikt omdat het erbij hoort, uit gewoonte of omdat ze het aangeboden krijgen.

TABEL 5. MOTIEVEN VOOR COCAÏNEGEBRUIK

Motieven van gebruik (n=1857)	n	Valide %
Sociale motieven	**285**	**15,3%**
Uitgaan leuker maken	198	10,7%
Intensere ervaringen meemaken	87	4,7%
Copingmotieven	**321**	**17,3%**
Depressieve gevoelens tegengaan	39	2,1%
Problemen even vergeten	244	13,1%
Zelfvertrouwen vergroten	38	2,0%
Conformiteitsmotieven	**38**	**2,0%**
Hoort erbij/uit gewoonte	19	1,0%
Aangeboden krijgen	19	1,0%
Enhancementmotieven	**396**	**21,3%**
Weer fit en sterk voelen	304	16,4%
Beter presteren	51	2,7%
Plezieriger voelen	41	2,2%
Andere	**817**	**44,0%**
Effect van alcohol tegengaan/ontnuchteren	534	28,8%
Weet ik niet	283	15,2%

Respondenten uit de steekproef rapporteren lichamelijke en psychische gevolgen van hun cocaïnegebruik. Zo geeft 63,9% van de respondenten aan ooit al eens een bloedneus of een pijnlijke neus te hebben gehad na het snuiven van cocaïne. 17,1% heeft daar regelmatig last van, en 13,3% (bijna) altijd. Naast lichamelijk gevolgen, rapporteren respondenten ook psychische gevolgen. Zo heeft **bijna vier op de vijf respondenten (79,8%) zich wel eens down of depressief** gevoeld in de dagen na het gebruik van cocaïne. Voor het merendeel gebeurt dat af en toe eens (41,3%), maar één op de vijf voelt zich bijna altijd down of depressief na het gebruik van cocaïne (20,5%). Het merendeel van de respondenten geeft ook aan zich soms tot altijd zorgen te maken over zijn cocaïnegebruik (69,6%), waarvan een groot deel regelmatig (25,7%) tot (bijna) altijd (22,9%). 30,4% geeft wel aan zich nooit zorgen te maken over zijn cocaïnegebruik.

TABEL 6. GERAPPORTEERDE GEVOLGEN VAN COCAÏNEGEBRUIK

Gerapporteerde gevolgen cocaïnegebruik (n=1857)		n	Valide %
Lichamelijke gevolgen			
Bloedneus tijdens of na gebruik	Nooit	670	36,1%
	Occasioneel	622	33,5%
	Regelmatig	318	17,1%
	(Bijna) Altijd	247	13,3%
Psychische gevolgen			
Zorgen maken over gebruik	Nooit	564	30,4%
	Occasioneel	389	20,9%
	Regelmatig	478	25,7%
	(Bijna) Altijd	426	22,9%
Down/depressief na gebruik	Nooit	374	20,1%
	Occasioneel	767	41,3%
	Regelmatig	335	18,0%
	(Bijna) Altijd	380	20,5%

Ten slotte vertoont **meer dan de helft** van de respondenten tekenen van problematisch gebruik: 52,3% geeft aan **minstens één keer te hebben willen stoppen of minderen met cocaïnegebruik**. 57,9% van de respondenten werd aangesproken door iemand uit zijn omgeving omdat die zich zorgen maakte over het cocaïnegebruik van de respondent. Bij 62,5% van de respondenten werd het functioneren (bijvoorbeeld op het werk) minstens één keer beïnvloed door hun cocaïnegebruik (62,5%).

TABEL 7. TEKENEN VAN PROBLEMATISCH COCAÏNEGEBRUIK

Tekenen van problematisch gebruik (n=1857)	n	Valide %
Iemand uit omgeving uit bezorgdheid		
Nooit	782	42,1%
Occasioneel	396	21,3%
Regelmatig	369	19,9%
Omgeving weet niet van het gebruik	310	16,7%
Pogingen om te stoppen of minderen		
Nooit	886	47,7%
Occasioneel	314	16,9%
Regelmatig	305	16,4%
Altijd	352	19,0%
Functioneren beïnvloed door gebruik		
Nooit	697	37,5%
Occasioneel	584	31,4%
Regelmatig	307	16,5%
Altijd	269	14,5%

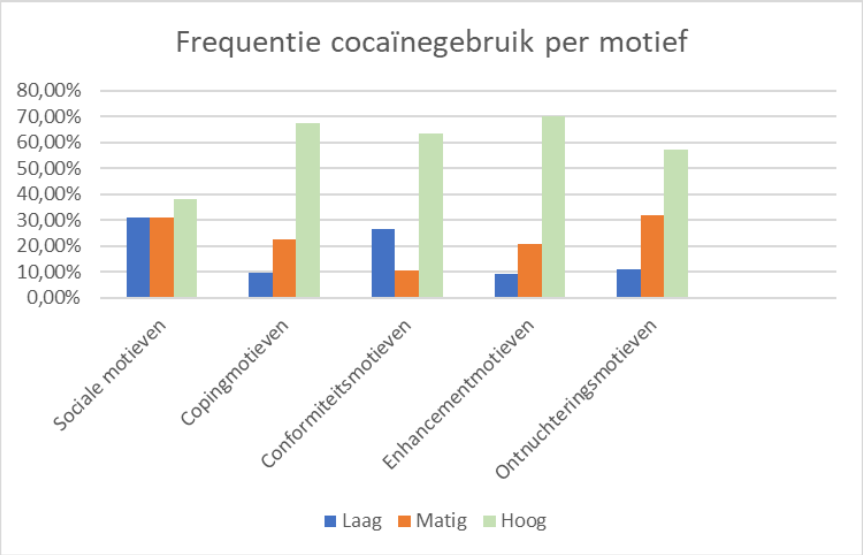
De gebruikspatronen van de respondenten uit de dataset tonen **een vrij intensief cocaïnegebruik** aan, waarbij een relatief grote groep een hoog risicogebruik vertoont. Aangezien deze analyse het cocaïnegebruik van bezoekers van de Druglijn-website, en meer bepaald van de zelftest cocaïnegebruik, analyseert, is dat niet verwonderlijk. De zelftest van de Druglijn helpt personen namelijk inschatten hoe riskant hun cocaïnegebruik is en verwijst door naar zelfhulpprogramma's die steun bieden om cocaïnegebruik te minderen of te stoppen. Personen die de zelftest vervolledigen zijn dus vaak mensen die zich vragen stellen bij of zich zorgen maken over hun eigen gebruik, vermoedelijk ook met een groter risicoprofiel (waaronder meer of frequenter druggebruik).

4.1.1.2. Verschillen en associaties tussen motieven voor cocaïnegebruik en patronen in cocaïnegebruik

We hebben de motieven voor cocaïnegebruik ingedeeld volgens de vier subcategorieën van het 'Motivational Model' van Cooper et al. (2015): in sociale motieven, copingmotieven, conformiteitsmotieven en enhancementmotieven, aangevuld met het motief 'ontnuchteren' (cf. supra, Hoofdstuk 1 'Onderzoeksdesign'). Vervolgens gingen we na of er significante verschillen en associaties waren tussen de vier groepen in frequentie van cocaïnegebruik, hoeveel cocaïne gebruikt wordt, combinatiegebruik met alcohol of illegale drugs, of het ervaren van lichamelijke of psychische gevolgen van cocaïnegebruik. Een overzicht van alle berekende odds ratio's voegen we toe in bijlage.

De analyses tonen een significant verband aan tussen de frequentie van cocaïnegebruik en de verschillende hoofdmotieven ($p<0.001$). Tussen beide variabelen is er een verband, zo leiden we af uit een Cramer's V van 0,20.

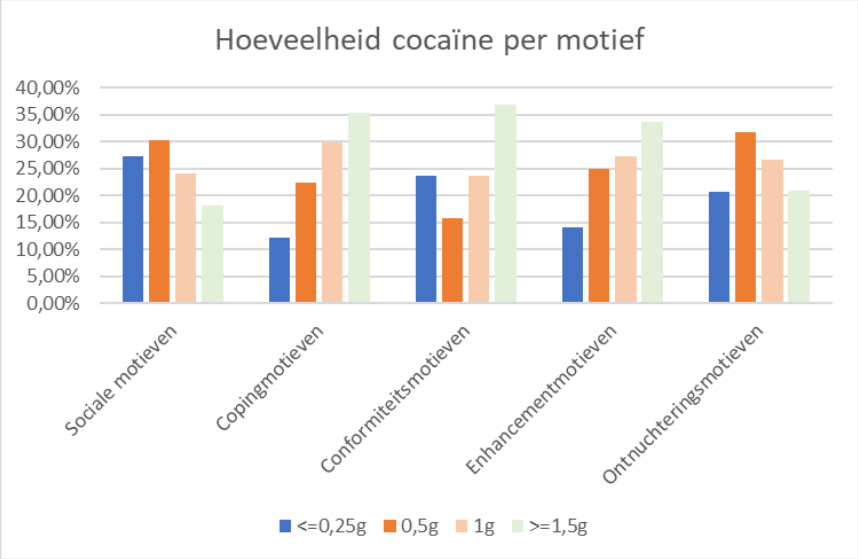
Een paarsgewijze vergelijking van hoofdmotieven, legt dan weer verschillen tussen bepaalde hoofdmotieven vast. Zo geeft Figuur 4 aan dat personen die cocaïne gebruiken omwille van **sociale motieven**, een **bijna vier keer grotere kans op een lage gebruiksfrequentie** hebben dan personen met andere gebruiksmotieven (OR 3,8 p<0,001). Bij mensen die omwille van conformiteits- of enhancementmotieven gebruiken, zien we een ander beeld. Die groepen hebben namelijk (bijna) twee keer zo veel kans om een hoge gebruiksfrequentie op te tekenen vergeleken met andere hoofdmotieven (OR 2,2, p<0,05; en OR: 1,9 p<0,001).



FIGUUR 4. FREQUENTIE VAN COCAÏNEGEBRUIK PER HOOFDMOTIEF

Een gelijkaardig, maar minder uitgesproken verschil doet zich voor bij de analyse van de hoeveelheid cocaïnegebruik per hoofdmotief (zie Figuur 5). De analyses tonen een significant verschil in hoeveelheid cocaïnegebruik aan tussen de verschillende hoofdmotieven (p<0,001). Het verband tussen beide variabelen is eerder zwak (Cramer's V: 0,12).

Een paarsgewijze vergelijking van hoofdmotieven verduidelijkt die verbanden. Figuur 4 geeft aan dat personen die cocaïne gebruiken omwille van **sociale motieven**, een **bijna twee keer lagere kans hebben om 1,5g cocaïne of meer** te gebruiken, vergeleken met personen met andere gebruiksmotieven (OR 0,5; p<0,001). De odds ratio voor het hoofdmotief ontnuchteren toont een gelijkaardige trend. Wie ontnuchteren als hoofdmotief heeft, heeft 1,6 keer minder kans om een hoge gebruikershoeveelheid cocaïne (1,5g cocaïne of meer) te gebruiken (OR 0,6; p<0,001). Wanneer personen omwille van coping- of enhancementmotieven gebruiken, ligt de kans op gebruik van een grotere hoeveelheid cocaïne dan weer hoger (OR 1,7; p<0,001 en OR 1,5; p<0,001 voor 1,5g cocaïne of meer).

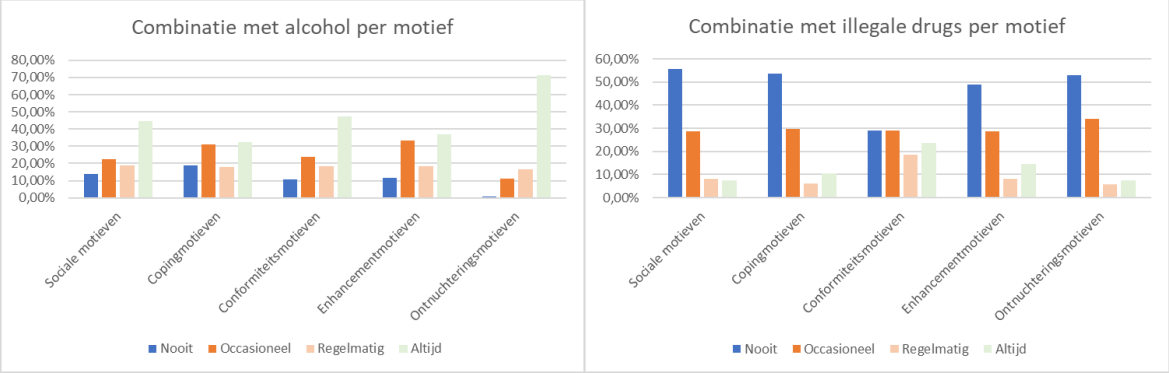


FIGUUR 5. HOEVEELHEID COCAÏNEGEBRUIK PER HOOFDMOTIEF

Wanneer we inzoomen op het combinatiegebruik van cocaïne met alcohol en cocaïne met andere illegale drugs, zien we opnieuw enkele opmerkelijke verschillen (zie Figuur 6). De analyses tonen een significant verband aan tussen de combinatie van cocaïnegebruik met alcohol of illegale drugs en de verschillende hoofdmotieven ($p<0,001$). Er is een verband tussen motieven voor cocaïnegebruik en de combinatie met alcohol (Cramer's V: 0,22) en een zwak verband voor de combinatie met illegale drugs (Cramer's V: 0,09).

Toch zien we een aantal opvallende verschillen wanneer de hoofdmotieven paarsgewijs worden vergeleken. **De kans om cocaïne nooit te combineren met alcohol** ligt bijna **drie keer hoger** bij personen met **copingmotieven**, vergeleken met andere motieven (OR 2,8; $p<0,001$). Ook bij wie omwille van sociale motieven gebruikt is die kans om nooit te combineren met alcohol hoger, zij het minder uitgesproken dan bij copingmotieven (OR 1,7; $p<0,001$). Weinig verrassend is dat wie cocaïne gebruikt om te ontnuchteren een veel hogere kans heeft om dat cocaïnegebruik altijd te combineren met alcohol (OR 4,1; $p<0,001$).

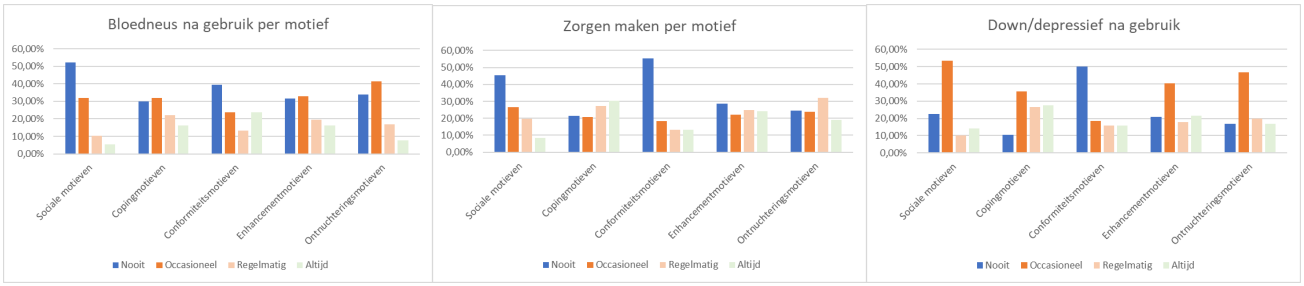
De combinatie van cocaïnegebruik met andere illegale drugs per hoofdmotief, geeft een ander verhaal weer. Er zijn weinig significante verschillen tussen sociale, coping- en ontnuchteringsmotieven. Maar het is bijna **3 keer waarschijnlijker** dat iemand met **conformiteitsmotieven altijd** (OR 2,8; $p<0,01$) **of regelmatig** (OR 3,0; $p<0,01$) cocaïnegebruik **combineert met andere illegale drugs**, vergeleken met andere motieven. Ook bij enhancementmotieven is de kans 1,7 keer groter (OR: 1,7; $p<0,01$) om cocaïnegebruik te combineren met andere illegale drugs.



FIGUUR 6. COMBINATIE ALCOHOL/ILLEGALE DRUGS PER HOOFDMOTIEF

Wanneer we inzoomen op de lichamelijke en psychische gevolgen van cocaïnegebruik volgens hoofdmotief, tekenen zich opnieuw een aantal verschillen af (zie Figuur 7). De analyses tonen een significant verschil tussen de verschillende hoofdmotieven en het hebben van een bloedneus, zich zorgen maken over het eigen cocaïnegebruik en zich down voelen na het gebruik van cocaïne (telkens $p<0,001$). Het verband tussen hoofdmotief en de variabelen die peilen naar de lichamelijke en psychische gevolgen van cocaïnegebruik, is relatief zwak voor elke variabele (Cramer's V bloedneus: 0,13; Cramer's V zorgen maken: 0,15; Cramer's V down/depressief: 0,14).

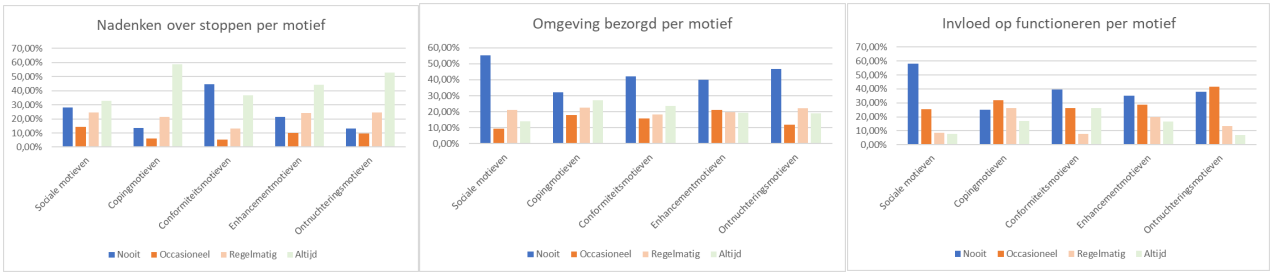
Een paarsgewijze analyse verduidelijkt die verbanden. Opmerkelijk is namelijk dat wie cocaïne gebruikt omwille van **sociale motieven systematisch een lagere kans** heeft om regelmatig tot altijd last te hebben van een **bloedneus** tijdens of na gebruik, om **zich zorgen te maken** om het eigen cocaïnegebruik, en om **zich down of depressief te voelen** na cocaïnegebruik. Die kans ligt tot drie keer lager bij het zich zorgen maken om eigen gebruik (OR: 0,3; $p<0,001$), 2,5 keer lager voor het hebben van een bloedneus (OR: 0,4; $p<0,001$), en 1,6 keer lager dan bij andere gebruiksmotieven (OR: 0,6; $p<0,001$). Met andere woorden, wie gebruikt omwille van sociale motieven heeft een lagere kans op het ondervinden van lichamelijke en psychische gevolgen van cocaïnegebruik. Opvallende verschillen zijn ook duidelijk bij conformiteitsmotieven. Wie cocaïne gebruikt omwille van **conformiteitsmotieven** heeft **2,5 keer meer kans** om **altijd een bloedneus** te hebben (OR: 2,4, $p<0,05$), bijna **5 keer meer kans om zich nooit down** te voelen na gebruik (OR: 4,7; $p<0,001$), en **3 keer meer kans** om zich **nooit zorgen** te maken over het eigen gebruik (OR: 3,0; $p<0,001$). Conformiteitsmotieven lijken dus nauwer verbonden met lichamelijke ongemakken van cocaïnegebruik, maar zelden met psychische gevolgen van cocaïnegebruik. Ten slotte is het duidelijk dat respondenten met copingmotieven zich vaker down of depressief voelen in vergelijking met andere motieven. Personen met copingmotieven hebben bijna twee keer meer kans om zich altijd down te voelen na cocaïnegebruik (OR: 1,8; $p<0,001$).



FIGUUR 7. LICHAMELIJKE EN PSYCHISCHE GEVOLGEN VAN COCAÏNEGEBRUIK VOLGENS HOOFDMOTIEF

Tot slot nemen we ook tekenen van problemen met gebruik van cocaïne onder de loep. Figuur 8 toont aan hoe de variabelen 'bezorgdheid omgeving', 'nadenken over stoppen' en 'functioneren beïnvloed' verdeeld zijn over de vijf hoofdcategorieën. De analyse toont een significant verschil tussen de verschillende hoofdmotieven en elk van deze variabelen (telkens $p<0,001$). Het verband tussen hoofdmotief en de variabelen die peilen naar tekenen van problematisch cocaïnegebruik, is eerder zwak voor elke variabele (Cramer's V bezorgdheid omgeving: 0,11; Cramer's V nadenken over stoppen: 0,13; Cramer's V functioneren beïnvloed: 0,17).

Opvallend is dat wie gebruikt omwille van **copingmotieven vaker nadenkt over stoppen** met cocaïnegebruik dan wie andere motieven heeft. Wie gebruikt omwille van conformiteitsmotieven zal eerder nooit nadenken over stoppen. Ten slotte geeft wie gebruikt omwille van sociale motieven vaker aan geen functioneringsproblemen te hebben, vergeleken met andere gebruiksmotieven.



FIGUUR 8. TEKENEN VAN PROBLEMATISCH COCAÏNEGEBRUIK PER HOOFDMOTIEF

Deze beschrijving blijft beperkt in de zin dat enkel de gerapporteerde motieven onder de loep worden genomen, zonder rekening te houden met andere factoren (bv. historische factoren zoals eerdere ervaringen met cocaïne of karaktereigenschappen van de persoon, of situationele factoren zoals de plaats of het gezelschap waarin de persoon zich bevindt). Eerder onderzoek toont namelijk aan dat al deze factoren een invloed kunnen hebben op patronen van druggebruik (Richardson et al., 2020; Votaw & Witkiewitz, 2021; Studer et al., 2014; Van Damme et al., 2016).

Belangrijkste vaststellingen uit de secundaire data van De Druglijn:

- Motieven van cocaïnegebruik vertonen een duidelijke samenhang met bepaalde patronen in het gebruik van cocaïne.
  - Respondenten uit de dataset van De Druglijn die gebruiken omwille van **sociale motieven** hebben bijvoorbeeld meer kans een lage frequentie van gebruik te hebben. Ook de kans op het gebruik van grote hoeveelheden cocaïne ligt lager. Bijkomend hebben ze minder kans op lichamelijke en psychische gevolgen, net als minder kans op functioneringsproblemen.
  - Mensen die gebruiken omwille van **copingmotieven** hebben meer kans om grote hoeveelheden cocaïne te gebruiken en dit gebruik altijd met alcohol te combineren. Verder is de kans groter dat ze zich vaak down of depressief voelen en dat ze vaak nadenken over het stoppen met hun cocaïnegebruik.
  - Mensen die gebruiken omwille van **enhancementmotieven** hebben meer kans om grote hoeveelheden te gebruiken en een hoge gebruiksfrequentie te hebben. Verder hebben ze meer kans om cocaïnegebruik vaak te combineren met andere illegale drugs.
  - Mensen die gebruiken omwille van **conformiteitsmotieven** hebben meer kans op een hoge gebruiksfrequentie en om cocaïne vaak te combineren met andere illegale drugs. Verder hebben ze minder kans op psychische gevolgen en nadenken over stoppen, maar hebben ze vaker een bloedneus bij gebruik. Deze groep respondenten was echter betrekkelijk kleiner dan de andere groepen en uitspraken moeten dus in dat licht worden geïnterpreteerd.
  - Mensen die omwille van **ontnuchteringsmotieven** cocaïne gebruiken hebben een kleinere kans om grote hoeveelheden cocaïne te gebruiken en een grotere kans om hun gebruik met alcohol te combineren.

4.1.2. Semigestructureerde interviews met mensen die gebruiken en met sleutelfiguren

In dit onderdeel bundelen we de resultaten van de kwalitatieve interviews met mensen die cocaïne gebruiken en van de focusgroepen met sleutelfiguren. Als uitgangspunt nemen we de ervaringen van de respondenten die gebruiken. Deze vullen we aan met (nieuwe) gegevens uit de focusgroepen. We verwijzen naar de geïnterviewde mensen die cocaïne gebruiken als ‘respondenten’ en naar de sleutelfiguren uit de focusgroepen als ‘sleutelfiguren’.

4.1.2.1. Beschrijving van gebruikspatronen

De geïnterviewde respondenten beschrijven heel uiteenlopende patronen van cocaïnegebruik. Ervaringen met de hoeveelheid, frequentie, combinatie met andere middelen, setting, het eerste gebruik en de evolutie in het cocaïnegebruik lopen erg uit elkaar.

Zo varieert de **frequentie** van het cocaïnegebruik van sporadisch gebruik zoals maandelijks of enkele keren per maand, tot wekelijks en dagelijks gebruik. De **hoeveelheid** cocaïne die men gebruikt, varieert dan weer van een paar lijntjes cocaïne per keer tot meer dan twee gram per keer. Eén respondent geeft aan soms tot 8 gram te gebruiken. Sommige respondenten gebruiken frequent kleine hoeveelheden cocaïne (bv. één of meerdere keren per week), andere respondenten gebruiken sporadisch kleine hoeveelheden (bv. één of twee keer per maand). Ook het omgekeerde (grote hoeveelheden frequent of sporadisch) wordt beschreven door respondenten.

Daarnaast beschrijven respondenten hoe ze vaak cocaïne gebruiken in combinatie met andere middelen. Bijna unaniem komt **de combinatie met alcohol** voor. Verschillende respondenten

beschrijven hoe ze hun cocaïnegebruik niet los kunnen zien van hun alcoholgebruik, in de zin dat het gebruik van alcohol zin doet krijgen in het gebruiken van cocaïne. Andere respondenten geven dan weer aan dat de combinatie van alcohol en cocaïne een fijn gevoel geeft. Cocaïne wordt door sommige (maar niet alle) respondenten ook gecombineerd met andere middelen zoals ketamine, ecstasy, MDMA, of 3-MMC. Ze beschrijven hoe ze op die manier verschillende effecten combineren, zelfs al lijken die tegenstrijdig. Zo beschrijft een respondent bijvoorbeeld hoe de combinatie van ketamine en cocaïne tegelijk een scherp en zweverig gevoel geeft, wat de combinatie in diens[7] ervaring heel prettig maakt.

> *"Ik kan me niet meer herinneren wanneer ik heb gebruikt als ik niet heb gedronken. Een beetje raar of zo ook. Om een lijn te nemen als ge niet aan het drinken zijt. Dat vinden de meesten ook. En alcohol zet ook heel snel aan tot coke gebruiken. Dat zeggen al mijn vrienden:' 't was niet de bedoeling, maar een paar pintjes gedronken en een lijn gelegd'."* (RE2)

Verder vermelden verschillende respondenten hoe ze cocaïne **gebruiken in een sociale setting met andere mensen** die ook cocaïne gebruiken, zoals met vrienden tijdens het uitgaan (bv. in clubs, dance-events, technofeestjes) of op een festival, met collega's of werknemers na het werk (bv. bepaalde bars en cafés, of in de zaak waar ze werken), of bij vrienden thuis (bv. thuisfeestje, barbecue, etentje).

> "*Ja, mensen hebben het gewoon thuis liggen, hé. En er is dan een barbecue of ge gaat een spelletje kubb spelen overdag met een barbecue, of er is een etentje 's avonds. Dan hoort dat er wel vaak bij zo.*" (RE3)

Bij **werkgerelateerd gebruik** vermelden respondenten en sleutelfiguren uit deze studie het gebruik van cocaïne op de werkplek, in het bijzonder in de horeca, vastgoedsector, bij fabrieks- en havenarbeiders, in de advocatuur en in sales.

Enkele respondenten beschrijven ten slotte ook hoe ze cocaïne regelmatig alleen thuis gebruiken. Voor sommige respondenten is dat alleengebruik langzaamaan gegroeid, andere respondenten hebben vanaf het begin van hun cocaïnegebruik regelmatig alleen gebruikt. Geïnterviewde respondenten benadrukken dat een toegenomen hoeveelheid en frequentie van hun cocaïnegebruik en een verlies van controle over hun cocaïnegebruik vaker voorvalt wanneer ze alleen gebruiken dan wanneer ze in een sociale context gebruiken.

Wanneer respondenten hun **eerste cocaïnegebruik** beschrijven, komt vaak een sociale setting terug waarin met vrienden wordt gebruikt in het weekend. Dat eerste gebruik was voor sommige respondenten gepland, voor andere niet. Het wordt vaak als experimenteren omschreven. Zo beschrijft een respondent hoe die voor het eerst cocaïne heeft gebruikt op een festival omdat het daar werd aangeboden door vrienden die cocaïne gebruikten. Andere respondenten geven dan weer aan dat ze voor het eerst cocaïne hebben gebruikt tijdens een feestje met vrienden omdat ze nieuwsgierig waren en iets nieuws wilden proberen. Nog andere respondenten beschrijven een setting bij vrienden thuis voor hun eerste cocaïnegebruik. Niet iedereen heeft voor het eerst in die sociale context gebruikt. Zo beschrijft een respondent voor het eerst alleen thuis te hebben gebruikt uit nieuwsgierigheid, omdat dat het via collega's beschikbaar was. Respondenten geven verschillende leeftijden tussen de 17 en 25 jaar aan als startpunt van hun eerste cocaïnegebruik. Niet alle respondenten kunnen zich herinneren wanneer of in welke context ze voor het eerst cocaïne hebben gebruikt. Bovendien vermelden verschillende respondenten ook dat ze al ervaring hadden met andere illegale drugs, zoals MDMA, ecstasy, cannabis, ketamine en/of speed toen ze

[7] In dit onderdeel wordt vaak naar respondenten verwezen met 'die' of 'diens' gebruik. We willen door niet-gegenderd taalgebruik de anonimiteit van de respondenten beschermen.

voor het eerst cocaïne gebruikten. In die context verwijzen enkele respondenten naar het "*overschrijden van een nieuwe grens*". Waar ze initieel voor zichzelf een grens hadden gesteld (bv. dat ze nooit iets zouden snuiven), beschrijven ze toch een stapsgewijs proces naar de eerste keer dat ze een lijn cocaïne snoven. Ze verwijzen naar de eerste keer een joint roken, de eerste keer ecstasy gebruiken en uiteindelijk de eerste keer cocaïne snuiven.

> "*Ja, dat was wiet en hasj. Ja, dat was op 17, 18 jaar. Maar nooit harddrugs. Totdat ge gaat studeren. Ge gaat naar de stad. En ja, en dat begint met XTC bij sommige mensen in de omgeving. Nen bol, hé. En dat dan gelijk overgegaan is naar cocaïne."* (RE3)

Respondenten beschrijven vervolgens diverse **evoluties in hun cocaïnegebruik**. Na een eerste keer te gebruiken, schetsen heel wat respondenten een sporadisch gebruik, in een sociale setting of bij vrienden thuis, tijdens het uitgaan of tijdens festivals. Ze verwijzen naar een onschuldig of occasioneel gebruik gelinkt aan die sociale setting en **benadrukken controle te hebben** over hun gebruik. Die controle houdt voor hen in dat ze het gevoel hebben op elk moment te kunnen stoppen, de frequentie van hun gebruik te matigen of gebruik te beperken tot specifieke gelegenheden. Of ze hebben het gevoel nog goed te functioneren, bv. op het werk, in de studies of binnen het gezin/de familie. Enkele respondenten beschrijven hoe hun cocaïnegebruik hen ook hielp om met werkdruk om te gaan, en beschrijven een evolutie waarbij cocaïnegebruik een manier van ontspannen werd na een zware werkdag.

Sommige respondenten beschrijven hoe hun cocaïnegebruik **op een bepaald moment uit de hand is gelopen**. Zo beschrijven verschillende respondenten ervaringen waarbij hun gebruik (op een bepaald moment) "toch wel zwaar is geworden" (RE2). Dat gaat van éénmalig uit de hand gelopen tot een hele periode de controle over hun cocaïnegebruik verliezen. Zo beschrijft een respondent sterk vermagerd te zijn na een hele zomer hard te werken in de horeca en na elke shift uit te gaan en cocaïne (en andere drugs) te gebruiken. Dat feit omschrijft de respondent als een wake-upcall om diens gebruik opnieuw te beperken en reguleren. Andere respondenten beschrijven hoe hun gebruik evolueerde tot een verslaving, waarbij ze op een bepaald moment heel veel en heel vaak begonnen te gebruiken (bingegebruik), het gevoel kregen niet te kunnen stoppen met gebruiken en logen over hun gebruik. Ze beschrijven hoe hun gebruik ook een impact had op hun werk (bv. heel moe zijn omdat ze een hele nacht hebben gesnoven, te laat komen door hun gebruik, of gebruik tijdens het werk) of binnen hun gezin (bv. liegen tegen partner over gebruik) en ze zo de controle over hun gebruik helemaal verloren. Ze beschrijven een patroon waarbij cocaïnegebruik **een levensbehoefte was geworden** en dagelijkse taken in het teken stonden van hun cocaïnegebruik.

> "*Omdat ik heel hard bezig was met dat gebruik, en daar ook heel hard over loog, en ja, dat gebruik ook verstopte. En mijn dagen daar zowat naar inplande. Dat nam een heel grote plek in in mijn leven. Ik had daar totaal geen controle meer over*." (RE6)

Ten slotte verwijzen verschillende respondenten naar een gevoel dat ze op een bepaald moment wel zouden **stoppen met hun cocaïnegebruik** als het niet meer past binnen hun levensstijl of bij een overgang naar "*een meer volwassen leven*" (RE8). Ze voorzien hoe cocaïnegebruik op een bepaald moment niet meer zal passen met de sociale rol die ze op dat moment bekleden. Verschillende respondenten benadrukken ook te minderen met cocaïnegebruik uit gezondheidsoverwegingen of omdat ze een gezondere levensstijl beogen. Vaak gaat dat ook gepaard met minder alcohol drinken of minder andere drugs gebruiken.

Sommige respondenten hebben **op eigen kracht** hun gebruik of hun verslaving **onder controle gekregen**, andere respondenten zijn in herstel **met behulp van professionele begeleiding**.

De interviews bevestigen een grote diversiteit in gebruikspatronen. Uit de interviews wordt duidelijk dat gebruikspatronen onderling heel erg kunnen verschillen en dat er geen sprake is van één kenmerkend profiel van iemand die cocaïne gebruikt. Toch zijn er **terugkerende patronen**. Zo gebruiken heel wat mensen voor het eerst cocaïne in een sociale setting, wordt hun gebruik omschreven als een gevarieerd gebruik dat soms (occasioneel) ontspoort en beschrijven ze hoe ze hun cocaïnegebruik trachten te reguleren naarmate ze meer ervaring krijgen met de drug. Ten slotte gebruiken heel wat respondenten cocaïne bijna altijd in combinatie met alcohol, en bestendigen ze zo dat cocaïne wordt gebruikt om situaties waar voornamelijk alcohol wordt gedronken, te versterken.

Ook **sleutelfiguren bevestigen** die diversiteit in gebruikspatronen. Zo beschrijven sleutelfiguren in de werkcontext heel verschillende gebruikspatronen en ervaringen met cocaïnegebruik bij werknemers. Tijdens focusgroepen beschrijven sommige sleutelfiguren hoe ze nog nooit in contact kwamen met werkgerelateerd cocaïnegebruik, terwijl andere sleutelfiguren beschrijven hoe verschillende werknemers over de jaren heen positief testten op cocaïnegebruik. Die positieve testen verwijzen zowel naar werknemers die occasioneel in het weekend gebruiken en wiens gebruik toevallig wordt ontdekt tijdens de drugtesten op het werk, als naar mensen die op het werk onder invloed van cocaïne zijn en functioneringsproblemen hebben. Sleutelfiguren geven **verschillende verklaringen** voor het grote **verschil in ervaringen met werkgerelateerd cocaïnegebruik**. Zo geven sommige sleutelfiguren aan dat werknemers **in het kader van hun veiligheidsfunctie getest** worden op druggebruik, en dat er regelmatig positieve testen worden afgelegd. Personeelsleden zonder veiligheidsfunctie zijn niet aan die drugtesten onderhevig, wat sommige sleutelfiguren aanhalen als verklaring voor de lage prevalentie. Een andere verklaring volgens sleutelfiguren is bijvoorbeeld een personeelsbestand met een oudere leeftijd, waar zich geen/minder cocaïnegebruik voordoet. Verschillende sleutelfiguren nuanceren wel dat alcoholgebruik of het gebruik van slaapmiddelen of antidepressiva vaker voorkomt dan cocaïnegebruik.

4.1.2.2. Motieven voor cocaïnegebruik

Respondenten beschrijven heel uiteenlopende motieven waarom ze cocaïne gebruiken. Verschillende respondenten geven bijvoorbeeld aan dat ze cocaïne gebruiken **omdat ze dat leuk vinden**. Ze beschrijven hoe cocaïne hen helpt om weer energie te krijgen en zich zelfzeker te voelen. Het geeft een “lekker” gevoel van euforie of een algemeen goed gevoel – een gevoel dat volgens respondenten erg verschilt van wat ze ervaren met andere illegale drugs of met alcohol. Ze gebruiken cocaïne specifiek voor dit aangename effect.

> “*Er is drank, er is muziek, ’t is gezellig. Dan is dat gewoon leuk om te doen. Ook zo de anticipatie dat je weet dat je over twintig minuutjes ook gewoon anders zijt.*” (RE7)

Daarnaast beschrijven respondenten hoe een feestje of een festival leuker wordt wanneer ze cocaïne gebruiken. Ze benadrukken sociale motieven om cocaïne te gebruiken. Cocaïne helpt volgens respondenten bijvoorbeeld om actievere gesprekken te hebben, om met anderen sociaal te zijn, of om in de flow van het moment te geraken. Zo vertelt een respondent dat cocaïne hielp om vlot te kunnen praten tijdens het uitgaan en dat het voor heel interessante gesprekken zorgt. Andere respondenten benadrukken dat het zorgt dat je helemaal in een gesprek zit, en **dat cocaïne dus goed bij de sfeer van het uitgaan of het samenzijn met vrienden past.** Cocaïne gebruiken wordt als gezellig omschreven en wordt als verbindend ervaren door verschillende respondenten. Cocaïnegebruik geeft hun een gedeeld gevoel van verbondenheid.

Enkele respondenten verwijzen ook naar motieven zoals het **wegnemen van onzekerheid** als redenen om cocaïne te gebruiken. Ook het **stoppen met piekeren** wordt aangehaald. Enkele

respondenten beschrijven hoe hun cocaïnegebruik hen **helpt om te ontspannen** na een drukke werkdag. Zo geeft een respondent aan dat na een lange werkdag, een lijn cocaïne als een beloning kan aanvoelen om de drukte van de werkdag achter zich te laten. Een andere respondent benadrukt cocaïne te gebruiken om te kunnen omgaan met de stress, werkdruk en hoge verwachtingen die bij het uitbaten van een eigen zaak kwamen kijken. Elk van die motieven toont hoe respondenten cocaïne gebruiken om met negatieve gevoelens te kunnen omgaan, en kan dus **als een vorm van coping** worden gezien.

> "*Ik had de druk ook gekregen van mijn eigen zaak, en ik had het daar moeilijk mee. En ik ben heel veel beginnen gebruiken*." (RE10)

Unaniem vermelden respondenten ook hoe **het gebruik van cocaïne de roes van alcohol tegengaat.** Alcohol heeft een dempend effect en cocaïne heeft daarop een 'ontnuchterend' effect. Respondenten beschrijven dat dat weer helpt om langer te kunnen uitgaan en dat ze met cocaïne veel meer alcohol kunnen drinken. Sommige respondenten benadrukken dat cocaïne hen helpt om de vermoeidheid tegen te gaan, zich opnieuw wakker te voelen en soms zelfs om nadien nog met de auto te rijden. Er schuilt een functioneel gebruik in die motieven: respondenten gebruiken cocaïne omwille van de specifieke effecten die het heeft. Eén respondent geeft aan bewust functioneel cocaïne te gebruiken. De respondent beschrijft hoe cocaïne helpt om wakker, gefocust en vol energie te zijn gedurende een korte periode, en gebruikt het ook enkel om die reden. Enkele respondenten verwijzen ook naar de functie die cocaïne kan hebben bij seks, waarbij cocaïne zin doet krijgen in seks en ervoor zorgt dat je langer kan doorgaan. Bij hen is cocaïnegebruik dus ook verbonden aan hun seksleven. Ook het gebruik van cocaïne om beter te kunnen focussen tijdens het studeren werd aangehaald – al worden in die context vooral andere drugs vermeld.

> "*Ik kijk eigenlijk naar druggebruik als tools. Ge kunt die tools uit uw toolbox nemen met een duidelijke reden. Er zijn mensen die coke uit hun toolbox nemen omdat ze weten dat ze zich dan wakker, alert, zelfzeker voelen en dan zonder angst en onzekerheid lekker flowen. (…) Ik kies dus cocaïne wanneer dat de beste keuze is op dat moment. Cocaïne is voor mijn interessant als ik weet dat ik binnen een uur wil slapen, maar ik wil in dat uur ook wel wakker, gefocust en energized zijn. Er is maar één middel dat ik ken dat zo kort is en doet wat het doet, en dat je nog goed kunt slapen*." (RE5)

Ten slotte beschrijven enkele respondenten dat ze cocaïne gebruiken **omdat het beschikbaar is** op het moment. Zo kan een avondje uit beginnen met het voornemen om niet te gebruiken. Maar na het nuttigen van een aantal glazen alcohol en het aanbod van vrienden om mee te doen, leggen ze toch een lijn mee. Het geeft aan hoe cocaïnegebruik een gewoonte is geworden bij een gezellige avond met vrienden en na het nuttigen van alcohol. Respondenten verduidelijken dat op die manier de beschikbaarheid van cocaïne soms ook een reden is om te gebruiken. Een ander voorbeeld wordt gegeven door een respondent die via een collega in de horeca voor het eerst cocaïne kan verkrijgen en het daarom eens probeert. In dezelfde context, halen enkele respondenten ook groepsdruk aan als motief om cocaïne te gebruiken. Wanneer iemand uit de vriendengroep aangeeft nog nooit cocaïne te hebben gebruikt, wordt die aangemoedigd dat mee te proberen. Of wanneer iemand aangeeft niet te willen gebruiken die avond (na het werk met collega's of tijdens een feestje met vrienden), wordt die aangemoedigd om langer te blijven en mee te gebruiken "*want die klanten zijn er nog*" of "*ge gaat toch wel meedoen*".

Verschillende respondenten benadrukken echter dat de keuze om cocaïne te gebruiken **geen actief gedachtenproces** is en vinden het daarom moeilijk om hun motieven te beschrijven. Bovendien zijn de motieven heel divers en evolueren ze op termijn. Ook sleutelfiguren nuanceren het belang van motieven voor cocaïnegebruik. Een persoon kan meerdere redenen hebben

waarom om cocaïne te gebruiken, en die redenen kunnen verschillen naargelang context, setting of gemoedstoestand.

> "*Het gebruikerspubliek is een zeer divers publiek, hè? Er zijn verschillende redenen waarom iemand gebruikt, bijvoorbeeld omdat men daaraan kan komen op dat moment en dergelijke meer. Je kunt daar geen één lijn in trekken*." (FG2_RE5)

4.1.2.3. Risico- en beschermende factoren bij cocaïnegebruik

Respondenten en sleutelfiguren halen ook verschillende risico- en beschermende factoren aan die ze ervaren of vaststellen bij cocaïnegebruik. Die risico- en beschermde factoren kunnen (problematisch) cocaïnegebruik uitlokken of in stand houden, het risico op problemen vergroten of er net tegen beschermen. In dit onderdeel beschrijven we die factoren volgens persoonsgebonden factoren (mens), productgebonden factoren (middel) en omgevingsgebonden factoren (milieu).

A. Persoonsgebonden risico- en beschermende factoren

Ten eerste vermelden respondenten en sleutelfiguren verschillende persoonlijke eigenschappen die beschermend dan wel risicoverhogend werken bij gecontroleerd en problematisch cocaïnegebruik. De risicofactoren die respondenten en sleutelfiguren aanhalen zijn onder meer: een beperkte kennis hebben over de (langetermijn)effecten van cocaïne, distantiëring van het label 'druggebruiker', ontwikkelingsstoornissen (bv. ASS) of een verstandelijke beperking, verminderde impulscontrole en een psychiatrische problematiek.

<u>Risicofactoren</u>

Verschillende respondenten verwijzen naar hun **beperkte kennis over de (langetermijn)effecten** van cocaïnegebruik als risicofactor. Ze beschrijven hoe ze bij hun eerste cocaïnegebruik en soms zelfs in de daaropvolgende jaren heel weinig kennis hadden van de positieve of negatieve gevolgen van cocaïne op lange en/of korte termijn, de gezondheidsrisico's en de verslavingsrisico's. Verschillende respondenten hebben (negatieve) effecten van cocaïne aan den lijve ondervonden, wanneer ze bijvoorbeeld last kregen van hartkloppingen of waanbeelden. Eén respondent geeft aan zelf opzoekingswerk te hebben gedaan, maar stootte dan weer op tegenstrijdige informatie in die zoektocht. Een andere respondent benadrukt dat informatie vaak beperkt blijft tot de boodschap 'alle drugs zijn slecht', wat niet overeenstemt met de eigen ervaring. Het **gebrek aan informatie** beschrijven heel wat respondenten als een risicofactor om gezondheidsproblemen te ontwikkelen gerelateerd aan het cocaïnegebruik, maar ook om problematisch cocaïnegebruik te ontwikkelen (omdat men bijvoorbeeld de verslavingsrisico's niet kent of de ernst van de gevolgen onderschat).

Daarnaast verwijzen respondenten en sleutelfiguren naar een **distantiëring van het label 'druggebruiker'** bij mensen die cocaïne gebruiken als risicofactor voor problematisch cocaïnegebruik. Sommige respondenten benadrukken bijvoorbeeld dat hoewel ze cocaïne gebruiken, ze zichzelf niet als druggebruiker zien en zich dus onderscheiden van mensen die andere drugs gebruiken (bv. speed, heroïne, basecoke). Ze benadrukken dat ze "*perfect functioneren*" in hun gezin, op hun werk of binnen de maatschappij. Dit bevestigen ook sleutelfiguren, die wijzen op hoe mensen die cocaïne gebruiken zich onderscheiden van mensen die andere drugs gebruiken. Dat maakt het moeilijker om een verslavingsproblematiek te onderkennen.

> "*Maar eigenlijk distantiëren veel cocaïnegebruikers zich van het 'junk zijn'. Die vinden zichzelf een andere, nog functionerende groep mensen, want ze betalen nog, ze plegen*

verder geen criminele feiten. Ze werken nog, dus ze verdedigen zich zo van: 'Wij zijn niet zoals de heroïnegebruikers of de andere zware gebruikers.'" (FG3_RE9)

Eén respondent vermeldt vervolgens ook hoe **ontwikkelingsstoornissen (bv. ASS) of verstandelijke beperking** een risicofactor kunnen zijn voor het ontwikkelen van een problematisch cocaïnegebruik. Zo vertelt deze respondent een zoon te hebben met een verstandelijke beperking en ASS, die via collega's op zijn job in contact kwam met cocaïne en er verslaafd aan werd.

Sleutelfiguren uit de hulpverlening merken dan weer op dat ze bij de groep personen die met een cocaïneverslaving kampen, vaker een **verminderde impulscontrole** zien, en duiden die verminderde impulscontrole aan als risicofactor voor het ontwikkelen van problematisch cocaïnegebruik. Ze beschrijven mensen die minder geremd zijn en zichzelf vaker volledig laten gaan, en dus een verminderd vermogen hebben om gewoontes te doorbreken, of het eigen gebruik op te volgen. Dat geeft dan weer gevolgen voor de behandeling voor mensen met een cocaïneverslaving, die bijvoorbeeld in een groepssetting minder goed functioneren.

"*Dan zien we wel dat die effectief wel veel gemakkelijker impulscontroleproblematiek hebben. Hè dat we dat veel vaker zien, dus dat is heel vaak binnen een groepsstructuur zeer moeilijk hé. Mensen die, ja, vaak heel explosief zijn*." (FG2_RE4)

Ook een **psychiatrische problematiek** wordt door sleutelfiguren aangehaald als een risicofactor voor het ontwikkelen van problematisch cocaïnegebruik. Ze beschrijven een bijkomende kwetsbaarheid bij personen met een psychiatrische problematiek, zowel voor een verslavingsproblematiek met cocaïne als met andere drugs. Ook een van de respondenten deelt een ervaring waarbij een depressie diens cocaïnegebruik heeft doen escaleren.

Beschermende factoren

Heel wat respondenten beschrijven ook beschermende persoonsfactoren, zoals eerdere **negatieve ervaringen en het nastreven van een gezonde levensstijl.** Sommige respondenten vertellen bijvoorbeeld hoe de negatieve effecten van (te veel of te frequent) cocaïnegebruik maken dat ze hun cocaïnegebruik beter reguleren, minderen in frequentie en/of hoeveelheid of "gezonder" omgaan met hun gebruik. Zo verwijst een respondent naar hoe zware hartkloppingen door cocaïnegebruik een reden waren om te minderen in gebruik. Andere respondenten duiden op gebeurtenissen gerelateerd aan hun cocaïnegebruik. Eén respondent verwijst bijvoorbeeld naar hoe een auto-ongeluk dat plaatsvond onder invloed van cocaïne, een reden was om diens cocaïnegebruik aan te passen. Het toont aan hoe respondenten gaandeweg het vermogen ontwikkelen om een onderscheid te maken tussen gecontroleerd en ongecontroleerd gebruik, wat hen helpt om hun gebruik te doseren en grenzen te stellen aan hun gebruik.

Niet alle respondenten vermelden negatieve ervaringen als een reden om hun cocaïnegebruik te reguleren of te minderen. Eén respondent in herstel beschrijft bijvoorbeeld hoe die ondanks verschillende negatieve ervaringen, frequent en veel bleef gebruiken.

Een andere beschermende factor in het ontwikkelen van problematisch druggebruik die verschillende respondenten vermelden is **het vermogen om eigen gedrag te reguleren**, vaak in het kader van een gezondere levensstijl. Dat doen ze door hun gebruik te beperken tot bepaalde gelegenheden (bv. bepaalde feestjes), minder frequent en/of minder veel te gebruiken, of niet meer te gebruiken op gelegenheden waar normaal altijd werd gebruikt. Voor sommige respondenten gaat dit ook gepaard met minder alcohol consumeren of gezonder eten. Voor sommige respondenten is die gezonde levensstijl gelinkt aan die eerdere negatieve ervaring(en). Eén of meerdere negatieve ervaringen hebben er dan voor gezorgd dat deze respondenten hun gebruik

aanpassen ("*zo kon het niet meer verder*" of "*het is goed geweest*"). Respondenten beschrijven eenmalige negatieve ervaringen, of een periode waar hun cocaïnegebruik uit de hand is gelopen. Enkele respondenten verwijzen in die context ook naar harm reduction strategieën, zoals snuifbuisjes of neusspoeling, om zo de schade aan hun gezondheid te beperken. Of ze leggen bewust minder dikke lijnen cocaïne om te snuiven om de negatieve effecten te verminderen.

> "*Als je je bijvoorbeeld de hele week verlekkert op je gebruik. En dan gaat ge uzelf een hele dikke lijn gaan leggen. Voor uw effecten gaat dat eigenlijk een tegendraads effect geven. Want ge gaat u eigen alleen maar ongemakkelijker, gespannener, gejaagder, geagiteerder en misschien wel wat paranoïde gaan voelen***."** (RE6)

B. Omgevingsgebonden risico- en beschermende factoren

Ten tweede vermelden respondenten en sleutelfiguren verschillende omgevingsgebonden factoren binnen de setting, het sociaal netwerk en de ruimere maatschappelijke omgeving van personen die cocaïne gebruiken. Als risicofactoren wordt onder meer verwezen naar negatieve coping bij ingrijpende gebeurtenissen, de grote beschikbaarheid van cocaïne, de normalisering van cocaïnegebruik, en werk- of prestatiedruk.

Risicofactoren

Verschillende respondenten verwijzen naar **negatieve copingstrategieën** bij een ingrijpende gebeurtenis als een risicofactor voor het ontwikkelen van problematisch cocaïnegebruik. Ze beschrijven hoe hun cocaïnegebruik een manier was om om te gaan met familiale, gezins- of relatieproblemen (bv. relatiebreuk, problematische thuissituatie, kinderen niet meer mogen zien), met het verliezen van hun job of met financiële problemen. Een (toegenomen) cocaïnegebruik biedt in zekere mate een vlucht uit deze stressvolle en emotionele situaties en verdooft deels de gevoelens die daarbij komen kijken. Respondenten beschrijven ook hoe het moeilijker is om controle te houden over hun cocaïnegebruik wanneer ze om deze redenen gebruiken.

Daarnaast vermelden respondenten bijna unaniem hoe de grote **beschikbaarheid van cocaïne** een omgevingsgebonden risicofactor vormt, voor zowel recreatief als chronisch cocaïnegebruik. Respondenten rapporteren dat cocaïne overal en op elk moment beschikbaar is. Verschillende respondenten geven aan op elk moment hun dealer te kunnen bellen of – zeker tijdens het uitgaan – makkelijk aan cocaïne te geraken zonder veel moeite te moeten doen. Ook verwijzen ze naar de actieve reclame die dealers via berichten of via sociale media verspreiden. Dat cocaïne de klok rond beschikbaar is, benadrukken ze als een risicofactor om meer cocaïne te gebruiken, zowel bij iemand die recreatief cocaïne gebruikt als bij iemand die problematisch gebruikt.

Een derde omgevingsfactor is de **normalisering** van cocaïnegebruik. Verschillende respondenten beschrijven de normalisering van cocaïnegebruik als risicofactor. Respondenten percipiëren cocaïnegebruik als 'normaal' en ze beschrijven een perceptie waarbij iedereen cocaïne gebruikt. Sommige respondenten geven aan hoe **in hun context niet-gebruik de uitzondering is** geworden. Cocaïnegebruik is in sommige settings namelijk heel zichtbaar, verduidelijken respondenten. Zo beschrijven verschillende respondenten hoe in bepaalde bars of cafés, tijdens bepaalde (privé)feestjes, in bepaalde uitgaanssettings (bv. technoclubs, dance-events, bepaalde festivals) openlijk cocaïne wordt gesnoven, en dat het niet meer verdoken wordt gebruikt. Respondenten hebben ook de indruk dat dat openlijk gebruik van cocaïne in de setting uitgaan veel vaker voorkomt dan vroeger. Wanneer cocaïne niet zo openlijk of zichtbaar wordt gebruikt, herkennen respondenten het toch in het gedrag van mensen uit hun omgeving. Respondenten verduidelijken dat, sinds ze de effecten van cocaïne kennen door hun eigen gebruik, ze overal om

zich heen cocaïnegebruik herkennen. Een respondent geeft het voorbeeld van situaties waarbij twee mensen tegelijkertijd het toilet binnengaan en een korte tijd later opnieuw naar de toiletten gaan, of wanneer iemand plots heel energiek is en heel zelfzeker deelneemt aan een gesprek.

> "*Het is precies meer een uitzondering als je het niet doet, dan dat je het wel doet. (…) Ge kunt u echt in elke reactie herkennen omdat je het zelf hebt meegemaakt. En ook gewoon in mijn omgeving. Mijn vrienden, maar ook kennissen of kennissen van kennissen. Die het allemaal gedaan hebben. 't Is precies normaal.*" (RE7).

> "*Ik zeg altijd, het is zoals vissen. Ik ken geen mensen die gaan vissen, totdat je naar de visvijver gaat en je ziet wie er allemaal aan de visvijver zit. Dus ge kent niemand, maar een keer dat je gebruikt, ga je zien dat er plots heel veel mensen zijn die dat doen.*" (RE11)

> "*Je hebt enerzijds heel duidelijk normalisering van druggebruik en cocaïnegebruik. Zeker dat lijntje leggen op de toog. Daar horen wij heel veel van onze goede contacten in nightlife en er wordt stevig cocaïne gebruikt in het nachtleven.*" (FG1_RE9)

Ze beschrijven hoe cocaïnegebruik heel normaal is geworden, als iets waar weinig mensen nog van opkijken. Leeftijdsgenoten en peers hebben een positieve attitude ten aanzien van cocaïnegebruik of ze nu zelf gebruiken of niet. Ze beschrijven hoe een **positief imago** leeft rond de drug, als een soort **succesdrug of een luxeproduct** dat zich onderscheidt van alle andere drugs. Dat imago wordt volgens respondenten ook in stand gehouden door de vele films en series waar cocaïnegebruik wordt verheerlijkt. Ook het glamoureuze imago en de alomtegenwoordigheid van cocaïne op sociale media, zoals Instagram en TikTok, draagt volgens respondenten bij aan de normalisering van de drug. Dat **positieve imago**, de **alomtegenwoordigheid** van de drug en de **schijn dat "iedereen gebruikt"** zijn een risicofactor voor een eerste gebruik, maar zorgen er volgens de respondenten ook voor dat problematisch gebruik minder snel wordt opgemerkt.

Toch wijzen respondenten ook op de positieve gevolgen van die normalisering. Zo benadrukken ze dat de normalisering ook het taboe op cocaïnegebruik kleiner heeft gemaakt en dat het in die context makkelijker is om over het eigen cocaïnegebruik te praten.

> "*En in heel veel Vlaamse series wordt dat heel duidelijk getoond. Weet je wat ik ook wel vind. Dat wordt eigenlijk heel veel getoond op series op tv alsof dat erbij past. Ik vind dat eigenlijk niet zo goed. Maar ik vind ook niet dat dat de hele tijd moet getoond worden. Want dat zorgt, vind ik, voor normalisering.*" (RE3)

Omgaan met grote **prestatie- of werkdruk**, bv. in de horeca of bij vastgoedmakelaars, wordt een aantal keer aangehaald als vierde risicofactor, zowel bij het beginnen met cocaïnegebruik als bij het ontwikkelen van problematisch cocaïnegebruik. Zo schetst een respondent dat cocaïne helpt om te ontspannen na een drukke werkdag. Wanneer die respondent een hele dag heeft moeten presteren, vormt cocaïne een beloning na een zware werkdag. Een andere respondent geeft aan hoe cocaïne ook functioneel werd in de werkcontext, bijvoorbeeld om vermoeidheid tegen te gaan (door bv. na het werk nog na te blijven met collega's of door een hele nacht door te gebruiken). Ook sleutelfiguren in de werkcontext bevestigen dat werkdruk een risicofactor is. Sleutelfiguren beschrijven hoe een hoge werkdruk of een prestatiegerichte werkcultuur een risicofactor kan zijn voor het gebruik van cocaïne (net zoals voor het gebruik van andere middelen). Zo beschrijft een sleutelfiguur dat de werkplaats cocaïnegebruik tolereert, omdat werknemers onder invloed net goed presteren.

> "*Als dan de hulpverlener vraagt van 'en uw werk, maken die daar eigenlijk problemen van?', antwoordde die 'Nee, nee, want ik ben de beste en dat is door mijn gebruik'.*" (FG3_RE9)

Beschermende factoren

Ten slotte vermelden verschillende respondenten ook één beschermende omgevingsfactor om hun cocaïnegebruik te beperken: de **prijs van cocaïne**. Cocaïne is een relatief dure drug in vergelijking met andere drugs zoals MDMA, cannabis, speed, enz. Respondenten vermelden prijzen van 50 EUR voor 0,7g-1g, en geven aan dat de prijs hen ervan weerhoudt vaak cocaïne te gebruiken. Voor sommige respondenten zorgt de prijs ervoor dat ze hun cocaïnegebruik proberen te beperken tot bepaalde gelegenheden. Andere respondenten geven aan dat de prijs meespeelt om hun cocaïnegebruik af te bouwen of te stoppen.

> "*'t Is gewoon niet te betalen. Ik bedoel, 50 EUR voor een avond, allé, voor een gram, dat is veel geld, hé. Doe dat drie keer in een maand, plus alle pintjes dat je daarbij drinkt in het uitgaan… Dat is veel geld, hé. Dus ik denk dat geld de grootste reden is om minder te gebruiken."* (RE8)

C. *Productgebonden risico- en beschermende factoren*

Ten derde vermelden respondenten ook enkele riscofactoren gelinkt aan de specifieke effecten van cocaïne en de manier waarop die gebruikt wordt. Ze verwijzen naar de craving naar cocaïne, het ritueel van het snuiven, en de combinatie van cocaïne met alcohol.

Risicofactoren

Craving komt unaniem aan bod als één van de risicofactoren verbonden met cocaïnegebruik die stoppen, minderen of niet gebruiken moeilijker maakt. Respondenten beschrijven hoe craving het verlangen naar de volgende lijn aanwakkert. Cocaïne heeft een vrij korte werking. Wanneer respondenten het effect voelen uitwerken, beschrijven ze een moeilijk te weerstane hunkering om dat effect opnieuw te voelen. Die craving is dus **het sterkst wanneer de cocaïne begint uit te werken** en **beweegt mensen ertoe om meer te gebruiken** of – wanneer hun voorraad op is – meer cocaïne te kopen. Sommige respondenten beschrijven hoe de craving naar cocaïne er soms voor zorgt dat ze nog in hun auto stappen om naar hun dealer te rijden (ongeacht of die zich dichtbij of veraf bevindt).

> *"Dat is heel kort, heel snel en ge merkt daar megazot die verslavende factor in. Dat is echt, ge voelt dat uitwerken, en ge wilt dat nog een keer. (…) Maar op het moment dat ge zat zijt, denk je alleen maar aan dat gevoel dat het je geeft. Maar dat gevoel is weg hé na 20 – 30 minuten. En op het moment dat je het voelt minderen, zijt ge al aan het denken aan de volgende lijn."* (RE3)

Het **ritueel van de handeling van cocaïne snuiven**, wordt door de respondenten ook als risicofactor omschreven. Verschillende respondenten beschrijven hoe de handeling van cocaïne snuiven een aanlokkelijke handeling is en deel uitmaakt van de anticipatie op het effectief snuiven van cocaïne. Zo verwijst een respondent naar het feit dat cocaïne gebruiken een sociale gebeurtenis is. Anders dan bij het gebruik van MDMA of ecstasy waarbij ieder individueel een pil inneemt, worden bij cocaïnegebruik lijnen gelegd die je samen met anderen snuift. Andere respondenten beschrijven het samen naar de toiletten gaan, de juiste plek uitzoeken waar ze de lijnen kunnen leggen, het briefje oprollen of de snuifbuisjes uithalen en het effectieve snuiven als deel van het ritueel dat onlosmakelijk verbonden is met het gebruik. Het schetst hoe de voorbereidende handelingen zodanig gelinkt zijn met het gebruik, dat ze gelijkaardige positieve gevoelens naar boven brengen als het gebruik zelf.

"*Je gaat nooit alleen in de wc kruipen om een lijn te leggen, dat is altijd met een maat mee. Je gsm pakken, je lijn leggen met twee samen, dat snuiven. Da's leuk. Da's gelijk dat een roker zegt dat hij het roken op zich mist, niet de nicotine*." (RE8)

Ten slotte vermelden verschillende respondenten hoe **alcoholgebruik** een risicofactor is die grensverlagend werkt om cocaïne te gebruiken. Verschillende respondenten rapporteren hoe na een aantal glazen alcohol de drempel om cocaïne te gebruiken verlaagt. Alcohol en cocaïne worden vaak samen gebruikt en respondenten benadrukken dat voornemens om geen cocaïne te gebruiken vervagen na een aantal glazen alcohol (cf. supra).

Beschermende factoren

Er kwamen geen beschermende factoren aan bod tijdens de interviews of focusgroepen. We kunnen in deze context wel verwijzen naar de eerdere beschermende factor onder 'persoonsgebonden factoren', waar bleek dat eerdere negatieve ervaringen ertoe leiden dat mensen minder gingen gebruiken of hun gebruik beter trachtten te reguleren (cf. supra).

Belangrijkste vaststellingen uit semigestructureerde interviews met mensen die gebruiken en met sleutelfiguren:

- De resultaten illustreren hoe de **ervaringen met cocaïnegebruik uit elkaar lopen**, en er niet zoiets is als 'dé cocaïnegebruiker'.
- Toch zijn er **terugkerende patronen**. Zo gebruiken heel wat mensen voor het eerst cocaïne in een sociale setting, wordt hun gebruik omschreven als een **gevarieerd gebruik** dat soms (occasioneel) ontspoort en beschrijven ze hoe ze hun cocaïnegebruik trachten te **reguleren** naarmate ze meer ervaring krijgen met de drug. Ten slotte gebruiken heel wat respondenten cocaïne bijna altijd in **combinatie met alcohol**, en bestendigen ze zo dat cocaïne wordt gebruikt om situaties waarin hoofdzakelijk alcohol gebruikt wordt, te versterken.
- Mensen die cocaïne gebruiken ervaren verschillende **risico- en beschermende factoren** die (problematisch) cocaïnegebruik kunnen uitlokken of in stand houden, het risico op problemen vergroten of hen daar net tegen beschermen.
    - De belangrijkste persoonsgebonden risicofactoren zijn:
        - Een **beperkte kennis** omtrent de (langetermijn)effecten van cocaïne. Dit leidt tot grotere gezondheidsrisico's en verslavingsrisico's.
        - **Distantiëring van het label 'druggebruiker'** waarbij cocaïnegebruik wordt gezien als een drug waarbij men nog perfect kan functioneren. Dit maakt het moeilijker om een verslavingsproblematiek te onderkennen.
        - **Bepaalde (verstandelijke of psychische) kwetsbaarheden** zoals impulscontroleproblematiek, psychiatrische problematiek, ontwikkelingsstoornissen of verstandelijke beperking vormen een risicofactor voor (problematisch) gebruik.
    - Omgevingsgebonden factoren zijn:
        - **Negatieve coping bij ingrijpende gebeurtenissen.** Dit is een risicofactor voor het ontwikkelen van problematisch cocaïnegebruik
        - **Grote beschikbaarheid** van cocaïne. Dit is een risicofactor om meer cocaïne te gebruiken, zowel bij recreatief als bij problematisch cocaïnegebruik.
        - **Normalisering** van cocaïnegebruik. Dit is niet alleen een risicofactor voor een eerste gebruik, maar zorgt er ook voor dat problematisch gebruik minder snel wordt opgemerkt.
        - **Werk- of prestatiedruk** waarbij cocaïne wordt gebruikt om te ontspannen of als beloning na een drukke werkdag.
    - Productgebonden risicofactoren zijn:
        - **Craving** bij cocaïnegebruik die het sterkst is wanneer de cocaïne begint uit te werken en die mensen ertoe beweegt meer te gebruiken.
        - Het **ritueel van het snuiven.** Dit is zo sterk gelinkt met het gebruik, dat het gelijkaardige positieve gevoelens naar boven brengt.
        - De **combinatie van cocaïne met alcohol.** Dit is een risicofactor in de zin dat alcohol de drempel om cocaïne te gebruiken verlaagt.
    - Beschermende risicofactoren zijn eerdere negatieve ervaringen met gebruik, het vermogen om eigen gedrag te reguleren (bijvoorbeeld in kader van een gezonde levensstijl) en de hoge prijs van cocaïne.

4.2. Aanknopingspunten voor preventie

In dit onderdeel bundelen we de resultaten van de focusgroepen met sleutelfiguren, aangevuld met de ervaringen van mensen die cocaïne gebruiken. Als uitgangspunt nemen we de gegevens uit de focusgroepen. We verwijzen naar de geïnterviewde mensen die cocaïne gebruiken als 'respondenten' en naar de sleutelfiguren uit de focusgroepen als 'sleutelfiguren'.

4.2.1. Nood aan selectieve en geïndiceerde preventie in plaats van universele preventie

Sleutelfiguren benadrukken ook dat universele preventie geen plaats heeft als het gaat om de preventie van cocaïnegebruik. Het grootste deel van de Vlaamse bevolking gebruikt namelijk geen cocaïne. Een interventie uitwerken voor het grote publiek (zoals bv. een informatiecampagne) doet uitschijnen dat dat wel het geval is. Verschillende sleutelfiguren verduidelijken hoe een algemene campagne over een specifiek middel naar de brede bevolking daarom indruist tegen de uitgangsprincipes van drugpreventie. Productpreventie voor cocaïnegebruik is bovendien niet anders dan voor andere middelen. De mechanismen zijn hetzelfde. Daarnaast is er vaak sprake van combigebruik, waarbij cocaïne wordt gecombineerd met andere middelen (denk maar aan de combinatie met alcohol of amfetamines).

> "*Moet daar nu iets apart rond gebeuren rond preventie? En dan hadden wij zo precies eerder - met de personen waar we mee aan het afstemmen waren - op het eerst zicht lijkt ons dat niet zoveel anders te zijn dan wat we doen rond andere middelen, hè?"* (FG3_RE3)

> "*Universele preventie is juist op die onderliggende vaardigheden gaan werken die alles ten goede komen. Die komen in zoveel andere thema's - zelf buiten onze thema van alcohol en andere drugs of verslaving – aan bod. Dat kan niet productspecifiek zijn in mijn ogen. Daarom denk ik dat je wel, als je productspecifiek werkt, dat je daarom wel die risicogroepen of die gebruikersgroepen moet viseren*." (FG1_RE6)

Sleutelfiguren duiden tegelijkertijd dat er al een uitgebreid aanbod aan niet-middelenspecifieke universele preventie is. Zo verwijzen ze bijvoorbeeld naar bestaande vaardigheidstrainingen en lifeskills-programma's, of naar een preventief alcohol- en drugbeleid op het werk dat werkgerelateerd druggebruik aanpakt. Preventie van cocaïnegebruik heeft volgens sleutelfiguren dus vooral zijn waarde met selectieve en geïndiceerde preventie-interventies: preventie-interventies voor **personen met een hoog risico** voor cocaïnegebruik en voor **mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties.** Sleutelfiguren leggen er de nadruk op dat een preventieaanbod op maat moet zijn van de doelgroep en de specifieke setting waarbinnen cocaïne gebruikt wordt.

4.2.2. Moeilijk te bereiken doelgroep

Wanneer respondenten en sleutelfiguren worden bevraagd over aanknopingspunten voor preventie, vermelden ze bijna unaniem dat het moeilijk is om de doelgroep van personen die cocaïne gebruiken te bereiken.

> "*Ik denk dat je daar zeker aan preventie moet doen, maar de hoofdvraag is vooral van: die moet je eerst kunnen bereiken op een goede manier. En dat is iets waar we dikwijls mee worstelen*. (…) *Hoe gaan we die bereiken en hoe kunnen we de juiste informatie geven?*" (FG1_RE9)

> "*En ik blijf hangen op die groep werkers, is er iets mogelijk via de werkgever, via een alcohol- en drugsbeleid. Ik vraag me af, de zelfstandigen, hoe bereiken we die? Advocaten en zo? Hoe bereik je die?"* (FG1_RE7)

Dat de doelgroep moeilijk te bereiken is, linken respondenten aan verschillende factoren. Zo geven sleutelfiguren aan dat er **geen duidelijke beeldvorming** is van de doelgroep van personen die cocaïne gebruiken en dat het dus moeilijk is om te bepalen wie de doelgroep juist is. Sleutelfiguren geven aan een beperkt of disparaat zicht te hebben op het profiel van personen die cocaïne

gebruiken, de settings waarin er wordt gebruikt, of trends in cocaïnegebruik. Beschikbare informatie bestaat uit signalen die ze via preventie- of hulpverleningspartners doorkregen of uit beperkte cijfergegevens. Die informatie kan onderling sterk verschillen en soms zelfs tegenstrijdig zijn. Waar sommige sleutelfiguren bijvoorbeeld verwezen naar een profiel van hoogopgeleide mensen met een stabiele job, ontkrachten andere sleutelfiguren dat beeld dan weer. Daarnaast wordt er vaak verwezen naar werkgerelateerd cocaïnegebruik, maar geven sleutelfiguren zelf aan te twijfelen over de omvang van die groep.

> "*Ik stel mij ook persoonlijk de vraag of dat dat echt een heel grote groep is, die werkgerelateerde cocaïnegebruikers. Er zijn ook andere middelen die u wakker houden, die vroeger al werden gebruik, en er komen er altijd nieuwe bij. (…) Dat we heel weinig cijfers daar rond hebben, hè? (…) Maar er zijn nog veel tegenstrijdigheden, hè? Er zijn heel veel rumours. Maar het zou goed zijn om er meer een beeld op te krijgen, van over welke problematiek, over welke grootheid spreken we nu in feite*." (FG1_RE9)

Een andere reden die sleutelfiguren aanhalen, is het feit dat de doelgroep van personen die cocaïne gebruiken een heel **diverse doelgroep** is. Sleutelfiguren beschrijven heel uiteenlopende profielen van personen die cocaïne gebruiken en ook in de interviews met mensen die cocaïne gebruiken worden die diverse profielen bestendigd (cf. supra). Die diversiteit zorgt voor uitdagingen voor preventie. Er is immers **geen *one-size-fits-all-aanpak*** om alle personen die cocaïne gebruiken te bereiken. De diversiteit in de doelgroep van mensen die cocaïne gebruiken, moet zich daarom ook vertalen naar het preventieaanbod rond cocaïnegebruik: een gedifferentieerd aanbod op maat van de specifieke subdoelgroep.

> "*Het is een heel diverse groep, denk ik en we moeten die verschillen blijven zien. En die preventieve acties zullen verschillend zijn naar gelang welke doelgroep dat je beoogt, denk ik*." (FG2_RE3)

Toch benadrukken sleutelfiguren dat zelfs met een divers preventieaanbod de uitdaging erin blijft bestaan een volwassen populatie te bereiken op een effectieve manier. Zo verduidelijken sleutelfiguren hoe intermediairs vaak overbevraagd zijn bij het implementeren van preventiemethodieken. Tijdens de focusgroepen werd daarom vaak gebrainstormd over alternatieve manieren om de doelgroep te bereiken. Er worden verschillende aanknopingspunten opgesomd. Zo verwijzen sleutelfiguren bijvoorbeeld naar een focus op **cocaïnegebruik in het verkeer** als aanknopingspunt om de doelgroep beter te bereiken. Sleutelfiguren geven immers aan dat een deel van de doelgroep een bedrijfswagen of een salariswagen heeft, en zien de car policy als aanknopingspunt om hen met cocaïnepreventiemethodieken te bereiken. Ze benadrukken wel dat dit breder dient te gaan dan enkel cocaïnegebruik en dus ook het gebruik van andere middelen moet omvatten.

> "*Als ik denk aan de gebruikers dat ik hier in de omgeving zie, dan hebben die ook allemaal een bedrijfswagen. Ik weet niet, kunnen die via car policy of zo misschien ook iets preventief doen?"* (FG3_RE5)

Daarnaast wordt het werken met **peers** benadrukt om de doelgroep beter te bereiken. Verschillende sleutelfiguren onderstrepen hoe het inzetten van peers niet enkel zorgt voor een laagdrempeliger aanbod dat aansluit bij de leefwereld van mensen die cocaïne gebruiken, maar ook sneller toegang geeft tot de doelgroep.

> "*En zal hier peerwerking niet een plek kunnen krijgen? Dat ge een aantal mensen uit de doelgroep zelf mee inzet vanuit hun ervaringen om mee aan preventie te doen naar degene*

die risico lopen. De groep zelf een beetje meenemen? Want het zijn ook mensen die het zelf ook al hebben meegemaakt." (FG3_RE9)

Ook respondenten die zelf cocaïne gebruiken benadrukken de waarde van peerwerking. Ze benadrukken bijvoorbeeld dat ze **sneller iets voor waar aannemen wanneer het van een peer komt** die zelf ervaring heeft met cocaïnegebruik. Peer-to-peereducatie heeft daarom een meerwaarde volgens respondenten. Peerwerking verlaagt daarnaast voor sommige respondenten ook de drempel om een hulpvraag te formuleren. Peers met ervaringskennis begrijpen immers beter de situatie waarin de respondent zich bevindt, en respondenten rapporteren meer begrip voor hun situatie.

4.2.3. Aanknopingspunten voor selectieve en geïndiceerde preventie-interventies

Vertrekkend vanuit selectieve en geïndiceerde preventie van cocaïnegebruik halen sleutelfiguren en respondenten verschillende aanknopingspunten voor preventie aan. We lijsten hier in eerste instantie de preventieve interventies op die zowel door sleutelfiguren als door personen die gebruiken worden aangehaald. Daarna lijsten we de overige interventies op.

Ten eerste benadrukken zowel respondenten als sleutelfiguren het belang van **informeren en sensibiliseren**. Respondenten hameren op specifieke productinformatie en het informeren over de positieve en negatieve effecten van cocaïne. Heel wat respondenten hebben namelijk (althans in het begin van hun gebruik) een beperkte kennis over cocaïnegebruik (cf. supra 'Motieven en determinanten van cocaïnegebruik'). Bij het informeren en sensibiliseren moet een open en eerlijke communicatie centraal staan, waarbij de aandacht zowel ligt op het uitstellen van en stoppen met gebruik als op het gezond omgaan met gebruik. Respondenten benadrukken ook hoe het informeren en sensibiliseren herkenbaar dient te zijn: psycho-educatie en sensibilisering dienen aan te sluiten bij de leefwereld van wie cocaïne gebruikt. Sleutelfiguren uit de werkcontext benadrukken bijkomend hoe sensibilisering op het werk ook in zekere zin een omgevingsinterventie kan zijn. Zo kunnen werknemers met kinderen de handvaten die ze aangereikt krijgen ook gebruiken om met eventueel gebruik van hun kinderen om te gaan.

"*Belangrijkste vind ik dat er goede informatie komt, al op jonge leeftijd eigenlijk. Ik denk dat bij de meesten van ons, of toch wat ik hoor, is dat alles van drugs is slecht. Alles van drugs is hetzelfde dus dat moet je niet doen. Gewoon al eens beschrijven wat coke is, welke dingen dat doet bij u ook. Ja, ook wel duidelijk de negatieve effecten op korte en lange termijn open en bloot leggen. Niemand zegt die dingen nu. (…) Ik snap wel dat ze denken van preventie: 'ah, we gaan daar misschien helemaal niet over beginnen, want dat gaat de drempel lager maken'. Maar het kan ook een ander effect hebben. Van dat mensen ook weten welke schadelijke producten ze in hun lichaam pakken.*" (RE2)

Sleutelfiguren leggen bijkomend de nadruk op **niet-stigmatiserende en niet-discriminerende** sensibiliseringscampagnes. Zo wordt bijvoorbeeld kritiek geuit op de stigmatiserende (poster)campagnes, waarbij wordt gewezen op het feit dat mensen die cocaïne gebruiken mee schuldig zijn aan de druggerelateerde criminaliteit en het geweld dat ermee gepaard gaat. Respondenten en sleutelfiguren duiden hoe campagnes die inzetten op individuele schuld enerzijds het taboe op druggebruik in stand houden, en anderzijds zo ver af liggen van de ervaring van mensen die gebruiken, dat ze hun doel missen. Bovendien bestendigen zulke campagnes de perceptie van normalisering van cocaïnegebruik.

Stigmatiserende campagnes hebben geen preventieve waarde. Stigma en taboe vormen namelijk vaak een barrière bij het uitbouwen van preventie. Respondenten en sleutelfiguren benadrukken

consistent hoe op cocaïnegebruik, net als op ander illegaal druggebruik, een stigma rust. Wie cocaïne gebruikt, wordt al te vaak gereduceerd tot 'gebruiker'. Respondenten zijn dan ook beducht op hun privacy en wensen niet dat hun cocaïnegebruik gekend is in de buitenwereld. In het bijzonder binnen de werkcontext wordt heel voorzichtig omgesprongen met het bekendmaken van cocaïnegebruik. De consequenties van dat gebruik zijn namelijk groot. Respondenten benadrukken hoe je als zelfstandige klanten kan verliezen of hoe je als werknemer je job kan verliezen.

> "*En het toch wel weghalen van het individu ook, hé. Er zijn ook uitspraken geweest van mensen die zich moeten schuldig voelen als cocaïnekoper. Dat zijn dingen die volgens mij in de weg staan om tot goede preventie te komen, want je maakt de kloof echt heel groot op die manier, allée, met stigma en dat soort zaken*." (FG2_RE3)

Ten tweede benadrukken verschillende respondenten en sleutelfiguren het inzetten op **peersupport**. Zoals hierboven vermeld, is peersupport veelbelovend om de doelgroepen te bereiken en het bereik van de huidige preventie-interventies te vergroten (cf. supra 'Moeilijk te bereiken doelgroep'). Het inzetten op peersupport kan in verschillende settings een rol krijgen. Werknemers in herstel kunnen op de werkplek een laagdrempelig aanspreekpunt zijn voor andere werknemers die zich zorgen maken om hun gebruik. Ervaringsdeskundigen in herstel kunnen de drempel naar verschillende zorgverlenings- of behandelingsvoorzieningen verlagen. Of ze kunnen worden ingezet om correcte informatie te verspreiden en mensen die cocaïne (of andere drugs) gebruiken te sensibiliseren over de gevolgen van cocaïnegebruik.

> "*Dat we eigenlijk vanuit de gebruikers zelf, ja, eigenlijk de andere gebruikers gaan informeren, hè? En die gaan hen ook beter bereiken. In de hoop om die manier inderdaad wel sneller ervoor te zorgen dat ze in de hulpverlening terechtkomen of aan de nodige informatie geraken*. (…) *We zien dat toch heel vaak, dat ze als ze onder lotgenoten praten ze dat veel sneller voor waar aannemen en dat ze dat veel geloofwaardiger vinden*." (FG2_RE6)

Ten derde komen interventies die inzetten op het **denormaliseren van cocaïnegebruik** aan bod bij zowel respondenten die cocaïne gebruiken als bij sleutelfiguren. In het vorige onderdeel werd al verduidelijkt hoe cocaïnegebruik in bepaalde settings (bv. in de setting uitgaan) genormaliseerd is (cf. supra 'Motieven en determinanten van cocaïnegebruik'). Respondenten en sleutelfiguren vermelden daarom interventies die inzetten op die normalisering en de sociale norm willen beïnvloeden. Zo verwijst een sleutelfiguur bijvoorbeeld naar 'Skip die trip' een Nederlandse interventie die door middel van (online en offline) socialenormcampagnes en netwerkbijeenkomsten met sportverenigingen, onderwijslocaties of handhavers het maatschappelijk debat wil beïnvloeden om iets aan de normalisering te doen. Andere respondenten benadrukken dan weer het stellen van duidelijke grenzen over wat wel en niet oké is, bv. in de setting uitgaan. Ook **de aanpak van het glamoureuze imago van cocaïnegebruik** komt aan bod, net als interventies die zich richten op de disproportionele aanwezigheid van cocaïne in series en films of in de media. Belangrijk volgens sleutelfiguren is om gericht in te zetten op denormaliseren binnen settings waar het gebruik van cocaïne ook effectief genormaliseerd is, en niet binnen de algemene bevolking waar cocaïnegebruik niet de norm is. Tegelijkertijd benadrukken respondenten het stigmatiserende effect van campagnes die cocaïnegebruik (of breder: druggebruik) als 'niet normaal' gaan bestempelen.

> "*Ik denk dat dat heel belangrijk is van de sfeer van die normalisering daar echt in vraag te stellen. Nee, het is niet oké dat je hier voor mij... Ik ben hier een pint aan het tappen en gij komt voor mijn neus een lijn leggen. Nee, dat is niet normaal."* (FG1_RE9)

Ten vierde vermelden respondenten en sleutelfiguren interventies die **de kloof** tussen de eerste tekenen van **problematisch cocaïnegebruik** en de **eerste hulpvraag verkleinen**. Verschillende respondenten getuigen hoe ze heel wat barrières ervaren om hulp te zoeken. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar de lange wachtlijsten in de hulpverlening, een gebrek aan overzicht over waar ze terechtkunnen of hoe ze geen aansluiting vonden in het huidige aanbod. Daarnaast ervaren respondenten nog steeds een groot stigma om hulp te zoeken en zit een gevoel van schaamte vaak in de weg om de beweging richting hulp te maken. Gerichte interventies die deze kloof helpen dichten, worden daarom regelmatig naar voor geschoven. Verschillende sleutelfiguren verwijzen naar online zelfhulpmodules, zoals DASH (Drug and Alcohol Self Help, zie www.druglijn.be). Online modules zijn altijd beschikbaar en voldoen dus aan de nood om onmiddellijk hulp te krijgen, wat volgens sleutelfiguren typerend is voor mensen met een problematisch cocaïnegebruik. Ook interventies die inzetten op probleeminzicht worden vermeld (zoals bijvoorbeeld de zelftest van De Druglijn), al blijft het onduidelijk hoe die er specifiek moeten uitzien. Enkele sleutelfiguren benadrukken hoe die interventies kunnen inzetten op intrinsieke motivatie door bijvoorbeeld te visualiseren hoe een extern doel makkelijker kan worden bereikt door onder meer aan het cocaïnegebruik te werken.

> "*Maar we zien toch wel een heel lange retentietijd tussen het eerste gebruik en dat mensen zeggen 'we gaan in hulpverlening gaan'. Als we daar iets zouden mee kunnen doen (…) Want er zit inderdaad heel veel tijd tussen het eerst gebruiken en de hulpvraag*" (FG2_RE7 en RE3)

Ten vijfde komen er ook interventies aan bod die inzetten op het **versterken van de personen uit de omgeving** van mensen die cocaïne gebruiken, die eventueel ook last ondervinden van dat gebruik. Respondenten vermelden bijvoorbeeld hoe die interventies kunnen inzetten op het doorbreken van het taboe op cocaïnegebruik en de drempel om over (problemen met) cocaïnegebruik te praten kunnen verlagen. Andere respondenten benadrukken hoe zulke interventies mensen kunnen helpen om met het cocaïnegebruik van iemand uit hun omgeving om te gaan. Zo kunnen sensibiliseringscampagnes zich richten op werknemers en hen informeren of begeleiden in hoe ze kunnen omgaan met een collega die cocaïne gebruikt. Een andere respondent geeft het voorbeeld van het begeleiden van ouders om met het druggebruik van hun kind om te gaan, bijvoorbeeld via opleidingen op school, maar ook via opleidingen op het werk.

Ten zesde vermelden verschillende respondenten dat ook **interventies die inzetten op een gezonde levensstijl en bredere mentale gezondheid** voordelen hebben voor de preventie van cocaïnegebruik. Respondenten verwijzen naar sensibiliseringscampagnes, maar ook naar bijvoorbeeld feestjes waar bewust geen middelen worden gebruikt of waar het niet-gebruik van drugs in de kijker wordt gezet. Enkele respondenten benadrukken ook de plaats van cocaïnegebruik binnen een bredere mentale gezondheid. Ze verduidelijken hoe binnen het bevorderen van (aandacht voor) mentale gezondheid, ook cocaïnegebruik een plek kan krijgen. Zo zegt een respondent dat aandacht voor mentale gezondheid op het werk of voor een gezonde werkomgeving ook openheid creëert om over (problemen met) cocaïnegebruik te praten.

Ten zevende, benadrukken sleutelfiguren het belang van **inzetten op effectieve preventie en niet op zichtbare preventie**. Sleutelfiguren verwijzen bijvoorbeeld naar de uitdaging om een lokaal bestuur te overtuigen van effectieve preventie. Vaak gaat de voorkeur uit naar postercampagnes of sensibiliserende acties naar een breed publiek omwille van de zichtbaarheid van die campagnes. Die campagnes hebben een potentieel schadelijke impact (bv. stigmatiseren, cf. supra) en zijn vaak bewezen als niet-effectief. Lokale preventiewerkers identificeren dat als een drempel voor de uitwerking van een preventieaanbod specifiek voor cocaïnegebruik.

Bovendien benadrukken enkele sleutelfiguren het **belang van cocaïnepreventie in een lokaal drugbeleid**. Respondenten beschrijven hoe er binnen een lokaal bestuur pas aandacht komt voor drug- of cocaïnepreventie wanneer er een 'last' is op openbaar domein: er moet een afhankelijkheidsproblematiek zijn om hulpverlening in te schakelen, of er moet een overlast- of criminaliteitsproblematiek zijn om politie in te schakelen. Die 'last' is bij cocaïnegebruik niet altijd aanwezig, in welke gevallen een lokaal bestuur moeilijk te overtuigen is om in te zetten op cocaïnepreventie.

Ten slotte worden ook **enkele interventies van diverse aard** vermeld. Zo verwijzen enkele respondenten naar drug checking services, waar mensen hun drugs chemisch kunnen laten analyseren op schadelijkheid. Drug checking services laten mensen toe om veilig te gebruiken, maar zorgen ook voor een laagdrempelig contact, wat verdere harm reduction of vroeginterventietoelaat. Respondenten benadrukken het belang van zulke harm reduction interventies als essentieel onderdeel van het interventiecontinuüm waar de nadruk niet enkel ligt op abstinentie, en het voorkomen van gebruik, maar ook op verantwoord gebruik. Andere suggesties doelen op interventies die het aanbod van cocaïne beperken, door bijvoorbeeld de vergelijking met tabak te maken. Verschillende respondenten geven tegelijkertijd aan dat dit moeilijk is zolang cocaïne een illegaal product is. Sleutelfiguren suggereren dan weer het opstellen van een richtlijn over 'hoeveel is te veel' met betrekking tot cocaïnegebruik, gelijkaardig aan de richtlijn die voor alcohol bestaat. Dat zou hen in staat stellen gerichter te interveniëren in hun werkcontext. Tot slot geven enkele respondenten ook aan erg geholpen te zijn met een farmaceutische behandeling, maar die zijn vooralsnog heel beperkt voor cocaïnegebruik.

Belangrijkste vaststellingen over aanknopingspunten voor preventie:

- Er is **nood aan selectieve preventie** om cocaïnegebruik uit te stellen, te verminderen of te stoppen. Die selectieve preventie richt zich op de setting uitgaan/vrije tijd, op specifieke werkcontexten en op de thuissetting.
- De **grote uitdaging** voor cocaïnepreventie is **de doelgroep bereiken**. Er is namelijk geen duidelijke beeldvorming over de doelgroep van personen die cocaïne gebruiken. Peerwerking en cocaïnegebruik in het verkeer zijn mogelijke aanknopingspunten om de doelgroep beter te bereiken.
- Er is nood aan een gedifferentieerd preventieaanbod om de diverse doelgroepen van mensen die cocaïne gebruiken te bereiken. Binnen dat aanbod moet ruimte zijn voor het voorkomen van cocaïnegebruik en het minderen of stoppen met cocaïnegebruik, maar ook voor het veilig en verantwoord omgaan met cocaïnegebruik. **Aanknopingspunten** zijn te vinden in:
    - **Informeren en sensibiliseren** over specifieke productinformatie en de positieve en negatieve effecten van cocaïne, met een nadruk op niet-stigmatiserende en niet-discriminerende campagnes.
    - Inzetten op **peer support** binnen verschillende settings.
    - Inzetten op het **denormaliseren** van cocaïnegebruik en het aanpakken van het **glamoureuze imago** van cocaïne.
    - De **kloof** tussen de eerste tekenen van **problematisch cocaïnegebruik** en de **eerste hulpvraag** verkleinen.
    - Inzetten op het **versterken van de personen uit de omgeving** van mensen die cocaïne gebruiken.
    - Inzetten op een **gezonde levensstijl en bredere mentale gezondheid.** Dit heeft ook voordelen voor cocaïnepreventie.
    - Benadrukken van **effectieve preventie**, niet-zichtbare preventie (ook in een lokaal drugbeleid).
    - Interventies van diverse aard, zoals drugs checking, het aanbod beperken, richtlijn over ‘hoeveel is teveel’.

5. Conclusies en aanbevelingen

Dit project heeft als doelstelling om (meer) inzichten te genereren in (motieven en determinanten van) cocaïnegebruik en daarbij **aanknopingspunten** voor **cocaïnespecifieke preventie** in kaart te brengen. Binnen de mogelijkheden van dit project maken we op basis van een analyse van secundaire data over cocaïnegebruik, interviews met mensen die cocaïne gebruiken en focusgroepen met sleutelfiguren zes grote observaties.

Aan elk van deze observaties koppelen we aanbevelingen voor de ontwikkeling van initiatieven omtrent cocaïnegebruik, die idealiter deel uitmaken van een integrale aanpak door alle betrokken beleidsorganen. In functie van het vervolgproject, en de beleidsbevoegdheden van de opdrachtgever, stellen we **concrete preventieacties** voor. Op basis daarvan wordt een apart projectvoorstel uitgewerkt.

5.1. Cocaïnegebruik is niet ‘de standaard’

Het **gebruik van cocaïne in de algemene bevolking blijft relatief beperkt,** zeker in vergelijking met het gebruik van alcohol en cannabis (alcohol: 76,6% in de afgelopen 12 maanden; cannabis 7% in de afgelopen 12 maanden). In Vlaanderen gebruikte 1,7% van de Vlamingen het afgelopen jaar (2018) cocaïne, en het gebruik ligt het hoogst in de groep mannen tussen de 25 en 34 jaar (Sciensano, 2019a). Toch is een stijging van cocaïnegebruik door de jaren heen merkbaar (in 2013 ging het nog om 0.5%) en lijken er **indicaties** te zijn **van een toegenomen cocaïnegebruik binnen bepaalde settings**, zoals bijvoorbeeld de setting uitgaan of in bepaalde werkcontexten, weliswaar op basis van niet-representatieve cijfergegevens. Het is wachten op de onderzoeksresultaten van de gezondheidsenquête van Sciensano van 2022 om te zien of deze stijging zich doorzet(te), en in welke mate.

Een belangrijke vaststelling blijft dus dat het grootste deel van de Vlaamse bevolking geen cocaïne gebruikt, en dat het gebruik zich situeert in specifieke contexten. Daarom zijn campagnes naar het algemene publiek niet efficiënt. Eerder onderzoek toont namelijk aan dat zulke campagnes een omgekeerd effect kunnen hebben: cocaïnecampagnes naar een breed publiek kunnen de indruk wekken dat cocaïnegebruik alomtegenwoordig of genormaliseerd is. Die perceptie kan bijdragen tot een toegenomen gebruik van cocaïne (Dijkstra et al., 2021). **Universele preventie** specifiek gericht op cocaïnegebruik, is daarom **niet aangewezen**.

Aanbevelingen *(cocaïnegebruik is niet de standaard)*:

- Er is nood aan een **aanbod van selectieve en geïndiceerde preventie**. Anders dan universele preventie, die zich richt op de gehele bevolking of specifieke delen ervan, is selectieve preventie gericht op doelgroepen met een verhoogd risico of doelgroepen die meer in contact komen met cocaïnegebruik (personen die zelf gebruiken of zien gebruiken) en daardoor problemen kunnen krijgen. Geïndiceerde preventie richt zich op zijn beurt tot een doelgroep van mensen met problemen en klachten door cocaïnegebruik, waarbij wordt getracht te voorkomen dat deze problemen verergeren tot een specifieke aandoening (Coone et al., 2020).
- Er is nood aan **recente en representatieve data over cocaïnegebruik** (en bij uitbreiding over het gebruik van alle middelen). De beschikbare data over cocaïnegebruik geven aanknopingspunten voor interventies, maar zijn vaak niet representatief, hetgeen veralgemeningen verhindert en het uitwerken van interventies bemoeilijkt. De gezondheidsenquête biedt als enige instrument een representatief beeld over de volwassen Vlaamse bevolking, maar wordt slechts om de vijf jaar uitgevoerd. Andere bestaande instrumenten zoals de studentenbevraging en het uitgaansonderzoek van VAD bieden in zekere mate soelaas. Waar de eerste studenten hoger onderwijs vierjaarlijks bevraagt naar hun middelengebruik, is de laatste een driejaarlijkse bevraging naar trends in druggebruik in het uitgaansleven. Beiden zijn cruciaal om beter zicht te krijgen op die doelgroepen en de vinger aan de pols te houden over druggebruik in die specifieke settings. Een gelijkaardige (meerjaarlijkse) tool om werkgerelateerd gebruik te onderzoeken bestaat vooralsnog niet, hoewel dat een waardevol inzicht zou geven in het gebruik in de setting arbeid.

Voorstellen voor actie:

- Een blijvende investering in **De Druglijn**. Dit onderzoek valt terug op een aanzienlijke dataset van 1857 personen die een zelftest aflegden via De Druglijn omwille van vragen over hun cocaïnegebruik. Dit onderzoek toont de waarde van die zelftestdata aan, niet enkel als preventie-interventie, maar ook voor onderzoek. De zelftest is echter aan een revisie toe in functie van een optimale monitoring van cocaïnegebruik door mensen die de zelftest van De Druglijn afnemen (cf. 5.3 ‘Gebrekkige kennis over (langetermijn)effecten’).
- Een blijvende investering in de bevragingen die de Vlaamse overheid subsidieert, en een continue monitoring van cocaïnegebruik (en evoluties in dat gebruik) bij verschillende doelgroepen. Het gaat hierbij zowel om de **studentenbevraging, als de uitgaansbevraging van VAD**. Eén doelgroep ontbreekt vooralsnog: mensen met een werkgerelateerd gebruik. Een bevraging van die doelgroep, zoals in 2019 door Lambrechts et al. uitgevoerd, is daarom ook aangewezen.

5.2. Gebruiksprofielen en risico’s

De resultaten leren dat **de intensiteit van gebruik en de motieven erg verschillend** zijn bij mensen die cocaïne gebruiken. Er is niet zoiets als ‘dé cocaïnegebruiker’. Toch brengen de interviews en de secundaire data wel herkenbare gebruiksprofielen naar voor.

- Zo is er een gebruiksprofiel met een relatief lage frequentie van cocaïnegebruik dat vaak gerelateerd is aan een sociale setting met vrienden thuis (barbecue, feestje, etentje) of aan het uitgaan (bars, clubs, festivals). Die groep geeft aan controle te hebben over zijn gebruik, combineert het gebruik bijna altijd met alcohol, heeft vaak ervaring met andere illegale drugs (bv. MDMA), en hanteert strategieën om het gebruik te reguleren (bv. binnen een gezondere levensstijl).
- Een ander gebruikersprofiel uit dit onderzoek gebruikt cocaïne om met werkdruk om te gaan of om beter te presteren. Cocaïnegebruik gebeurt frequenter en gebeurt zowel alleen

als met collega's na het werk (bv. in de zaak). Binnen deze groep geeft een groter deel aan minder of geen controle te ervaren over zijn gebruik.

- Daarnaast is er een gebruiksprofiel dat cocaïne gebruikt als coping bij negatieve gebeurtenissen of om met psychische aandoeningen om te gaan. Dit patroon kenmerkt zich eerder door alleengebruik en respondenten rapporteren vaker verslavingspatronen.
- Ten slotte is er een groep bij wie cocaïnegebruik inherent verbonden is aan seks, waarbij cocaïne wordt aangewend om langer door te gaan en voor een verhoogd seksueel genot.

Die diversiteit in gebruikspatronen wordt ook in eerder onderzoek bevestigd. Spronk et al. (2020) beschrijven zes verschillende gebruiksprofielen, gaande van jonge mensen in een uitgaanssetting die controle ervaren over hun gebruik tot prestatiebevorderend gebruik tijdens de werkuren met een grotere kans op problemen met gebruik. Zij maken bijkomend gewag van een gebruikspatroon waarbij cocaïne functioneel wordt ingezet als prestatie- of concentratieverbetering of om het werk langer mentaal en fysiek vol te houden. Verder onderscheiden ze in de groep binnen de 'feest-en-vier-setting' jongere gebruikers en oudere gebruikers, waarbij die laatsten vaak een verminderde controle over hun gebruik rapporteren (Spronk et al., 2020).

Bijkomend wees onze analyse van de kwantitatieve data over cocaïnegebruik op **een verband tussen motieven voor cocaïnegebruik en intensiteit en gevolgen** van datzelfde gebruik. Mensen die omwille van ontnuchteringsmotieven gebruiken hebben bijvoorbeeld een kleinere kans om grote hoeveelheden cocaïne te gebruiken en een grotere kans om hun gebruik met alcohol te combineren. Mensen die gebruiken omwille van sociale motieven hebben dan weer meer kans op een lage gebruiksfrequentie, en een lagere kans op het gebruik van grote hoeveelheden cocaïne. Bijkomend hebben ze minder kans op lichamelijke en psychische gevolgen, net als minder kans op functioneringsproblemen. Mensen die gebruiken omwille van enhancementmotieven hebben meer kans om grote hoeveelheden te gebruiken en een hoge gebruiksfrequentie te hebben, en meer kans om vaak te combineren met andere illegale drugs. Wie gebruikt omwille van copingmotieven heeft dan weer meer kans om grote hoeveelheden cocaïne te gebruiken, om cocaïne altijd met alcohol te combineren, om zich vaak down of depressief te voelen en om vaak na te denken over het stoppen met cocaïnegebruik.

Dat verband tussen gebruiksmotieven en gebruikspatronen kan helpen om preventie-interventies af te stemmen op de onderliggende motivatieprocessen van het cocaïnegebruik (Coone et al., 2020). Toch mogen we ons niet enkel vastpinnen op die motieven. Motieven voor cocaïnegebruik zijn een aanknopingspunt, maar zijn fluïde in de zin dat ze geen vast profiel schetsen van de persoon die gebruikt. Motieven voor cocaïnegebruik zijn namelijk divers en evolueren doorheen de tijd, hangen af van de setting (bv. thuis (al dan niet alleen), in een bar of club, op het werk) of context (bv. beschikbaarheid van cocaïne, de sociale norm in de setting, sociale druk of emotioneel ingrijpende gebeurtenissen). Preventie die motieven in rekening brengt, **target dus niet zozeer personen** maar veeleer **hun redenen voor gebruik in een bepaalde setting of context**. In die zin blijft het belangrijk om naast motieven ook setting en context mee in rekening te brengen bij het afstemmen van preventie-interventies.

Aanbevelingen *(gebruiksprofielen en risico's)*:

- Aangezien 'dé cocaïnegebruiker' niet bestaat, is er ook geen *one-size-fits-all-aanpak* voor preventie. Daarom beperken we onze voorstellen voor concrete acties niet tot de uitwerking van één methodiek. We suggereren **diverse interventies** die de verschillende motieven voor cocaïnegebruik weerspiegelen, en **differentiëren naargelang de setting en de context** waarin gebruikt wordt. In die zin verschilt cocaïnespecifieke preventie niet van preventie inzake alcohol en andere drugs. Ook in dat geval is het uitwerken van een interventie op maat belangrijk.
    - Binnen het **interventiespectrum** moet er aandacht zijn voor preventie die niet-gebruik aanmoedigt, cocaïnegebruik tracht te voorkomen of uit te stellen en (problemen met) gebruik vermindert, maar ook verantwoord gebruik bevordert. Bij de ontwikkeling van specifieke preventie-initiatieven is een multicomponentenaanpak aangewezen. De ontwikkeling en uitvoering van een preventief alcohol- en drugbeleid in diverse settings is hiervan een illustratie. Deze aanpak dient verder uitgewerkt en geoptimaliseerd te worden, met aandacht voor cocaïnegebruik in relevante settings.
- Het gedifferentieerde preventieaanbod **legt zich idealiter toe op een aantal specifieke settings** waarin **cocaïnegebruik vaker voorkomt** en waarbij een groter risico is op cocaïnegebruik, zoals de setting uitgaan (in het bijzonder in bepaalde bars, cafés, clubs, dance-events en festivals), specifieke werkcontexten (in het bijzonder bij de horeca, vastgoedsector, sales, advocatuur) en de thuissetting (huisfeesten of alleengebruik).

Voorstellen voor actie:

- Een uitwerking van het item cocaïne in de verschillende **pijlers of componenten van een preventief alcohol- en drugbeleid** in de diverse settings, en prioritair in de settings uitgaan en arbeid.
- Een verdere uitwerking van het item cocaïne in de **kennis- en zelftesten van de Druglijn**, met aandacht voor de redenen van gebruik in een specifieke setting of context.

5.3. Gebrekkige kennis over (langetermijn)effecten van cocaïnegebruik

De resultaten weerspiegelen duidelijk hoe mensen die cocaïne gebruiken **(initieel) weinig kennis** hebben over de werking van cocaïne en de effecten en gevolgen van cocaïnegebruik op korte en lange termijn. Zo beschrijven respondenten hoe ze bij hun eerste cocaïnegebruik en soms zelfs in de daaropvolgende jaren heel weinig kennis hadden van de positieve of negatieve gevolgen van cocaïne op korte en/of lange termijn, de gezondheidsrisico's en de verslavingsrisico's. De kennis die ze hebben, hebben ze vaak aan den lijve ondervonden, bijvoorbeeld door negatieve effecten zelf mee te maken of te zien bij vrienden. Respondenten rapporteren **tegenstrijdige informatie** of beschrijven hoe hun **ervaring niet strookt met de vaak afschrikwekkende boodschappen** over cocaïnegebruik. Die beperkte kennis zorgt niet enkel voor gezondheidsschade op korte termijn, maar zorgt er ook voor dat respondenten de verslavingsrisico's van cocaïnegebruik onderschatten. Informatie die ze hebben over cocaïnegebruik is vaak afkomstig van peers die zelf ervaring hebben met het gebruik van cocaïne. **Informatie van peers** wordt niet enkel omschreven als een **toegankelijke en betrouwbare bron** van informatie, maar **men neemt de informatie ook sneller voor waar aan** (er is namelijk wederzijds begrip bij peer-to-peer-educatie). Deze informatie stemt echter niet altijd overeen met de objectieve feiten en kan dus best begeleid worden.

Die bevindingen worden ook door eerder onderzoek bevestigd. Hoewel informele informeringsmechanismen cruciaal zijn om op een veilige en geïnformeerde manier te gebruiken, blijft de kennis bij mensen die gebruiken vaak beperkt (Boys et al., 2002; Decorte, 2000). Zo rapporteert Boys et al. (2002) dat hoewel respondenten hun gebruik niet als risicovol omschreven, ze wel al een substantieel aantal negatieve effecten hadden ondervonden, wat volgens de

onderzoekers duidt op een onderschatting van de risico's. Spronk et al. (2020) halen de gebrekkige kennis aan als aanknopingspunt om in te zetten op laagdrempelige educatie over de effecten van cocaïnegebruik. **Peer-to-peer-educatie**, in het bijzonder wanneer die begeleid wordt door peereducatieprogramma's, wordt daarbij **als positief ervaren** (Evans et al., 2020; Fallace et al., 2019; Nurmala et al., 2021).

Aanbevelingen *(gebrekkige kennis over effecten van cocaïnegebruik)*:

- Het **informeren en sensibiliseren** over de effecten van cocaïnegebruik op korte en lange termijn is een essentieel onderdeel van effectieve preventieprogramma's. Educatieve interventies dienen verder te gaan dan louter informeren over de effecten van cocaïnegebruik (Coone et al., 2020), en ook op attitudes in te werken (Moernaut, 2019).
    - Er zijn al enkele educatieve tools beschikbaar die inzetten op informeren en sensibiliseren over cocaïnegebruik. Zo heeft De Druglijn een kennistest en een zelftest. De kennistest laat toe je eigen kennis over cocaïne te testen en geeft advies en uitleg bij de antwoorden. Met de zelftest test je hoe riskant je cocaïnegebruik is en krijg je advies over wat je kan ondernemen bij risicovol gebruik. De bestaande tools zijn echter generieke tools, ontwikkeld voor een breed publiek. Om de doelgroepen beter te bereiken, en rekening houdend met de bevindingen van dit onderzoek (cf. diverse motieven en contexten), stellen we voor de huidige tools te reviseren en aan te passen naargelang de noden van de specifieke doelgroepen. Een revisie laat ook toe om de zelftest en kennistest in hun geheel te herwerken en de herkenbaarheid te vergroten. Ook de bekendmaking ervan zou gerichter moeten worden georganiseerd.
    - Verder is een vernieuwde en intensere verspreiding van de kennisclips over cocaïnegebruik die eerder dit voorjaar in opdracht van Minister Crevits werden ontwikkeld aangewezen, specifiek bij doelgroepgerichte educatieve interventies (bv. in het kader van een preventief alcohol- en drugbeleid). De evaluatie van het bereik en het doorklikpercentage van de kennisclips was positief en zorgde voor een duidelijke toename van het gebruik van een aantal kennistests en zelftests op De Druglijn. Het aantal afgelegde kennistesten is in deze periode vervijfvoudigd, het aantal zelftesten verviervoudigd.
    - Binnen deze educatieve interventie(s) is het belangrijk ook aandacht te hebben voor **alcoholpreventie**. De resultaten wijzen namelijk uit dat het gebruik van alcohol en cocaïne inherent met elkaar verbonden zijn.
- Uit de resultaten blijkt dat **herkenbaarheid** van interventies en aanpassing aan de leefwereld van wie cocaïne gebruikt essentieel is. In die zin is het rechtstreeks betrekken van de doelgroep/ervaringsdragers een meerwaarde bij de ontwikkeling van specifieke interventies. Die cocreatie laat bovendien ook toe in te zetten op niet-stigmatiserend materiaal.
- Het is cruciaal een **effectieve implementatiestrategie** te **hanteren** om de doelgroep voldoende te bereiken. Zo kan bijvoorbeeld het gericht inzetten op (sociale) media het bereik van een educatieve interventie vergroten, maar ook helpen om het publiek debat te beïnvloeden (Coone et al., 2020).

Voorstellen voor actie:

- Uitwerken van het item cocaïne in de **kennis- en zelftesten van de Druglijn**, met aandacht voor de redenen van gebruik in een specifieke setting of context, en in functie van een gerichter bereik. We willen zowel bij de herwerking, als bij de implementatie van het materiaal de doelgroep/ervaringsdragers betrekken.
- Hernieuwde en intensere verspreiding van de **kennisclips over cocaïnegebruik**, gerealiseerd in juni 2023. Bekijken van integratie in een bestaand preventief alcohol- en drugbeleid in diverse settings, prioritair in setting uitgaan en in setting arbeid.
- Inzetten op getuigenissen en verhalen van ervaringsdeskundigen, gekoppeld aan andere acties, om de herkenbaarheid en geloofwaardigheid van informatie bij de doelgroep te vergroten.

5.4. Normalisering van cocaïnegebruik?

Uit de resultaten wordt duidelijk dat cocaïnegebruik in bepaalde settings meer geaccepteerd en zelfs als normaal beschouwd wordt, in het bijzonder onder personen die zelf cocaïne gebruiken. Tijdens de interviews en focusgroepen brengen respondenten (die zelf cocaïne gebruiken) naar voor dat **cocaïnegebruik als normaal wordt gepercipieerd** in bepaalde bars of cafés, tijdens bepaalde (privé)feestjes (al dan niet thuis), in bepaalde clubs (bv. technoclubs of dance-events) of tijdens bepaalde festivals. Die normalisering beschrijven respondenten aan de hand van een (gepercipieerd) toegenomen cocaïnegebruik, een groot en laagdrempelig aanbod, positieve attitudes ten aanzien van cocaïnegebruik bij peers en een positieve portrettering van de drug in media en op sociale media. Geïnterviewde respondenten benadrukken bijvoorbeeld een toegenomen gebruik van cocaïne en in het bijzonder een **toegenomen zichtbaar cocaïnegebruik**. Cocaïne wordt steeds vaker openlijk gebruikt in plaats van verdoken (bv. in de toiletten). Respondenten schetsen daarnaast een toegankelijk en laagdrempelig aanbod van cocaïne de klok rond. Ook de positieve attitude die peers en leeftijdsgenoten hebben ten aanzien van cocaïne, zowel bij peers die zelf gebruiken als bij peers die niet gebruiken, draagt volgens respondenten bij aan de perceptie dat cocaïnegebruik normaal is geworden. Dat **imago van cocaïne** als een soort **glamoureuze succesdrug** wordt ook in films en series en op sociale media bestendigd. De normalisatie van cocaïnegebruik vormt een risicofactor voor een eerste gebruik, maar zorgt er ook voor dat problematisch gebruik minder snel wordt opgemerkt. De normalisatie van cocaïnegebruik heeft daarnaast als positief effect dat wie cocaïne gebruikt in die sociale settings ook minder gestigmatiseerd wordt en een meer open omgeving ondervindt om over (ervaringen met) cocaïnegebruik te spreken.

Aanbevelingen (*normalisering cocaïnegebruik*):

- Onderzoek toont aan hoe een negatieve houding tegenover cocaïnegebruik preventief werkt en de intentie verkleint om cocaïne te gebruiken (Dijkstra et al., 2021). Preventieve interventies kunnen ingezet worden om die negatieve attitudes inzake gebruik te behouden, in het bijzonder bij populaties die geen cocaïne gebruiken (het bestendigen van niet-gebruik) (Dijkstra et al., 2021). Denormaliseringsinterventies kunnen bijvoorbeeld inzetten op het belichten en versterken van motieven om geen cocaïne te gebruiken (bv. in het kader van een gezonde levensstijl), of de huidige prevalentiecijfers aanwenden om de (gepercipieerde) normalisering van cocaïnegebruik bij peers te doorbreken. In Nederland wordt op denormalisering ingezet met de interventie 'Skip die trip' die door middel van (online en offline) socialenormcampagnes en netwerkbijeenkomsten met sportverenigingen, onderwijslocaties of handhavers de sociale norm wil bijstellen.
- Het is belangrijk om in te zetten op denormalisering gericht op de specifieke gebruiksprofielen (cf. supra) en in specifieke settings waar cocaïnegebruik genormaliseerd is (Dijkstra et al., 2021; Sznitman & Taubman, 2016), in dit geval in de setting uitgaan (in het bijzonder bij bepaalde bars, cafés, clubs, dance-events en festivals), in specifieke werkcontexten (in het bijzonder bij de horeca, vastgoed, sales, advocatuur) en in de thuissetting (huisfeesten of alleengebruik). De perceptie van normalisering varieert namelijk tussen verschillende sociale contexten en groepen (Fitzgerald et al., 2013; Sznitman & Taubman, 2016). Preventieve interventies dienen hier rekening mee te houden.
- Interventies die inzetten op het denormaliseren van cocaïnegebruik dienen echter bewust om te gaan met het feit dat een bepaald gedrag als 'niet de norm' te omschrijven, mogelijk stigmatiserende gevolgen kan hebben voor wie wel cocaïne gebruikt. Zo toont onderzoek aan dat denormaliseringsinterventies over roken het aantal kansarme rokers – vandaag de meerderheidsgroep onder de rokers – niet helpt verminderen, en zelfs gezondheidsgerelateerde ongelijkheden kan vergroten (Bell et al., 2010).
- Denormaliseringsinterventies kunnen naast een focus op het individu ook een focus leggen op het beïnvloeden van de betreffende micro- en macro-omgeving, in dit geval de sociale context en culturele acceptatie van cocaïnegebruik (Parker, 2005). In onderzoek naar de normalisering van alcoholgebruik op sociale media bleek bijvoorbeeld dat blootstelling aan boodschappen over alcoholgebruik werd geassocieerd met een verhoogde perceptie van sociale aanvaarbaardheid bij peers (Litt et al., 2023).

Voorstellen voor actie:

- Inzetten op denormalisering aan de hand van een innovatieve niet-stigmatiserende interventie.

5.5. Kloof tussen eerste cocaïnegerelateerde problemen en eerste hulpvraag

Verschillende respondenten getuigen hoe ze heel wat **barrières ervoeren om hulp te zoeken**. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar de lange wachtlijsten in de hulpverlening, een gebrek aan overzicht van waar ze terechtkonden, hoe ze geen aansluiting vonden in het huidige aanbod of hoe het stigma op illegaal druggebruik hen verhindert om hulp te zoeken. Bovendien schetsen de resultaten hoe **bepaalde persoons- en omgevingskenmerken** zorgen voor een **extra kwetsbaarheid** voor het ontwikkelen van cocaïnegerelateerde problemen. Zo komen onder meer ontwikkelingsstoornissen, verstandelijke beperkingen, een impulscontroleproblematiek en psychiatrische problematiek aan bod. Die vaststelling is niet nieuw (Brewer & Potenza, 2008). Mensen die hoog scoren op impulsiviteit en sensatiezoekend zijn, hebben een grotere kans op verslaving en herhaalde onsuccesvolle pogingen om te stoppen met hun druggebruik (Brewer & Potenza, 2008). Gelijkaardige bevindingen worden gemeld voor mensen met

ontwikkelingsstoornissen en verstandelijke beperkingen (Lin et al., 2016; To et al., 2014). Om deze specifieke doelgroepen beter te ondersteunen, stellen onderzoekers een geïndividualiseerde aanpak voor (To et al., 2014).

Aanbevelingen *(kloof tussen eerste cocaïnegerelateerde problemen en eerste hulpvraag)*:

- Inzetten op laagdrempelige vormen van hulp voor mensen die problemen ervaren met hun cocaïnegebruik. Die laagdrempelige hulp kan vorm krijgen als online (zelf)hulpprogramma's of telehulp voor het starten van een verslavingsbehandeling tijdens noodsituaties (Samuels et al., 2020). Telehulp blijkt volgens onderzoek in het bijzonder waardevol voor het bereiken van kwetsbare doelgroepen.
    - De bekendheid van de zelfhulptools (bv. zelftest van De Druglijn, of www.drughulp.be) kan worden vergroot. Daarbij kan bijzondere aandacht worden besteed aan kwetsbare doelgroepen, zoals mensen met ontwikkelingsstoornissen of met een verstandelijke beperking.
    - Interventies gericht op het **versterken van de omgeving** van mensen die cocaïne gebruiken zijn evenzeer waardevol. Die versterking dient niet enkel om hen te ondersteunen bij de aanpak van het cocaïneprobleem, maar ook om hun welbevinden te vergroten. Hiervoor bestaat al het online zelfhulpprogramma GRIP voor mensen van wie een ouder, kind, of partner gebruikt. GRIP geeft tips & advies over hoe mensen kunnen omgaan met het gebruik van een partner, kind of ouder. Het programma is niet cocaïnespecifiek omdat de bezorgdheden vaak dezelfde zijn over middelen heen. Wel kan worden ingezet op het toeleiden van mensen uit de omgeving van mensen die drugs gebruiken naar de tool.

Voorstellen voor actie:

- Aanpassing en bijkomende verspreiding van de bestaande online hulp met aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties.

5.6. Moeilijk te bereiken populatie

Mensen die cocaïne gebruiken zijn een **moeilijk te bereiken doelgroep** voor preventie. Ze starten doorgaans met hun gebruik in hun adolescentie en hun gebruik piekt tussen de 25-34 jaar (Sciensano, 2018). Het gaat dus veelal om een **volwassen populatie**, die in veel mindere mate dan jongeren een doelgroep is van bestaande preventie-initiatieven. Wanneer hun gebruik niet gepaard gaat met functioneringsproblemen op het werk of tijdens de studies, zijn er dus weinig aangrijpingspunten voor interventies. Bovendien situeert cocaïnegebruik zich vaak bij zelfstandige beroepen (bv. horeca, advocatuur), wat een bijkomende uitdaging creëert om de doelgroep te bereiken. De functionele gebruikers met legale banen, goede inkomens en huisvesting worden niet gezien als een sociaal probleem en hun druggebruik blijft vaak onopgemerkt (omdat ze het zorgvuldig verbergen) (Davis et al., 2004). Daarnaast heeft gebruik van cocaïne **weinig visuele herkenningssignalen** (Spronk et al., 2020), wat interventies bemoeilijkt bij mensen onder invloed. Mensen in de omgeving merken het gebruik niet of minder snel op. Ten slotte willen mensen die cocaïne gebruiken – net zoals bij andere illegale drugs – hun gebruik niet kenbaar maken aan de buitenwereld, omwille van **het stigma dat met de illegaliteit** van het product gepaard gaat. Al die redenen maken het moeilijk om de doelgroep van mensen die cocaïne gebruiken te bereiken met effectieve preventie-interventies. Het is daarom essentieel om bij de ontwikkeling van cocaïnepreventie in te zetten op **(innovatieve)** manieren om de verschillende gebruiksprofielen te bereiken.

Aanbevelingen (*moeilijk te bereiken populatie*):

- Het preventieaanbod rond cocaïne dient rekening te houden met de bestaande drempel om de doelgroep te bereiken. Een cruciaal onderdeel van het ontwikkelen en uitrollen van de preventiemethodiek(en) is dan ook om met innoverende strategieën het bereik van preventie-interventies te verhogen.
    - Cocaïnegebruik in het verkeer kan een eerste aanknopingspunt voor preventie vormen. Personen die cocaïne gebruiken zijn meestal volwassenen die werken. Het woon-werkverkeer alsook het professioneel (werkgerelateerd) vervoer speelt daarin een belangrijke rol. Preventieve interventies, bijvoorbeeld gelinkt aan de car policy van een onderneming, kunnen een aanknopingspunt zijn om de doelgroep te bereiken. Ook het inzetten op sensibiliseringsinitiatieven voor het professioneel vervoer, in samenspraak met de transportorganisaties, is een mogelijkheid.
    - Het bespreken van cocaïnegebruik in als veilig ervaren omgevingen moet worden gestimuleerd. Huisartsen en arbeidsartsen kunnen een belangrijke rol vervullen bij het verhogen van de bespreekbaarheid van cocaïnegebruik.
    - Peerwerking werd al aangehaald als effectieve en empowerende strategie om specifieke – meer verborgen – doelgroepen te bereiken. Het inzetten op peersupport kan in verschillende settings een rol krijgen. Ervaringsdeskundigen in herstel kunnen de drempel naar verschillende zorgverlenings- of behandelingsvoorzieningen verlagen. Werknemers in herstel kunnen op de werkplek een laagdrempelig aanspreekpunt zijn voor andere werknemers die zich zorgen maken om hun gebruik. Dit dient deel uit te maken van een globaal alcohol- en drugbeleid.
    - Online communicatiestrategieën, bijvoorbeeld via micro-influencers op sociale media, kunnen tot slot thuisgebruik targeten. In de VS is er het voorbeeld van ‘Living the example’, een programma waarbij jongeren aan de hand van een trainingscurriculum hun eigen preventieboodschappen leren creëren en deze vervolgens op hun sociale media delen (Evans et al., 2017).

Voorstellen voor actie:

- Uitwerken van een tool gericht op **gebruik gerelateerd aan het verkeer** (bv. woon-werkverkeer, professioneel vervoer), in samenspraak met betrokken actoren.
- Bespreekbaarheid verhogen van cocaïnegebruik in de arbeidsgeneeskundige context (te bespreken met de betrokken beroepsgroepen). De integratie van hulp bij cocaïnegebruik in de pijler ‘zorg en begeleiding’ van een preventief alcohol- en drugbeleid op het werk kan een optie zijn.
- Verkennen van mogelijke online communicatiestrategieën voor het bereiken van mensen die thuis gebruiken.

6. Referenties

Antoine, J. (2021). *De TDI-registratie in België, Jaarlijks rapport, Registratiejaar 2020* (D/2021/14.440/78). Sciensano. https://www.sciensano.be/nl/biblio/de-tdi-registratie-belgie-jaarlijks-rapport-registratiejaar-2020

Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science & Medicine*, *70*(6), 795-799. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.060

Boys, A., Dobson, J., Marsden, J., & Strang, J. (2002). 'Rich Man's Speed': A qualitative study of young cocaine users. *Drugs: education, prevention and policy*, *9*(2), 195-210.

Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochemical pharmacology*, *75*(1), 63-75.

Brown, H. D., & DeFulio, A. (2020). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *216*, 108307. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108307

Chapman, J., Roche, A. M., Duraisingam, V., Phillips, B., Finnane, J., & Pidd, K. (2021). Working at heights: Patterns and predictors of illicit drug use in construction workers. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *28*(1), 67-75. https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1743645

Coone, A., Jongbloet, J., & Kreeft, P. van der. (2020). *Europees preventiehandboek een leidraad voor wetenschappelijk onderbouwde preventie in de praktijk*. Politeia.

Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, *6*(2), 117-128. https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117

Cooper, M. L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L. L., & Wolf, S. (2015). *Motivational Models of Substance Use* (K. J. Sher, Red.; Vol. 1). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199381678.013.017

Creswell, J. W. (1999). Mixed-Method Research. In *Handbook of Educational Policy* (pp. 455-472). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-012174698-8/50045-X

Damian, E. (2023). *Het gebruik van drugs in België De voornaamste resultaten uit Drug Vibes—De Belgische drugsbevraging 2023 editie*. Sciensano. https://www.sciensano.be/en/biblio/het-gebruik-van-drugs-belgie-de-voornaamste-resultaten-uit-drug-vibes-de-belgische-drugsbevraging-1

Davis, W. R., Johnson, B. D., Liberty, H. J., & Randolph, D. D. (2004). Characteristics of Hidden Status among Users of Crack, Powder Cocaine, and Heroin in Central Harlem. *Journal of Drug Issues*, *34*(1), 219-244. https://doi.org/10.1177/002204260403400110

De Sleutel. (2023). Cliëntprofielen: Gelijkenissen en verschillen per productgroep. *De Sleutel Magazine*, *74*. https://desleutel.be/magazine/magazine-74-juni-2023/

Decorte, T. (2000). *The taming of cocaine: Cocaine use in European and American cities*. VUB Press.

Decorte, T., & Muys, M. (2010). Tipping the balance: A longitudinal study of perceived'pleasures' and'pains' of cocaine use (1997-2009). In *Pleasure, pain and profit: European perspectives on drugs* (pp. 35-54). Pabst, Wolfgang Science.

Decorte, T., & Slock, S. (2005). *The taming of Cocaine II*. VUB Press.

Dijkstra, B., van Duijnhoven, M., van Tilburg, L., Smulders, G., & Ketelaars, D. (2021). *Trippen of skippen? Resultaten monitor 2021—Determinanten en normalisering van drugsgebruik*. https://www.skipdietrip.nl/files/media/skip-rapport-monitor-2022-spreads.pdf

Dupont, H. B., Kaplan, C. D., Braam, R. V., Verbraeck, H. T., & de Vries, N. K. (2015). The application of the rapid assessment and response methodology for cannabis prevention

research among youth in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, *26*(8), 731-738.
Edland-Gryt, M. (2021). Cocaine Rituals in Club Culture: Intensifying and Controlling Alcohol Intoxication. *Journal of Drug Issues*, *51*(2), 391-408. https://doi.org/10.1177/0022042620986514
EMCDDA. (2023). *Wastewater analysis and drugs—A European multi-city study*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en
Etikan, I. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, *5*(1), 1. https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11
Evans, W., Andrade, E., Goldmeer, S., Smith, M., Snider, J., & Girardo, G. (2017). The Living the Example Social Media Substance Use Prevention Program: A Pilot Evaluation. *JMIR Mental Health*, *4*(2), e24. https://doi.org/10.2196/mental.7839
Evans, W., Andrade, E., Pratt, M., Mottern, A., Chavez, S., Calzetta-Raymond, A., & Gu, J. (2020). Peer-to-Peer Social Media as an Effective Prevention Strategy: Quasi-Experimental Evaluation. *JMIR MHealth and UHealth*, *8*(5), e16207. https://doi.org/10.2196/16207
Fallace, P., Aiese, P., & Bianco, E. (2019). Peer Education strategies for promoting prevention of doping in different populations. *Annali Di Igiene Medicina Preventiva e Di Comunità*, *6*, 556-575. https://doi.org/10.7416/ai.2019.2316
Fitzgerald, R., Mazerolle, L., & Mazerolle, P. (2013). Drug normalisation and Australian youth: Group differences in the social accommodation of drug use. *Journal of Youth Studies*, *16*(7), 901-915. https://doi.org/10.1080/13676261.2013.763920
Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care*, *26*(5), 501-510. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu060
Gibson, K. (2022). Bridging the digital divide: Reflections on using WhatsApp instant messenger interviews in youth research. *Qualitative Research in Psychology*, *19*(3), 611-631. https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1751902
Hardyns, W., Vander Laenen, F., Lambrechts, M.-C., Godderis, L., Fincoeur, B., Lamrechts, C., Boets, I., Mendes Fonseca, D., & Rullo, J. (2020). *PREVPED. Prevalence and effects of performance enhancing drugs in different groups: Lessons for a preventive and curative policy in Belgium.* (p. 215). Federaal wetenschapsbeleid BELSPO.
Janghorban, R., Roudsari, R. L., & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *9*(1), 24152. https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152
Kaufmann, K., & Peil, C. (2020). The mobile instant messaging interview (MIMI): Using WhatsApp to enhance self-reporting and explore media usage in situ. *Mobile Media & Communication*, *8*(2), 229-246. https://doi.org/10.1177/2050157919852392
Koerber, A., & McMichael, L. (2008). Qualitative Sampling Methods: A Primer for Technical Communicators. *Journal of Business and Technical Communication*, *22*(4), 454-473. https://doi.org/10.1177/1050651908320362
Lambrechts, M.-C., Vandersmissen, L., & Godderis, L. (2019). Alcohol and other drug use among Belgian workers and job-related consequences. *Occup Environ Med*, *76*, 652-659.
Lin, E., Balogh, R., McGarry, C., Selick, A., Dobranowski, K., Wilton, A. S., & Lunsky, Y. (2016). Substance-related and addictive disorders among adults with intellectual and developmental disabilities (IDD): An Ontario population cohort study. *BMJ Open*, *6*(9), e011638. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011638
Litt, D. M., Zhou, Z., Fairlie, A. M., Waldron, K. A., Geusens, F., & Lewis, M. A. (2023). Experimental Test of Drinking and Abstaining Social Media Content on Adolescent and Young Adult Social Norms and Alcohol Use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, jsad.23-00061. https://doi.org/10.15288/jsad.23-00061

Liu, Y., Williamson, V. G., Setlow, B., Cottler, L. B., & Knackstedt, L. A. (2018). The importance of considering polysubstance use: Lessons from cocaine research. *Drug and Alcohol Dependence*, *192*, 16-28. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.025

McEntee, A., Roche, A., & Kim, S. (2022). Increasing cocaine use amongst employed Australians: Who is most at-risk? *Industrial Health*, *60*(6), 567-577. https://doi.org/10.2486/indhealth.2021-0159

Miller, P. G., & Sønderlund, A. L. (2010). Using the internet to research hidden populations of illicit drug users: A review: Internet drug research: a review. *Addiction*, *105*(9), 1557-1567. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02992.x

Moernaut, J. (2019). *Wegwijzer voor beginnende preventiewerkers & Logomedewerkers alcohol en andere drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen.* VAD. https://www.vad.be/assets/basispakket_voor_preventiewerkers_en_logomedewerkers_adpv-1

Murray, H. (2023). *Young adults' pathways of negating harms and pleasure related to recreational poly-drug use: A complex balancing act* [Preprint]. In Review. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2439243/v1

Nurmala, I., Pertiwi, E. D., Muthmainnah, M., Rachmayanti, R. D., Devi, Y. P., Harris, N., Wiseman, N., & Li, C. Y. (2021). Peer-to-peer education to prevent drug use: A qualitative analysis of the perspectives of student peer educators from Surabaya, Indonesia. *Health Promotion Journal of Australia*, *32*, 206-211.

Parker, H. (2005). Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Addiction Research & Theory*, *13*(3), 205-215. https://doi.org/10.1080/16066350500053703

Philbin, M. M., Greene, E. R., LaBossier, N. J., Martins, S. S., McCrimmon, T., & Mauro, P. M. (2023). Age-related patterns of cocaine and methamphetamine use across the life course in the United States: Disparities by gender and sexual identity among adults. *Addictive Behaviors*, *137*, 107539.

Pope, S. K., Falck, R. S., Carlson, R. G., Leukefeld, C., & Booth, B. M. (2011). Characteristics of Rural Crack and Powder Cocaine Use: Gender and Other Correlates. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *37*(6), 491-496. https://doi.org/10.3109/00952990.2011.600380

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E., Gerevich, J., Bácskai, E., Ryder, N., Butler, S., Manning, V., Gossop, M., Pezous, A.-M., Verster, A., Camposeragna, A., Andersson, P., Olsson, B., Primorac, A., Fischer, G., Güttinger, F., … Krausz, M. (2004). Cocaine Use in Europe – A Multi-Centre Study: Patterns of Use in Different Groups. *European Addiction Research*, *10*(4), 147-155. https://doi.org/10.1159/000079835

Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and limitations of qualitative and quantitative research methods. *European journal of education studies*.

Richard, B., Sivo, S. A., Orlowski, M., Ford, R. C., Murphy, J., Boote, D. N., & Witta, E. L. (2021). Qualitative Research via Focus Groups: Will Going Online Affect the Diversity of Your Findings? *Cornell Hospitality Quarterly*, *62*(1), 32-45. https://doi.org/10.1177/1938965520967769

Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., Wood, E., & Fairbairn, N. (2020). Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, *15*(6), e0234809. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234809

Rosiers, J. (2019). *Uitgaansonderzoek* (D/2019/6030/8). https://www.vad.be/assets/uitgaansonderzoek_2018

Saarijärvi, M., & Bratt, E.-L. (2021). When face-to-face interviews are not possible: Tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *20*(4), 392-396. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab038

Sah, L., Singh, D. R., & Sah, R. K. (2020). Conducting Qualitative Interviews using Virtual Communication Tools amid COVID-19 Pandemic: A Learning Opportunity for Future

Research. *Journal of Nepal Medical Association*, *58*(232). https://doi.org/10.31729/jnma.5738

Samuels, E. A., Clark, S. A., Wunsch, C., Jordison Keeler, L. A., Reddy, N., Vanjani, R., & Wightman, R. S. (2020). Innovation During COVID-19: Improving Addiction Treatment Access. *Journal of Addiction Medicine*, *14*(4), e8-e9. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000685

Sciensano. (2019a). *Gezondheidsenquête 2018: Druggebruik*. Sciensano.

Sciensano. (2019b). *Health Interview Survey, Belgium, 1997—2001—2004—2008—2013 -2018: Health Interview Survey Interactive Analysis.* Sciensano. https://hisia.wiv-isp.be

Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. E. (1998). Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of Counseling Psychology*, *45*(3), 265-273. https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.265

Smith, P. C., Schmidt, S. M., Allensworth-Davies, D., & Saitz, R. (2010). A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, *170*(13). https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.140

Spronk, D., Bilderbeek, B., van Miltenburg, C., & de Jonge, M. (2021). *Preventie van cocaïnegebruik. Inventarisatie en kansen voor de toekomst* (AF1954). Trimbos Instituut. https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/01/AF1954-Preventie-van-cocainegebruik.pdf

Spronk, D., van Gelder, N., Nabben, T., & de Jonge, M. (2020). *Cocaïne: Wie gebruikt het en waarom? Een verkennende studie naar gebruikers van cocaïne in Nederland* (AF1830). Trimbos Instituut. https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/01/AF1830-Cocaine-wie-gebruikt-het-en-waarom.pdf

Sznitman, S. R., & Taubman, D. S. (2016). Drug use normalization: A systematic and critical mixed-methods review. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *77*(5), 700-709.

To, W. T., Neirynck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S., & Vandevelde, S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): Results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Research in developmental disabilities*, *35*(1), 1-9.

Trotter, R. T., Needle, R. H., Goosby, E., Bates, C., & Singer, M. (2001). A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health. *Field Methods*, *13*(2), 137-159. https://doi.org/10.1177/1525822X0101300202

VAD. (2020). *Me-ASSIST*.

Van Damme, J., Thienpondt, A., Rosiers, J., Tholen, R., Soyez, V., Sisk, M., Van Hal, G., & Deforche, B. (2022). *In Hogere Sferen Volume 5: Een onderzoek naar middelengebruik bij de Vlaamse studenten*. VAD. https://www.vad.be/assets/In_hogere_sferen_Vol_5_rapport

Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., Stoele, M., & Van De Mheen, D. (2009). Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, *20*(2), 143-151. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.02.005

Van Havere, T., Lammertyn, J., Vanderplasschen, W., Bellis, M., Rosiers, J., & Broekaert, E. (2012). Illicit Drug Use in the Flemish Nightlife Scene between 2003 and 2009. *European Addiction Research*, *18*(4), 153-160.

Van Havere, T., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Bellis, M. (2011). Drug use and nightlife: More than just dance music. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, *6*(18), 11.

Vandevelde, D., Thienpont, J., Calle, D., Hauglustaine, V., Littera, L., Teuwen, J., & Vanderplasschen, W. (2016). *Community Reinforcement Approach + Contingency Management. Handboek voor de behandeling van cocaïnegebruikers*. De Kiem.

Vlaamse Vereniging Behandelingcentra Verslaafdenzorg. (2021). *TDI cijferrapport 2018-2019-2020*. VVBV. http://www.verslaafdenzorg.be/images/pdf/VVBV%20TDI%20cijfer%20rapport_18-19-20.pdf

Votaw, V. R., & Witkiewitz, K. (2021). Motives for Substance Use in Daily Life: A Systematic Review of Studies Using Ecological Momentary Assessment. *Clinical Psychological Science*, *9*(4), 535-562. https://doi.org/10.1177/2167702620978614

Zuccato, E., Chiabrando, C., Castiglioni, S., Bagnati, R., & Fanelli, R. (2008). Estimating Community Drug Abuse by Wastewater Analysis. *Environmental Health Perspectives*, *116*(8), 1027-1032. https://doi.org/10.1289/ehp.11022

7. Bijlagen

7.1. Scripts en vragenlijsten voor de focusgroepen en semigestructureerde interviews

7.1.1. Script focusgroep sleutelfiguren uit preventie en hulpverlening

- **Doelgroep:**
  - Sleutelfiguren uit preventie en hulpverlening die werken met mensen die cocaïne gebruiken
- **Praktische organisatie:**
  - Maximale duur van 1 uur.
  - Om laagdrempeligheid te bevorderen: 'inbreken' in bestaand overleg, online organiseren waar mogelijk.
  - Ethisch informed consent (anonimiseren, vertrouwelijkheid, terugtrekken) + GDPR-consent enkele dagen op voorhand bezorgen voor ondertekening, samen met richtvragen die al kunnen voorbereid worden.
  - Deelvragen dienen enkel om de discussie op gang te brengen.
- **Vragenlijst gebaseerd op**:
  - Spronk, D., van Gelder, N., Nabben, T., & de Jonge, M. (2020). Cocaïne: wie gebruikt het en waarom? Een verkennend onderzoek naar gebruikers van cocaïne in Nederland. Trimbos Instituut - Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. (https://pure.hva.nl/ws/files/17188045/Rapport_coca_ne_gebruikers_Trimbos_instituut_2020.pdf)
  - Hans B.Dupontabe, Charles D.Kaplance, Richard V.Braamde, Hans T.Verbraeck de Nanne, K.de Vriesde. The application of the rapid assessment and response methodology for cannabis prevention research among youth in the Netherlands. International Journal of Drug Policy Volume 26, Issue 8, August 2015, Pages 731-738
  - Fleuren, M. A., Paulussen, T. G., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. International Journal for Quality in Health Care, 26(5), 501-510.
  - Arthur, M. W., & Blitz, C. (2000). Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology*, *28*(3), 241-255.

Topic	**Inhoud**	**Timing**	**Door wie?**
Voorstellings-ronde	We stellen voor om te beginnen met een ronde van de (online) tafel waarbij iedereen zich kort voorstelt. Daarna hebben we een aantal vragen die we met jullie in groep willen bespreken.	2 min.	Moderator

Introductie	Introductie:
	• Welkom en bedankt om tijd te maken voor deze focusgroep.
	• Kadering focusgroep: VAD is recent gestart met een voorbereidend project omtrent cocaïnegebruik, betoelaagd door de Vlaamse overheid. In dit project willen we meer inzichten genereren over dat cocaïnegebruik en over de motieven van gebruik in verschillende settings. Uit onderzoek weten we immers dat cocaïnegebruik vooral voorkomt bij (a) personen in het uitgaansleven, (b) bij personen die cocaïne gebruiken als copinggedrag, en (c) als prestatiebevorderend middel in de werkcontext. De resultaten van dit verkennend onderzoek zouden eind augustus moeten leiden tot een aanbevelingen omtrent een specifieke tool voor cocaïnepreventie
	• Doel focusgroep:
	  ○ Meer inzicht krijgen in cocaïnegebruik en gerelateerde problemen
	  ○ Aanknopingspunten voor preventiemethodieken in kaart brengen
	• Ethische waarborgen: werden opgelijst in het informed consent formulier, ik wil vragen om nog een bevestiging door te sturen als dat nog niet is gebeurd.
	Voor we van start gaan, willen we kort een aantal zaken afspreken:
	• Om het gesprek vlot te laten verlopen, willen we vragen niet door elkaar te spreken. U hoeft geen hand op te steken om het woord te vragen, we zijn met een kleine groep, dus neem gerust het woord wanneer u iets wil zeggen.
		2 min.	Moderator

	• Dit is een vrijwillige en vertrouwelijke discussie. Het gesprek wordt opgenomen, zodat we in de rapportage zo dicht mogelijk blijven bij wat jullie hebben gezegd. Alles wordt echter op zo'n manier verwerkt dat het onmogelijk is om te achterhalen wie wat gezegd heeft.		
Start opname door Eva			
Beeldvorming op cocaïne-gebruik	• In welke mate is, volgens jullie ervaring, cocaïnegebruik een 'probleem' dat moet worden aangepakt, en waarom? o Binnen welke settings? o Binnen welke doelgroepen? o In welke context? o Verhouding met andere illegale drugs? o Wat zijn, volgens jullie, factoren die bijdragen aan cocaïnegebruik of cocaïnegebruik faciliteren? Wat zijn volgens jullie beschermende factoren bij cocaïnegebruik (wat zorgt ervoor dat mensen geen cocaïne gebruiken)? • Welke problemen worden door mensen die cocaïne gebruiken ervaren?	20 minuten	- Moderator - Observator houdt in de gaten dat alle punten aan bod komen, en komt tussen om te verduidelijken
Huidig preventie- en hulpverlenings-aanbod voor cocaïnegebruik	• Wat zijn bestaande (effectieve) preventieve interventies die u kent ten aanzien van cocaïnegebruik? o Hoe ervaart u die bestaande preventieve interventies? ▪ Toegankelijkheid? ▪ Bereik? ▪ Kwaliteit?	10 min.	- Moderator - Observator houdt in de gaten dat alle punten aan bod komen, en komt tussen om te verduidelijken
Noden preventie	• Wat zou risicogroepen en groepen van mensen die cocaïne gebruiken kunnen helpen om cocaïnegebruik uit te stellen, te minderen of te stoppen? o Hoe zou een mogelijke preventie-interventie er kunnen uitzien? o Waar zouden die preventie-interventies op moeten inzetten (cf. faciliterende en beschermende factoren)? o Wat zouden de prioriteiten moeten zijn bij de ontwikkeling van een cocaïnepreventie-interventie?	10 min.	- Moderator - Observator houdt in de gaten dat alle punten aan bod komen, en komt tussen om te verduidelijken
Noden implementatie	• Wat is er nodig om cocaïnepreventie te implementeren en uit te bouwen binnen een breder alcohol- en drugsbeleid? o Randvoorwaarden? o Wat zijn barrières bij het uitbouwen van cocaïnepreventie? o Wat zijn facilitators bij het uitbouwen van cocaïnepreventie?	10 min.	- Moderator - Observator houdt in de gaten dat alle punten aan bod komen, en komt tussen om te verduidelijken
Open input	• Zijn er zaken die nog niet aan bod kwamen, maar volgens jullie wel belangrijk zijn?	5 min.	Moderator
Einde opname door observator			
Afsluiten	• Bedanking • Volgende stappen • Contactgegevens		

7.1.2. Vragenlijst interviews met mensen die cocaïne gebruiken of cocaïnegebruik in hun leefomgeving zien

- **Doelgroep**: personen die cocaïne gebruiken met verschillende profielen. Criteria voor deelname zijn:
  - Ouder zijn dan 18 jaar
  - Mensen die het afgelopen jaar minstens één keer cocaïne gebruikt hebben
  - Schriftelijk instemmen met deelname aan het onderzoek
  - Exclusie: Personen die onder invloed zijn of op het moment van het interview waanideeën en/of andere acute psychische aandoeningen hebben, worden uitgesloten van deelname.
- **Praktisch**:
  - Rekrutering in eerste instantie via partners verspreiden. Daarna bij respondenten informeren om via *snowball sampling* bij nieuwe respondenten terecht te komen.
  - Deelnemers wordt de keuze gegeven hoe ze het interview willen afleggen:

- In persoon op een discrete locatie
- Online via Teams
- Online via chat (bv. met Threema) zodat het volledig anoniem kan verlopen

- **Vragenlijst gebaseerd op:**
  - Spronk, D., van Gelder, N., Nabben, T., & de Jonge, M. (2020). Cocaïne: wie gebruikt het en waarom? Een verkennend onderzoek naar gebruikers van cocaïne in Nederland. Trimbos Instituut - Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. (https://pure.hva.nl/ws/files/17188045/Rapport_coca_ne_gebruikers_Trimbos_instituut_2020.pdf)
  - Trotter, R. T., Needle, R. H., Goosby, E., Bates, C., & Singer, M. (2001). A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health. *Field Methods*, *13*(2), 137–159. https://doi.org/10.1177/1525822X0101300202

Topic	**Inhoud**	**Timing**
Introductie	Introductie: • Welkom en bedankt om tijd te maken voor dit interview. • Kadering interviews: VAD is recent gestart met een voorbereidend project omtrent cocaïnegebruik, betoelaagd door de Vlaamse overheid. In dit project willen we meer inzichten genereren over dat cocaïnegebruik en over de motieven van gebruik in verschillende settings. De resultaten van dit verkennend onderzoek zouden eind augustus moeten leiden tot een aanbevelingen omtrent een specifieke tool voor cocaïnepreventie • Doel interview: zicht krijgen op het cocaïnegebruik en aanknopingspunten voor preventie in kaart brengen • Ethische waarborgen Voor we van start gaan, willen we benadrukken dat: • Dit is een vrijwillig en vertrouwelijk gesprek. Het gesprek wordt opgenomen, zodat we in de rapportage zo dicht mogelijk blijven bij wat je zegt. Alles wordt echter anoniem verwerkt. Je kan je ook op elk moment terugtrekken zonder dat je daarvoor een reden moet opgeven.	5 min.
Beeldvorming op cocaïnegebruik	• Kan je me iets vertellen over je cocaïnegebruik? (OF: Hoe zou je je cocaïnegebruik omschrijven?) o Wanneer heb je voor het laatst gebruikt? o Hoe vaak en hoeveel gebruik je? o In welke setting gebruik je cocaïne? o Met wie gebruik je cocaïne? o Gebruik je naast cocaïne ook andere drugs? Waarom?	5 min.
Onset	• Wanneer je terugdenkt aan wanneer je voor het eerst hebt gebruikt, wat heeft ertoe geleid dat je voor het eerst hebt gebruikt? o Zijn die factoren er nog steeds of zijn die inmiddels veranderd?	5 min.
Motieven en inzicht in eigen cocaïnegebruik	• Waarom gebruik je cocaïne? • Hoe kijk je naar je eigen gebruik? o Wat triggert jouw gebruik? o Wat vind je positief aan cocaïnegebruik? Wat vind je negatief? o Wat zijn jouw valkuilen bij gebruik? • Hoe sta je tegenover stoppen of minderen van je gebruik? o Wat zou jou kunnen helpen bij het stoppen of minderen van je gebruik?	10 min.
Kennis huidige aanbod preventie/ hulpverlening	• Heb je weet van of en wat er reeds bestaat van preventie van cocaïnegebruik? • Hoe kijk je naar preventie-interventies voor cocaïnegebruik?	5 min.
Noden voor preventie	• Is er nood aan preventie-interventies voor cocaïnegebruik? o Wat moet er gebeuren volgens jou om cocaïnegebruik af te raden, of te minderen? • Hoe zou een preventie-interventie voor cocaïnegebruik er moeten uitzien, volgens jou? o Wat is daarbij prioritair voor jou? o Waar zie je mogelijkheden voor een preventie-interventie voor cocaïnegebruik? o Waar zie je drempels/obstakels voor een preventie-interventie voor cocaïnegebruik? • Waar zou een preventie-interventie toe moeten leiden voor jou?	10 min.
Afsluiten	• Bedanking • Volgende stappen • Op de hoogte blijven + contactgegevens	2 min.

7.2. Informed consent

LUIK 1 – Informatiebrief deelnemers

Dit is een onderzoek dat wordt uitgevoerd door de VAD. De verantwoordelijke onderzoekers zijn:

Marie-Claire Lambrechts E-mail: marie-claire.lambrechts@vad.be	Eva Blomme E-mail: eva.blomme@vad.be Tel. nr.: 02 882 74 07

A. Informatie over de studie

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een voorbereidende studie van de VAD. Neem voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen voor u beslist deel te nemen aan deze studie. Aarzel niet om vragen te stellen aan de onderzoeker indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Zorg ervoor dat je alles begrijpt. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.
Doel van het onderzoek: meer inzichten genereren in (motieven en determinanten van) cocaïnegebruik en aanknopingspunten voor preventie in kaart brengen
De onderzoekers voeren dit onderzoek uit in overeenstemming met de geaccepteerde maatstaven voor wetenschappelijk en ethisch gedrag. Hierbij houden zij zich aan de principes van onderzoeksintegriteit zoals beschreven in “The European Code of Conduct for Research Integrity” (2017, revised edition, ALLEA)[1] en hanteren ze goede onderzoekspraktijken.

B. Informatie over deelname

Wat houdt deelnemen aan dit onderzoek in?

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Indien u weigert om deel te nemen, of wanneer u beslist zich terug te trekken uit een lopende studie, zal dit op geen enkele manier een invloed hebben op uw verdere relatie met VAD en de onderzoekers.
Indien u dit wenst, kan u een samenvatting van de onderzoeksbevindingen krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn. Om een samenvatting te krijgen kan u dit aanvragen bij de onderzoeker waarmee u contact hebt.
Aan dit onderzoek is geen enkel bekend blijvend risico verbonden.

C. Informatie m.b.t. Privacy en Persoonsgegevens

Het wettelijk kader voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie in het kader van dit onderzoek wordt bepaald door:

- De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR);
- De Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018.

De volgende persoonsgegevens zullen worden verwerkt:

- Voornaam + Achternaam
- E-mailadres (niet voor respondenten die deelnemen om hun eigen ervaring met cocaïne te delen)

De persoonsgegevens zullen verzameld worden met behulp van audio- en videoregistratie van interviews en audio-opnames van focusgroepen.

Voor het verwerken van uw persoonsgegevens zal uw expliciete toestemming gevraagd worden. Dit gebeurt via het ondertekenen van een 'toestemmingsformulier'. Deze toestemming kan ten alle tijden worden ingetrokken door dit te melden aan de hoofdonderzoeker.
Enkel de onderzoekers van het cocaïnepreventieproject hebben toegang tot de data, en de data worden enkel gebruikt om u verder op de hoogte te houden van het onderzoek.

Welke rechten heeft u als deelnemer met betrekking tot uw persoonsgegevens?

In overeenstemming met de Europese en Belgische privacywetgeving[2] wordt uw persoonlijke levenssfeer gerespecteerd. Zoals reeds aangegeven, kan u op elk gegeven moment uw toestemming intrekken en dit zonder opgave van reden. Dit betekent dat uw gegevens niet verder verwerkt zullen worden vanaf het moment van intrekking.
U heeft het recht op inzage van de gegevens die over u verzameld werden en u kan eveneens een kopie vragen, voor zover dit geen afbreuk doet aan de rechten en vrijheden van anderen. Elk onjuist gegeven over u kan op uw verzoek verbeterd worden. Bovendien heeft u recht op vergetelheid: dit betekent dat u, na het intrekken van uw toestemming, kan vragen om uw persoonsgegevens te laten verwijderen.
Om een van bovenstaande rechten uit te oefenen, kan u contact opnemen met de betrokken onderzoekers via eva.blomme@vad.be

Hoe kan ik een klacht indienen?

U kan ook een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel (e-mail: contact@apd-gba.bep) en/of de Vlaamse Toezichtcommissie (e-mail: contact@toezichtscommissie.be).

LUIK 2 – Toestemmingsformulier

A. Toestemming m.b.t. deelname aan de studie

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	**ja**	**nee**
Ik neem vrijwillig deel aan deze wetenschappelijke studie en geef toestemming aan de onderzoekers om mijn gegevens te verwerken, ze te bewaren, te analyseren en er over te rapporteren.	o	o
Ik weet dat ik me op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.	o	o
Ik heb het informatieformulier gelezen en heb voldoende uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de voorziene effecten van de studie. Ik kreeg de gelegenheid om vragen te stellen en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.	o	o

B. Toestemming m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	**ja**	**nee**
Ik heb het informatieformulier gelezen en ik weet dat ik rechten heb om mijn privacy te vrijwaren (o.a. inzage, verbetering, verwijdering) en tot wie ik me moet richten om deze rechten uit te oefenen.	o	o
Ik geef toestemming aan de onderzoekers om voor de doelstellingen van deze studie (persoons)gegevens van mij te verzamelen, verwerken en bewaren.	o	o

C. *Toestemming m.b.t. het hergebruik en delen van data*

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	**ja**	**nee**
Ik geef toestemming om mijn gegevens te **hergebruiken** voor verder wetenschappelijk onderzoek buiten het kader van de huidige studie.	o	o
Ik geef toestemming aan de onderzoekers om mijn gegevens te **delen** voor verder wetenschappelijk onderzoek. Hierbij worden alle nodige maatregelen genomen om de vertrouwelijkheid van mijn persoonsgegevens te beschermen.	o	o

Naam deelnemer:
Datum:
Handtekening:

[1] https://allea.org/code-of-conduct/

[2] Dit zijn: de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR); de Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018; de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

7.3. Flyer oproep personen die cocaïne gebruiken of cocaïnegebruik in hun leefwereld zien



7.4. Overzicht van preventie-interventies uit Trimbos onderzoek (Sponk et al., 2022)

Naam interventie	Korte omschrijving	Doelgroep en setting	Effectiviteit
Xchange registry			
Unplugged	Gestandaardiseerd en geprotocolleerd interactief programma gebaseerd op het concept van 'Comprehensive Social Influence'. Gericht op life skills, kennisoverdracht over middelen en correctie van normatieve overtuigingen rond middelengebruik.	Doelgroep: leerlingen 12- 14 jaar op het voortgezet onderwijs Setting: school	Gunstige effecten *Implementatie in Duitsland
Life Skills Training	Programma dat sociale- en zelfregulatievaardigheden aanleert (bijvoorbeeld weerstand bieden aan peer pressure om drugs te gebruiken) en kennis vergroot over onmiddellijke consequenties van middelenmisbruik. Getrainde docenten demonstreren gewenst gedrag, scholieren oefenen in rollenspellen en maken huiswerkopdrachten.	Doelgroep: leerlingen 11~14 jaar Setting: school	Aanvullende studies aanbevolen *Implementatie in Spanje & Italië
Trampoline	Groepsprogramma van 9 bijeenkomsten waarin kinderen strategieën aanleren om om te gaan met stress die veroorzaakt wordt door middelengebruik van een ouder. Richt zich ook op het verbeteren van gevoelens van eigenwaarde en vertrouwen in het eigen kunnen.	Doelgroep: kinderen 8-12 jaar Setting: ambulante zorg	Meer onderzoek aanbevolen *Implementatie in Duitsland
Preventure	Korte interventie bestaande uit 2 sessies gericht op risicopersoonlijkheidstrekken, zoals negatief denken, angstgevoeligheid, impulsiviteit en sensatie zoeken. De deelnemers krijgen informatie over hun persoonlijkheidstype en de daarbij behorende gedachtegangen die zouden kunnen leiden tot problematisch gedrag.	Doelgroep: kinderen 11- 14 jaar en kinderen 15- 18/19 jaar Setting: school	Mogelijk werkzaam *Interventie in Nederland onderzocht, maar vanwege tegenvallende onderzoeks-resultaten niet verder geïm-plementeerd
Healthy nightlife toolbox			
Clubs against drugs	Aanpak gericht op het terugdringen van beschikbaarheid van drugs en mogelijkheden om drugs te gebruik in nachtclubs d.m.v. onder andere veranderingen in de fysieke omgeving, beleid, training van personeel, handhaving en voorlichting in de media	Doelgroep: eigenaren, werknemers en bezoekers van nachtclubs Setting: bars, nachtclubs, publieke ruimte	+
Operation Pilot	Aanpak gericht op het voorkómen van drugsgerelateerde criminaliteit d.m.v. voorlichting over gezondheidsrisico's van drugs aan bezoekers van kroegen en nachtclubs, vroegsignalering van gebruik en toeleiden van gebruikers naar behandelmogelijkheden. Aanpak heeft een sterke focus op 1-op- 1-dialoog met bezoekers en eigenaren van kroegen en nachtclubs.	Doelgroep: intermediaire doelgroep van eigenaren van nachtclubs en bezoekers van kroegen en nachtclubs Setting: bars, nachtclubs, afterparty's, openbare ruimte, evenementen, scholen, community	+
Safe Nightlife in Holstebro	Aanpak die professionals die werken in het nachtleven betrekt bij de preventie van geweld, drugsverkoop en drugsmisbruik, vandalisme en aanranding. Doel is om een veilige omgeving te creëren voor jonge mensen in het nachtleven, door hen te omringen met vaardige en verantwoordelijke volwassenen die hen helpen. Jongeren worden bewust gemaakt van risico's van middelen,	Doelgroep: professionals die werken in het nachtleven en jongeren en jongvolwassenen die zich in het nachtleven	+

	risicogedrag en risico om slachtoffer te worden van geweld of aanranding via voorlichting op scholen en in legerkazernes	begevenSetting: scholen, legerkazernes, kroegen en nachtclubs	
Energy Control	Aanpak gericht op gebruikers die moeilijk te bereiken zijn. De aanpak bestaat uit voorlichting, peer-to-peer-educatie, inzetten van de media, internet en nieuwe technologie en testen van drugs. Doel is het verkleinen van gezondheidsschade als gevolg van drugsgebruik.	Doelgroep: (potentiële) gebruikers van middelen Setting: bars, nachtclubs, jongerencentra, straat, events, media, school, wijk, rondetafel-gesprekken	+
Anti-crash Operation	Aanpak die door middel van peer-to-peereducatie bezoekers van nachtclubs voorlicht over de gezondheidsrisico's van alcohol, cannabis en andere drugs. Er wordt gebruik gemaakt van armbandjes (voor degene die autorijdt), ademtests, simulatie, flyers, folders en een spelvorm. Doel is het voorkómen van auto-ongelukken en zorgen dat jonge bestuurders verantwoordelijk nemen bij autorijden na het bezoeken van een nachtclub.	Doelgroep: eigenaren van nachtclubs, media en jongvolwasse-nen die autorijden na bezoek aan een nachtclub Setting: clubs, disco's, afterparty's	+
Kosmicare Project	Aanpak waarin gebruik wordt gemaakt van crisisinterventies in situaties van drugsgebruik op een festival. Gebaseerd op harm-reductionprincipes, crisis-interventiemodellen en Grof's psychedelische psychotherapie (een specifieke benadering voor crisis-interventies).	Doelgroep: intermediairs, zoals security personeel, gezondheids-professionals, eerstehulp-professionals, politie en peers Setting: festivals	+
Nightlife Prevention in the City of Zurich	Aanpak gebaseerd op het testen van drugs in combinatie met een adviesgesprek (op locatie en lokaal), een alcoholinterventie (op locatie en in de publieke ruimte) en samenwerking met verschillende stakeholders. Doel is het bevorderen van een gezond nachtleven door het vergroten van het bewustzijn rond drugsgebruik en seksuele en andere risico's.	Doelgroep: gebruikers in 'feest-en-vier'-settingen en andere geïnteresseerden zijn. Setting: straat, school, middelbare school, tv, radio, events, hogeschool, kroeg, nachtclub, internet en massa media	+
Internationaal literatuuronderzoek			
Interventie voor mensen die in de amusements-sector werken	Evaluatie van een groepsinterventie gebaseerd op motiverende gespreksvoering en uitgevoerd door verpleegkundigen. De interventie verhoogde de motivatie voor verandering onder werkenden in de amusementssector en hielp 12% van de deelnemers om hulp te zoeken voor verslaving.	Doelgroep: werkenden in de amusementssector Setting: ambulante setting	AlmodóvarFernandez e.a., 2019 *Spanje
Inzet van screening en brief interventions (SBI) in de eerstelijnszorg voor mensen met een laag risicoprofiel	Onderzoek naar de effectiviteit van screening en brief interventions in de eerstelijnszorg gericht op mensen met een laag-risicoprofiel van drugsgebruik. Er zijn twee brief interventies onderzocht: brief negotiated interview (BNI) en een aanpassing van een interventie gebaseerd op motiverende gesprekstechnieken (MOTIV). Mensen die een brief intervention kregen, rapporteerden minder drugsgebruik dan mensen die deze interventie niet kregen. Het onderzoek suggereert dat brief interventies ook bij laagrisicogebruik effectief in de eerstelijnszorg kunnen worden ingezet	Doelgroep: mensen die drugs gebruiken Setting: eerstelijnszorg	Bertholet e.a., 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Nightlife Safety Plans. Mobiele	Onderzoek naar een mobiele telefoninterventie 'Nightlife Safety Plans' wat zich richt op het beïnvloeden van groepsgedrag. Deelname aan de	Doelgroep: uitgaande gebruikers van	Byrnes e.a., 2019 *Verenigde

telefoon-interventie voor uitgaanders	mobiele app zorgde voor een toename in beschermende maatregelen (maatregelen om negatieve gevolgen van drugs te beperken). Het gebruik van de app was niet gerelateerd aan minder cocaïnegebruik	drugs Setting: online, uitgaanssetting	Staten van Amerika
E-health Familias Unidas	Onderzoek naar een e-health versie van 'Familias Unidas'; een familie preventieprogramma voor mensen met een Latijns-Amerikaanse achtergrond. Interventie werd vergeleken een standaard preventief aanbod. Gezondheidsprofessionals op school en in de community werden getraind om te rekruteren en de interventie uit te voeren met families. De effecten werden onderzocht onder studenten met gedragsproblemen. Er was een afname in drugsgebruik in de groep die de e-health interventie volgde.	Doelgroep: jongeren met gedragsproblemen en een Latijns-Amerikaanse achtergrond Setting: online, community	Estrada e.a., 2019 *Verenigde Staten van Amerika
Living the Example (LTE)	Programma waarin adolescenten ambassadeurs trainen om preventie-boodschappen te ontwikkelen en te verspreiden binnen hun eigen sociale medianetwerk en activiteiten op school. Er is een positief effect van de interventie op acht verschillende uitkomstmaten gerelateerd aan drugsgebruik, inclusief intentie om cocaïne te gebruiken.	Doelgroep: schoolgaande adolescenten Setting: online, school	Evans e.a., 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Traumatic Injury Prevention (TIP) project, kort adviesgesprek en brief interventions op de spoedeisende hulp (SEH)	Onderzoek naar drie verschillende korte interventies die worden aangeboden aan patiënten op de spoedeisende hulp vanwege een druggerelateerd incident. De eerste interventie is Brief Advice (kort advies), Brief motivational intervention (een brief intervention op basis van motivational gesprekstechniek) en Brief motivational intervention + booster telefoongesprek na 4 weken. Alle drie de interventies resulteren in een afname van cocaïnegebruik 3, 6 en 12 maanden na de nulmeting.	Doelgroep: mensen die drugs gebruiken en op de SEH komen als gevolg van een druggerelateerd incident Setting: spoedeisende hulp (SEH)	Field, Von Sternberg, & Velasquez, 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Interventie gericht op het minderen van alcohol en drugsgebruik in de werksetting	Interventie gericht op het minderen van alcohol en drugsgebruik onder werkenden. Interventie richt zich op zaken zoals bewustzijnsvergroting van de effecten van alcohol en drugs, de evaluatie en monitoring van alcohol en drugsconsumptie door het in kaart brengen van risicovol gebruik, ademtests voor alcoholgebruik en urinetesten die onder andere cocaïnegebruik kunnen aantonen. Wanneer er sprake is van risicovol gebruik volgt er aanvullende preventie training. Geen effecten op cocaïnegebruik aangetoond (mogelijk door de relatieve lage prevalentie), wel een daling van risicovol alcoholgebruik.	Doelgroep: werkenden in de dienstverlening die middelen gebruiken Setting: werksetting	Gómez Recasens e.a., 2018 *Spanje
Ride-Hailing App op aanvraag	Verkenning naar een app waarmee uitgaande jongeren een lift of rit kunnen regelen om na het uitgaan veilig thuis te komen. Deze app wil voorkómen dat jongeren onder invloed van drugs of alcohol naar huis rijden. Behoefteonderzoek onder gebruikers van de app laat zien dat er mogelijk draagvlak is voor het gebruik van een dergelijke app. Verschillende drempels en bevorderende factoren om de app te gebruiken zijn in kaart gebracht	Doelgroep: uitgaande jongeren die drugs gebruiken Setting: online, uitgaanssetting	Kurtz & Buttram, 2021 *Verenigde Staten van Amerika
E-learning voor preventie-professionals over comorbiditeit mentale gezondheid en middelen-gebruik	E-learning mentale gezondheid voor preventieprofessionals. De e-learning richt zich op het verstevigen van de kennis, houding en zelfvertrouwen rondom het gelijktijdig voorkomen van mentale gezondheid en middelengebruik. Training richt zich op het herkennen, omgaan met en behandeling van comorbide psychische problematiek en middelengebruik	Doelgroep: mensen die middelen gebruiken en die problemen met mentale gezondheid ervaren Setting: online	Marel e.a., 2021 *Australië

Psychosociale interventies gericht op het minderen van middelen-gebruik door ouders	Verschil verschillende psychosociale interventies bestaande uit zowel gedragstherapeutische en community interventies die de insteek hebben om het welzijn van de kinderen te vergroten door het minderen van het gebruik van ouders. Publicatie betreft een protocol voor een onderzoek. Daarom zijn er geen conclusies over effectiviteit	Doelgroep: ouders van kinderen van 0 ~~21 jaar Verschillende ambulante settingen	McGovern e.a., 2021 *Verschillen de landen
Screening Brief Intervention (SBI) Referral to Treatment (SBIRT)	'Substance Use Screening and Intervention Tool (SUSIT)' (middelengebruik screening en interventie tool) via een tablet. Gecomputeriseerde screeningsvragenlijst die vóór de medische afspraak op een tablet wordt ingevuld. Het resultaat wordt aan de arts laten zien die beslist over verwijzing naar een 'brief intervention'. SUSIT bevordert de deelname aan brief interventions.	Doelgroep: gebruikers in verschillende stadia van gebruik Setting: huisartsenzorg, mogelijk ook geschikt voor andere zorggerelateerde settingen	McNeely e.a., 2021 VS
Gedragsacti-vatietherapie uitgevoerd door ervarings-deskundigen	Onderzoek naar de inzet van peer-coaches die ervaringskundige zijn (zelf ervaring hebben met problematisch middelengebruik) bij de uitvoer van gedragsactivatie therapie voor moeilijk bereikbare groepen. De aangepaste versie van gedragsactivatie therapie bleek geschikt en geaccepteerd in de community.	Doelgroep: mensen met problematisch gebruik die moeilijk bereikbaar zijn (laag inkomen, dakloos) Setting: community centrum, buurtgebouw	Satinsky e.a., 2020 *Verenigde Staten van Amerika
Snow Control, online zelfhulpinterve ntie met of zonder aanvullende chat	Onderzoek naar de effectiviteit van een online interventie (Snow Control) gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), motiverende gespreksvoering en zelfcontrole technieken. Aandacht voor bijkomende psychische problematiek zoals depressie en gezondheidseffecten gevolgen van cocaïne. Onderzoek laat zien dat de interventie mensen bereikt die anders niet in behandeling zouden komen. Wel hoge percentage drop-outs. Geen conclusies over effectiviteit.	Doelgroep: mensen met een stoornis in gebruik van cocaïne. Ook geschikt voor zwaardere gebruikers die zelfstandig willen stoppen (persoonlijke communicatie) Setting: online	Schaub e.a., 2019 *Zwitserland
Internet preventie-programma voor meiden in de adolescentie	Online preventieprogramma dat zich specifiek richt op meiden in de adolescentie. Meiden kregen een 9-sessie durende interventie of zaten in een controlegroep waarin er alleen metingen werden gedaan. Na 2-jaar blijken meiden in de interventiegroep minder middelen te gebruiken dan in de controlegroep.	Doelgroep: meiden in de adolescentie Setting: online	Schwinn, Schinke, Keller, & Hopkins, 2019

7.5. Overzicht odds ratio's verband tussen hoofdmotief en patronen van cocaïnegebruik

		Sociale (n=285)			Coping (n=321)			Enhancement (n=396)			Conformiteit (n=38)			Ontnuchteren (n=534)		
		OR	Confidence interval		OR	Confidence interval		OR	Confidence interval		OR	Confidence interval		OR	Confidence interval	
Frequentie gebruik	Laag	**3,787****	2,784	5,152	0,587*	0,393	0,877	**0,546****	0,376	0,793	1,186	0,609	2,31	0,642*	0,466	0,884
	Matig	0,7846	0,98	1,719	0,775	0,58	1,034	0,654*	0,498	0,861	0,319*	0,112	0,904	**1,512****	1,2	1,906
	Hoog	**0,351****	0,296	0,457	1,57*	1,212	2,034	**1,859****	1,457	2,371	**2,206***	1,057	4,607	0,877	0,71	1,084
Hoeveelheid gebruik	0,25g	**1,893****	1,404	2,552	**0,547****	0,381	0,785	**0,657***	0,479	0,902	1,374	0,643	2,935	1,223	0,939	1,592
	0,5g	1,173	0,886	1,554	0,714*	0,535	0,954	0,842	0,649	1,093	0,487	0,202	1,173	1,38*	1,097	1,736
	1g	0,84	0,624	1,131	1,203	0,918	1,576	1,023	0,792	1,321	0,838	0,394	1,786	0,974	0,769	1,232
	1,5g	**0,548****	0,396	0,758	**1,668****	1,284	2,168	**1,534****	1,199	1,964	1,597	0,818	3,116	**0,616****	0,482	0,789
Combinatiegebruik alcohol	Nooit	**1,683***	1,144	2,475	**2,834****	1,996	4,025	1,302	0,903	1,877	1,087	0,381	3,105	**0,045****	0,016	0,122
	Occasioneel	0,959	0,706	1,303	1,703**	1,297	2,237	**2,016****	1,564	2,598	1,036	0,486	2,21	**0,301****	0,222	0,407
	Regelmatig	1,105	0,795	1,537	1,003	0,727	1,382	1,042	0,828	1,402	1,049	0,457	2,408	0,895	0,679	1,18
	(Bijna) altijd	0,788	0,609	1,019	**0,412****	0,318	0,533	**0,512****	0,405	0,647	0,919	0,482	1,751	**4,087****	3,261	5,123
Combinatiegebruik illegale drugs	Nooit	1,206	0,932	1,561	1,085	0,848	1,387	0,853	0,679	1,071	**0,368***	0,181	0,747	1,052	0,854	1,297
	Occasioneel	0,898	0,677	1,191	0,941	0,72	1,23	0,875	0,681	1,125	0,921	0,453	1,873	1,259*	1,006	1,575
	Regelmatig	1,17	0,726	1,884	0,829	0,503	1,366	1,191	0,778	1,823	**3,046***	1,31	7,082	0,72	0,47	1,104
	(Bijna) altijd	0,653	0,405	1,053	1,05	0,704	1,567	**1,736***	1,229	2,453	**2,826***	1,313	6,081	0,615*	0,423	0,894
Bloedneus	Nooit	**2,291****	1,766	2,972	**0,711***	0,545	0,926	0,771*	0,605	0,982	1,166	0,603	2,253	0,872	0,701	1,086
	Occasioneel	0,84	0,639	1,104	0,828	0,637	1,076	0,872	0,685	1,11	0,566	0,266	1,204	1,506**	1,213	1,869
	Regelmatig	**0,485****	0,322	0,73	1,478*	1,091	2,002	1,209	0,903	1,62	0,717	0,277	1,853	0,968	0,734	1,277
	(Bijna) altijd	**0,402****	0,237	0,684	**1,67***	1,179	2,365	**1,732****	1,247	2,405	**2,445***	1,138	5,251	0,530**	0,368	0,764
Zorgen maken	Nooit	**2,355****	1,808	3,068	**0,595****	0,444	0,796	0,941	0,732	1,21	**3,048****	1,593	5,832	**0,7***	0,553	0,887
	Occasioneel	1,253	0,934	1,68	0,842	0,624	1,135	0,925	0,704	1,215	0,74	0,323	1,695	1,062	0,831	1,358
	Regelmatig	0,621*	0,453	0,853	1,048	0,795	1,38	0,89	0,685	1,155	0,409	0,159	1,055	**1,517****	1,205	1,911
	(Bijna) altijd	**0,303****	0,196	0,47	**1,957****	1,482	2,585	1,333*	1,016	1,749	0,578	0,224	1,493	0,87	0,67	1,13
Down/depressief	Nooit	1,377*	1,007	1,883	**0,448****	0,305	0,659	1,232	0,926	1,64	**4,71****	2,46	9,017	0,862	0,655	1,134
	Occasioneel	**1,642****	1,296	2,125	0,666*	0,517	0,859	0,843	0,669	1,063	**0,289***	0,126	0,66	1,23	0,997	1,517
	Regelmatig	**0,436****	0,29	0,655	**1,789****	1,34	2,388	0,909	0,676	1,223	0,809	0,335	1,953	1,095	0,84	1,427
	(Bijna) altijd	**0,616***	0,43	0,883	**1,791****	1,348	2,38	1,158	0,875	1,532	0,76	0,315	1,834	0,756	0,576	0,991

* indien p<0,05 (chi^2)

* indien p<0,001 (chi^2)

